

Fernando Urcola Pardo

Atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios

Departamento
Fisiatría y Enfermería

Director/es
Germán Bes, Concepción
García Campayo, Javier

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones



Tesis Doctoral

ATENCIÓN PLENA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD Y RELACIÓN CON LA CALIDAD PERCIBIDA POR PROFESIONALES Y USUARIOS

Autor

Fernando Urcola Pardo

Director/es

Germán Bes, Concepción

García Campayo, Javier

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2017



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

Atención plena de los profesionales sanitarios del
Servicio Aragonés de Salud, y relación con la calidad
percibida por profesionales y usuarios

Autor

Fernando Urcola Pardo

Director/es

Concepción Germán Bes
Javier García Campayo

Facultad de Ciencias de la Salud - Departamento de Fisiatría y Enfermería
2017



**Universidad
Zaragoza**

Autorización de la Directora de la tesis para su presentación

D^a Concepción Germán Bes, Dra. por la Universidad de Zaragoza, profesora Titular de la misma (Facultad de Ciencias de la Salud), y perteneciente al Departamento de Fisiatría y Enfermería hace constar:

Que la Tesis Doctoral titulada “Atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios” presentada por D. Fernando Urcola Pardo reúne los requisitos necesarios para ser presentada y defendida por su autor y optar al Grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Según la normativa vigente establecida en los Artículo 21 y 22 del Real Decreto 1393/2007 (BOE de 30 Octubre), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitaria oficiales, y en el título II del acuerdo de 17/12/2008 del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza relativo al “Reglamento sobre Tesis Doctorales”, el trabajo mencionado en el párrafo anterior se corresponde con el Proyecto de Tesis presentado por Fernando Urcola Pardo y aprobado en su día por la Comisión de doctorado.

Zaragoza, 7 de Febrero de 2017

Fdo. Concepción Germán Bes



**Universidad
Zaragoza**

Dr. JAVIER GARCÍA CAMPAYO

Profesor Médico Asociado

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

FACULTAD DE MEDICINA

Universidad de Zaragoza

D. JAVIER GARCÍA CAMPAYO

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

CERTIFICA:

Que las investigaciones que se exponen en la Memoria: **Atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios**, presentada por **D. FERNANDO URCOLA PARDO**, para aspirar al grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza, han sido realizadas bajo mi dirección en todas las etapas, reflejando con toda fidelidad los resultados obtenidos. Tras haber revisado esta Memoria, la encuentro conforme para ser presentada, defendida en acto público y juzgada por el Tribunal que al efecto se designe.

Lo que firmo en Zaragoza, a 9 de Febrero de 2017

Fdo. Dr. Javier García Campayo

Agradecimientos

Muchas gracias a Concha Germán Bes y a Javier García Campayo, por aceptar la dirección de esta tesis, por la cantidad de sabiduría y buenos consejos compartidos durante todos estos años, y la oportunidad de formarme en los dos másteres que me engancharon a la investigación y cambiaron mi vida para siempre.

Gracias también a los equipos humanos coordinados por Concha y Javier, por la increíble retroalimentación, apoyo y colaboración que he recibido durante la realización de este trabajo.

A todos mis maestros y maestras, que sin yo enterarme, inculcásteis en mí las ganas y la pasión por aprender.

A todo el personal, compañeros y compañeras, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, por haberme acogido tan cálidamente y desde el primer día en la institución. También a todos y todas mis colegas con los que he compartido este periodo de doctorado, por el camino que hemos hecho juntos y todo lo que me habéis enseñado a lo largo de estos años.

A mis alumnos y alumnas de la Universidad de Zaragoza, por todo lo que me enseñáis día a día, y curso tras curso.

Especial mención merecen aquellas personas que han colaborado de manera anónima y desinteresada. A todos/as jefes de servicio, supervisores/as y coordinadores/as de primaria que me han facilitado el acceso a los centros y la distribución de los cuestionarios, y especialmente a aquellos profesionales, compañeros y compañeras, así como usuarios del Servicio Aragonés de Salud, que mediante sus respuestas han hecho posible la realización de este trabajo.

A toda mi familia, especialmente a mi papá y mi mamá, por haberme criado y educado en libertad.

Mi más sincero y profundo agradecimiento a Cristina, por todo tu amor, apoyo incondicional, paciencia y construcción durante estos años.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	17
<i>Atención Plena</i>	19
<i>Atención plena: introducción, definición y traducción</i>	21
<i>Programas basados en la atención plena</i>	27
<i>Medición de la atención plena</i>	47
<i>Estrés, estrés laboral y síndrome de burnout</i>	57
<i>Estrés: concepto, tipología, estrés laboral y riesgos psicosociales</i>	59
<i>Síndrome de burnout: concepto, fases, factores de riesgo y consecuencias</i>	65
<i>Evaluación del burnout: herramientas desarrolladas</i>	71
<i>Calidad asistencial</i>	77
<i>Calidad asistencial: concepto evolución y dificultades</i>	79
<i>Herramientas de medida de la calidad asistencial</i>	87
<i>Aproximación teórica: marco teórico y marco conceptual</i>	91
<i>Marco teórico: perspectiva enfermera de la atención plena</i>	93
<i>Marco conceptual: desarrollo de la línea de investigación</i>	103
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	109
<i>Hipótesis</i>	111
<i>Objetivos</i>	112
METODOLOGÍA	113
<i>Perspectiva y población a estudio</i>	115
<i>Población y muestra</i>	115
<i>Consideraciones éticas y obtención de datos</i>	120
<i>Herramientas</i>	121
<i>Variables del estudio</i>	125
<i>Análisis estadístico</i>	127
<i>Memoria económica</i>	128
RESULTADOS	129
<i>Caracterización de los cuestionarios</i>	133
<i>Resultados de los profesionales</i>	137
<i>Resultados de los usuarios</i>	157
<i>Relaciones entre resultados de los profesionales y de los usuarios</i>	165
<i>Caracterización de los profesionales más próximos a los usuarios</i>	169

DISCUSIÓN	171
<i>Discusión respecto a los resultados de los profesionales</i>	173
<i>Discusión respecto a los resultados de los usuarios</i>	183
<i>Discusión respecto a la relación entre resultados de profesionales y usuarios</i>	193
LIMITACIONES	195
RECOMENDACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO	199
CONCLUSIONES	203
BIBLIOGRAFÍA	207
<i>Referencias</i>	209
ANEXOS	
ANEXO 1: <i>Dictamen favorable Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón</i>	247
ANEXO 2: <i>Hoja de información al profesional</i>	251
ANEXO 3: <i>Hoja de información al paciente</i>	255
ANEXO 4: <i>Cuestionario SERVQHOS dirigido al profesional de atención hospitalaria..</i>	259
ANEXO 5: <i>Cuestionario SERVQHOS dirigido al profesional de atención primaria</i>	263
ANEXO 6: <i>Escala MAAS</i>	267
ANEXO 7: <i>Dimensión de aceptación de la escala PHLMS</i>	271
ANEXO 8: <i>Cuestionario BCSQ-12</i>	275
ANEXO 9: <i>Escala SCS-SF</i>	279
ANEXO 10: <i>Variables sociodemográficas y laborales de los/as profesionales</i>	283
ANEXO 11: <i>Cuestionario dirigido a pacientes hospitalizados</i>	287
ANEXO 12: <i>Cuestionario dirigido a pacientes de atención primaria</i>	291
ANEXO 13: <i>Factura copistería Crisbi S.C.</i>	295
ANEXO 14: <i>Tablas referenciadas en la sección de resultados</i>	299

Índice de tablas y figuras

TABLAS

<i>Tabla 1: Principales autoras según escuelas (basado en Kerouac et al., 2007)</i>	<i>93</i>
<i>Tabla 2: Servicios hospitalarios candidatos para la obtención de datos</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 3: Prioridad de los servicios hospitalarios para la obtención de datos</i>	<i>157</i>
<i>Tabla 4: Centros de salud del Sector 2 candidatos para la obtención de datos.....</i>	<i>165</i>
<i>Tabla 5: Prioridad de los centros de salud del Sector 2 para la obtención de datos</i>	<i>169</i>
<i>Tabla 6: Centros de salud del Sector 3 candidatos para la obtención de datos.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 7: Prioridad de los centros de salud del Sector 3 para la obtención de datos</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 8: Variables sociodemográficas y laborales cuantitativas de los profesionales</i>	<i>157</i>
<i>Tabla 9: Variables sociodemográficas y laborales cualitativas de los profesionales</i>	<i>139</i>
<i>Tabla 10: Respuesta general de profesionales a los cuestionarios</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 11: Respuestas a ítems, dimensiones y global del cuestionario SERVQHOS en los estudios analizados</i>	<i>157</i>
<i>Tabla 12: Respuestas a ítems SERVQHOS en encuestas del SALUD.....</i>	<i>137</i>

FIGURAS

<i>Figura 1: Relaciones entre agotamiento y sobrecarga laboral, estrés, autocrítica y disminución del cuidado (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997)</i>	<i>103</i>
<i>Figura 2: Creación de la satisfacción de la compasión o de la fatiga de la compasión (Radey & Figley, 2007).....</i>	<i>137</i>
<i>Figura 3: Relaciones entre calidad percibida por el usuario, calidad percibida por el profesional, atención plena, burnout y autocompasión (elaboración propia)</i>	<i>157</i>

Abreviaturas y acrónimos utilizados en el presente trabajo

- ACT: Acceptance and Commitment Therapy
- BCSQ: Burnout Clinical Subtype Questionnaire
- BED: Binge Eating Disorder
- BM: Burnout Measure
- CAMS-R: Cognitive Affective Mindfulness Scale-Revised
- CBI: Copenhagen Burnout Inventory
- CBP: Cuestionario de Burnout del Profesorado
- CDPE: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería
- CEICA: Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón
- CESQT: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo
- CS: Centro de Salud
- DBT: Dialectical Behavior Therapy
- DE: Desviación Estándar
- FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire
- FMI: Freiburg Mindfulness Inventory
- HCU: Hospital Clínico Universitario
- HUMS: Hospital Universitario Miguel Servet
- IBP: Inventario de Burnout de Psicólogos
- KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
- MAAS: Mindful Attention Awareness Scale
- MAAS-A: Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents
- MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy
- MB-EAT: Mindfulness-Based Eating Awareness Training
- MBI: Maslach Burnout Inventory

- MBI-ES: Maslach Burnout Inventory-Educators Survey
- MBI-GS: Maslach Burnout Inventory-General Survey
- MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey
- MBI-SS: Maslach Burnout Inventory-Students Survey
- MBPI: Mindfulness-Based Program for Infertility
- MBPM: Mindfulness Based Pain Management
- MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention
- MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction
- MSC: Mindful Self-Compassion
- NTP: Nota Técnica de Prevención
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PHLMS: Philadelphia Mindfulness Scale
- PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire
- PSS: Patient Satisfaction Scale
- SALUD: Servicio Aragonés de Salud
- SCS: Self-Compassion Scale
- SCS-SF: Self-Compassion Scale-Short Form
- SMQ: Southampton Mindfulness Questionnaire
- TBS: Teacher Burnout Scale
- TCC: Terapia Cognitivo-Conductual
- TMS: Toronto Mindfulness Scale

INTRODUCCIÓN

Atención Plena

En este primer apartado de la introducción se presenta el concepto de atención plena. Se ha dividido a su vez en tres subapartados. El primero, con título “Atención plena: introducción, definición y traducción” consta de una aproximación al concepto de atención plena a través de las diferentes definiciones propuestas por diversos autores, y las dificultades terminológicas que se encuentran en la traducción al castellano. El segundo subapartado, titulado “Programas basados en la atención plena”, se recorren los diferentes abordajes que incluyen su utilización, describiendo el programa de reducción de estrés basado en la atención plena, la terapia cognitiva basada en la atención plena, el entrenamiento en alimentación consciente basado en la atención plena, el programa mindfulness y autocompasión, el programa de prevención de recaídas basado en la atención plena, el programa de manejo del dolor basado en la atención plena, el programa para la infertilidad basado en la atención plena, así como las terapias de tercera generación que se sirven de alguna práctica o enfoque basado en la atención plena, como la terapia dialéctica conductual y la terapia de aceptación y compromiso, finalizando con algunas consideraciones a los programas presentados en dicho subapartado. En el tercero de los subapartados, titulado “Medición de la atención plena”, se recorren cronológicamente las herramientas psicométricas creadas para la medición del constructo, incluyendo las siguientes herramientas: Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ), Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Toronto Mindfulness Scale (TMS), Cognitive Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R) y Philadelphia Mindfulness Scale PHLMS, dejando un espacio final para aportar algunas consideraciones a la utilización de escalas de atención plena.

Atención plena: introducción, definición y traducción

El término *mindfulness* es la expresión escogida por Thomas William Rhys Davids, académico y fundador de la Pali Text Society británica, quien a finales del siglo XIX utilizó dicha expresión para traducir al inglés la expresión *sati* de los textos budistas escritos en lengua pali, y también en sánscrito, idioma en el que aparece como *smṛti* (Rhys-Davids, 1881; The Pali Text Society, 2015). Rupert Gethin, académico de estudios budistas de la Universidad de Bristol, señaló en 2011 que no era de extrañar la traducción propuesta por Rhys-Davids, dada la definición propuesta para el término *mindfulness* en el Oxford English Dictionary, y las traducciones propuestas con anterioridad para estos términos, que según el propio Rhys-Davids, no recogían la riqueza y los matices que contextualmente requería la expresión *sati* (Gethin, 2011). Según Kirk Brown (Universidad de Richmond), Richard Ryan (Universidad de Rochester) y David Creswell (Universidad de Los Ángeles), el término *mindfulness* presenta una firme relación con las prácticas contemplativas provenientes de las tradiciones budistas orientales, aunque comparte afinidad conceptual con otras tradiciones filosóficas y psicológicas, que incluyen la filosofía de la Grecia clásica, el existencialismo o el humanismo (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Según Antoine Lutz, John Dunne y Richard Davidson, de la Universidad de Wisconsin, el desarrollo de un marco conceptual para el estudio a partir de la tradición budista no es accidental. Según estos autores, la tradición budista ofrece precisas y extensas descripciones así como teorías minuciosas sobre las prácticas, de manera que se prestan fácilmente a una aproximación desde la neurociencia (Lutz, Dunne & Davidson, 2007).

Desde que el Dr. Jon Kabat-Zinn, de la Universidad de Massachusetts, publicara sus primeros resultados de investigación en 1982 (Kabat-Zinn, 1982), este campo de estudio ha experimentado un creciente interés en el ámbito académico, que se hace patente en el incremento casi exponencial de referencias publicadas en la última década (Cebolla & Demarzo, 2014). “Atención plena” es la expresión más utilizada en la literatura científica en España, pero no la única, para traducir al castellano el vocablo anglosajón *mindfulness* (Urcola-Pardo, Oliván-Blázquez, Germán-Bes, Pérez-Yus & García-Campayo, 2016). Por este motivo, atención plena es la expresión por la que se ha optado en la redacción de este trabajo académico, salvo en aquellos nombres propios que, en castellano, hayan mantenido la expresión inglesa original. En esta sección se recogen las diferentes propuestas de definición para el término. Además, dada la dificultad de traducción del mismo al español, se ha reservado un apartado para señalar el origen de estas dificultades, las diferentes propuestas de

traducción y las similitudes y diferencias con las dificultades terminológicas encontradas y señaladas en los trabajos en lengua inglesa.

Diferentes definiciones

Por su relación directa con líneas de diferentes tradiciones, las definiciones propuestas para el concepto de atención plena en el ámbito académico se han nutrido de referencias filosóficas e históricas del término. Que el campo de estudio se encuentre en expansión, sumado a las dificultades terminológicas, ha favorecido que no se haya consensuado una definición para el término. A continuación se detallan algunas de las propuestas de diferentes autorías para definir el concepto de atención plena. Dado que no todas las definiciones han contado con la misma aceptación en el entorno académico, se presentan las diferentes propuestas en orden cronológico de aparición. En este apartado, se ha reservado un espacio separado para comentar las diferentes propuestas de autoría española.

Una definición ampliamente extendida en la comunidad científica, a pesar de haber sido formulada al margen del mundo académico, es la del monje vietnamita Thich Nhat Hanh, quien en 1976 definía la atención plena como “mantener viva la conciencia de uno focalizada en la realidad presente, y su práctica como mantener la atención centrada en el trabajo, estar alerta y preparado para manejar con habilidad y con inteligencia cualquier situación que pueda surgir” (Hahn, 1976).

Una definición escasamente empleada es la realizada por Ellen Langer, profesora de la Universidad de Harvard, que en 1989 definió la atención plena como “un proceso cognitivo que emplea la creación de nuevas categorías, la apertura a nueva información y la conciencia de más de una perspectiva” (Langer, 1989).

La definición más utilizada en el entorno académico es la del Dr. Jon Kabat-Zinn, profesor emérito de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts y pionero en este campo de estudio como fundador del Centro de atención plena en medicina, salud y sociedad en dicha escuela. El Dr. Kabat-Zinn definió la atención plena en 1990 como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990).

Otra definición utilizada es la propuesta en 2002 por Zindel Segal de la Universidad de Toronto, Mark Williams de la Universidad de Gales y John Teasdale, de la Unidad Médica de

Investigación Cognición y Cerebro de Cambridge. Este equipo, desarrolladores de la terapia cognitiva basada en la atención plena (que se comentará posteriormente), definen la atención plena como “una clase de conciencia centrada en el presente, no elaborativa ni condenatoria, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es” (Segal, Williams & Teasdale, 2002)

Por su parte Bhante Henepola Gunaratana, un monje budista de la tradición Theravada, originario de Sri Lanka y afincado en Estados Unidos de América, indicaba en 2002 que la atención plena es un proceso sutil y presimbólico, por lo que no se halla supeditada a la lógica. De esta manera, indica que la experiencia real trasciende los símbolos y queda por tanto más allá de las palabras (Gunaratana, 2002).

En 2003, los ya mencionados Kirk Brown y Richard Ryan, señalaron que la atención plena “captura una cualidad de la conciencia caracterizada por la claridad y vividez de la experiencia y funcionamiento, en contraste con estados de menor conciencia o menos “despiertos”, del funcionamiento automático o habitual, que puede ser crónico para muchos individuos” (Brown & Ryan, 2003).

También en 2003, la profesora Ruth Baer, de la Universidad de Kentucky, indicaba su propia aproximación a la atención plena como “la observación sin juicios del continuo fluir de estímulos internos y externos tal como surgen” (Baer, 2003).

En 2004, un equipo liderado por Scott R. Bishop, de la Universidad de Toronto, publicó una proposición de definición operacional para la atención plena. En este trabajo, los autores propusieron una definición de atención plena basada en dos componentes fundamentales. El primer componente consiste en la autorregulación de la atención que se mantiene en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los procesos mentales en el momento presente. El segundo componente consiste en adoptar una orientación particular hacia las experiencias propias del momento presente, una orientación caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación (Bishop et al., 2004).

Por su parte, Christopher Germer en 2005 definía la atención plena en el contexto de la psicoterapia de manera breve y concisa como “conciencia de la experiencia presente con aceptación.” El autor señalaba que estos tres elementos son comunes a la mayoría de los textos tanto referentes a la psicoterapia como a la literatura tradicional budista (Germer, 2005).

En 2008, el equipo dirigido por LeeAnn Cardaciotto, de la Universidad de La Salle, conceptualizaba la atención plena como “la tendencia a ser sumamente consciente de las propias experiencias internas y externas en un contexto de aceptación y postura de no enjuiciamiento hacia esas experiencias” (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008).

También se encuentran algunas propuestas y aclaraciones de autoría española. Para continuar con la estructura anterior, se relatan a continuación por orden cronológico de aparición en la literatura. Miguel Ángel Vallejo, de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, definía en 2006 la atención plena como “una experiencia meramente contemplativa”, indicando que “se trata de observar sin valorar, aceptando la experiencia tal y como se da” (Vallejo Pareja, 2006). Por su parte, María Teresa Miró, profesora de la Universidad de La Laguna, hacía alguna aclaración sobre la atención plena también en 2006, indicando que “hace referencia estar en contacto con la realidad del momento presente y a tener conciencia de lo que se está haciendo”. La profesora Miró señalaba además que “tiene que ver con la calidad de la conciencia con la que vivimos nuestras vidas”, indicando que implica “estar presentes en nuestra experiencia con todos nuestros sentidos” (Miró, 2006). En 2007, el profesor Vicente Simón, de la Universidad de Valencia, definía la atención plena como “la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento” (Simón, 2007). Otra propuesta fue realizada en 2009 por María Romeu y Antonio Pablo Ramal, enfermeros del Centro de Salud Mental de Adultos Horta Guinardó de Barcelona, quienes propusieron la definición de “focalizar toda la atención en el momento presente, en una actividad, objeto o imagen adquiriendo conciencia plena de la acción y prestando atención única y exclusivamente a esta” (Romeu Labayen & Ramal Márquez, 2009). Ya en 2011 Jenny Moix de la Universidad Autónoma de Barcelona y María Isabel Casado, de la Universidad Complutense de Madrid indicaban que la atención plena “se basa principalmente en vivir el presente, en estar atento a lo que sucede sin juzgar, ni interpretar” (Moix Queraltó & Casado, 2011). En el mismo año, Marta Parra Delgado proponía en su tesis doctoral una aproximación más extensa al concepto de atención plena, que definía como “ser plenamente consciente de los estímulos internos y externos que surgen en el momento presente, con aceptación, con ecuanimidad, sin juzgar, sin expectativas o creencias, con serenidad, bondad y autocompasión, abiertos, de este modo, a la experiencia del aquí y ahora” (Parra Delgado, 2011).

Dificultad terminológica de traducción al castellano

Los primeros artículos sobre el tema en la literatura científica en España aparecen en 1982, de la mano del doctor Ángel Gilabert Senar (1982). A partir de ese momento, la literatura científica utilizará el término “meditación”. Esto es así hasta el año 2005, en el que aparece la primera referencia utilizando el vocablo inglés *mindfulness* y la traducción propuesta para el mismo: la expresión “atención plena”. Los autores de esta propuesta fueron Andrés Martín Asuero, Gloria García de la Banda y Enric Benito Oliver, los dos primeros de la Facultad de Psicología de las Islas Baleares, y el tercero de la unidad de cuidados paliativos del Hospital Joan March de Mallorca (Martín Asuero, García de la Banda & Benito Oliver, 2005). La traducción de *mindfulness* como “conciencia plena” es utilizada por primera vez por María Antonia Pérez y Luis Botella, ambos de la Universidad Ramon Llull en un artículo en el año 2006 (Pérez & Botella, 2006). Ese mismo año, Miguel Ángel Vallejo, de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), señalaba que el término *mindfulness* no tiene una palabra correspondiente en castellano (Vallejo Pareja, 2006). En 2007, el ya citado Vicente Simón, señalaba que la dificultad de traducción se produce por dos obstáculos. El primero, la traducción de buena parte de los términos que describen los estados meditativos. En este caso, la traducción del pali o el sánscrito a las lenguas occidentales puede encontrar dificultades. El segundo obstáculo se encuentra en la propia traducción entre lenguas occidentales. El inglés es la lengua a la que se han traducido mayormente estos términos, y se encuentran términos anglosajones que presentan difícil traducción al castellano, como puede ser la propia palabra *mindfulness* (Simón, 2007). Otras propuestas de traducción son la expresión “atención consciente”, cuya preferencia explicitaba en 2008 el equipo de Jesús Blasco, de la Agencia Valenciana de Salud (Blasco Gallego, Martínez Raga, Carrasco & Didia Attas, 2008), la expresión “estar atento”, propuesta en el mismo 2008 por Javier García-Campayo, de la Universidad de Zaragoza (García Campayo, 2008), o la expresión “autoconciencia”, traducción utilizada en 2011 por el equipo del ya citado Enric Benito Oliver (Benito Oliver, Arranz Carrillo de Albornoz & Cancio López, 2011).

La dificultad de traducción no es exclusiva de nuestro idioma. Según el equipo encabezado por el ya citado Antoine Lutz, la traducción de los textos orientales y la adaptación de sus enseñanzas, presentan dificultades terminológicas, especialmente entre los términos *mindfulness* (cuya traducción ya ha sido comentada) y *awareness* (habitualmente traducido como conciencia). Así, estos autores señalan que mientras el ya mencionado Dr. Kabat-Zinn utiliza el término *awareness* para referirse al aspecto mental de enfoque y

mindfulness para referirse al proceso metacognitivo de reconocimiento de dicho enfoque y de su relación con el objeto enfocado, las enseñanzas propuestas por el monje Thrangu Rinpoche utiliza los mismos términos de forma opuesta (Lutz et al., 2007). En este aspecto, Germer señalaba además que la expresión *mindfulness* puede utilizarse para referirse a un constructo teórico, a un proceso psicológico concreto, o a las prácticas encaminadas a cultivar dicho proceso (Germer, 2005). Estas dificultades lingüísticas conllevan, como ya señalaba Alberto Chiesa, de la Universidad de Bolonia, la necesidad de definir adecuadamente los conceptos utilizados en el marco de conceptual de cada estudio de manera individual (Chiesa, 2012).

Programas basados en la atención plena

En este apartado se describen los principales programas de entrenamiento y terapéuticos basados en la utilización de la atención plena, así como otras aproximaciones terapéuticas que si bien no están estrictamente basadas en su utilización, se sirven de las prácticas de atención plena como herramienta en determinados momentos o circunstancias terapéuticas. Dada la existencia de manuales específicos para la mayoría de los abordajes terapéuticos que a continuación se proponen, este apartado pretende servir de orientación y resumen a los mismos, señalando características comunes y diferencias, pero sin la pretensión de profundizar en alguno de ellos en concreto. Para ello se ha tratado de seguir el siguiente esquema: creadores/as de los programas y autores/as principales, marco conceptual en el que se basaron para su desarrollo, estructura o desarrollo práctico del programa, y resultados de investigación obtenidos.

En cuanto a los programas basados en atención plena, se describen a continuación el programa de reducción de estrés basado en la atención plena de Jon Kabat-Zinn, la terapia cognitiva basada en la atención plena de John Teasdale, Mark Williams y Zindel Segal, el entrenamiento en alimentación consciente basado en la atención plena de Jean Kristeller, el programa de mindfulness y autocompasión de Kristin Neff y Christopher Germer, el programa de prevención de recaídas basado en atención plena de Sarah Bowen, Neharika Chawla y Alan Marlatt, el programa de manejo del dolor basado en la atención plena de Vidyamala Burch, y el programa para la infertilidad basado en la atención plena de Ana Galhardo, Marina Cunha y José Pinto-Gouveia. Respecto a las aproximaciones no basadas en atención plena pero que utilizan prácticas se describen la terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan y la terapia de aceptación y compromiso de Steven Hayes. El apartado finaliza con unas consideraciones finales a los programas de entrenamiento o terapéuticos basados en la atención plena.

Programa de reducción de estrés basado en la atención plena

El programa de reducción de estrés basado en la atención plena, más conocido como MBSR (acrónimo de *Mindfulness-Based Stress Reduction*) fue ideado por el Dr. Jon Kabat-Zinn, actualmente profesor emérito de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. Además, fue fundador del actual *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society* en dicha Universidad, siendo actualmente uno de los centros de referencia en cuanto a la formación, investigación y desarrollo de la atención plena (Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, 2014). El programa fue concebido en 1979, y los primeros resultados de investigación fueron publicados en 1982. En estos primeros años, el programa se recibió el nombre de “Programa de reducción de estrés y relajación” (*Stress Reduction and Relaxation Program-SR&RP*) (Kabat-Zinn, 1982). El cambio de denominación a *Mindfulness-Based Stress Reduction* sucedió en 1990 (Kabat-Zinn, 2011; Kristeller et al. 1990), pero pueden encontrarse referencias con nombres ligeramente distintos en años posteriores, como *Meditation-Based Stress Reduction* (Kabat-Zinn et al., 1992) o *Mindfulness Meditation Based Stress Reduction* (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995).

En un repaso histórico a su programa, el profesor Kabat-Zinn señalaba que el programa tenía raíces en diferentes tradiciones y enseñanzas orientales. En las primeras publicaciones se hacía referencia al budismo de la tradición Theravada, de la tradición Mahayana, la tradición Soto Zen y Rinzai Zen, algunas corrientes de la tradición yóguica, y enseñanzas de Krishnamurti y Ramana Maharsi. Además, el desarrollo del programa se vio influenciado por Chögyam Trungpa, Thich Nhat Hanh y Joseph Goldstein, cuyos trabajos orientaron a la expresión en lenguaje simple y coloquial de las enseñanzas tradicionales. Por otro lado, la contextualización en el marco de la investigación científica de la meditación y sus aplicaciones clínicas potenciales se basó en los trabajos de Daniel Goleman, Richard Davidson, Herbert Benson y Roger Walsh³⁴. En su afán de conjugar las prácticas y filosofía tradicionales en un marco conceptual científico, el profesor Kabat-Zinn desarrolló su programa, entendiéndolo como una intervención educativa sistemática, bien definida y centrada en el paciente, cuyo núcleo es la formación relativamente intensiva en prácticas de atención plena, con la intención de enseñar a las personas como cuidar mejor de sí mismas y vivir la vida de forma más saludable y adaptativa (Kabat-Zinn, 1996; Santorelli, 2014).

Inicialmente, el programa constaba de 10 sesiones presenciales, a razón de una por semana, con una duración estimada de 2 horas por sesión (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn,

Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1986). En la actualidad, la estructura del programa se divide en ocho sesiones presenciales, con una duración por sesión entre 2 horas y media y 3 horas y media. Se incluye además una sesión grupal de orientación previa al comienzo del programa (con una duración también de unas 2 horas y media), seguida de breves entrevistas individuales (entre 5 y 10 minutos). Además, la sexta semana del programa, se incluye un retiro de silencio de un día (con una duración de 7 horas y media). Durante las sesiones, los participantes aprenden diferentes tipos de prácticas, tanto de meditación formal (meditación sentada, meditación caminando, escaneo corporal y prácticas de hatha yoga), como informal, denominada atención plena en la vida diaria (incluyendo la conciencia deliberada en la realización de actividades comunes de la vida diaria). Además de las sesiones presenciales, a los participantes se les indican tareas a realizar durante la semana, incluyendo un mínimo de 45 minutos diarios de práctica formal e informal en un mínimo de 6 días a la semana, durante la realización del curso. De este modo, se completan un total de más de 30 horas de sesiones presenciales, un mínimo de 42 horas de tareas para casa, y unas 2 horas y media de orientación grupal (Santorelli, 2014).

Consciente de la posibilidad de adaptación de su programa, el profesor Kabat-Zinn advertía que mejor que pretender clonar la idea, era utilizar la utilización efectiva del uso del momento presente como indicador central, y que la optimización en formato y presentación debe depender de los factores locales y del nivel de experiencia y comprensión de las personas encargadas de la enseñanza. En este sentido, señalaba unos principios y aspectos fundamentales que debían ser considerados en cualquier intento de utilizar el programa, independientemente del contexto. Estos aspectos se pueden resumir en: a) hacer de la experiencia un desafío en lugar de una rutina, b) enfatizar la importancia del esfuerzo individual y la motivación, c) el cambio inmediato en el estilo de vida que se requiere para realizar las prácticas formales, d) la importancia de hacer que cada momento cuente, haciéndolo consciente de manera intencional, e) una orientación educativa más que terapéutica, y f) un entorno médicamente heterogéneo, que permita la participación sin segregación por diagnósticos, condiciones o especialidades, favoreciendo enfocar en las experiencias comunes en lugar de en las diferencias por la patología concreta (Kabat-Zinn, 1996; Santorelli, 2014).

A pesar de esta última indicación, la tendencia de utilización y evaluación del programa ha seguido criterios de agrupación de pacientes según su diagnóstico médico o características comunes, como muestran las revisiones y metaanálisis realizados. En mujeres con cáncer de

mama, se apreciaba una mejora de la salud mental, especialmente en cuanto a estrés percibido, depresión y ansiedad (Cramer, Lauche, Paul & Dobos, 2012; Zainal, Booth & Huppert, 2013). Pacientes con alteraciones vasculares muestran mejora en los aspectos psicológicos, pero los resultados no son concluyentes en los marcadores de hipertensión o diabetes (Abbott et al., 2014). En pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aparece un efecto positivo a largo plazo en cuanto al estrés, y a corto y largo plazo en depresión. Sin embargo, los resultados en cuanto a la ansiedad y al conteo de células T colaboradoras (o CD4) resultan ambiguos (Yang, Liu & Liu, 2015). Revisiones realizadas sobre intervenciones en pacientes con diversa patología, como dolor lumbar, diagnósticos respiratorios, o pacientes con trastornos del sueño, no extrajeron resultados concluyentes, señalando los autores como posible motivo la ausencia de rigor metodológico (Harrison, Lee, Janaudis-Ferreira, Goldstein & Brooks, 2015; Cramer, Haller, Lauche & Dobos, 2012; Winbush, Gross & Kreitzer, 2007). Por otro lado, una revisión sobre los efectos saludables del programa que incluyó diferentes tipos de muestra, indicó que el programa podría mejorar genéricamente el afrontamiento del estrés y la discapacidad en el día a día, así como en condiciones excepcionales de enfermedad (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Además, las personas sanas que realizan el programa, reducen el estrés, la ansiedad y la depresión, e incrementan su calidad de vida. Resultados similares se obtuvieron en cuidadores/as familiares de pacientes de diversas características (Khoury, Sharma, Rush & Fournier, 2015; Li, Yuan & Zhang, 2015).

Los resultados parecen congruentes con el enfoque basado en el autocuidado, de medicina participativa y educación del paciente para el manejo y afrontamiento del estrés el dolor y la ansiedad que el profesor Kabat-Zinn señalaba como característico de su programa. Además de la importancia del enfoque educativo más que terapéutico, el autor señaló también que, aunque casi cualquier persona puede participar en un programa de estas características, no resulta adecuado para cualquier persona en cualquier momento vital. La disposición a asumir un compromiso, a pesar de las limitaciones temporales en la vida cotidiana de cualquier persona, convierte la motivación en un elemento indispensable para el éxito del programa (Kabat-Zinn, 1996; Santorelli, 2014). En cualquier caso, los trabajos del profesor Kabat-Zinn y su equipo se consideran pioneros en la sistematización y análisis de un programa basado en las prácticas de atención plena, sirviendo así como base e inspiración a buena parte de los programas y terapias que se describen a continuación.

Terapia cognitiva basada en la atención plena

La terapia MBCT (siglas en inglés de Mindfulness-Based Cognitive Therapy), fue desarrollada por John Teasdale de la Unidad Médica de Investigación Cognición y Cerebro de Cambridge, Mark Williams de la Universidad de Gales y Zindel Segal de la Universidad de Toronto, como un programa para la prevención de las recaídas y la recurrencia en la depresión (Teasdale et al., 2000). Para su desarrollo, los autores partieron de la base de que el riesgo de recaídas y recurrencia en la depresión se reduciría si los pacientes que se recuperaban de un episodio depresivo pudieran aprender, en primer lugar a ser más conscientes de los pensamientos y sentimientos negativos en los momentos potenciales de recaída, y en segundo lugar, responder a esos pensamientos y sentimientos de forma que les permitieran liberarse del proceso rumiativo de la depresión (Teasdale et al., 2002). En base a estas ideas, los autores desarrollaron la terapia combinando aspectos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión desarrollada por el equipo de Beck y del programa MBSR de Kabat-Zinn. Sin embargo, en lugar de la estrategia orientada a cambiar el contenido pensamiento, propio de la TCC, el énfasis se encuentra en el cambio de la conciencia y la relación con el pensamiento (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000; Teasdale et al., 2002).

El programa está destinado a pacientes en remisión de episodios de depresión mayor, y su diseño pretende enseñar a los pacientes a aumentar su conciencia, así como a diferenciarse, de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Así, los pacientes aprenden técnicas que les permiten liberarse de las rutinas cognitivas habituales, particularmente de los patrones de pensamiento rumiativo, como estrategia para reducir el riesgo de recaída (Teasdale et al., 2002).

La estructura consta de ocho sesiones presenciales desarrolladas por un instructor. Las sesiones presenciales se realizan en grupo, tras la realización de una entrevista individual previa con cada una de las personas participantes. La periodicidad de las sesiones es de una por semana, con una duración de aproximadamente dos horas por sesión, admitiendo un máximo de 12 participantes, que se encuentran en fase de remisión de depresiones recurrentes. El programa incluye tareas para casa en forma de ejercicios guiados (a través de audio) o sin guiar, dirigidos a incrementar la conciencia momento a momento y de forma no enjuiciadora, de los sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos, junto con ejercicios diseñados para integrar la aplicación de las habilidades adquiridas en momentos de la vida diaria. Entre los puntos clave del programa se incluye el empoderamiento de los participantes

y el enfoque en la conciencia de la experiencia en el momento. La característica central del programa implica facilitar de un modo de ser consciente, caracterizado por la libertad y la elección, en contraste con un modo dominado por los patrones habituales, automáticos y sobreaprendidos del procesamiento cognitivo-afectivo. De esta manera, el aumento de la conciencia pretende que las personas sean capaces de detectar de manera temprana los patrones relacionados con la recaída, como los pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales negativas. Esto facilita una actuación más temprana que si los signos de alerta no son percibidos o son ignorados (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000; Teasdale et al., 2002). Según un estudio del equipo de Willem Kuyken, del Centro de Trastornos del estado de Ánimo de Exeter, el incremento de la atención plena y la autocompasión durante esta terapia, son mediadores del efecto en los síntomas depresivos en un seguimiento de 15 meses. El estudio sugiere que esta terapia cambia la relación entre la reactividad cognitiva y la depresión resultante. El aumento de la autocompasión producido por el programa anularía la relación de aumento de la reactividad cognitiva como predictor de peores resultados (Kuyken et al., 2010). El programa ha sido probado en personas que padecen trastorno bipolar por el equipo de David Miklowitz, de la Universidad de California. A pesar de señalar que el programa puede ser fiable y asociarse con mejoras a corto plazo en los estados depresivos y las ideaciones suicidas del trastorno bipolar, las exigencias del programa pueden ser demasiado intensas para algunas personas, favoreciendo el abandono del mismo (Miklowitz et al., 2009).

Esta terapia cuenta con la aceptación institucional del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, que lo incluye en su guía para el tratamiento de la depresión. En concreto, se encuadra en la prevención de recaídas de personas que hayan experimentado tres o más episodios depresivos previos. Esta guía recomienda el desarrollo de la terapia de 8 semanas en grupos de entre 8 y 15 participantes, añadiendo cuatro sesiones de seguimiento en los 12 meses posteriores al final del tratamiento (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

Entrenamiento en alimentación consciente basado en la atención plena

Conocido como MB-EAT, siglas en inglés de Mindfulness-Based Eating Awareness Training, fue desarrollado por el equipo de Jean Kristeller de la Universidad de Indiana para el tratamiento del trastorno de atracones (Kristeller & Hallett, 1999). Este trastorno, también conocido como BED (siglas en inglés de binge eating disorder), se caracteriza por episodios recurrentes de atracones con sensación de falta de control sobre la ingesta, sin asociación con comportamientos compensatorios. Aparece por primera vez como diagnóstico con entidad propia en el manual DSM-V, en el que además cambia la denominación de la categoría diagnóstica, que aparece actualmente como trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (American Psychiatric Association, 2013). Esta categoría era la denominada como trastornos de la conducta alimentaria en el manual DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995a), manual que incluía dicho trastorno como criterio diagnóstico propuesto para estudios posteriores de inclusión (American Psychiatric Association, 1995b). La inclusión del trastorno en la última versión del manual se considera de interés tanto para pacientes como profesionales, ya que como señala Jáuregui, el dotarlo de dicha entidad permite la cobertura de su tratamiento, así como la mejor clasificación de los pacientes en el ámbito investigador (Jáuregui Lobera, 2012). Si bien la inclusión como diagnóstico es reciente, Guisado y Vaz señalan que el fenómeno comenzó a describirse en la década de 1950 en los trabajos de Hamburger, que describió un tipo de hiperfagia compulsiva en obesos en 1951, y de Stunkard, que identificó la existencia de atracones en pacientes obesos en 1959 (Guisado & Vaz, 2011).

El marco conceptual de este programa se sustentó en tres aproximaciones teóricas: modelos de regulación de la ingesta que fomentan la interacción entre los procesos de control fisiológicos y psicológicos, la teoría de la autorregulación, y los modelos neurocognitivos y terapéuticos de las prácticas de atención plena. De esta manera, el programa propone la introducción gradual y en paralelo de elementos pertenecientes a la práctica de la atención plena, la alimentación consciente, el equilibrio emocional y la autoaceptación (Kristeller & Wolever, 2011).

Estructuralmente, el programa elaborado por la Dra. Kristeller se basa en el programa MBSR de Kabat-Zinn ya mencionado. Esta adaptación constaba inicialmente de siete sesiones, repartidas semanalmente, excepto la primera semana, que contaba con dos sesiones, con el fin de crear cohesión grupal y reforzar la práctica. Actualmente, el programa consta de

nueve sesiones de carácter semanal, y tres sesiones de carácter mensual a modo de refuerzo de la práctica. Las sesiones tienen una duración de unos 90 minutos, exceptuando la primera (que incluye las presentaciones) y la sexta (que incluye la práctica con alimentos que llevan los propios participantes). Las prácticas utilizadas en este programa son de tres tipos: práctica enfocada en la respiración y de foco abierto, prácticas guiadas de alimentación consciente, y lo que la autora denomina “mini-meditaciones”, para su uso a la hora de las comidas durante el día. Este programa ha mostrado reducir los atracones en número y severidad, además de reducir la puntuación de la escala de depresión de Beck. Al comparar esta intervención con una de intervención psicoeducativa cognitivo-conductual, se encontraron resultados similares. Sin embargo, el entrenamiento basado en la atención plena, mostró una mayor estabilidad de los cambios a los cuatro meses de la intervención. Además, en los sujetos que participaron en el entrenamiento basado en atención plena, la mejora en la escala de depresión no correlacionaba con la mejora en otras variables, correlaciones que en cambio sí aparecían en los participantes en la intervención psicoeducativa. Esto sugiere que la mejora del estado de ánimo en las personas que practican la atención plena es un efecto independiente de la práctica, y no depende de la mejora en la sensación del control sobre la alimentación. Las autoras señalaron además, que el tiempo dedicado a la práctica es un buen predictor de la mejora en las variables relacionadas con la ingesta compulsiva y con la pérdida de peso subsiguiente (Kristeller & Hallett, 1999; Kristeller, Wolever & Sheets, 2014).

En relación también a la influencia de la atención plena sobre la alimentación, una serie de estudios más recientes llevados a cabo por el equipo de Christian Jordan, de la Universidad Wilfrid Laurier de Canadá, muestran que valores elevados de atención plena predicen un menor consumo calórico, menor tendencia a la ingesta descontrolada, consumo reducido de calorías en una ingesta espontánea, y preferencia por la fruta frente a los dulces como tentempié. Asimismo, la realización de una práctica de atención plena previamente a una ingesta, mostró un consumo de calorías un 24% menor en el grupo de intervención respecto al grupo de control. En este caso, ninguno de los grupos recibió instrucciones explícitas sobre la conducta de alimentación. Estos resultados llevan a los autores a sugerir que las estrategias basadas en la atención plena de forma inespecífica podrían fomentar la alimentación saludable (Jordan, Wang, Donatoni & Meier, 2014). Otro estudio llevado a cabo por Jennifer Daubenmier de la Universidad de California, determinó que una intervención basada en la atención plena (que tomaba prácticas de los programas MBSR y MBCT descritos anteriormente, así como del programa MB-EAT) mejoraba los patrones de sobreingesta y disminuía la respuesta del cortisol al despertar, pudiendo contribuir así a la disminución de la

grasa abdominal a lo largo del tiempo (Daubenmier et al. 2011). Estos resultados concuerdan con los de una revisión reciente, señalando que los programas basados en la atención plena son efectivos en el tratamiento de este trastorno, así como en la ingesta emocional, entendida como la ingesta en respuesta a emociones negativas en lugar de a sensación de hambre (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers & Corsica, 2014).

Programa mindfulness y autocompasión

El programa MSC, siglas en inglés de Mindful Self-Compassion, fue elaborado por la Dra. Kristin Neff de la Universidad de Texas y el Dr. Christopher Germer de la Universidad de Harvard (Neff & Germer, 2013), e importado a España con el nombre de “Programa Mindfulness y Autocompasión” por el Dr. Vicente Simón de la Universidad de Valencia y Marta Alonso, psicóloga clínica especialista en atención plena (Mindfulness y Autocompasión – Programa MSC, 2012). El programa surge de la definición operativa del concepto de autocompasión que sugiere la Dra. Neff, para quien la autocompasión implica que la persona se vea afectada por el propio sufrimiento y estar abierta al mismo, sin evitarlo o desconectarse de él, generando el deseo de aliviar el sufrimiento y sanarse a sí misma con bondad. También incluye en su definición el ofrecer comprensión sin prejuicios ante el propio dolor, así como fracasos y errores, entendiendo la experiencia como una parte más de una experiencia humana mayor. Así la autora determinó que la autocompasión está compuesta de tres elementos básicos en positivo: la bondad hacia uno mismo/a, la humanidad compartida y la atención plena. A su vez, estos elementos se enfrentan a sus opuestos: la bondad hacia uno mismo/a se enfrenta a la autocrítica, la humanidad compartida al aislamiento, y la atención plena a la sobre-identificación.

La autora hace una distinción clara entre conceptos que a priori podrían resultar similares o llevar a la confusión, como la autoestima y la lástima por uno mismo. La Dra. Neff incluye en la definición de autoestima los trabajos de Coopersmith y Harter, para quienes la autoestima se basa en la autovaloración, constituida a partir de los juicios y la comparación con otros. Incluye también la propuesta de James, quien propuso que la autoestima se basa en la evaluación de las propias actividades según los estándares fijados en actividades percibidas como importantes. Además, incluye las valoraciones externas propuestas por Cooley y Mead, así como la comparación social como determinante adicional de la autoestima, de manera que uno es evaluado en relación a las actuaciones de los demás. Por otro lado, la diferencia que

hace entre la autocompasión y la lástima por uno mismo se basa en la interconexión. Así, la autora propone que el sentimiento de lástima por otros supone una separación y desconexión del otro, y que en la lástima por uno mismo, uno se sumerge en sus propios problemas, ignorando la interconexión con los demás, y con la sensación de ser la única persona en el mundo que sufre (Neff, 2003a).

El desarrollo de este marco conceptual, llevó a la autora a desarrollar una herramienta para la medición de la autocompasión. Esta herramienta, llamada Self-Compassion Scale fue desarrollada y validada en 2003 por la propia Dra. Neff, es conocida por sus siglas en inglés SCS. La escala consta de 26 ítems referentes a las 6 dimensiones del concepto, con 5 posibles respuestas de frecuencia, con puntuaciones desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). Los ítems de las dimensiones de autocritica, aislamiento y sobre-identificación se corrigen de manera inversa, pudiéndose hacer una valoración por dimensiones, por pares o bien global (Neff, 2003b). En 2011, la Dra. Neff y Elizabeth Pommier, también de la Universidad de Texas, trabajaron conjuntamente con Filip Raes y Dinska Van Gucht, de la Universidad de Lovaina, en la elaboración de una versión corta de la herramienta. La conocida como SCS-SF (siglas en inglés de Self-Compassion Scale-Short Form) consta de tan solo 12 ítems, pero representa una alternativa válida a la escala larga, especialmente en la medición de autocompasión como concepto global (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). Ambas versiones fueron traducidas al castellano y validadas en 2014 por el equipo de Javier García-Campayo (García-Campayo et al., 2014).

El programa MSC fue desarrollado en a partir del concepto de autocompasión, y estructuralmente consiste en 8 sesiones semanales de 2 horas cada una. Cada semana se enfoca en un tema concreto. Así, la primera sesión consiste en una introducción general y una revisión del concepto de compasión. En la segunda sesión se profundiza en el conocimiento de la atención plena. En la tercera sesión se discute sobre la aplicación de la compasión en aspectos de la vida cotidiana. La cuarta sesión ayuda a los participantes a desarrollar una voz interior compasiva. La quinta sesión enfatiza la importancia de vivir acorde con los valores. La sexta sesión aporta herramientas para el manejo de emociones difíciles. La séptima sesión se centra en el manejo de las relaciones interpersonales difíciles. La octava sesión incluye la relación de los aspectos positivos de uno mismo y de la vida con aprecio. Además, se incluye un retiro de silencio 4 horas entre las sesiones 4 y 5 en el que se practican varias meditaciones, yoga y comida con atención plena.

Los primeros resultados para este programa fueron publicados en 2013 y sugieren un aumento en los valores de autocompasión, atención plena, compasión por los demás, y satisfacción vital, así como una disminución de los valores de depresión, ansiedad, estrés y evitación. El seguimiento se realizó a los 6 meses y al año de finalizar la intervención. Los cambios producidos por el programa se mantuvieron estables, excepto los valores de satisfacción vital, que mostraron mejoría al año de la intervención (Neff & Germer, 2013).

En relación con este programa, la Dra. Neff ha desarrollado intervenciones más breves. Junto con Elke Smeets, Hugo Alberts y Madelon Peters de la Universidad de Maastricht, realizó una intervención breve de 3 semanas, con 2 sesiones de 90 minutos y una de 45 minutos. En la primera sesión se enseñaba a las participantes a percibir el propio sufrimiento y la introducción de técnicas informales de autocompasión. La segunda sesión se enfocaba en el aprendizaje de ser más autocompasivo en el afrontamiento de las situaciones de la vida diaria. La tercera sesión consistía en la evaluación de las actividades y del programa. Este programa breve resultó en mejoras de los valores de autocompasión, atención plena, optimismo y rumiación respecto al grupo control. Además, la intervención aumentó los niveles de satisfacción vital, conexión, optimismo, autoeficacia y disminuyó los de preocupación (Smeets, Neff, Alberts & Peters, 2014). Otra variación basada en el programa de autocompasión fue llevada a cabo por la Dra. Neff, en colaboración con Ellen R. Albertson y Karen E. Dill-Shackleford (ambas de la Universidad de Fielding, en Santa Bárbara, California). En esta variación, las autoras facilitaron a las participantes un enlace online de tipo podcast (que consiste en la distribución de archivos multimedia, normalmente audio o video) en formato mp3, con una práctica diferente para cada semana, con las instrucciones de que intentaran escucharlo una vez al día durante la semana. Las diferentes prácticas fueron extraídas del programa original, y consistían en un escaneo corporal compasivo durante la primera semana, respiración afectuosa durante la segunda semana, y una variación de la práctica de compasión (traducción escogida para la práctica llamada “loving-kindness meditation” en inglés o “metta-bhavana” en pali) durante la tercera semana. Esta intervención se mostró como efectiva en el aumento de la autocompasión y la apreciación corporal de las participantes, además de disminuir su insatisfacción y vergüenza con el propio cuerpo y las contingencias de auto-valía (Albertson, Neff & Dill-Shackleford, 2015).

Prevención de recaídas basado en la atención plena

Este programa, conocido como MBRP (siglas en inglés de Mindfulness-Based Relapse Prevention) fue desarrollado por el equipo de Sarah Bowen, Neharika Chawla y Alan Marlatt, de la Universidad de Washington, quienes en 2009 realizaron la primera experiencia piloto del programa (Bowen et al., 2009). El germen para su desarrollo fue un estudio que mostraba la eficacia de las prácticas de atención plena en personas encarceladas con problemas de abuso de sustancias. Las prácticas se mostraron efectivas para la disminución del consumo de marihuana, cocaína y bebidas alcohólicas. Este primer ensayo se realizó por la difícil accesibilidad y los elevados costes económicos de los programas de intervención psicosocial habituales para la deshabituación. Otra ventaja que propusieron los autores, es que este tipo de programas no requieren de abstinencia estricta o de un enfoque específico sobre el abuso de sustancias, por lo que puede resultar más atractivo a personas que solo buscan un consumo moderado, o que no comparten la filosofía de los programas habituales, tipo alcohólicos anónimos, además de evitar la situación estigmatizante que pueden sufrir las personas incluidas en este tipo de programas (Bowen et al., 2006). Los autores también señalaron la importancia de la tendencia a la supresión de pensamientos en relación con las prácticas de atención plena y el consumo de alcohol, indicando que la importancia se basa en cómo se afronta la aparición de estos pensamientos, y no en su aparición en sí misma. Esta conclusión fue obtenida a raíz de detectar que los participantes no comunicaban un descenso significativo de la aparición de pensamientos negativos (Bowen, Witkiewitz, Dillworth & Marlatt, 2007).

La estructura del programa se basa en los programas de tipo MBSR y MBCT, por lo que también consta de 8 sesiones, a razón de una sesión de 2 horas por semana. Cada grupo está formado por un mínimo de 6 personas y un máximo de 10, dirigidos por dos instructores. La característica diferencial de este programa es que incluye, además de las prácticas de atención plena, discusiones y ejercicios relacionados con la prevención de las recaídas. En el programa, se trabajan temas como la relación del funcionamiento en “piloto automático” y las recaídas, el reconocimiento de pensamientos y emociones desencadenantes, integración de las prácticas de atención plena en la vida cotidiana, desarrollo de habilidades prácticas en situaciones de alto riesgo, y el papel que juega la aparición de pensamientos y los estilos de afrontamiento en las recaídas (Bowen et al., 2009).

El programa se ha mostrado igual de eficaz que las intervenciones de tipo cognitivo-conductual para la prevención de recaídas, y que los tratamientos habituales basados en la

abstinencia (programas habituales de alcohólicos anónimos). A los seis meses de seguimiento, los pacientes de los grupos de intervención basada en la atención plena y los de la intervención cognitivo-conductual, presentaban mayor reducción de los días de ingesta elevada de alcohol, y una mayor probabilidad de abstinencia en el uso de drogas. El grupo de intervención basado en atención plena mantuvo estos resultados a los 12 meses de seguimiento, con un 31% menos de días de consumo de drogas, y menor probabilidad de recaídas en ingestas abusivas de alcohol (Bowen et al., 2014). El programa también ha resultado efectivo en la disminución del ansia por el consumo de sustancias, fenómeno conocido como *craving* (Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2013). Otro estudio señaló además que el tiempo de práctica fuera de las sesiones presenciales del programa, tanto durante el mismo como tras su finalización, se asocia con una disminución significativa del consumo de alcohol o drogas, así como del ansia por su consumo. Sin embargo, los autores señalaron que será necesario realizar nuevos ensayos a fin de determinar la cantidad de tiempo de práctica domiciliaria para el mantenimiento del efecto terapéutico del programa (Grow, Collins, Harrop & Marlatt, 2015). Un resultado curioso de este programa es que las mujeres de minorías étnicas presentaban un mejor seguimiento del mismo, algo que resultó relevante para las autoras dado que esta población tiene una mayor tendencia a no completar los programas de tratamiento para el abuso de sustancias (Witkiewitz, Greenfield & Bowen, 2013).

Manejo del dolor basado en la atención plena

Programa conocido como MBPM (siglas de Mindfulness Based Pain Management) ha sido desarrollado en Reino Unido surgiendo en el marco de la fundación comunitaria “Breathworks” con sede en Manchester. El origen del programa fue la propia experiencia personal de Vidyamala Burch, con más de 20 años de experiencia en el manejo de su propio dolor espinal tras un accidente de tráfico y dos cirugías mayores.

El programa se basa en el abordaje del MBSR ya mencionado, con 8 sesiones a razón de una por semana, y con una duración de 2 horas y media por sesión. En las sesiones se profundiza progresivamente en las prácticas de atención plena a la respiración, escaneo corporal, práctica de la conciencia amable (una práctica derivada de la práctica de compasión) y práctica de atención plena en la vida cotidiana, incluyendo los hábitos de alimentación, descanso y sueño y comportamientos habituales. Los participantes reciben además

grabaciones en audio para guiar sus prácticas, y se les anima a redactar un diario con el seguimiento de las prácticas (Burch, 2015).

El análisis de eficacia surge como fruto de la colaboración entre Bryany Cusens del Hospital Derriford de Plymouth, Geoffrey Duggan de la Universidad de Bath, y Kirsty Thorne y la propia Vidyamala Burch ambas del centro budista de Manchester. Los resultados muestran que el programa es eficaz en la mejora del bienestar subjetivo, medido a través de diferentes herramientas autoadministradas. Así, los participantes mejoraron en las dimensiones de actitud positiva, aceptación del dolor, y autoeficacia percibida ante el mismo. Además, la participación también contribuyó a la disminución de las dimensiones de depresión y de catastrofismo ante el dolor. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas con el grupo control en valores de calidad de vida ni en la intensidad del dolor (Cusens, Duggan, Thorne & Burch, 2010; Burch, 2015).

Estos hallazgos son consistentes con otros estudios. El equipo de Fadel Zeidan mostró que una intervención breve (de tres horas, a razón de una hora al día durante tres días consecutivos) basada en la atención plena reducía la experiencia subjetiva y la sensibilidad al dolor, así como el estado de ansiedad, y aumentaba los niveles de atención plena como rasgo (Zeidan, Gordon, Merchant & Goolkasian, 2010). Sin embargo, los hallazgos de Christopher Brown y Anthony Jones, de las Universidades de Cambridge y Manchester respectivamente, indicaron que la disminución de la percepción desagradable del dolor requería de una experiencia de al menos 6 años de práctica de algún tipo de meditación (Brown & Jones, 2010). La diferencia entre ambos, es que en el ensayo del equipo de Zeidan, los sujetos del grupo de intervención realizaban una práctica de 13 minutos previamente a la recepción del estímulo doloroso (Brown & Jones, 2010; Zeidan et al. 2010). Los mismos Brown y Jones, proponen que la intervención breve se relaciona con una mejora de la regulación emocional relacionada con la anticipación del dolor, pero que el procesamiento neuronal durante la experiencia dolorosa, solo se modifica ligeramente en regiones relacionadas con la respuesta emocional, sin modificarse la actividad en las regiones relacionadas con la intensidad del dolor. Estos hallazgos les llevaron a especular que estas modificaciones solo se producirían como consecuencia de la mejora de la salud mental a largo plazo (Brown & Jones, 2013).

Programa para la infertilidad basado en la atención plena

El programa MBPI (siglas en inglés de Mindfulness-Based Program for Infertility) ha sido desarrollado por el equipo de la Dra. Ana Galhardo, la Dra. Marina Cunha y el Dr. José Pinto-Gouveia, de la Universidad de Coimbra (Portugal), quienes publicaron en 2013 los primeros resultados del programa (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013a). El desarrollo del programa se basó en los programas MBSR de Kabat-Zinn, los principios básicos de la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, y el programa mente-cuerpo para la infertilidad de Domar, por lo que integra actividades derivadas de cada uno de estos programas (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013b).

Estructuralmente, el programa consta de 10 sesiones semanales, con una duración estimada de 2 horas por sesión, excepto la sexta sesión que abarca un día completo. Las sesiones estructuradas acogen a un máximo de 15 mujeres por grupo. Además, los compañeros sentimentales de las mujeres son invitados a participar en la primera, la sexta y la octava sesión. Las participantes reciben un manual para de participación y un CD con las instrucciones para las prácticas. Además de las prácticas formales e informales habituales en este tipo de programas, se incluyen componentes psicoeducacionales como recordatorio de los estilos de vida saludables en relación con el ejercicio físico, la alimentación, consumo de cafeína, nicotina o alcohol, o remedios naturales entre otros (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013a).

La intervención MBPI se ha mostrado eficaz en la reducción de los síntomas de depresión, el estado de ansiedad, la experiencia vergonzante, la sensación de derrota y la percepción de atrapamiento. La variable en la que mayor eficacia demostró el programa fue en la mejora autopercebida de la capacidad de uso de las habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para enfrentar la infertilidad y el tratamiento médico (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013a; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013b; Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia & Matos, 2013; Galhardo, 2013).

Terapia dialéctica conductual

La DBT (por sus siglas en inglés: Dialectical Behavior Therapy) fue desarrollada por Marsha Linehan de la Universidad de Washington, para los pacientes con trastorno límite de la personalidad, especialmente con el objetivo de evitar las conductas suicidas y las autolesiones (Shearin & Linehan, 1994). Esta intervención no está basada en la atención plena, sino que es un tipo de psicoterapia individual que incluye algunas prácticas en un arsenal terapéutico más extenso (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). Esta terapia se plasmó en un manual por primera vez en 1984, con orientación a mujeres que padecieran trastorno límite y presentaran conductas suicidas (Linehan, 1984).

La terapia incluye sesiones de psicoterapia semanales, entrenamiento en habilidades, encuentros para la supervisión de terapeutas (concepto similar a sesiones clínicas), y consultas vía telefónica entre las sesiones presenciales a demanda de los pacientes según sus propias necesidades (Linehan et al., 1991). Las prácticas de atención plena se incluyen dentro del entrenamiento en habilidades, con la intención de aumentar la capacidad de atención y sin juicios ante la observación de la experiencia, ser capaz de describirla y participar de ella, atendiendo a las cosas de una en una (Chapman, 2006). Además, la adquisición de habilidades de atención plena se contempla como una estrategia basada en la aceptación, facilitando la reducción de intentar controlar la propia experiencia interna. Esta estrategia de aceptación se considera un abordaje alternativo altamente efectivo en personas con trastorno límite de la personalidad, ya que el intento crónico de controlar los eventos privados a través de su inhibición, supresión o evitación se asocian con características relacionadas con el trastorno (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006). Aunque el entrenamiento en habilidades en atención plena se considera solo como una parte más de la terapia, la autora señala que son una parte fundamental de la misma y que son las primeras que se trabajan. Para Linehan, son el vehículo que sirve para equilibrar la mente emocional y la mente racional, distinguiendo tres habilidades tipo “qué”: observar describir y participar; y tres habilidades tipo “cómo”: adoptar una postura no sentenciosa, centrarse en una cosa en el momento y ser efectivo (Linehan, 2003; Rizvi & Linehan, 2001).

Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, siglas en inglés de Acceptance and Commitment Therapy) ha sido desarrollada por Steven Hayes y Kelly Wilson, del Departamento de Psicología de la Universidad de Nevada. El objetivo esencial de la terapia es tratar la evitación emocional, la respuesta literal excesiva al contenido cognitivo y la incapacidad para hacer, y posteriormente mantener, compromisos con los cambios de comportamiento (Hayes & Wilson, 1994). Según sus propios autores, prefieren la utilización de la expresión “ACT” como una sola palabra para referirse a su modelo, en lugar de utilizar el desglose A-C-T (Hayes, 2004a).

Esta terapia está basada en un programa de investigación básica de lenguaje y cognición, llamada teoría de marcos relacionales. Dicha investigación indica que los seres humanos aprendemos a derivar y combinar las relaciones entre estímulos bajo un control contextual arbitrario. A su vez, estas relaciones entre estímulos alterarían las funciones de eventos que participan en las redes relacionales, también bajo control contextual. La combinación de estas características conformaría el fundamento del lenguaje humano y la cognición superior. El aprendizaje relacional se basa en tres propiedades: las relaciones son bidireccionales, los vínculos entre relaciones son combinatorios, y las relaciones permiten una transformación de las funciones del estímulo entre estímulos que se encuentren relacionados. Estas características han favorecido que el ser humano sea considerado la especie dominante del planeta a pesar de no estar biológicamente favorecido para ello. Sin embargo, a pesar de que el desarrollo del lenguaje ha permitido aumentar exponencialmente las fuentes de control sobre la respuesta humana, existen algunos procesos, fomentados por los mismos marcos relacionales, que provocan una disminución en el repertorio de respuestas. Entre estos procesos se encuentran la ubicuidad del dolor, la fusión cognitiva y la evitación experiencial (Hayes, Masuda & De Mey, 2003; Hayes, 2004a).

La ubicuidad del dolor se produce por la especial sintonía de los organismos con los estímulos aversivos por razones evolutivas. Según la teoría de los marcos relacionales, a través del lenguaje, los seres humanos hemos ampliado enormemente la capacidad generadora de estímulos aversivos (incluso a través de situaciones aparentemente contradictorias), aumentando de forma drástica el malestar psicológico, sin poderlo reducir mediante soluciones únicamente contextuales. La fusión cognitiva se produce cuando las respuestas conductuales son dependientes de reglas verbales de tipo evaluativo. El resultado es un

aumento de la rigidez psicológica, aumentando el seguimiento de estas reglas. Estas redes relacionales son complicadas de romper, favoreciendo que el individuo se distancie de la experiencia del aquí-y-ahora y sus circunstancias particulares, en favor del seguimiento de dichas reglas. La evitación experiencial se considera resultado de la dominación del lenguaje evaluativo, y se define como el fenómeno que ocurre cuando una persona no desea permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo sensaciones corporales, emociones o pensamientos), y toma medidas para alterar su forma y frecuencia, así como los contextos que las ocasionan. Sin embargo, estos intentos suelen ser en vano, ya que surge la paradoja de que la supresión del pensamiento muestra el problema con mayor claridad (Hayes & Wilson, 1994; Hayes et al., 2003; Hayes, 2004a; Hayes 2004b). En este sentido, la evitación experiencial se ha propuesto como origen de muchas formas de psicopatología como de estilos de afrontamiento ineficaces, por lo que abarca un amplio ámbito de estudio, que incluye la experimentación básica, los estilos de afrontamiento, la psicopatología, y áreas de estudio de síndromes (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Stroschal, 1996).

Basada en este marco complejo, la propuesta terapéutica tiene el objetivo de aumentar la flexibilidad cognitiva, entendida como la habilidad de cambiar (o de mantener) comportamientos funcionales a fin de mantener los propios valores. Dado que no es posible eliminar los procesos basados en el lenguaje que crean dificultades, la meta es mantener estos procesos bajo control contextual. Así, la terapia trabaja en seis procesos clave: contacto con el momento presente, aceptación, defusión cognitiva, el yo como contexto, el compromiso con la acción y los valores. Este proceso de valores se considera de vital importancia, ya que es el que va a orientar la terapia, permitiendo trabajar cada uno de los aspectos en función de los valores individuales del propio paciente. Al requerir una adaptación individual a los valores de cada paciente, los ritmos y actividades propuestas por los terapeutas deben ser flexibles y adaptables. Esta flexibilidad terapéutica, ha llevado a los autores a proponer que esta terapia contiene en sí misma un modelo potenciador de la relación terapéutica, que a su vez consideran como motor del cambio, favoreciendo el trabajo clínico a través de la profundidad relacional entre terapeuta y paciente (Pierson & Hayes, 2007). Asimismo, los terapeutas que utilizan ACT, proponen que a diferencia de la mayoría de terapias y programas basados en atención plena, ACT trabaja un modelo similar en cuanto al desarrollo de habilidades cognitivas, pero sin la necesidad de que existan prácticas meditativas (Harris, 2009).

En cuanto a la utilidad de la terapia, un reciente metaanálisis realizado por un equipo encabezado por Jacqueline A-Tjak de Holanda señalaba que la terapia resultaba eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión, adicciones y problemas somáticos. Este grupo señalaba además que la principal ventaja de la terapia es que la meta sería facilitar a los pacientes la adhesión a conductas funcionales, considerando la reducción sintomática como derivada de estos cambios. Este hecho favorecería una menor decepción si no se percibe una mejoría sintomática precoz. Además, que la actividad terapéutica se organice de acuerdo a los valores de las personas, lleva a los autores a señalar que los pacientes presentarían menor resistencia al cambio (A-Tjak, Davis, Powers, Smits & Emmelkamp, 2015). ACT también ha demostrado utilidad en el abordaje del dolor crónico en pacientes institucionalizados mayores de 65 años (Alonso Fernández, López López, Losada Baltar & González Gutiérrez, 2013). Sin embargo, un estudio encabezado por Julie Loebach, de la Universidad de California comparó esta terapia con la terapia cognitivo-conductual (TCC) habitual en adultos de diferente rango de edad, produciendo mejores resultados la TCC en personas con un rango de edad entre 18 y 45 años, invirtiéndose esta tendencia en personas mayores de 65 años, que se vieron más beneficiados por ACT (Loebach Wetherell et al., 2016). Otro estudio, en el que también participó el profesor Hayes, comprobó la utilidad de ACT enfrentándola a un entrenamiento en relajación progresiva pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Según los resultados de este trabajo, ACT produjo una mayor disminución en la gravedad de la sintomatología inmediatamente después del tratamiento, manteniéndose a los 3 meses de seguimiento (Twohig et al., 2010). Menos relevantes fueron los hallazgos encontrados por un equipo iraní en pacientes con adicción a los opiáceos. Un equipo encabezado por Mozghan Saedy probó la utilidad de esta terapia en un grupo reducido de pacientes en tratamiento sustitutivo con metadona. Aunque el tamaño de la muestra en este trabajo fue muy escasa (n=14), los resultados sugieren que se produce una reducción de los niveles de depresión respecto al grupo control. Sin embargo, no se encontró evidencia de efecto sobre los niveles de ansiedad. Estos hallazgos llevaron a los autores a sugerir que sería necesario un aumento del número de sesiones de terapia (Saedy, Kooshki, Jamali Firouzabadi, Emamipour & Rezaei Ardani, 2015).

Algunas consideraciones a los programas basados en la atención plena

Anteriormente se han descrito la mayor parte de programas basados en la práctica de atención plena y terapias que se sirven de alguna práctica en su desarrollo. Existen otros programas o intervenciones basadas en la atención plena, en contextos de salud más específicos, como el parto y maternidad basados en atención plena, la arte-terapia basada en atención plena, terapia grupal basada en atención plena y aceptación, el entrenamiento mental basado en la atención plena, o la recuperación del cáncer basada en la atención plena (Carlson, 2013; Shonin, Van Gordon & Griffiths, 2013). Según Margaret Cullen, no hay datos siquiera aproximados de cuantas intervenciones basadas en atención plena diferentes existen alrededor del mundo, y aunque se intentaran cuantificar, los datos no serían exactos cuando alcanzasen su publicación (Cullen, 2011). Esta es precisamente una de las críticas a las intervenciones basadas en la atención plena, ya que se consideran “a medida” de poblaciones diana específicas, agrupadas por determinadas necesidades o patologías, en lugar de enfocarse hacia poblaciones más heterogéneas. La elaboración de diferentes intervenciones con escasas características diferenciales, ha dado lugar al fenómeno que algunos autores denominan *McMindfulness* (Purser & Loy, 2013), con numerosas intervenciones registradas con copyright, productos derivados de las mismas (desde libros o guías a aplicaciones para teléfonos móviles y programas formativos específicos para un solo tipo de intervención). Estas diferencias provocan que por un lado, la investigación carezca de datos sólidos en cuanto a la potencia estadística por ausencia de muestras numerosas, y por otro, una discrepancia en cuanto al currículum exigible a los formadores en atención plena.

Sin embargo, también existen detractores en sentido contrario. En este caso, se hace referencia a la necesidad de los enfoques individualizados de las prácticas (lo que se conoce como *tailoring*), y de la necesidad de enfocar parte de la investigación en esta dirección. Yendo más allá, la propuesta de esta tendencia no quedaría solo en lo referente a las prácticas, sino al enfoque de la intervención en sí mismo, ya que no todas las personas se benefician de igual modo de los abordajes basados en la atención plena (Carlson, 2012; Carlson et al., 2014).

Medición de la atención plena

En el siguiente apartado se procede a describir los diferentes instrumentos de medida que han sido propuestos para la medición de la atención plena. Como se ha señalado anteriormente, la atención plena puede describir un aspecto similar al rasgo de la personalidad, que se referiría a la tendencia y voluntad de mantener la atención de forma consciente a lo que sucede en el presente. Por otro lado, puede referirse a un estado de la conciencia, referido a estar o ser conscientes en un determinado momento y con una actitud concreta, estado que además es susceptible de ser evocado a través de las prácticas (Pérez & Botella, 2006). La mayoría de las herramientas creadas para la medición de la atención plena se centran en la medición de esta como rasgo, que también se ha denominado “mindfulness disposicional”. La medición de la atención plena como estado pretendería medir la experiencia sentida en primera persona de la práctica, con capacidad de medir la variabilidad temporal de la experiencia, la evolución de la comprensión y el aprendizaje. Este segundo tipo de medida es menos común en la literatura científica, siendo más escasas las herramientas desarrolladas con este fin (Campos Bacas, Cebolla i Martí & Rasal Cantó, 2015).

Por si estas dificultades no fueran suficientes, la concepción de los diferentes equipos de investigación es sumamente distinta. Así, han surgido desde instrumentos unidimensionales a escalas que dividen el constructo en cinco factores distintos. Además, existen discrepancias sobre si la atención plena es una condición particular o una capacidad inherente a la naturaleza humana. Los autores que se encuentran en el punto de la condición particular, defienden que la atención plena solo puede surgir de las prácticas meditativas, por lo que disociar la medición de la atención plena de estas prácticas desnaturalizaría la propia medición. Dado que el desarrollo de los diferentes instrumentos depende en gran medida del concepto de atención plena del que se parte, en la descripción de cada una de los instrumentos se realiza una breve mención del marco conceptual utilizado para su desarrollo.

Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)

Este instrumento fue desarrollado en 2001 por Nina Buchheld, Paul Grossman y Harald Walach, de la Universidad de Friburgo, a partir de un trabajo de Fin de Máster de la primera autora. En su desarrollo, se especifica que el instrumento surge de la necesidad, pues hasta entonces, no existía un instrumento validado para medir la atención plena. El FMI es un cuestionario para autoadministración, que consta de 30 preguntas, siete de las mismas redactadas de forma inversa. Cada una de ellas se responde en relación a una escala de frecuencia de 1 a 4 (casi nunca, ocasionalmente, a menudo y casi siempre), y la medición se realiza a través de la suma de las respuestas obtenidas. Una de las limitaciones comentadas por los autores, era que para el desarrollo del instrumento se había contado únicamente con personas iniciadas en el ámbito de las prácticas de meditación por lo que no era válido para la población general (Buchheld, Grossman & Walach, 2001). Una revisión realizada en 2006 proponía la versión abreviada del instrumento con solo 14 ítems. Según el equipo, esta versión corta permitiría su utilización en contextos generales y con personas sin el conocimiento del marco conceptual propio de la atención plena y su relación con la filosofía budista. Tanto la versión completa como la versión abreviada, estaban ideadas como herramientas unidimensionales (Walach, Buchheld, Bittenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006). Sin embargo, un trabajo realizado en 2009, encabezado por Niko Kohls de la Universidad de Munich, señalaba que la estructura unidimensional inicialmente propuesta era estadísticamente válida y útil en la mayoría de los propósitos, pero que también se encontraba estadísticamente aceptable la estructura bidimensional de la herramienta, que se confirmaba reduciendo a solamente 8 los ítems de la misma (4 para cada dimensión). La reducción de ítems propuesta disminuía la consistencia interna (Kohls, Sauer & Walach, 2009). De cualquier forma, esta estructura bidimensional fue considerada como más rigurosa conceptualmente, por distinguir el componente de presencia del componente de aceptación. En 2011, confirmaron esta interpretación de la herramienta como bidimensional era preferible a la de una sola dimensión, si bien debería eliminarse o al menos reformular o reemplazar uno de los ítems (Sauer, Walach, Offenbacher, Lynch & Kohls, 2011).

Esta herramienta ha recibido críticas por sus incongruencias semánticas. En 2005, un estudio realizado por Janis Leigh, Sarah Bowen y Alan Marlatt, de la Universidad de Washington, encontró que estudiantes que presentaban habitualmente consumo excesivo de alcohol puntuaban más alto que sus pares que no lo presentaban (Leigh, Bowen & Marlatt, 2005). Más interesante le pareció a Paul Grossman, del Hospital de la Universidad de Basel,

que el grupo de estudiantes que presentaban habitualmente un consumo excesivo de alcohol del estudio del equipo de Leigh, obtuviesen puntuaciones similares a las de los practicantes de un retiro de meditación tras la finalización del mismo. Para Grossman, la falta de consistencia semántica se debe a que las prácticas de atención plena pueden cambiar la forma en la que se entienden expresiones como “darse cuenta”, “conciencia”, “juicio” o “momento presente”. Así, ítems que presenten léxico empleado habitualmente en los programas de formación en atención plena, serán comprendidos de forma diferente por personas con experiencia en el campo (Grossman, 2008). Esta asunción fue probada en 2013 por el equipo de Florian Belzer, también de la Universidad de Friburgo. El equipo de Belzer realizó un análisis comparativo con metodología cualitativa, y determinó que al menos ocho de los ítems de la escala corta eran de dificultosa comprensión para personas sin experiencia en prácticas de atención plena. Por ello se sugería modificar la redacción de la misma para dotarla de validez de constructo en población sin experiencia en atención plena (Belzer et al., 2013).

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

La herramienta fue desarrollada por los ya mencionados Kirk Brown y Richard Ryan, quienes publicaron los resultados de su desarrollo y validación en 2003. El desarrollo de esta herramienta, comúnmente conocida como MAAS se basaron en que a su entender, la atención plena “captura una cualidad de la conciencia caracterizada por la claridad y vividez de la experiencia y funcionamiento, en contraste con estados de menor conciencia o menos “despiertos”, del funcionamiento automático o habitual, que puede ser crónico para muchos individuos.” Para estos autores, la atención plena puede considerarse como un aumento de la conciencia de la experiencia o realidad presente (Brown & Ryan, 2003).

En base a este marco teórico, desarrollaron una herramienta para ser autoadministrada, consistiendo en 15 afirmaciones sobre actuaciones en el día a día. Estas afirmaciones son del tipo “encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente”, o “hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas”, y deben ser contestadas en una escala de tipo Likert con 6 respuestas posibles, siendo la respuesta 1 correspondiente a “casi siempre” y la 6 a “casi nunca”. Los autores consideran la herramienta de carácter unidimensional, obteniéndose la puntuación a partir de la media aritmética de las respuestas, si bien se encuentran algunos trabajos académicos que reportan la suma de las respuestas en lugar de la media (Brown & Ryan, 2003). Un equipo encabezado por de Nicholas Van Dam,

de la Universidad de Albany, realizó un análisis a partir de la teoría del ítem-respuesta. Este estudio determinó que los ítems 7, 8, 9, 10 y 14 aportan la mayor parte de la discriminación en la medición del rasgo. Para estos autores, este comportamiento se debe a que son ítems generales, en lugar de estar centrados en una actividad o comportamiento concreto. Estos ítems más generales serían más fáciles de contestar, dada la dificultad inherente a darse cuenta uno mismo de aquellas situaciones en las no se actúa de manera consciente (Van Dam, Earleywine & Borders, 2010).

La amplia utilización de esta herramienta, ha llevado a su validación en diferentes idiomas. En España, la escala fue validada en 2012 por el equipo de Joaquim Soler, del Departamento de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (Soler et al., 2012). En 2013, un grupo encabezado por Ausiàs Cebolla, profesor de la Universidad de Valencia y coautor del trabajo anterior, realizó la validación de la escala en un grupo de pacientes con fibromialgia (Cebolla, Luciano, Demarzo, Navarro-Gil, & Garcia-Campayo, 2013). En 2014 se publicó otro trabajo de adaptación a la población española, a cargo de Santiago Barajas, del Hospital Universitario de Guadalajara y Luis Garra, de la Universidad de Castilla-La Mancha (Barajas & Garra, 2014). Además de las versiones adaptadas y validadas en España, existen otras versiones diferentes en español de la escala. Una de ellas validada en Estados Unidos de América, utilizando participantes de origen mayoritariamente hispanoamericano (Johnson, Wiebe & Morera, 2014) y otra validada en Argentina (Montes, Ledesma, García & Poó, 2014). Además de las diferentes versiones validadas en nuestro idioma, la herramienta ha sido traducida al alemán, holandés, francés, sueco, turco, chino, polaco, griego o estonio (Michalak, Heidenreich, Ströhle & Nachtigall, 2008; Schroevers, Nyklíček & Topman, 2008; Jermann et al., 2009; Hansen, Lundh, Homman, & Wångby-Lundh, 2009; Catak, 2012; Deng et al., 2012; Radoń, 2014a; Mantzios, Wilson & Giannou, 2015; Seema et al., 2015).

Por otro lado, y contando con la participación del propio Kirk Brown, se elaboró una versión adaptada a adolescentes, la denominada MAAS-A (Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents), similar a la herramienta original, pero eliminando uno de los ítems. Esta herramienta fue validada en 2011 en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años (Brown, West, Loverich & Biegel, 2011), y han sido validadas tanto su versión en holandés (De Bruin, Zijlstra, Van de Weijer-Bergsma, & Bögels, 2011) como en español (Calvete, Sampedro & Orue, 2014).

A pesar de ser la herramienta más utilizada en la literatura científica específica, la escala no está exenta de críticas y de situaciones paradójicas (Soler, 2014). Por un lado, han aparecido estudios en los que no se encontraron diferencias entre meditadores y no meditadores (MacKillop & Anderson, 2007). Por otro lado, el profesor Paul Grossman de la Universidad de Basel (Suiza), señalaba que la herramienta medía la ausencia de inatención declarada, y que los autores habían asumido esa ausencia de inatención como sinónimo de la atención plena. Este trabajo del profesor Grossman utilizaba esta herramienta como ejemplo, haciendo su crítica común a todas las herramientas surgidas hasta entonces, llegando a proponer que la utilización del concepto de atención plena, al menos si se pretendía una perspectiva acorde con la tradición budista, debería limitarse a la investigación que implique directamente algún tipo de práctica meditativa (Grossman, 2011).

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

Esta herramienta fue desarrollada en 2004 por el equipo de Ruth Baer de la Universidad de Kentucky. Con el nombre abreviado de *KIMS*, se propuso inicialmente como un inventario autoadministrado que sirviera para evaluar la atención plena a través de cuatro dimensiones diferenciadas por habilidades empleadas en el día a día, que según sus creadores, se ven potenciadas con la práctica de la atención plena. Así, dividieron la herramienta en las dimensiones de observación, descripción, actuación consciente y aceptación sin juicio. La escala se compone de un total de 39 ítems con respuesta tipo Likert de 1 a 5, siendo la máxima puntuación correspondiente con el máximo acuerdo. Por dimensiones, la dimensión de observación contiene 12 ítems, la dimensión descripción 8 ítems (de los cuales 3 son inversos), la actuación consciente 10 ítems (6 inversos) y la aceptación sin juicios 9 ítems todos de puntuación inversa (Baer, Smith & Allen, 2004). A pesar de que una revisión posterior del inventario llevó al equipo a elaborar una nueva herramienta (que se comenta posteriormente), el trabajo con la misma ha permitido una versión breve que consta de solo 20 ítems (Höfling, Ströhle, Michalak & Heidenreich, 2011), y de validaciones a otros idiomas distintos del inglés, como el sueco (Hansen et al., 2009) o el francés (Nicastro, Jermann, Bondolfi & McQuillan, 2010).

Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)

Abreviado como *SMQ*, el trabajo que presentó la fiabilidad y validez de esta herramienta fue publicado por el equipo de Paul Chadwick, del departamento de psiquiatría del Hospital Royal South Hants de Southampton en el año 2008 (Chadwick, Hember, Symes, Peters, Kuipers & Dagnan, 2008), aunque dicho trabajo se ha venido citando en otros manuscritos como en proceso de revisión desde 2005 (Baer, Walsh & Lykins, 2009). Originalmente, la herramienta se diseñó para evaluar la atención plena en base a cuatro componentes: observación con atención plena, dejar marchar, ausencia de aversión y no juicio. El enfoque dado a estos cuatro componentes se enmarca en el afrontamiento de pensamientos e imágenes desagradables. Se trata de una escala de tipo Likert con respuestas entre 0 y 6, correspondiendo el 0 al mayor desacuerdo y el 6 al mayor acuerdo. Cada una de las dimensiones está conformada por cuatro ítems, la primera de ellas con tres redactados en sentido positivo y uno en negativo, la segunda y cuarta con redactados dos en sentido positivo y dos en negativo, y la tercera con un solo ítem redactado en sentido positivo y tres en sentido negativo. La evaluación se hace en base a la suma de los ítems de cada una de las dimensiones (con rango de 0 a 24 para cada una) así como la suma total (presentando un rango de 0 a 96) (Chadwick et al., 2008). Los creadores de la herramienta propusieron además una versión abreviada del mismo, de tan solo 12 ítems, para la evaluación de la atención plena ante la escucha de voces, señalando que los 4 ítems eliminados no se comportaban de igual modo cuando la pregunta se aplicaba a voces que a pensamientos o imágenes (Chadwick, Barnbrook & Newman-Taylor, 2007).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

A partir de las cuatro herramientas descritas anteriormente y la herramienta *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (cuya versión revisada se describe más adelante), el equipo de la profesora Ruth Baer, mencionada anteriormente como autora de la herramienta KIMS, desarrolló una nueva herramienta, diseñada para medir la atención plena en cinco dimensiones. Las dimensiones propuestas por el equipo fueron la no reactividad a la experiencia interna, la observación de las sensaciones, percepciones, pensamientos o sentimientos, la actuación con conciencia, la descripción con palabras, y el no juicio de la experiencia. Cada una de las dimensiones se compuso por los 8 ítems con mayor carga factorial, excepto la primera dimensión que cuenta con solo 7 ítems. Así, la escala se

compone de un total de 39 ítems, a responder en una escala de tipo Likert con puntuación de 1 a 5, en la que 1 corresponde a “nunca o muy raramente verdad”, y 5 a “muy a menudo o siempre verdad”. Los resultados se obtienen de la media de cada una de las dimensiones. La dimensión “descripción con palabras” cuenta con tres ítems de respuesta inversa, siendo todos de este tipo en las dimensiones “actuación con conciencia” y “no juicio de la experiencia” (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). A partir de la escala, el equipo de autores estableció las diferentes relaciones de cada una de las dimensiones con la experiencia en prácticas de atención plena, y posteriormente con el bienestar psicológico. De esta manera, la dimensión de observación fue la más relacionada con la práctica, y sin embargo no resultaba una variable predictora del bienestar psicológico. La dimensión de la escala con mayor poder predictor fue la dimensión de no juicio de la experiencia, que resultó la tercera en la jerarquía de relaciones con la práctica de atención plena (Baer et al. 2008).

En 2012 un equipo encabezado por Ausiàs Cebolla publicó el estudio de validación de la escala al español en muestras de población clínica y no clínica (Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillen, Baños & Botella, 2012). Además de esta validación, existen otras traducciones al español, realizadas en el ámbito peruano (Loret de Mola Gubbins, 2014) y chileno (Schmidt & Vinet, 2015). Otros idiomas a los que ha sido traducida esta herramienta son el francés (Heerena, Douilliezc, Pescharda, Debrauwerea & Philippota, 2011), holandés (Veehof, Ten Klooster, Taal, Westerhof & Bohlmeijer, 2011), japonés (Sugiura, Sato, Ito & Murakami, 2012), portugués en una muestra brasileña (Vargas de Barros, Harumi Kozasa, Weiss de Souza & Mota Ronzani, 2014), italiano (Giovannini, Giromini, Bonalume, Tagini, Lang & Amadei, 2014), polaco (Radoń, 2014b) o chino (Hou, Wong, Lo, Mak & Ma, 2014). En 2015, un equipo encabezado por Jaume Aguado realizó un análisis en una muestra de 1191 personas, mostrando que la estructura de la escala es bifactorial, añadiendo que la subescala de observación no es adecuada para la evaluación de atención plena en personas sin experiencia en la práctica (Aguado, Luciano, Cebolla, Serrano-Blanco, Soler & García-Campayo, 2015).

Toronto Mindfulness Scale (TMS)

El desarrollo de esta herramienta, conocida por sus siglas *TMS*, corrió a cargo del equipo de Mark Lau y Scott Bishop, de la Universidad de Toronto, y sus primeros resultados fueron publicados en 2006. El equipo investigador plantea una herramienta orientada exclusivamente

a la medición de la atención plena inmediatamente después a la realización de prácticas meditativas. Es una escala de 13 ítems, divididos en dos dimensiones: curiosidad y descentramiento. Los ítems correspondientes al primer factor reflejan la actitud de querer aprender más sobre las experiencias personales, y los correspondientes al segundo reflejan el cambio de la identificación de la persona con sus pensamientos y sentimientos (Lau et al., 2006). Dado que esta herramienta estaba únicamente destinada a la medición de la atención plena como estado, Mark Lau desarrolló junto a Karen Davis y David Cairns, ambos de la Universidad Macquarie de Sydney una versión para medir la atención plena como rasgo. Así, la llamada *Trait TMS*, el equipo investigador modificó la redacción de los ítems para que hicieran referencia al presente, así como las instrucciones para completar la escala, señalando que se responda en base a las experiencias del día a día (Davis, Lau & Cairns, 2009).

Cognitive Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)

Elaborada por el equipo de Greg Feldman, del departamento de psicología de la Universidad de Miami, la herramienta inicial constaba de 18 ítems, pero una revisión posterior permitió una reducción de ítems, dejando definitivamente una herramienta compuesta por 12 ítems. La escala fue elaborada para medir la atención plena en las experiencias del día a día a través de cuatro componentes, considerados por el equipo investigador como necesarios para alcanzar un estado de atención plena: atención, enfoque en el presente, conciencia y aceptación. Cada una de los componentes de la herramienta consta de tres ítems, pero la evaluación de la misma se obtiene a través de la media total de las respuestas, siendo por tanto una herramienta unidimensional. Además, el equipo investigador propuso una escala más reducida, de solo 10 ítems. La eliminación de los ítems 2 y 7, correspondientes ambos al componente de enfoque en el presente, se justificó por su correlación con otros constructos como la preocupación, la rumiación o la depresión, entendiendo los investigadores que podrían resultar confusores en la herramienta. Sin embargo, encontraron que mantener estos dos ítems estaba justificado a nivel teórico, metodológico y empírico. Por tanto, se presentaron ambas versiones, orientando la utilización de una u otra en futuras investigaciones, en función de otras variables a medir (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007). Según el equipo de Claudia Bergomi, de la Universidad de Berna, la medición de la atención plena utilizando esta herramienta, es única en dos sentidos: por un lado se mide como la disposición y habilidad a estar atento/a más que al darse cuenta durante el día, y por otro lado, su estrecha relación con

el estrés, lo que la haría de especial interés en estudios clínicos (Bergomi, Tschacher & Kupper, 2012).

Philadelphia Mindfulness Scale PHLMS

Desarrollada por un equipo liderado por Lee-Ann Cardaciotto, de la Universidad de La Salle, en colaboración con otros compañeros/as de la Universidad de Drexel (ambas universidades en Philadelphia, EEUU). En el momento de comenzar su elaboración, solo existían publicadas las ya mencionadas FMI y MAAS, por lo que el equipo investigador se planteó la necesidad de elaborar una herramienta que fuera aplicable en personas sin experiencia previa en prácticas de meditación, característica que no cumplía el FMI, y que a diferencia de la MAAS, discriminase adecuadamente entre conciencia y aceptación (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008). De esta manera, el equipo investigador planteó un marco teórico coherente con la definición operacional señalada por Bishop et al. (2004), planteando la atención plena en dos componentes fundamentales: conciencia y aceptación. Así, la conciencia es considerada como una monitorización continuada de la experiencia enfocada en el momento presente. Por otro lado, la aceptación hace referencia a la manera en que esa conciencia se maneja, es decir, con una actitud no enjuiciadora y de apertura hacia la propia experiencia. El equipo investigador hacía especial hincapié en que en este contexto, la aceptación no debe confundirse con pasividad o resignación, sino que se trata de una forma de estar presente con, en lugar de preocupado por, o tratando de evitar, que los eventos internos (como pensamientos o emociones) sucedan.

A partir de este contexto, se desarrolló la escala PHLMS, un instrumento diseñado para ser autoadministrado, y que consta de 20 ítems, divididos en dos subescalas, una por cada uno de los componentes señalados anteriormente, y constando cada uno de los mismos de 10 ítems. La respuesta se realiza a través de una escala de tipo Likert con puntuaciones de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). La puntuación de la subescala de conciencia se obtiene a través de la suma directa de las respuestas a los ítems correspondientes a la misma, mientras que la puntuación de la subescala de aceptación precisa de la suma inversa de las respuestas (Cardaciotto et al., 2008).

Esta herramienta fue traducida y validada al español por el equipo de Rosa Tejedor de la división de salud mental de la Red Asistencial Universitaria de Manresa y el ya mencionado

Joaquim Soler, quienes publicaron sus resultados en 2014. Un hallazgo interesante de este proceso de validación fue la diferencia encontrada en la relación entre las dos subescalas en función de la población a estudio, ya que se hallaron puntuaciones menores en la subescala de aceptación en una muestra de personas con patología psiquiátrica, pero no así en la escala de conciencia, sugiriendo la importancia de medir ambos componentes por separado, y señalando a priori la importancia que según el equipo investigador, la aceptación juega en los trastornos mentales (Tejedor et al., 2014).

Consideraciones a la utilización de escalas de atención plena

Pérez y Botella (2006) ya señalaron que las limitaciones más importantes a la utilización de escalas eran, por un lado, que al tratarse de propuestas recientes, buena parte de los equipos de investigación mantendrían la utilización de instrumentos clásicos relacionados con los objetivos de sus estudios. Por otro lado, señalaban que el desarrollo de la atención plena, al no constituir un objetivo en sí mismo sino el medio para obtener determinados fines, las mediciones irían orientadas a dichos fines (como reducir el estrés o aumentar el bienestar). Es necesario señalar, que las diferentes escalas resultan de utilidad en dependencia de la investigación a realizar. Así, escalas cortas como la MAAS, serían aplicables si se pretende medir el índice global de atención plena como rasgo en personas sin experiencia en meditación, mientras que otras escalas como la FFMQ permiten investigar sobre diferentes aspectos de la atención plena, o requieren experiencia previa en las prácticas meditativas, como el FMI. Estas escalas autoadministradas son herramientas útiles para realizar este tipo de medición, que en el caso de estudio de los efectos de la práctica, suelen ser complementadas con otros métodos, como el abordaje cualitativo de las personas que practican, o las técnicas de neuroimagen que permiten analizar los cambios en el cerebro durante las prácticas o su efecto a largo plazo (Soler, 2014).

Estrés, estrés laboral y síndrome de burnout

Este segundo apartado de la introducción recoge los conceptos de estrés laboral y síndrome de burnout. En el primer subapartado, titulado “Estrés: concepto, tipología, estrés laboral y riesgos psicosociales”, se realiza una aproximación al concepto de estrés y a sus diferentes tipos, así como a las implicaciones laborales de este fenómeno y su relación con los riesgos psicosociales derivados de la actividad laboral, incluyendo en este sentido la importancia de los factores socioeconómicos y de género. El segundo subapartado, con título “Síndrome de burnout: concepto, fases, factores de riesgo y consecuencias” se realiza una conceptualización del síndrome, señalando las diferentes fases de su desarrollo, los factores de riesgo y las consecuencias de su padecimiento. El tercero de los subapartados, titulado “Evaluación del burnout: herramientas desarrolladas”, se analizan diferentes cuestionarios elaborados para la evaluación de dicho síndrome, haciendo especial hincapié en el cuestionario Maslach Burnout Inventory y el Burnout Clinical Subtypes Questionnaire. La relevancia dada a estas dos herramientas radican, por parte de la primera por ser la más utilizada en la literatura científica sobre el tema, y en el caso de la segunda, por ser su versión breve la utilizada en este trabajo de investigación.

Estrés: concepto, tipología, estrés laboral y riesgos psicosociales

Concepto de estrés

Actualmente, el estrés se considera uno de los factores más influyentes en el día a día, por ser capaz de afectar de forma negativa a la salud y bienestar de las personas. Hans Selye (considerado como “el padre del estrés”), definió el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo ante diferentes agentes nocivos del ambiente, de naturaleza física o química, y que daban lugar a lo que el autor denominó “síndrome general de adaptación” (Selye, 1956). Otro autor importante en la definición del concepto fue Howard Wolff, quién enfatizó la importancia de estado dinámico del organismo, que implica una adaptación a la demanda. De esta manera, se distingue el concepto de estrés utilizado en el ámbito de la salud del utilizado en la ciencia de materiales, dando al individuo un papel activo en cuanto a “defensa adaptativa” en el mantenimiento o restauración del equilibrio (Wolff, 1953). Richard Lazarus y Susan Folkman definieron el estrés como “el resultado de la relación entre el individuo y su entorno, evaluado por aquel como amenazante por desbordar sus recursos, y por tanto poniendo en peligro su bienestar”. Para Lazarus y Folkman, que una relación persona-entorno resulte estresante dependerá de la evaluación cognitiva de la persona, además de los factores ambientales. La influencia de la evaluación cognitiva individual se considera clave, pues permite comprender como individuos y grupos responden de forma distinta a estímulos similares, a través de los procesos cognitivos que intervienen entre la circunstancia y la reacción y de los factores que afectan a esta mediación. Así, identificó tres tipos de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación cognitiva. La evaluación primaria juzga el encuentro con la situación como irrelevante, beneficioso-positivo o estresante. Este último grupo contempla a su vez tres tipos: de daño/pérdida, amenaza o reto. El daño/pérdida se refiere a situaciones en las que el perjuicio ya se ha recibido, la amenaza a la anticipación del daño, y el reto a la posibilidad de ganancia o mejora. La valoración secundaria se considera un juicio sobre las posibilidades y las consecuencias de la utilización de una u otra estrategia en el afrontamiento. Por su parte, la reevaluación se considera un cambio en la evaluación anterior basada en la recepción de nueva información (Lazarus & Folkman, 1984).

El mismo Hans Selye distinguía en origen los conceptos de “estrés saludable” o eustrés, y “estrés perjudicial” o distrés. Sin embargo, el empleo de estos dos términos no ha recibido la misma acogida que el del término paraguas “estrés”, entendiéndose en este concepto la

forma urgente o perjudicial, y obviándose a menudo la forma saludable incluso en los propios textos especializados. Así, según Peiró esta forma es la que ha recibido mayor atención por parte de la investigación, fomentando que habitualmente distrés y estrés se conviertan en sinónimos, y eliminando el interés por el eustrés de forma casi sistemática (Peiró, 1993).

Tipos de estrés

Basándose en el trabajo de Lyle Miller, Alma Dell Smith y Larry Rohstein, la American Psychological Association (no confundir con la American Psychiatric Association, pues comparten el acrónimo APA), clasifica el estrés en tres tipos fundamentales: el estrés agudo, el estrés agudo episódico y el estrés crónico. El estrés agudo se define como la forma más común, apareciendo de las exigencias y presiones del pasado más reciente y las anticipadas del futuro cercano. Este tipo de estrés se considera a corto plazo, y por tanto se entiende que no es capaz de causar los daños que comúnmente se asocian con el estrés de larga duración. Las consecuencias de este tipo de estrés se traducen en sintomatología física y psicológica, pudiendo aparecer agotamiento emocional (expresado a través de irritabilidad, ansiedad o depresión), problemas musculares derivados de la tensión, siendo los más comunes las cefaleas tensionales, el dolor de espalda o mandibular, pero pudiendo llegar a derivar en desgarros musculares, alteraciones gastrointestinales (que se manifiestan mediante acidez, flatulencia, diarrea o estreñimiento) y sobreexcitación pasajera, que suele traducirse en incremento de la tensión arterial, taquicardia, aumento de la transpiración en las manos, sensación de mareo, dificultad para respirar o dolor en el pecho. El estrés agudo episódico se da en aquellas personas que sufren estrés agudo con frecuencia. Las personas que lo sufren son descritas como personas con mucha energía nerviosa, convirtiéndose el lugar de trabajo en un espacio muy estresante. Dentro de este grupo, se distinguen además dos tipos de personalidades, un tipo A, agresivos, competitivos en exceso e impacientes, y un tipo B, grupo en el que se encuentran aquellas personas que entienden el mundo como un lugar peligroso. Los síntomas derivados del tipo A son las enfermedades coronarias, mientras que los característicos en el tipo B son las cefaleas tensionales persistentes, migrañas e hipertensión arterial. Por otro lado, el estrés crónico supone un desgaste a lo largo del tiempo que se convierte en agotador. Aparece cuando la persona sometida a estrés de forma constante y mantenida en el tiempo, convirtiéndose en una situación sin salida y para la que se deja de buscar solución. Según esta asociación, el aspecto más grave de este tipo de estrés es el

acostumbramiento de las personas que lo padecen, olvidándose de que está presente (Miller, Dell Smith & Rohstein, 1994; American Psychological Association, 2016).

Estrés en el trabajo y riesgos psicosociales

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, los riesgos psicosociales “se derivan de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un escaso contexto social del trabajo, y pueden producir resultados psicológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión.” Asimismo, define el estrés laboral como la percepción de un desequilibrio entre las exigencias a las que están sometidas por su trabajo y los recursos físicos y mentales de los que disponen para hacer frente a dichas exigencias. Según esta agencia, aproximadamente la mitad de los trabajadores de la Unión Europea creen que el estrés es un elemento común en su lugar de trabajo, y el 25% de los trabajadores afirman que sufren estrés relacionado con el trabajo durante toda o casi toda su jornada laboral. Un porcentaje similar señala que el trabajo tiene efectos negativos sobre su salud (European Agency for Safety and Health at Work, 2014).

Esta misma agencia publicó en 2016 el informe de la “Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes”. Los resultados obtenidos en esta encuesta, denominada ESENER-2, y al respecto de los factores de riesgo presentes en su empresa, los profesionales de la educación, sanidad y trabajo social declaraban que en un 81,9% de los casos su trabajo se correspondía con posiciones que producen dolor o cansancio. Asimismo, el 51,9% de los trabajadores declaraban tener que levantar o mover cargas pesadas así como la realización de movimientos repetitivos de mano y brazo. En el apartado de riesgos psicosociales, el que mayor puntuación obtuvo fue el de “tratar con pacientes/clientes/alumnos difíciles”, con un 58%, porcentaje que asciende al 66,8% de respuestas afirmativas al tratarse de profesionales de la educación, sanidad y trabajo social. En cuanto al manejo del estrés laboral, según este informe solamente un 16% de las empresas consultadas mantienen en plantilla o cuentan externamente con un servicio de psicología. Sin embargo, estas cifras son muy variables en función de los países, con unos porcentajes que oscilan desde alrededor del 60% en los países escandinavos (Suecia y Finlandia), a un 5% en países como Hungría, Chipre o Estonia (European Agency for Safety and Health at Work, 2016).

Por su parte, la oficina de recursos humanos de la Universidad de Cambridge (2014) indica que las posibles consecuencias del padecimiento de estrés laboral son las siguientes:

- A nivel individual, las personas pueden sufrir de trastornos físicos, como trastornos del sueño, dolores de cabeza, malestar gastrointestinal, hipertensión arterial o enfermedad cardiovascular; trastornos emocionales, como ansiedad, irritabilidad, depresión o labilidad emocional; trastornos a nivel intelectual, como pérdida de concentración, falta de motivación, dificultad en el proceso cognitivo, pérdida de memoria y empeoramiento en la toma de decisiones; y trastornos conductuales, como abuso de sustancias, disminución de la libido, aislamiento y falta de puntualidad.
- A nivel de la organización, las consecuencias derivadas pueden ser un aumento del absentismo laboral, acumulación del trabajo, empeoramiento del rendimiento y la productividad, disminución de la moral y la motivación, aumento de las quejas y un aumento de accidentes y bajas laborales.

En el ámbito legislativo en España, si se entiende el estrés laboral como un riesgo más derivado del propio desempeño profesional, se considera incluido en la Ley 31/1995 de prevención de Riesgos Laborales, que define el riesgo laboral como “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”. Esta legislación otorga a los trabajadores el derecho a la protección de su propia salud, suponiendo así un deber del empresario. Por tanto, se considera a este último como responsable de aplicar las medidas que integren el deber de dicha protección, incluyendo no solamente la evaluación de los riesgos y la puesta en marcha de las medidas oportunas, sino incluyendo la información, consulta, participación y formación de los trabajadores.

Impacto del estatus socioeconómico y del género sobre el estrés laboral

Según la American Psychological Association, el estatus socioeconómico se suele conceptualizar como la posición social de un individuo o grupo de población, que se mide mediante una combinación de la educación recibida, los ingresos y la ocupación, y considerándose como un factor relevante de inequidad en el acceso y distribución de los recursos. Para esta institución, el estatus socioeconómico y el género son factores influyentes en el estrés laboral (American Psychological Association, 2010). Situaciones como el acoso sexual en el trabajo señalado por mujeres se asocia con elevados niveles de estrés laboral (O'Connell & Korabik, 2000), siendo las enfermeras y las funcionarias de prisiones las profesionales más afectadas. En estos casos concretos, las profesionales presentan mayores índices de ansiedad, síndrome de burnout, y menor capacidad de concentración (Savicki, Cooley & Gjesvold, 2003; Valente & Bullough, 2004).

Por otro lado, se ha reportado que el exceso de demanda y una baja percepción del control en las decisiones laborales son predictores de enfermedad cardíaca (Kuper & Marmot, 2003), los sobreesfuerzos laborales han mostrado aumentar la tensión arterial en hombres de bajo nivel socioeconómico (Landsbergis, Schnall, Pickering, Warren, & Schwartz, 2003), la fatiga y falta de sueño en la realización de horas extras, ya sean voluntarias o impuestas, se han asociado con un incremento de accidentes laborales (Barger, Cade, Ayas, Cronin, Rosner, Speizer & Czeisler, 2005), y el burnout se ha asociado a infertilidad masculina en trabajadores industriales y la construcción (Sheiner, Sheiner, Carel, Potashnik, & Shoham-Vardi, 2002).

Estos motivos llevan a la American Psychological Association a recomendar la inclusión del estatus socioeconómico en las actividades de investigación como una variable más en los trabajos relacionados con el estrés laboral y la salud, considerando además como estos factores influyen en la relación con los usuarios (American Psychological Association, 2010).

Síndrome de burnout: concepto, fases, factores de riesgo y consecuencias

Conceptualización del síndrome de burnout

El término anglosajón de burnout suele entenderse como estar desgastado, quemado, exhausto y sin ilusión por el trabajo (Gil-Monte, 2005). El término fue utilizado por primera vez en 1961 por Graham Green, en su exploración del sentimiento de indiferencia y la pérdida de sentido que invade al hombre como consecuencia de las relaciones con su entorno laboral (Green, 1961). En el entorno de las ciencias de la salud, fue descrito como síndrome en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger, quién lo definió como “un estado de fatiga o frustración producido por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el refuerzo esperado”. Esta descripción se realizó por la necesidad de definir un tipo de estrés específico vinculado a profesiones sanitarias, de ayuda o de servicio y que se caracterizaba por una progresiva disminución de la energía y el entusiasmo. Este cambio en el comportamiento fue observado inicialmente en profesionales sanitarios de un centro de rehabilitación para toxicómanos de la ciudad de Nueva York (Freudenberger, 1974). Para este autor, el riesgo era mayor en profesionales jóvenes e idealistas, y con profesiones en las cuales se deben enfrentar de manera habitual emociones intensas derivadas del dolor y la enfermedad (Caballero Martín, Bermejo Fernández, Nieto Gómez & Caballero Martínez, 2001). Otra definición surge del equipo formado por Cristina Maslach y Susan Jackson, quienes en 1981 definieron el burnout como un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que pueden desarrollar aquellos individuos que generalmente trabajan con personas”. Esta definición mucho más operativa permitió el desarrollo de un cuestionario para medir el fenómeno a través de estas tres dimensiones, denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) que se describirá más adelante. Considerando el agotamiento emocional como una pérdida progresiva de la capacidad de entrega, la despersonalización como el distanciamiento emocional hacia los receptores del trabajo o servicio, y la baja realización como una autoevaluación negativa de logros, que conduciría a la desmotivación e insatisfacción laboral, Maslach y Jackson se centraron en la respuesta emocional de los trabajadores (Maslach & Jackson, 1981a; 1981b).

Otras concepciones del burnout se han centrado en la extenuación como base para su explicación. Así en 1988, Ayala Pines y Elliot Aronson definieron el burnout como “un estado de agotamiento emocional, físico y mental, compuesto por sensación de angustia, desesperanza, fatiga y abatimiento, que surge como resultado de la participación a largo plazo

en situaciones emocionalmente exigentes” (Pines & Aronson, 1988). Por otro lado, Arie Shirom propuso en 2003 la definición de burnout como “un estado afectivo negativo, caracterizado por la presencia de fatiga física y agotamiento cognitivo” (Shirom, 2003). En 2005 Jonathon Halbesleben, de la Universidad de Missouri y Evangelia Demerouti, de la Universidad de Utrecht definieron el síndrome como “un estado de agotamiento y falta de compromiso debidos a una intensa carga física, cognitiva y afectiva, además de un distanciamiento por ausencia de interés por el trabajo, identificación con el área y desafío a nivel personal” (Halbesleben & Demerouti, 2005). En cualquier caso, dado que en origen el término fue aplicado en entornos profesionales de prestación de servicios

De forma más reciente y cercana, Jesús Montero-Marín se propuso como parte de su tesis doctoral, dar forma a una nueva definición operativa del síndrome, siguiendo las recomendaciones de Barry Farber, de la Universidad de Columbia, en cuanto a la necesidad de atender de forma individual la etiología y sintomatología presentes en cada persona. Así, Montero-Marín entiende el burnout como una sucesión de etapas caracterizada por una disminución progresiva de la dedicación al trabajo, definiendo tres subtipos distintos de burnout. El primero, denominado frenético, sería el que mayor dedicación temporal emplea en el trabajo. Este subtipo se caracteriza por un elevado nivel de implicación, expresado mediante un aumento del esfuerzo ante las dificultades, una gran ambición y necesidad de logro, así como sobrecarga, manifestada a través de la sensación de agobio y el descuido de las propias necesidades. El segundo subtipo, denominado sin desafíos, presentaría menor implicación que el primero, y se caracteriza por una ausencia del interés en el trabajo, y por tanto, una realización del mismo de forma superficial por ausencia de motivación, desafíos o compromiso. En este perfil aparece la indiferencia por la realización del trabajo, la falta de desarrollo debida a la insatisfacción por ausencia de reconocimiento o de aprovechamiento del propio talento, y el aburrimiento, experimentándose el trabajo como una rutina monótona. El tercer subtipo es el desgastado, e incluye a las personas cuyo nivel de implicación ha descendido al mínimo, hasta el punto de no tener en cuenta las responsabilidades de su propio puesto de trabajo. Este perfil se caracteriza por el abandono, dejando de participar en las tareas propias hasta el punto de rendirse ante la menor adversidad, la falta de reconocimiento que surge de la sensación de una ausencia de valoración del esfuerzo y la dedicación, y la ausencia de control sobre el resultado de sus acciones en el trabajo, lo que puede sobrellevar a la desesperación (Montero-Marín, García-Campayo, Mosquera Mera & Lopez del Hoyo, 2009). Este modelo basado en el grado de implicación laboral y las características diferenciales de cada uno de los subtipos, permitió el desarrollo de un instrumento,

denominado “Burnout Clinical Subtype Questionnaire” (BCSQ), que permitiera medir los niveles de burnout correspondiente a cada uno de los subtipos (Montero Marin, 2013).

Fases de desarrollo del síndrome de burnout

El síndrome de burnout no aparece de forma aguda, sino que las personas que lo padecen van avanzando progresivamente por una serie de fases. Debe tenerse en cuenta que la evolución en fases es cíclica, por lo que se pueden repetir en el mismo trabajo o en diferentes puestos de trabajo a lo largo de la vida. Habitualmente, se describe en cuatro fases, señaladas por Edelwich & Brodski (1980), quienes definieron el burnout como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”. Otras clasificaciones derivadas dividen la tercera fase en dos, tal y como aparece descrito en la Nota Técnica de Prevención (NTP) 704 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Fidalgo Vega, 2005a), pero independientemente de este aspecto formal, las fases por las que pasa el desarrollo del síndrome de burnout son las siguientes:

- Fase inicial, de entusiasmo: entusiasmo que se experimenta ante un nuevo puesto de trabajo. La persona cuenta con gran energía y mantiene expectativas positivas, aunque no sean realistas. En esta fase, a la persona no le importa alargar la jornada laboral, produciéndose de esta manera una sobrecarga de trabajo adquirida de forma voluntaria, debido a un exceso de involucración. El incumplimiento de las expectativas previamente aparecidas producirá sentimientos de desilusión con el trabajo.
- Fase de estancamiento: en esta fase la persona percibe que un desequilibrio entre el esfuerzo aportado y la recompensa recibida en el entorno laboral, lo que producirá una disminución de la actividad. El entusiasmo con el que se comenzó en el nuevo trabajo se pierde, mientras el profesional reconoce la necesidad de cambios en su trabajo, pues no se siente con capacidad de responder de forma adecuada a las exigencias de su trabajo.
- Fase de frustración y apatía: la desilusión que aparece en el trabajador hace que detenga su actividad, aumentando la falta de interés mientras desarrolla apatía y el trabajo comienza a carecer de sentido. En esta fase, puede aparecer un empeoramiento progresivo de la salud, pudiendo surgir alteraciones a nivel fisiológico, emocional o

conductual. A menudo se responde con evitación a las situaciones de estrés, evitando el contacto con los compañeros, aumentando el absentismo laboral, y pudiendo llegar a abandonarse el trabajo por completo. La NTP 704 ya mencionada, divide esta fase en dos. Por un lado, la fase de frustración, en la que la desmoralización hace presencia, aumenta la irritabilidad del individuo y la salud puede comenzar a fallar, y por otro la fase de apatía, en la que se dan los cambios de actitud y conducta de evitación de situaciones estresantes, tendiendo a tratar a los usuarios de forma distanciada, o produciéndose la retirada del puesto de trabajo como mecanismos de defensa.

- Fase de quemado: se produce un colapso cognitivo y emocional que puede provocar daños en la salud del trabajador de forma importante. Aparecen sentimientos de vacío que pueden provocar a su vez un aumento de la distancia emocional y una disminución del valor profesional. Esta última fase supone el fin del ciclo, siendo la actitud diametralmente opuesta a la primera fase. Así, la persona evita los desafíos como defensa de su puesto de trabajo, pues a pesar del sentimiento de frustración mantenido en el tiempo, entiende que la falta de satisfacción se ve compensada por factores como el sueldo. Sin embargo, los problemas fisiológicos o psicosociales pueden hacer que el trabajador deje su empleo de forma definitiva, y, en el peor de los casos, llevarle por una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Factores de riesgo asociados a la aparición del síndrome de burnout

Con independencia de los autores consultados, los factores de riesgo asociados a la aparición del síndrome se establecen en tres categorías: factores o variables intrapersonales, factores interpersonales del ámbito laboral, y factores interpersonales del ámbito social (García Campayo, & De Juan Ladrón, 2006; Gil-Monte, 2005)

- Factores individuales o intrapersonales: a su vez pueden dividirse en factores de tipo sociodemográfico y características de la personalidad. Entre los primeros, se distingue el sexo y la edad, factores en los que no hay acuerdo general en la literatura, o el estado civil, considerándose un factor protector el estar casado/a o con pareja estable. Entre los segundos se encontrarían los desórdenes de personalidad, los niveles bajos de autoestima o el locus de control externo (Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001).

- Factores interpersonales del ámbito laboral: entre los factores organizacionales se tienen en cuenta el horario, siendo influyente tanto la turnicidad (García, Roca, Carmona, & Olona, 2004) como el número de horas trabajadas, lo que enlazaría con la propia sobrecarga. Sin embargo, la sobrecarga por sí misma no provoca el síndrome, si el trabajador considera que tiene un control aceptable sobre el trabajo (Portoghese et al, 2014). La satisfacción con el propio empleo se considera un factor protector a la aparición del síndrome. Por otro lado, el tipo de contrato determinaría la dimensión (según la clasificación de Maslach) en la que es más probable que aparezca el síndrome, siendo los trabajadores fijos aquellos con mayor tendencia a presentar cansancio emocional, y los trabajadores eventuales presentando mayor despersonalización (Martín, 2006; Molina, 2005)
- Factores interpersonales del ámbito social: se consideran todos aquellos factores relacionales del trabajador que no están sujetos directamente a su trabajo. Así, cualquier elemento que se considere estresante, como fallecimientos de familiares o personas cercanas, procesos de separación, cambios bruscos del estilo de vida, o incluso relaciones conflictivas con otras personas, pueden suponer un riesgo añadido a la aparición del síndrome (Romero Hernández, Carballo Pérez, Gutiérrez Martínez, González Moreno, García Gómez, Albar Marín, & Algaba Piña, 2004).

Consecuencias del síndrome de burnout

Pedro Gil-Monte (2005) señaló que las consecuencias del síndrome de burnout se producen a dos niveles diferentes: a nivel individual y a nivel organizacional. A nivel individual, conforme avanza la exposición de la persona trabajadora a unas condiciones laborales que no son controlables, la salud de la persona se va viendo afectada paulatinamente, y a pesar del empleo de todos los recursos que conoce, la percepción sobre el estado de salud va empeorando progresivamente (Fidalgo Vega, 2005b). Las consecuencias del padecimiento del síndrome de burnout sobre la salud del individuo suelen agruparse en tres categorías de síntomas: físicos, emocionales y conductuales. En el plano físico, padecer burnout se ha encontrado asociado a un aumento de mareos, jaquecas y episodios de migraña, así como aumento de molestias gastrointestinales, entre ellas gastritis o úlceras pépticas, empeoramiento del asma bronquial y aparición de urticarias (Shirom, Melamed, Toker, Berliner, & Shapira, 2005). También se ha encontrado asociación entre el padecimiento de

burnout y el aumento de riesgo cardiovascular (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006), y de la aparición de infecciones comunes como catarros o gripe (Mohrena, Swaena, Kanta, Van Amelsvoorta, Bormb, & Galamac, 2003). Respecto a la sintomatología emocional, se ha señalado que el padecimiento prolongado del síndrome puede ser un factor desencadenante de trastornos por ansiedad o depresión (Toker, Shirom Shapira, Berliner, & Melamed, 2005; McKnight & Glass, 1995), pudiendo incluso aparecer ideas autolíticas (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaulària, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero, & Granell-Navas, 2010). Otras consecuencias psicológicas negativas de su padecimiento es la sensación de frustración, la disminución de la autoestima y la motivación, aumento de la irritabilidad y comportamientos hostiles, así como una disminución de los niveles de concentración y la capacidad para la relajación (Gil-Monte, 2005; Rakovec-Felser, 2011). La conducta individual también se ve afectada por padecer síndrome de burnout, viéndose asociado a un aumento de conductas no deseables o perjudiciales para la salud, como el aumento del consumo de tabaco o bebidas alcohólicas, el abuso de café u otras sustancias, o la ingesta menos controlada de alimentos con alto contenido calórico (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Esta situación de cambio en la salud de la persona trabajadora hace que el entorno laboral también resulte afectado por el padecimiento de burnout entre sus empleados. Este hecho se considera uno de los daños laborales más graves que puede aparecer en una organización de trabajo, por sus consecuencias tanto a nivel económico como a nivel institucional. Entre estas consecuencias se encuentran la disminución de la aptitud laboral, el compromiso o la calidad de los productos, siendo capaz de provocar el descontento de los usuarios, y perjudicar la comunicación entre compañeros/as. Los estados de agotamiento generado se relacionan además con un aumento del absentismo laboral por enfermedad, e incluso de incapacidad laboral temporal certificada por un médico, aun sin enfermedad somática, considerándose un predictor no solo de la incapacidad, sino de la duración de la misma (Peterson, Bergström, Demerouti, Gustavsson, Asberg & Nygren, 2011; Toppinen-Tanner, Ojajarvi, Väänänen, Kalimo, & Jäppinen, 2005). Estas consecuencias han sido recientemente observadas en equipos de atención primaria de nuestro entorno. Así, el equipo de Maite Vilà Falgueras, detectó que aquellos profesionales de atención primaria de salud con mayor desgaste profesional, valoraban peor a sus jefaturas y consideraban menor su trabajo en equipo (Vilà Falgueras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernas, Creixell Sureda, González López, & Davins Miralles, 2015).

Evaluación del burnout: herramientas desarrolladas

En este apartado se describen las principales herramientas que se han desarrollado para la evaluación del síndrome de burnout. Se analizan detalladamente, por un lado el Maslach Burnout Inventory, por ser la herramienta más utilizada en la literatura científica en cuanto a la evaluación del síndrome, y por otro lado, el Burnout Clinical Subtypes Questionnaire, por ser su versión abreviada la herramienta utilizada para su evaluación en el presente trabajo. Posteriormente, se señalan diferentes herramientas elaboradas en otros contextos para dicha evaluación.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Diseñado originalmente por Christina Maslach, de la Universidad de Berkeley y Susan Jackson, de la Universidad Estatal de New Jersey, en 1981, el cuestionario MBI es el más utilizado en el análisis de burnout en la literatura científica. Las autoras clasificaron inicialmente el cuestionario en cuatro dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal e implicación con el trabajo. Sin embargo, esta última dimensión fue eliminada en la versión definitiva del cuestionario, pasando a constar con 22 ítems, correspondiendo 9 ítems a la dimensión de agotamiento emocional, 5 ítems a la despersonalización, y 8 ítems a la realización personal. El cuestionario está diseñado para ser autoadministrado, respondiéndose a cada ítem según una escala de frecuencias en cuanto a la experiencia de distintas sensaciones, correspondiendo el 0 a nunca, y 6 a todos los días. Las puntuaciones se obtienen según la media de cada una de las dimensiones, no realizándose una valoración global del instrumento.

Originalmente, el cuestionario MBI fue diseñado para la evaluación del síndrome de burnout en profesiones con trabajo en relación con otros seres humanos. Posteriormente, al aparecer diferentes versiones del cuestionario, esta versión original ha recibido el nombre completo de Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). Una versión del mismo cuestionario es la dedicada a profesionales de la enseñanza, denominada Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES). Básicamente, consiste en la misma herramienta con la salvedad de sustituir el término paciente por el término estudiante. El número de preguntas, su asignación a las dimensiones y la forma tanto de administración como de evaluación del cuestionario son similares.

Dado que el síndrome de burnout no solo puede aparecer en personas que trabajan con otras personas, se desarrolló otra versión más de la herramienta, con la intención de que pudiera ser aplicada con cualquier trabajador. Así surgió el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Esta versión es ligeramente más corta, constando con 16 ítems, que se agrupan en las dimensiones renombradas de la siguiente manera: agotamiento (5 ítems), cinismo (5 ítems) y eficacia personal (6 ítems). Al igual que las versiones anteriores, la herramienta es autoadministrada, calculándose los valores para cada una de las dimensiones, sin obtenerse una puntuación global de la misma. (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Partiendo de esta versión de aplicación general, un equipo encabezado por Wilmar Schaufeli, de la Universidad de Utrecht, desarrolló una versión para estudiantes universitarios, denominado Maslach Burnout Inventory-Students Survey (MBI-SS), basándose en la premisa de que los estudiantes pueden presentar actitudes y sentimientos respecto a las demandas académicas similares a los que presentan los trabajadores al respecto de las demandas de su trabajo (Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova, & Bakker, 2002). La versión española fue publicada por Nicolás Seisdedos (1997), y según las propias autoras, además de al español, el cuestionario ha sido traducido a los siguientes idiomas: francés, alemán, holandés, italiano, sueco, finés, polaco, hebreo y japonés (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

A pesar de ser la herramienta con mayor aceptación en el estudio del síndrome de burnout, no está exenta de debilidades, como señalaron Víctor Olivares y Pedro Gil-Monte de la Universidad de Valencia. Entre estas debilidades, se consideran destacables la confusión en la composición gramatical de las traducciones, que por ser elaboradas en Estados Unidos de América, no tienen en cuenta la necesidad de adaptación transcultural. En relación con esta debilidad, también se señala que la herramienta no es de dominio público sino comercial, limitando su utilización en investigaciones con escasa o nula financiación. Otras debilidades señaladas se encuentran en relación con la conceptualización del síndrome o los problemas con la validez y estructura factorial de la herramienta (Olivares Faúndez & Gil-Monte, 2009). Estas debilidades han llevado a diferentes equipos de investigación al desarrollo de diferentes herramientas para la evaluación del síndrome.

Burnout Clinical Subtypes Questionnaire (BCSQ)

El cuestionario BCSQ fue desarrollado recientemente por un grupo de investigadores de la Universidad de Zaragoza, en el marco de la tesis doctoral de Jesús Montero Marín (Montero Marín, 2013). Este cuestionario, basado en las premisas conceptuales de Barry Farber, de la Universidad de Columbia. Para su desarrollo, el equipo se basó en la asunción de la existencia de tres subtipos clínicos del síndrome: frenético, sin desafíos y desgastado, compuestos cada uno a su vez por 3 factores. El subtipo frenético estaría compuesto por los siguientes factores: implicación, entendida como el esfuerzo dedicado para alcanzar los objetivos y expectativas, ambición, entendida como la necesidad de obtención reconocimiento externo por los logros obtenidos, y sobrecarga, entendida como el compromiso de la propia salud, entendida no solo a nivel físico, sino también mental y social, que puede encontrarse en riesgo por un exceso de compromiso con el trabajo. El segundo subtipo, denominado sin desafíos, se compone de los siguientes factores: indiferencia, entendida como realizar el trabajo de una manera distante y con escaso interés, la falta de desarrollo, entendida como la insatisfacción que se experimenta al creer que no se reconocen sus capacidades y esfuerzo, y el aburrimiento, entendido como la sensación de monotonía de las tareas y la ausencia de cualquier tipo de estrés, independientemente de la cantidad o responsabilidad de las tareas que se le otorgan. El tercer subtipo recibe el nombre de desgastado, y se compone de los siguientes factores: falta de reconocimiento, entendido como la sensación que surge por percibir que la dedicación laboral no es considerada o apreciada por compañeros, superiores ni subordinados en la jerarquía de la institución, el abandono, entendido como una falta de participación en las demandas laborales, llegando a descuidarse las obligaciones y responsabilidades, y la falta de control, entendida como una sensación desesperante que siente el trabajador al percibir que no tiene ningún control a la hora de afrontar cualquier demanda laboral que le suponga una dificultad (Montero-Marín, García-Campayo, Mosquera, & López del Hoyo, 2009).

Partiendo de los diferentes factores que componen cada uno de los tres subtipos clínicos, el equipo investigador elaboró un cuestionario, diseñado para ser autoadministrado, compuesto por 4 ítems para cada uno de los factores y suponiendo un total de 36 ítems, por lo que recibió el acrónimo de BCSQ-36. Cada uno de los ítems se contesta en base a una escala de tipo Likert, en la que la persona encuestada señala su grado de acuerdo o desacuerdo en base a cada uno de los ítems, siendo la puntuación de 1 correspondiente a “totalmente en desacuerdo” y la puntuación de 7 a “totalmente de acuerdo” (Montero-Marín & García-Campayo, 2010).

Esta herramienta sirvió como base para elaborar la versión corta del mismo, compuesta por los factores de sobrecarga, falta de desarrollo y abandono, con un total de 12 ítems (denominado por ello BCSQ-12) y con una respuesta similar a la versión larga de la herramienta (Montero-Marín, Skapinakis, Araya, Gili, & García-Campayo, 2011). Esta herramienta corta ha sido también adaptada a población de estudiantes universitarios, sustituyendo los enunciados referentes al ámbito laboral por enunciados en relación con el ámbito académico (Montero-Marín, Monticelli, Casas, Roman, Tomas, Gili, & García-Campayo, 2011).

Otros cuestionarios desarrollados

Además de los cuestionarios señalados anteriormente, existen otros cuestionarios elaborados para la medición del síndrome de burnout, algunos de ellos con un diseño específico para su uso en determinados profesionales. Así, se encuentra por ejemplo el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE), que a través de sus 174 ítems evalúa además de las dimensiones clásicas del síndrome propuestas por Maslach, los antecedentes, la resistencia personal, el afrontamiento y las consecuencias (Moreno-Jiménez, Garrosa, & González, 2000a). En el marco de la enseñanza, se han diseñado varias herramientas para aplicación a personal docente, como la Teacher Burnout Scale (TBS), de 21 ítems y que además de las tres dimensiones clásicas del burnout propone una cuarta que mide el apoyo percibido por parte de los superiores (Seidman & Zager, 1986), o el Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP), que consta de 66 ítems, que además de medir también las dimensiones clásicas señaladas, evalúa el estrés consecuencia de la conflictividad en el rol, así como los antecedentes, dividiéndolos en condiciones laborales y preocupaciones y reconocimiento profesional (Moreno-Jiménez, Garrosa, & González, 2000b). Otro cuestionario para una profesión específica es el Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP), que permite evaluar el síndrome en profesionales de la psicología, independientemente del área de trabajo, basándose en las dimensiones propuestas en el MBI, y constando de 10 ítems por cada una (Benavides et al., 2002).

Por otro lado, las discrepancias en cuanto al marco conceptual del síndrome y las debilidades del MBI, han llevado a diferentes equipos de investigación a elaborar sus propios cuestionarios de evaluación del burnout para aplicación general. De esta manera, apareció el Burnout Measure (BM), herramienta que consta de 21 ítems con respuesta tipo Likert de 7

puntos, y que evalúa agotamiento físico, mental y emocional, permitiendo además la obtención de una puntuación global (Pines & Aronson, 1988). Posteriormente, se propuso una versión reducida del mismo, con similar estructura pero constando de solamente 10 ítems (Malach-Pines, 2005). Otra herramienta surgida de la evaluación crítica del MBI es el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), ideado para su uso en cualquier tipo de entorno laboral. Esta herramienta está compuesta por 19 ítems, cuya respuesta se realiza a través de una escala de tipo Likert de 5 puntos, y evaluando el síndrome a través de tres dimensiones: aspectos personales, aspectos relacionales y aspectos laborales (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

En nuestro entorno, el profesor Gil-Monte (2011) elaboró el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Esta herramienta se compone de 20 ítems agrupados en cuatro dimensiones, y consta de tres versiones distintas, una de ellas dedicada a los profesionales de la salud (CESQT-PS), otra dedicada a profesionales que trabajan en la atención a personas con algún tipo de discapacidad (CESQT-PD) y una última versión, validada transculturalmente al ámbito chileno, y dedicado a la evaluación del síndrome de burnout en personas que trabajan en atención al público (CESQT-PAC).

Calidad asistencial

En este tercer apartado de la introducción se resume el concepto de calidad asistencial. En el primer subapartado, titulado “Calidad asistencial: concepto, evolución y dificultades”, se introduce el concepto de calidad y su utilización en el sector servicios, así como su relación con la calidad asistencial en los servicios sanitarios. Asimismo, se recoge la evolución del concepto, las diferentes definiciones propuestas según los marcos conceptuales, y las dificultades que se encuentran en la búsqueda de la mejora de la calidad, en dependencia de las voces de los usuarios y los profesionales. El segundo subapartado, titulado “Herramientas de medida de la calidad asistencial”, se describen brevemente las dificultades emanadas de la falta de consenso en la definición y conceptualización de la calidad en la creación de herramientas para la medición de la misma. Se describen además diversas herramientas utilizadas para la medición de la calidad asistencial, con especial hincapié en el cuestionario SERVQHOS, por ser el utilizado en la realización de este trabajo.

Calidad asistencial: concepto evolución y dificultades

Concepto de calidad y utilización en el sector servicios

Etimológicamente, el concepto de calidad proviene de la expresión en latín “qualitas”, y se refiere a las cualidades de algo. La Real Academia Española, en su vigesimotercera edición, recoge hasta diez acepciones para este concepto, siendo de interés para este trabajo las tres primeras, a saber: 1) Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor; 2) Buena calidad, superioridad o excelencia; y 3) Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas (Real Academia Española, 2014).

A partir de la revolución industrial, el concepto de calidad se ha encontrado asociado a los productos y servicios ofrecidos por una determinada empresa a sus clientes. Se entiende que el concepto de calidad en sí mismo evoluciona alcanzando diferentes matices en función del desarrollo tanto industrial como social de cada época. Por tanto, para delimitarlo en las prácticas del sector servicios se establecen los siguientes conceptos:

- Calidad: como conjunto de propiedades de un producto, un proceso, o un servicio determinado, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas.
- Calidad de un producto o servicio: percepción que tiene el cliente, que asume o no su conformidad con dicho servicio y su capacidad para la satisfacción de las necesidades.
- Calidad al cliente: conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o el servicio básico. Dar el mejor servicio requiere considerar este conjunto de prestaciones según el cliente. (Instituto de Formación y Servicios Sociales, 2007)

La influencia del mundo empresarial en cuanto al análisis y gestión de la calidad en el ámbito sanitario, ha llevado hacia los modelos de gestión de la calidad total, definida como “un enfoque científico dirigido hacia la mejora continua de la calidad que, involucrando a cada miembro de la organización, incluya todas las acciones necesarias destinadas a la satisfacción total del cliente”. Esto supone la combinación de abordajes diversos, puesto que la calidad no tiene el mismo significado para la institución, el profesional y el usuario. De esta manera, el concepto de calidad asistencial se encuentra en constante evolución según el desarrollo científico-técnico y las necesidades de salud percibidas los usuarios (Mukherjee, 2006).

Evolución de la calidad asistencial

El concepto de calidad asistencial ha ido evolucionando con el paso del tiempo. En origen, se considera que los primeros pasos en este ámbito los dio la enfermera Florence Nightingale en el siglo XIX al estudiar las tasas de mortalidad en los hospitales de campaña de la guerra de Crimea (Meirenheimer, 1992). El concepto fue evolucionando progresivamente, incluyendo las tasas de morbilidad así como cálculos de costes de la asistencia y la formación de los profesionales sanitarios (Mompert García & Durán Escribano, 2003). Posteriormente, en la década de los 70, se pasó a una tendencia de garantía de la calidad, tratando de garantizar la mayor calidad posible a través de un proceso cíclico, tendente a identificar las deficiencias asistenciales susceptibles de mejorar, y estableciendo las medidas de corrección oportunas (Nutting, 1991). Durante los últimos 15 años del pasado siglo XX, surgen los programas de mejora continua de la calidad, incorporando gestión de la calidad total, con la intención de ofertar un servicio útil, lo más económico posible, y que siempre resultase satisfactorio para el paciente (Ishikawa, 1986; Otero et al., 1994; Varo, 1994). En este sentido, la conferencia de Alma-Ata de 1978 marcó un punto de inflexión en cuanto a la concepción de la calidad asistencial, dado que en ese momento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó la necesidad de contar con la opinión del usuario, al encontrarse directamente relacionada con el principio de participación del consumidor. Entendiendo que el objetivo principal de la prestación de un servicio sanitario es el propio usuario, resulta necesario conocer su opinión y grado de satisfacción al respecto, con la intención de ajustar, en la medida de lo posible, el servicio ofertado a las necesidades, expectativas y prioridades de dicho usuario (Organización Mundial de la Salud, 1978).

De esta manera, la visión de la calidad asistencial ha pasado de las manos de los profesionales, quienes asumían saber aquello que más satisfaría a sus pacientes en base a sus valoraciones y estándares profesionales, a dar mayor protagonismo a los usuarios. Coincidiendo con el cambio de enfoque de la asistencia sanitaria, de centrar los cuidados en los pacientes, el grado de satisfacción de los usuarios se ha convertido en un indicador fundamental de la calidad de la asistencia sanitaria, convirtiéndose así el usuario en el principal evaluador de los servicios, y siendo su opinión considerada como el principal elemento orientador para la mejora de la calidad (Caminal, 2001; Coyle & Williams, 2000; Redmond & Sorrell, 1999; Staniszewska & Ahmed, 1999).

Esta evolución constante en el concepto de calidad asistencial hace que diversos autores coincidan en señalar una falta de consenso en la definición de la calidad asistencial, y por tanto, de un marco común para su desarrollo de forma sistemática, debido fundamentalmente a la diversidad del lenguaje que se ha utilizado para su definición (Brook, McGlynn & Cleary. 1996; Shaw & Kalo 2002). Para Sheila Turrís, la ausencia de claridad conceptual hace que los estudios de satisfacción de los usuarios tiendan a generar listados de criterios o aspectos que los directivos trasladan al equipo asistencial, con la intención de mejorar dichos aspectos. Sin embargo, este enfoque individualizado ignora problemas sistémicos que pueden ser la fuente principal de los problemas individuales. Esta autora utiliza precisamente el ejemplo de la necesidad de mejorar las relaciones enfermera-paciente. Esta necesidad se trasladaría directamente al equipo de enfermería, por considerarse esta relación uno de los mejores predictores de la calidad asistencial, pero se hace obviando las cargas laborales que impedirían un mayor tiempo de las enfermeras con sus pacientes, tiempo que permitiría la mejora de dichas relaciones (Turrís, 2005).

El primer programa que se ha encontrado documentado en nuestro entorno, y destinado a la mejora de la calidad asistencial se realizó en el Hospital Sant Pau de Barcelona en 1985 (Suñol, Aliaga, Delgado, & Villar-Landeira, 1985). Un año antes, en 1984, aparecía la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Esta sociedad se define como “una sociedad científica de carácter multidisciplinar cuya misión es fomentar e impulsar la mejora continua de la Calidad Asistencial en el ámbito sanitario”. Con el objetivo de difundir la cultura de la calidad entre los diferentes profesionales sanitarios, la sociedad organiza un congreso anual que se considera de referencia en todo el entorno de países castellanoparlantes. La sociedad se encarga también de la edición de la Revista de Calidad Asistencial, que actualmente publica 6 números anuales. Esta sociedad acoge a su vez 11 asociaciones autonómicas de calidad asistencial, situadas en las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Euskadi, Galicia, Madrid y Murcia (Sociedad Española de Calidad Asistencial, 2015).

Definiendo la calidad asistencial: concepto y dimensiones

A pesar de las discrepancias señaladas y a los diferentes modelos en la comprensión de la calidad asistencial, la mayoría de autores consideran los trabajos de Avedis Donabedian como referentes en la definición y evaluación de la calidad asistencial. Para este autor, el primer paso para realizar una evaluación de la calidad asistencial consiste en hacer una adecuada definición de qué se entiende exactamente por calidad. Para Donabedian, la calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, teniendo en cuenta el balance entre pérdidas y beneficios que se esperan en todas las fases del proceso asistencial (Donabedian, 1980). Pero como se ha señalado anteriormente, no es la única definición de calidad asistencial con la que se trabaja. A continuación se señalan las definiciones de otras entidades como la OMS, el Consejo de Europa, el Ministerio de Sanidad de Reino Unido y el Instituto de Medicina de Estados Unidos.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial como “el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población” (World Health Organization, 2000). Por su parte, el Consejo de Europa la define como “el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados in-deseados, considerando el estado de conocimiento actual” (Council of Europe, 1998).

Para el Ministerio de Sanidad de Reino Unido, la calidad asistencial supone “hacer las cosas adecuadas, a las personas adecuadas, en el momento adecuado, y haciendo las cosas bien la primera vez” (NHS, 1998). El Instituto de Medicina de Estados Unidos indica que la calidad asistencial es “la medida en la que los servicios de salud para el individuo y la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados, en consistencia con el conocimiento profesional del momento” (Institute of Medicine, 2001).

Carlos Aibar y Jesús Aranaz definen la calidad como el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades, y la atención que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles. Estos autores diferencian tres componentes esenciales en la calidad asistencial: factor científico-técnico, referido a aplicar el mejor conocimiento disponible en función de los medios y los recursos disponibles; factor percibido, relacionado con la satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido; y el factor institucional o corporativo, que se encuentra ligado a la imagen del

centro sanitario en la comunidad a la que debe servir (Aibar Remón & Aranaz Andrés, 2007). Además, en base a lo señalado por diversos autores del Instituto de Medicina de Estados Unidos y de la Asociación Médica de Canadá, se han diferenciado las siguientes dimensiones clave en cuanto a la calidad asistencial: competencia profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación, atención centrada en el paciente y seguridad del paciente (Lavis & Anderson, 1996; Sharpe & Faden, 1996; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Institute of Medicine, 2001).

- Competencia profesional o calidad científico-técnica: entendida como la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y satisfacer al receptor de la asistencia. Incluye tanto el ámbito individual como capacidad técnica y trato interpersonal, como el ámbito institucional, referido al funcionamiento global del sistema.
- Efectividad: referida a la capacidad real de un acto concreto para mejorar la salud.
- Eficiencia: relación entre esfuerzos y recursos utilizados frente a los resultados obtenidos. El contexto asistencial actual requiere considerar el coste-oportunidad de cada decisión clínica, siempre en función de la utilidad para el paciente y la mejora de su calidad de vida.
- Accesibilidad: facilidad con la que se puede recibir la atención según limitaciones de tipo económico, social, geográfico, temporal, organizativo, temporal o cultural. En este sentido, se entiende que el mejor centro no aporta valor a quienes no pueden recibir su atención.
- Satisfacción: grado en el que la asistencia responde a las expectativas del usuario y de la comunidad. Equivale a la calidad percibida sobre los aspectos del proceso de la atención.
- Adecuación: pertinencia de la atención en cuanto a necesidades y preferencias del paciente, con los riesgos y beneficios que conlleva, la evidencia existente, nivel asistencial y recursos disponibles.
- Atención centrada en el paciente: organización de la asistencia pensando en los usuarios y no en los profesionales que facilitan la atención. Implica integrar tanto a pacientes como a familiares en todos los aspectos de la atención.

- Seguridad del paciente: realizar una práctica asistencial libre de daños evitables, suponiendo desarrollar procesos que se encaminen a reducir la probabilidad de fallos del sistema y errores individuales, y en caso de suceder, aumentando la posibilidad de detectarlos y mitigar sus consecuencias.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, publicó en 2007 el informe respecto al Sistema Nacional de Salud de 2005, en el que se incluyeron varias dimensiones más respecto a los componentes de la calidad asistencial. Entre estas dimensiones añadidas, se encontraba la satisfacción del profesional y la continuidad. La primera se refiere al grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y el desarrollo de su trabajo, incluyéndose por la influencia de la satisfacción de los profesionales en la calidad de su trabajo. La segunda se incluye por la necesidad de que el plan de cuidados de un enfermo pueda progresar sin interrupciones, entendiendo el tratamiento como un todo en un sistema de atención integrado. Sin embargo, el equipo autorial de este informe realiza varias matizaciones al respecto de estas dimensiones. Así, la satisfacción del usuario no constituiría una característica de la calidad, por ser el objetivo de la misma. Del mismo modo, señala que tanto la competencia de los profesionales como la de la organización son necesarias para la prestación de un servicio de calidad y no atributos de la calidad, aunque se utilicen en su medición (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

A pesar de todas las dimensiones y variables señaladas anteriormente, el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad, correspondiente al año 2015, la calidad asistencial fue resumida mediante tres eventos adversos: fracturas de cadera en pacientes ingresados, la mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio, y la hospitalización potencialmente evitable. En cuanto al primer evento adverso, se observó una tendencia estable de 0,06 fracturas de cadera por cada 100 altas hospitalarias. Respecto al segundo, se reportó una cifra de 7,3 defunciones por cada 100 altas en pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio. En cuanto al tercer evento adverso, un 6,5% del total de ingresos hospitalarios de personas mayores de 15 años fueron debidos a situaciones potencialmente evitables. Por otro lado, la calidad percibida. En dicho informe, también se hizo una breve mención a la calidad percibida por los usuarios. El 77% de los usuarios encuestados señalaron que la calidad asistencial había sido buena, con un 0,8% de usuarios que afirmaron tener necesidades no satisfechas, fundamentalmente atribuidas a los costes y a la dificultad para viajar a su centro de referencia, así como a las listas de espera (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Dificultades en la búsqueda de la calidad: usuarios y profesionales

Los usuarios de cualquier servicio evalúan la calidad del mismo como satisfactoria en función de la atención de sus necesidades y el cumplimiento de las expectativas. En este sentido, una necesidad se concibe como una carencia de algo de lo que es difícil prescindir, la expectativa se define como la esperanza de conseguir algo. Por tanto, la satisfacción del usuario es el resultado de la diferencia entre las expectativas de servicio y la apreciación subjetiva del servicio recibido. A su vez, las expectativas de los usuarios vienen determinadas por las experiencias previas, experiencias de personas conocidas, y la comunicación externa del sistema. Que las expectativas vengan determinadas por estos factores, hace que la satisfacción resulte diferente para diferentes personas que se encuentran en situaciones similares, o para la misma persona en diferentes circunstancias. Además, en los últimos años las expectativas de los usuarios respecto a los servicios de salud han crecido a un ritmo mayor que los resultados, la demanda aumenta más velozmente que la oferta, existe una mayor preocupación individual y social por la salud, con ciudadanos más conscientes y reclamantes de sus derechos, y unos medios de información con mayor cobertura respecto a los temas de interés sanitario (Marín Rubio, Álvarez González, Hernández Campa, Larios Risco & Rubio Casado, 2009).

Por otro lado, cualquier implantación de un programa de calidad requiere de la participación de quienes han de ponerlo en marcha, algo que solo se consigue a través de la motivación y el compromiso de los profesionales implicados. Partiendo de la premisa de que aquello que afecta negativamente a la plantilla afectará al resultado final del servicio prestado, los trabajadores han pasado a ser un objetivo clave en el desarrollo de la calidad. Desde el final de la II Guerra Mundial, el trabajo en los centros sanitarios resulta cada vez más complejo, debido fundamentalmente a tres factores: la constante evolución tecnológica, el aumento de las exigencias a los profesionales, y el aumento progresivo de la población acompañado de un aumento en la esperanza de vida. La combinación de los factores ha contribuido al aumento de los conflictos organizativos, especialmente en lo referente a la comunicación entre profesionales y con los usuarios, suponiendo un aumento de los riesgos derivados de la asistencia sanitaria (Ruiz Moruno, Cantalapiedra Santiago, Sanz García, & Fernández Martín 2009). Dadas estas circunstancias, en los entornos sanitarios actuales se hace necesario coordinar la calidad productiva con la calidad de vida laboral de los empleados. Por ello, se considera que para que un control de calidad sea funcional, debe existir un equilibrio entre la atención prestada a la metodología y la prestada a la motivación de los trabajadores (Kahn, 1990). En su trabajo de tesis doctoral, Elena Altarribas señaló que,

entre los elementos facilitadores detectados por los profesionales de atención primaria ante la implantación de un sistema de gestión de la calidad, el más importante es el trabajo en equipo, seguido de las cualidades de los profesionales y del liderazgo, siendo la escasez de tiempo dedicado a las actividades relacionadas con la implantación de programas de calidad la principal barrera para su consecución. En cuanto a los factores individuales y organizacionales que influyen en el éxito de la mejora de la calidad, la autora señaló que la atención centrada en el paciente y la utilización de tecnologías de la información fueron los aspectos más valorados por los profesionales. Por el contrario, el factor peor valorado fue la gestión del cambio, entendida como la capacidad y voluntad del personal para adaptarse a nuevas normas y procedimientos (Altarribas, 2016). Por su parte, el trabajo de tesis doctoral de Aintzane Orkaizagirre, centrado en el ámbito hospitalario, detectó que según las enfermeras, el trabajo en equipo se considera uno de los factores clave para la seguridad del paciente, incluyendo además el rol de la enfermera supervisora y sus acciones para favorecer dicha seguridad, así como el aprendizaje organizacional y de mejora continua. Por otro lado, esta autora señala como elementos susceptibles de ser mejorados en aras de la seguridad de los pacientes, la dotación de personal y el apoyo de la gerencia del hospital (Orkaizagirre, 2016).

Herramientas de medida de la calidad asistencial

El aumento de la importancia que la calidad asistencial tiene para los gestores de salud, se ha traducido en el desarrollo de miles de herramientas para su medición. Este hecho, materialización de la falta de consenso en la definición de la calidad asistencial, dificulta en gran medida la elección de la herramienta. La multitud de herramientas disponibles hace que el equipo investigador deba decidir entre el uso de herramientas genéricas o de aplicación específica para una situación o patología concreta, herramientas con una o varias dimensiones, y herramientas con diferentes tipos de respuesta, teniendo en cuenta además las ventajas e inconvenientes de cada una de las mismas. Estas dificultades hacen que no exista un estándar de oro con el que comparar resultados en la medición de la calidad asistencial (Shirley, Josephson & Sanders, 2016). Además, es común la realización de modificaciones en las escalas en función de lo que realmente se desea medir, normalmente eliminando ítems que no se consideran relevantes para el trabajo a realizar (Tsuchida Fernández, Bandrés Sánchez & Guevara Linares, 2003). Por otro lado, existe una limitación común a las herramientas de tipo cuantitativo en la medición de la calidad, y es que los datos provienen de la satisfacción del paciente con respecto a la experiencia vivida, en lugar de ser datos que indiquen exactamente qué ha sucedido (Berwick, James & Coye, 2003). Esta limitación podría paliarse mediante la combinación de herramientas cuantitativas con un enfoque cualitativo, utilizando técnicas de observación, grupos focales o entrevistas Sin embargo, los inconvenientes como la influencia del entrevistador, la ausencia de fiabilidad y validez estadística, y el mayor coste económico y temporal que tienen este tipo de abordajes, hace que su uso se reserve para el desarrollo de nuevas herramientas para análisis cuantitativo (Fottler, Ford & Bach, 1997). A continuación se describen algunas de las herramientas desarrolladas para la medición de la calidad asistencial, realizando una mayor profundización en el cuestionario SERVQHOS, por ser el utilizado de forma habitual en el Servicio Aragonés de Salud, y el utilizado en este trabajo.

Cuestionario SERVQHOS

La herramienta SERVQHOS fue elaborada y validada por un equipo encabezado por José Joaquín Mira, en el marco de un proyecto de investigación realizado entre la Universidad Miguel Hernández, el Hospital General Universitario de Alicante, la Consellería de Sanidad de Alicante y la Universidad de Alicante. Basado en el cuestionario SERVQUAL, considerado uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad percibida por clientes en el sector servicios, el cuestionario original consta de 19 ítems, agrupados en dos dimensiones de calidad objetiva, con 9 ítems, y calidad subjetiva, con 10 ítems. La escala de respuesta se basa en una combinación de expectativas y percepciones, de modo que el usuario debe contestar a cada ítem en función de sus expectativas según una escala de 5 puntos, siendo 1 (mucho peor de lo que esperaba) la peor percepción respecto a la expectativa del usuario, y 5 (mucho mejor de lo que esperaba) la mejor percepción respecto a su expectativa. El cuestionario presenta buena consistencia interna tanto a nivel de sus dimensiones, con valor α de Cronbach=0,89 la dimensión objetiva, y α de Cronbach=0,95 para la dimensión subjetiva, como para el global del cuestionario, con un α de Cronbach=0,96 (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell & Vitaller, 1998). La flexibilidad de este cuestionario permite además la eliminación de ítems que no se considere pertinente evaluar, siendo conveniente en estos casos las comparaciones por ítems en lugar de a través de las dimensiones del cuestionario (Mateos, Dierssen-Sotos, Rodríguez-Cundín, Robles-García & Llorca, 2009).

Como cualquier herramienta, este cuestionario no está exento de limitaciones. Como señalaron Sainz, Martínez y Estévez (2003), esta herramienta tiene dos puntos en contra. Por un lado, en cuanto a la filosofía de la propia herramienta, basada en la opinión previa del usuario respecto a la calidad de la asistencia que va a recibir. Esto hace que los resultados puedan ser engañosamente mejores, especialmente en el caso de usuarios que entienden que no van a recibir una buena asistencia, lo que dificultaría el trabajo si se pretende buscar una mejora de la calidad. Por otro lado, la herramienta es parca en detalles respecto a la detección de problemas, por lo que su utilización como herramienta diagnóstica para la posterior implementación de planes de mejora concretos se vería superada por la utilización de grupos focales. Sin embargo, el equipo autoral de la misma ya señalaba que a pesar de sus limitaciones, la herramienta era capaz de discriminar pacientes satisfechos de los insatisfechos, mejorando además la tasa de respuesta por simplificar la propia complejidad del cuestionario SERVQUAL original (Mira et al., 1998).

Cuestionario Cuidado de su Salud durante la Hospitalización

Esta herramienta fue propuesta por el equipo de Lya Feldman en el año 2007. El cuestionario fue elaborado y validado en Venezuela, por entender el equipo investigador que las herramientas disponibles no se encontraban adaptadas a las peculiaridades de la población venezolana, ni a las características de su sistema de salud. El instrumento propuesto se compone de 43 ítems de respuesta dicotómica (si-no o bueno-malo), agrupados en seis dimensiones: evaluación de la labor y actitud del personal de enfermería, evaluación de la labor y actitud del personal médico, evaluación de las condiciones ambientales y sociales de la hospitalización, evaluación de la mejoría física percibida, información médica proporcionada y valoración del rendimiento del servicio. Fuera del análisis dimensional, el cuestionario incluye un ítem de satisfacción general, también de carácter dicotómico, en respuesta a la pregunta “¿se siente usted satisfecho(a) con la atención recibida?”. El cuestionario de 43 ítems permite según el equipo autoral, evaluar la satisfacción con la asistencia más allá de una valoración general de la misma. Sin embargo, las limitaciones presentadas por este cuestionario son por un lado la extensión del mismo, y por otro, el hecho de ser heteroadministrado, requiriendo de un entrenamiento previo del personal para garantizar una adecuada administración del mismo (Feldman, Vivas, Lugli, Alviarez, Pérez & Bustamante, 2007).

Cuestionario de satisfacción del paciente

El cuestionario *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) fue desarrollado inicialmente en 1976, constando por entonces de 80 ítems. La tercera y última revisión hasta la fecha de esta herramienta, realizada en 1993 bajo la denominación PSQ-III, consta de 50 ítems agrupados en siete dimensiones: 6 ítems de satisfacción general, 10 ítems de calidad técnica, 7 ítems de relaciones interpersonales, 5 ítems de comunicación, 8 ítems de aspectos económicos y de financiación, 2 ítems sobre el tiempo pasado con el médico, y 12 ítems de accesibilidad y comodidad. Se trata de un instrumento autoadministrado, en el que todos los ítems se contestan en base a una escala de tipo Likert con puntuación de 1 a 5, siendo la puntuación 1 la de máximo acuerdo, y la puntuación de 5 la de máximo desacuerdo. 26 de los ítems están redactados de forma inversa, por lo que deben ser recodificados previamente a su análisis. Los resultados son obtenidos para cada una de las dimensiones mediante el valor medio de las respuestas a las preguntas que las componen. La evaluación de los usuarios se realiza sobre su

percepción de la asistencia en general, sin marco temporal específico (Marshall, Hays, Sherbourne & Wells, 1993). A partir de esta versión de 50 ítems, Marshall & Hays (1994) desarrollaron una versión abreviada, reduciendo los ítems a 18 (número del que toma su acrónimo, PSQ-18). En esta versión reducida, se mantienen las mismas 7 dimensiones que en la versión extendida, reduciendo el número de ítems para cada una de ellas. Así, la dimensión de satisfacción general consta de 2 ítems, la de calidad técnica de 4, la de relaciones interpersonales 2, al igual que la de comunicación, la de aspectos económicos y de financiación y la de tiempo pasado con el médico, y 4 ítems para la dimensión de accesibilidad y comodidad. En esta versión corta, la mitad de los ítems se encuentran redactados de forma inversa.

Escala de satisfacción del paciente

Esta herramienta, originalmente en inglés *Patient Satisfaction Scale* (PSS) fue diseñada por la profesora Hesook Suzie Kim. El propósito de su diseño fue el de evaluar la visión del paciente sobre cuidados enfermeros y su satisfacción con los mismos, permitiendo la comparación entre diferentes tipos de abordaje, o como resultado sobre una intervención particular. La escala consta de 10 ítems agrupados en tres dimensiones. La primera dimensión de necesidades científico-técnicas consta de 3 ítems, la segunda dimensión, de necesidad de información, consta de 4 ítems, y la tercera dimensión, que recoge las necesidades de interacción y apoyo, consta de otros 3 ítems. La escala está diseñada para ser autoadministrada, y la respuesta se realiza en base a una escala de tipo Likert de 4 puntos, siendo la puntuación de 1 la de menor satisfacción y la de 4 la de mayor satisfacción. La escala permite obtener un valor global de la misma a través de la media de las respuestas a todos sus ítems, así como la media de la respuesta a cada una de las subescalas (Suhonen, Leino-Klipi, Välimäki & Kim, 2007). La herramienta fue traducida a varios idiomas en el marco de un trabajo multicéntrico internacional (realizado en Chipre, Grecia, Finlandia, Hungría, Italia y República Checa) en el que se utilizó con pacientes quirúrgicos (Palese, Tomietto, Suhonen, Efstathiou, Tsangari, Merkouris et al., 2011), y posteriormente ha sido traducida al portugués (Fialho Sim-Sim, Pimenta Marques & Canaverde Saruga, 2014).

Aproximación teórica: marco teórico y marco conceptual

En este último apartado de la introducción, se describe la aproximación teórica al problema de investigación. En el primer subapartado, titulado “Marco teórico: perspectiva enfermera de la atención plena”, se realiza una aproximación al concepto de atención plena desde diferentes enfoques teóricos de la enfermería, clasificados en función de las escuelas de pensamiento enfermero descritas por Suzanne Kerouac. En el segundo subapartado, titulado “Marco conceptual: desarrollo de la línea de investigación”, se describen los modelos teóricos sobre satisfacción, calidad asistencial, influencia del burnout y la fatiga de la compasión, así como el papel que jugaría la atención plena. En base a los mismos, se describe el mapa conceptual que sirvió como inspiración para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Marco teórico: perspectiva enfermera de la atención plena

Introducción al marco teórico

El concepto de atención plena como rasgo podría considerarse asociado a las profesiones sanitarias y de ayuda en general. El ejercicio profesional de la enfermería, la medicina, la fisioterapia, la psicología o el trabajo social, profesiones tradicionalmente consideradas vocacionales, requiere de una elevada capacidad de colocarse en el lugar de la persona que sufre, al tiempo que se actúa buscando el máximo beneficio de las personas a las que se atiende. En este sentido, la atención plena podría considerarse de interés para el desarrollo profesional, y suponer un campo de investigación al que acercarse con curiosidad científica. Sin embargo, los trabajos sobre el tema encontrados en publicaciones enfermeras no alcanzan el 10% del total. Así, una rápida búsqueda a través de la base de datos PubMed indica que de los 2993 trabajos indexados sobre el tema hasta el año 2015, tan solo 231 artículos se encuentran publicados en revistas enfermeras. Resulta interesante la escasa presencia del tema en las publicaciones enfermeras, cuando diferentes autoras de teorías y modelos enfermeros desarrollaron conceptos que podrían considerarse en estrecha relación con el de la atención plena. A continuación se exponen los diferentes conceptos mencionados, comenzando con las aportaciones de Florence Nightingale, y posteriormente a través del trabajo teórico de diferentes autoras, clasificadas según las escuelas de pensamiento enfermero (Tabla 1) propuestas por K  rouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major (2007).

Tabla 1: Principales autoras según escuelas (basado en Kerouac et al., 2007)

Escuela	Autoras principales
Necesidades	Virginia Henderson Dorothea Orem
Interacción	Hildegard Peplau Imogene King Ida Jean Orlando
Efectos deseables	Myra Levine Callista Roy Betty Neuman
Promoción de la salud	Moyra Allen
Ser humano unitario	Martha Rogers Margaret Newman Rosemarie Parse
Caring	Jean Watson
Otras autoras	Rosalinda Alfaro-LeFevre Vera Regina Waldow

Florence Nightingale y el inicio de la enfermería moderna

Florence Nightingale señaló que la aportación específica de la enfermera es ayudar a la persona a corregir la falta de armonía consigo misma, con su entorno y con su mundo espiritual, utilizando para ello sus conocimientos y los de la propia persona. Por ello, recomienda que la enfermera ocupe el papel de facilitadora de la acción curativa que la naturaleza ejerce sobre las personas, reconociendo la capacidad de sanación del enfermo, confiando en que éste tiene en sí todos los recursos necesarios para restablecer la salud. Esta autora define la enfermedad como “un proceso reparador” en el que los cuidados de la enfermera deben estar orientados a facilitar este proceso reparador. En este rol que Nightingale atribuyó a las enfermeras, el concepto de atención plena juega un importante papel, pues mejorando la situación personal de la enfermera así como su capacidad de observación y escucha, facilita una mejor percepción del cuidado que cada persona necesita en cada situación. Por otro lado, Nightingale recogió en sus indicaciones para cuidar de otras personas la necesidad del silencio, fomentando una quietud que ayude a serenar la mente y fomente el proceso de sanación (Nightingale, 2004; Campo Osaba, Miguel Gil, Valdivieso Font, Cervós Majoral & Faro Pérez, 2011).

Escuela de las necesidades

En esta escuela se encuadran los trabajos de Virginia Henderson y de Dorothea Orem. La primera, conocida en la profesión enfermera por la identificación de las 14 necesidades básicas, modelo en el que se basan multitud de servicios y hospitales alrededor del mundo, señalaba que el proceso de ayuda “requiere escuchar, observar constantemente e interpretar comportamientos no verbales”, favoreciendo la comprensión empática, para lo que las enfermeras deben “meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué necesitan”, sin olvidarse del propio cuidado de las profesionales, pues pide de las enfermeras “un gran conocimiento personal y la capacidad de reconocer y manejar las emociones que le impiden concentrarse en las necesidades del paciente y su ayuda.” (Henderson, 1994).

Encuadrada en la misma escuela, la enfermera Dorothea Orem formuló su teoría del déficit de autocuidado, definiéndolo como “la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo

humano”. Así, para Orem las enfermeras desarrollan una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de las actividades de su autocuidado. Para ello, las enfermeras utilizan varios métodos de ayuda, que deben seleccionar y combinar en función de las necesidades de las personas y en relación con las limitaciones de acción asociadas al estado de salud. Estas acciones que las enfermeras deben seleccionar y combinar son: actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal, y enseñar (Orem, 2001).

Escuela de la interacción

En esta escuela se incluyen los trabajos de las enfermeras Hildegard Peplau, Imogene King y de Ida Jean Orlando. Hildegard Peplau desarrolló la teoría enfermera de las relaciones interpersonales, en la que indicaba del riesgo en que se encuentra la autoimagen en cualquier relación interpersonal, y que en el caso concreto de la relación enfermera-paciente, los pacientes pueden asignar distintos roles a una enfermera. Por ello, indicaba la necesidad de autoconocimiento, pues según esta autora “una enfermera es ella misma en la medida en que es consciente de su conducta, de la forma de actuar en sus relaciones con los demás.” Este autoconocimiento contribuiría a la comprensión de las acciones enfermeras, pues “el significado de la conducta en todas las situaciones de enfermería resulta más claro cuando se comprende la imagen de sí mismos que tienen tanto la enfermera como el paciente.” Además, incluye la necesidad de ser consciente del momento presente, ya que “a partir de su propia experiencia y en la situación presente toda enfermera será capaz de expresar lo que siente que está sucediendo.” (Peplau, 1990)

Dentro de la misma escuela, Imogene King desarrolló el marco de sistemas de interacción, explicitando la necesidad de conciencia de las enfermeras. Para esta autora, “las enfermeras necesitan estar conscientes de los factores que influyen en sus percepciones en ambientes donde se cuidan a los pacientes y de las inferencias que se hacen acerca de los pacientes con base en algunas señales del comportamiento”, haciendo hincapié en la importancia tanto a nivel profesional como personal de la percepción, considerándola “un concepto esencial en el marco y en el desarrollo de la teoría para el logro de objetivos en la enfermería, así como la base para desarrollar el concepto del yo.” Señaló además la

importancia de la autoconciencia, indicando que “tener conciencia del yo ayuda a uno a convertirse en ser humano con sensibilidad, a gusto consigo mismo y en sus relaciones con otros”, añadiendo que “cada “yo” es una persona completa que crece y se desarrolla en una sociedad específica”. Para King, el concepto del yo “se refleja en patrones de crecimiento y desarrollo y en la estructura y funcionamiento de los seres humanos.” Esta autora señala también la importancia del autoconocimiento en relación con la labor profesional, señalando que el conocimiento de uno mismo y de la manera como crece y se desarrolla la gente, ayuda a las enfermeras a entender a la gente que tiene un problema con su imagen corporal, la cual está relacionada con el concepto del yo. King también consideró importante la actividad en el momento presente, señalando que las enfermeras deben estar alertas ante pacientes que viven en el pasado o en el futuro, y que se niegan a encarar la enfermedad en la situación presente (King, 1984).

Aunque Orlando no especificó los supuestos para el desarrollo de su teoría, otras autoras los han extrapolado a partir de sus escritos. Así, Schmieding especificó que Orlando entendía las necesidades de ayuda a los pacientes como únicas, del mismo modo que lo eran las reacciones de las enfermeras con cada paciente. Además, respecto a las enfermeras, Orlando indicaba que la mente de la enfermera es su principal herramienta para ayudar a sus pacientes, y que la práctica enfermera mejora con el uso de la autorreflexión (Schmieding, 1993). Para Orlando, las acciones enfermeras no reflexivas son automáticas, señalando que estas acciones automáticas no se relacionan con descubrir las necesidades del paciente y satisfacerlas, además de incidir en que el uso de estas respuestas automáticas evita el uso de la responsabilidad enfermera. Por el contrario, las acciones enfermeras reflexivas están diseñadas para identificar y satisfacer la necesidad inmediata del paciente y para cumplir la función profesional de la enfermera (Orlando, 1961).

Escuela de los efectos deseables

Perteneciente a esta escuela, Myra Levine definió a la persona como un ser holístico, indicando que la globalidad es la integridad, y entendiendo el proceso vital como un proceso de cambio. Según la autora, la capacidad del individuo para adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno se divide en cuatro niveles de integración: lucha o vuelo, respuesta inflamatoria, respuesta al estrés y conocimiento perceptivo. Este último nivel solo se produce cuando el individuo experimenta el mundo a su alrededor a través de sus propias

percepciones, buscando información a fin de encontrar y mantener su propia seguridad. Además, respecto al concepto de salud, Levine señalaba la salud constituye el retorno a la identidad, y que incluso para un individuo único, la definición de salud cambiará con el tiempo (Moore Schaefer, 2007).

Enmarcada en esta escuela se encuentra Sor Callista Roy, quien como miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, refleja en su obra la influencia religiosa (Phillips, 2007). Para esta autora, tanto la conciencia como el significado son los ejes constitutivos de la construcción de la identidad personal, así como de su integración del entorno. Con respecto a la propia conciencia, esta autora señaló también que la conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir, y que tanto las transformaciones de la persona como las del entorno se crean en la propia conciencia humana. Para Roy, el objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y grupos de personas, contribuyendo así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad. El concepto de adaptación es definido como “el proceso y resultado por el que las personas, que tienen capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno.” (Roy & Andrews, 1999)

También dentro de la misma escuela, la enfermera Betty Neuman consideró la salud como un continuum con niveles y variaciones de bienestar, y a la persona que la experimenta como un sistema abierto y en relación recíproca con el entorno. Con respecto al entorno, identificó entorno interno, externo y creado. El entorno externo es interpersonal, siendo los entornos interno y creado intrapersonales. La relación entre persona y salud la define como una relación de armonía y equilibrio mediante un proceso de interacción y ajuste. En cuanto a los profesionales, señala que las enfermeras valoran y validan las respuestas del individuo a los agentes estresantes, siendo algunas de estas respuestas conocidas, mientras que otras se manifestarán en función del significado que el individuo otorgue a la experiencia. Además, hace hincapié en la influencia de la percepción de la enfermera en el cuidado que se suministra, por lo que el campo perceptivo tanto del cuidador como de la persona cuidada deben ser valorados de forma adecuada (Neuman, 2002).

Escuela de promoción de la salud

En esta escuela se encuentra a la enfermera teórica canadiense Moyra Allen, quien desarrolló el modelo conocido como “modelo de McGill”. Esta autora sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia, considerando a la profesión enfermera como un recurso primario de salud para las familias y la comunidad, siendo el primer objetivo de los cuidados enfermeros la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, fomento y desarrollo de la misma a través de la activación de procesos de aprendizaje. De esta manera, el aprendizaje se basa en centrar la atención sobre el problema, que define como una situación de salud que cambia continuamente y se relaciona con otras situaciones. Para Allen, la salud no es un proceso únicamente individual, sino que entran en juego los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje, de los que proceden tanto los estilos de afrontamiento como el desarrollo de la familia y de sus miembros. Entiende los estilos de afrontamiento como una forma eficaz de dominio o resolución de los problemas, y no como una simple reducción de la tensión, mientras el desarrollo se dirige hacia la realización individual o familiar. Esto permite a los individuos y familias conseguir altos niveles de satisfacción vital, entendiendo la salud como una forma de vivir y desarrollarse (Gottlieb & Rowat, 1987; Kravitz & Frey, 1989).

Escuela del ser humano unitario

En la escuela del ser humano unitario se encuentra la enfermera Martha Rogers, para quien el hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en algo más que la suma de las partes que lo componen, y que se caracteriza por su capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción. El entorno lo define como un campo de energía irreducible y pandimensional, que además es específico para cada campo humano, indicando que ambos cambian de un modo continuado y creativo. A esto añade que los campos del entorno son infinitos, y su modificación siempre es innovadora e impredecible, y que se caracteriza por una diversidad en aumento. De esta manera, el hombre y su entorno se encuentran intercambiando continuamente situaciones y energía, a través de un proceso vital que evoluciona de manera irreversible y unidireccional a través del continuum espacio-tiempo. De esta manera, propone la continua evolución de los puntos de vista del mundo, y que es a través de “un nuevo punto de vista del mundo, compatible con el saber más avanzado, es la base introductoria que se

necesita para estudiar la salud humana y para determinar las distintas modalidades que se deben usar para fomentarla” (Rogers, 1970).

Enmarcada en esta misma escuela se encuentra Rosemarie Rizzo Parse, quién indica que el significado aparece con el proceso ser humano-universo y que se remite al significado u objetivo último de la vida y al significado de los momentos de la vida diaria. Esta autora, en su descripción de la práctica enfermera indica que “la enfermera está en presencia real con el individuo (o su familia), mientras que el individuo (o su familia) descubre el significado personal de la situación y realiza elecciones para moverse hacia el momento actual con las esperanzas y los sueños que más aprecia. El centro se encuentra en el significado de la experiencia vivida por la persona (o su familia) descubriéndola allí con la presencia de la enfermera...”. Para esta autora, la enfermería es una ciencia, con un arte interpretativo que se desarrolla en las relaciones con las personas. Dentro de los fundamentos que indica para el desarrollo de dicho arte, y en relación con el tema tratado, se pueden señalar la valoración del prójimo como una presencia humana, el respeto a la diversidad de opiniones, la conexión con los demás, y el reconocimiento de los momentos de alegría en los sobresaltos que depara la vida (Parse, 1993; 1998).

Por otro lado, y dentro de la escuela del ser humano unitario, la enfermera Margaret Newman definió a las personas como “centros de conciencia dentro de una pauta global de conciencia en expansión”, y a la salud como “el patrón de la totalidad de una persona”, incluyendo en su definición a la enfermedad como “una manifestación con significado del patrón del todo, basado en la premisa de que la vida es un proceso continuo de ampliación de la conciencia”. Esta autora coloca a las enfermeras como “socias en el proceso de expansión de la conciencia”, siendo posible la conexión enfermera-usuario cuando se busca una comprensión de circunstancias cambiantes. En este rol de facilitadora que Newman otorga a las enfermeras, la labor encomendada es la de ayudar al individuo, a la familia o a la comunidad a centrarse en sus patrones, teniendo en cuenta que “el reconocimiento de patrones tiene lugar en el interior del observador”. (Newman, 1994; Brown, 2007)

Escuela del caring

En la escuela del *caring* encontramos a la enfermera estadounidense Jean Watson, quien afirma que sabemos tanto racional como intuitivamente que nuestra situación humana puede

no estar tan relacionada con el mundo externo, físico, tanto como con nuestro mundo interior tal y como lo vivimos. La conciencia de uno mismo como ser espiritual abre infinitas posibilidades. Para esta autora, “la trascendencia proporciona oportunidades de crecer y hacerse plenamente humano. Inherente a estas ideas está la noción de introspección y contemplarse a uno mismo y a los demás con reverencia y dignidad, como seres espirituales capaces de contribuir a su propia salud y curación así como a la evolución espiritual de uno mismo y de la civilización”. Watson define la vida humana como un estar-en-el-mundo que es continuo en el tiempo y el espacio. Su teoría se conforma a través de diez factores de los cuidados, siendo el tercero el de cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Esta autora señala que “la única forma de desarrollar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás es reconocer y sentir los propios sentimientos.” Señala además que esta autosensibilidad se cultiva examinándose a uno mismo y deseando explorar los propios sentimientos, y que esta sensibilidad hacia uno mismo conduce a la sensibilidad y aceptación de los demás. Según su teoría, “las enfermeras que son sensibles a los demás son más capaces de aprender la visión del mundo que tienen los demás, lo que, en consecuencia, aumenta su preocupación por la comodidad, recuperación y bienestar ajenos.” A esto, añade que “las enfermeras que reconocen y usan su sensibilidad promueven el autodesarrollo y autorrealización, y son capaces de estimular el mismo desarrollo en los demás. Sin este factor, los cuidados de enfermería fallarían” (Watson, 1988; Riehl-Sisca, 1992).

Autoras no incluidas en las escuelas anteriores

La clasificación por escuelas de Kerouac no incluye a todas las teóricas enfermeras, por lo que se ha introducido este apartado para señalar las aportaciones de dos teóricas no incluidas en la clasificación propuesta por la enfermera canadiense. Por un lado, Rosalinda Alfaro, en relación con el pensamiento crítico en enfermería, señala que el primer factor personal influyente en el pensamiento es la imparcialidad y el desarrollo moral. Para esta autora, es más probable que piensen críticamente las personas imparciales y con mayor desarrollo moral. Para esto, Alfaro indica la importancia del ser profundamente consciente de los propios valores (Alfaro-Lefevre, 2009).

Por otro lado, para la enfermera brasileña Vera Regina Waldow, el estar presente es una de las categorías más importantes del cuidado. Para esta autora, el cuidado no es una característica solo de la enfermería, pero mediante el privilegio de estar presente, es en la

profesión enfermera dónde el cuidado se concretiza plenamente y se profesionaliza. Esta autora se refiere a la presencia como uno de los componentes más importantes del cuidado humano, señalándola como “estar ahí”, presente de forma plena con el ser que necesita de cuidado y ayuda. Asimismo, termina añadiendo que el cuidado humano, por sus características, se considera la ética propia de la enfermería (Waldow, 2008).

De la teoría a la práctica

La enfermera Kathleen Sitzman estableció que los conceptos nucleares de la atención plena presentados por Thich Nhat Hanh ayudarían a comprender la teoría de Jean Watson y la relación de cuidado que se establece con los pacientes. Para esta autora, la teoría de Watson, no solo sería mejor comprendida a través de las prácticas de atención plena, sino que estas ayudarían tanto a la enseñanza como a la implementación práctica de la teoría de Watson, fomentando la comprensión de aspectos menos tangibles de la práctica enfermera (Sitzman, 2002).

Por otro lado, Lois Howland y Susan Bauer indican que el aumento de la conciencia y la disminución de las distracciones en el ámbito clínico mejorarían el desarrollo de habilidades y la realización de procedimientos complejos, pudiendo reducir el riesgo de errores. Además, tendría la capacidad de mejorar la comunicación con los pacientes y otros miembros del equipo, haciéndola más efectiva y traducéndose en mejores resultados clínicos, particularmente en situaciones de crisis. Para estas autoras, la atención plena fomentaría la profundización en la comprensión de las situaciones clínicas, así como en las relaciones con otros miembros del equipo y consigo mismo, aumentando las posibilidades de proveer cuidados más sabios y compasivos tanto para los pacientes como para uno mismo (Howland, & Bauer, 2015).

En el ámbito específico de la salud mental, Kathleen Tusaie y Kelly Edds indican que la atención plena tendría el potencial de convertir algunos de los componentes de las interacciones terapéuticas, pasando de ser meros ejercicios intelectuales a una experiencia real tanto para profesionales como para usuarios (Tusaie & Edds, 2009).

Así, la atención plena permitiría el desarrollo potencial de cuatro campos específicos. El primero es la educación para el autocuidado y el bienestar de la enfermera, señalando que en muchos casos, las enfermeras comprenden la importancia del autocuidado y de las estrategias

afrentamiento saludable, pero que no están seguras con su propia capacidad de implementación y utilización de dichas estrategias. El segundo campo es el desarrollo de interacciones enfermeras terapéuticas, ya que aunque la presencia en los desafíos vitales y en los momentos de sufrimiento se considera fundamental en la práctica clínica de la enfermería, existe la evidencia de que las enfermeras utilizan estrategias de evitación y distanciamiento para protegerse de dichas experiencias. Este hecho iría además en detrimento no solo del proceso clínico terapéutico, sino del propio bienestar del profesional. El tercer campo es el apoyo a la práctica con diferente tipo de población. Para esta autora, la atención plena supone un campo del que pueden beneficiarse diferentes grupos de población, pero es necesario que las enfermeras encargadas del cuidado de dichas poblaciones sean capaces de integrarla primero en sus propias vidas, fomentando su habilidad para ofrecer este conocimiento a las personas que cuidan. El último campo son las futuras líneas de investigación, haciendo hincapié en la multitud de herramientas y estudios con metodología cuantitativa, y la escasa literatura sobre la atención plena realizada con metodología cualitativa. Para White, la enfermería puede realizar una gran contribución en este sentido, al ser una profesión que cuenta con gran tradición y experiencia en la utilización de metodología cualitativa en su investigación (White, 2014).

En el caso de la profesión enfermera, la atención plena podría considerarse como la luz que ilumine el camino marcado por la teoría enfermera, permitiendo la aparición de un nuevo modelo que integre la atención plena en la práctica clínica asistencial, así como en sus programas formativos y líneas de investigación, y que extienda sus beneficios no solo a los profesionales de enfermería, sino también a sus colegas y especialmente a sus pacientes.

Marco conceptual: desarrollo de la línea de investigación

Sobre la satisfacción y la calidad asistencial

La satisfacción del paciente está estrechamente relacionada con la satisfacción del profesional, por lo que, en palabras del propio Avedis Donabedian (1991), si una organización sanitaria desea mejorar, debe servir también a las legítimas demandas e intereses de los profesionales. En este sentido, el equipo de Matthias Weigl, de la Universidad de Munich, demostró que la participación e implicación de los profesionales en los procesos de cambio de su institución se traducían en un aumento del bienestar del profesional y de la calidad asistencial ofrecida a los pacientes (Weigl, Hormung, Angerer, Siegrist & Glaser, 2013). Por otro lado, los propios profesionales indican que existe una rigidez excesiva y una inadecuación de la organización sanitaria a las preferencias del usuario, por lo que no se asegura que el problema percibido por el usuario y por tanto, su posterior resolución, concuerdan con la percepción del problema por parte de los profesionales (Hernán García, Gutierrez Cuadra, Lineros González, Ruiz Barbosa, & Rabadán Asensio, 2002).

La relación entre el aumento de los estresores laborales y la disminución de la calidad asistencial no es novedosa. Un estudio llevado a cabo en 1988 reportó una relación entre los estresores laborales y los riesgos asumidos por los profesionales. Estos autores además, encontraron reducciones en los errores de medicación y reclamaciones por mala praxis tras introducir programas de manejo del estrés para profesionales, sin encontrar influencias en cuanto al número de camas o al entorno rural o urbano de los centros (Jones, Barge, Steffy, Fay, Kunz & Wuebker, 1988). Para Jenny Firth-Cozens, la suma de los estresores laborales (horas de trabajo, alteraciones del sueño por trabajo a turnos, relaciones laborales, posibilidad de cometer errores, trabajo cercano a la muerte...) y la personalidad del profesional, unida a sus estilos de afrontamiento, serían generadores de estrés, depresión o tendencia al abuso de sustancias, redundando todo ello en una peor asistencia a los pacientes. Esta peor asistencia se traduciría en reclamaciones y litigios por vía legal, convirtiéndose estos de nuevo en estresores laborales (Firth-Cozens, 2001). Esta autora señala que es necesario aceptar que el abordaje del estrés de los profesionales es una parte normal de su manejo, convirtiéndose en parte esencial de la seguridad del paciente, y por tanto de la calidad asistencial (Firth-Cozens, 2003). Su modelo (Figura 1), desarrollado en 1997 junto a Joanne Greenhalgh, se basa en la influencia que tienen los factores estresantes y la forma de afrontarlos de los profesionales,

sobre los estándares de cuidado de los propios profesionales (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997).

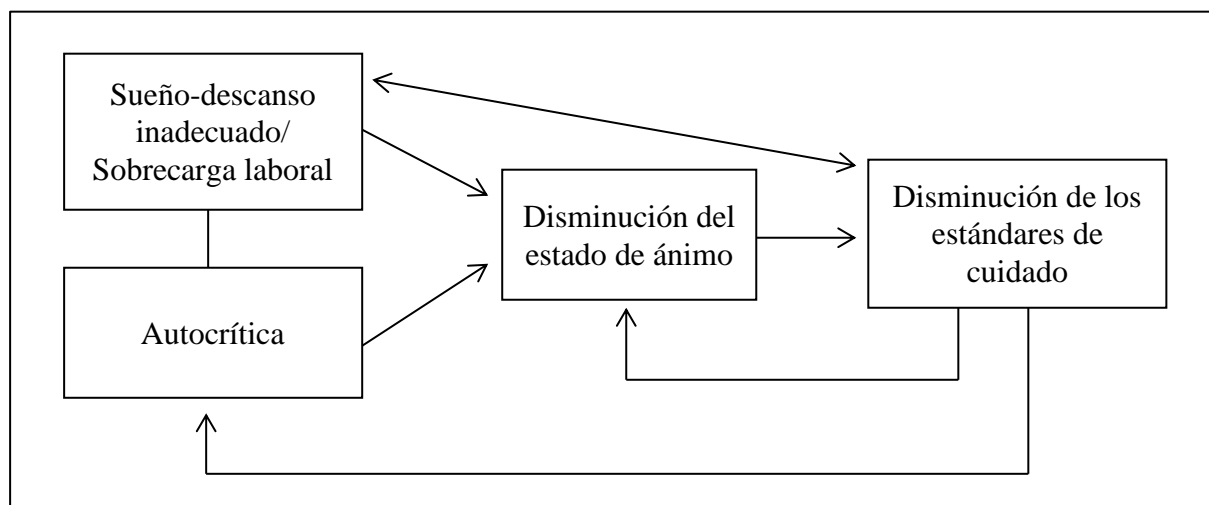


Figura 1: Relaciones entre agotamiento y sobrecarga laboral, estrés, autocritica y disminución del cuidado (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997).

En el mismo sentido, existen modelos que proponen el bienestar del profesional como un indicador más de la calidad del sistema. En este modelo, se entrelazan las intervenciones destinadas al autocuidado del profesional en función de los estresores laborales, con los resultados de mejora en la asistencia individual a los pacientes y los resultados obtenidos por el sistema (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009).

Influencia del síndrome de burnout y la fatiga de la compasión

Aunque a menudo se utilizan como sinónimos, conviene diferenciar entre el síndrome de burnout y la llamada fatiga de la compasión. El síndrome de burnout surge como un proceso complejo, en el que se pierde progresivamente la motivación como resultado de las condiciones de trabajo (Edelwich & Brodski, 1980). La fatiga de la compasión por su parte, se refiere al desgaste de la relación entre profesional y paciente, debida a la ausencia de recursos, por parte del profesional, para la gestión de su propio sufrimiento y el de los pacientes atendidos (Figley, 1995). En este sentido, se debe tener en cuenta que los profesionales sanitarios se encuentran trabajando a diario en entornos de dolor no solo físico, sino también emocional. La vivencia real de las dolencias y enfermedades se producen en el plano subjetivo del propio paciente, pero esta dimensión suele ser obviada o minusvalorada por los profesionales. Por un lado, se produce una falta de tiempo y espacios adecuados para la

atención de esta esfera. Pero por otro lado, los profesionales sanitarios no hemos recibido formación específica para el abordaje de esta dimensión, ni suele ser una dimensión que reciba su importancia en protocolos y guías clínicas (Benito Oliver, Arranz Carrillo de Albornoz & Cancio López, 2011).

A pesar de esto, Melissa Radey y Charles Figley proponen un modelo en el que las situaciones de estrés hacia la compasión del profesional, no tienen por qué derivar necesariamente en la fatiga de la compasión. Para estos autores de la Universidad de Florida, el efecto del trabajo con personas que sufren depende de varios factores interrelacionados entre sí, y que en función de la relación entre positividad y negatividad entre los factores, estas situaciones de estrés pueden resultar bien en satisfacción de la compasión o bien en fatiga de la compasión (Figura 2). El primero de los factores a tener en cuenta son los afectos, definidos como el espectro de estados y actitudes sentidos. El afecto positivo incluye sentimientos de gratitud y optimismo, y la expresión de aprecio y simpatía. Por el contrario, el afecto negativo incluye sentimientos de desprecio y de irritabilidad, expresados mediante desdén y aversión. El afecto negativo, o negatividad, reduciría los impulsos personales hacia acciones específicas de preservación de la vida (lucha-huida, rechazo o aislamiento), mientras que el afecto positivo, o positividad, amplía el campo de pensamientos y acciones (por ejemplo hacia el juego, la exploración, interacción), generando mayor flexibilidad e innovación. El segundo factor son los recursos, tanto físicos, como intelectuales y sociales, que pueden verse incrementados, e incrementar a su vez, el afecto positivo. La construcción de los recursos gira en torno al núcleo de la compasión, basado en el altruismo, y se compone de recursos y capacidades internas, y de la sabiduría acumulada a través de la experiencia vital. El tercer factor es el autocuidado, en el que se distingue el autocuidado individual (actividad física, comer adecuadamente, permitirse tiempo de descanso, tiempo para la autorreflexión o para visitar a familiares y amigos), y el autocuidado corporativo dentro de la organización (diversificar la carga de trabajo, ofrecer supervisión y salarios adecuados, y fomentar las oportunidades de desarrollo del personal, además de promover un ambiente cálido y amistoso, donde los profesionales se sientan amparados por sus compañeros/as en momentos de necesidad). Ante estos tres factores, el discernimiento y juicio se tornan necesarios para el profesional, para permitirle percibir y comprender la respuesta adecuada, y la intensidad de la expresión altruista. Al fallar en el discernimiento y juicio previos ante la cantidad adecuada de altruismo, tanto en situaciones profesionales, como familiares o sociales, se puede responder en exceso o en defecto. Este desequilibrio puede perturbar el

mecanismo que refuerza la compasión rompiendo el ciclo, pudiendo producir apatía o síndrome de burnout, y conduciendo a la fatiga de la compasión (Radey & Figley, 2007).

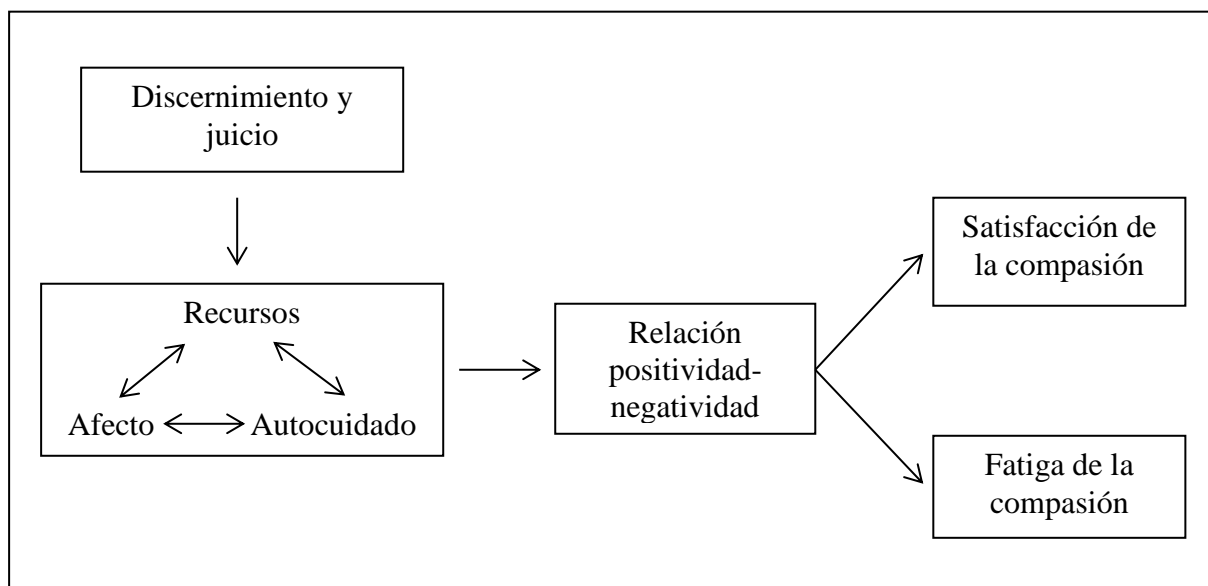


Figura 2: Creación de la satisfacción de la compasión o de la fatiga de la compasión (Radey & Figley, 2007).

El papel de la atención plena

Respecto a la atención plena, un estudio realizado en profesionales de atención primaria de Brasil, el rasgo de atención plena correlacionó positivamente con los afectos positivos y la satisfacción vital, mientras que lo hizo negativamente con los afectos negativos y el estrés percibido (Atanes et al., 2015). En el campo de la psicología, la atención plena practicada por los profesionales ha demostrado mejorar la percepción de los usuarios en cuanto a la efectividad de las sesiones, además de mejorar la sensación de presencia de los propios profesionales (Dunn, Callahan & Swift, 2013). En profesionales de la salud, una intervención de ocho semanas, seguida de 10 meses de fase de mantenimiento realizada en un grupo de médicos de atención primaria, mejoró no solo el bienestar percibido por los participantes, sino que incrementó las características personales asociadas con una atención más centrada en el paciente, como la empatía, la toma de perspectiva, o el cuidado compasivo (Krasner, Epstein, Beckman, Suchman, Chapman, Mooney & Quill, 2009). Estos datos son coherentes con una revisión sistemática y metaanálisis realizado en 2016, en el que se reportó el potencial de las intervenciones basadas en la atención plena para la reducción del estrés en profesionales sanitarios, proponiendo que la mejora en la atención plena de los profesionales podría

aumentar la satisfacción de los usuarios y la calidad de su atención, así como reducir los costes de los servicios de salud (Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou & Hugh-Jones, 2016). Sin embargo, aunque estas intervenciones puedan ser de gran utilidad en los profesionales en ejercicio, Martha Gerrity, de la Universidad de Oregon, propone que el mejor momento para preparar a los profesionales para el estrés profesional es durante su formación, por ser el momento más fácil de implementar este tipo de actividades, y las que lograrían un mayor beneficio a largo plazo (Gerrity, 2001).

Mapa conceptual

Con los antecedentes previamente expuestos, se diseñó el mapa conceptual para la realización de este trabajo (Figura 3). Dado que las discrepancias existentes entre la percepción de la calidad de usuarios y profesionales, se propuso que el rasgo de atención plena de los profesionales, jugaría un papel de acercamiento entre ambas percepciones de calidad, aumentando la concordancia entre lo señalado por profesionales y usuarios. Además, el rasgo de atención plena, junto con la autocompasión, ejercerían un papel protector en los niveles de burnout de los profesionales, pero sin afectar a la concordancia entre profesionales y usuarios en los valores de calidad asistencial percibida.

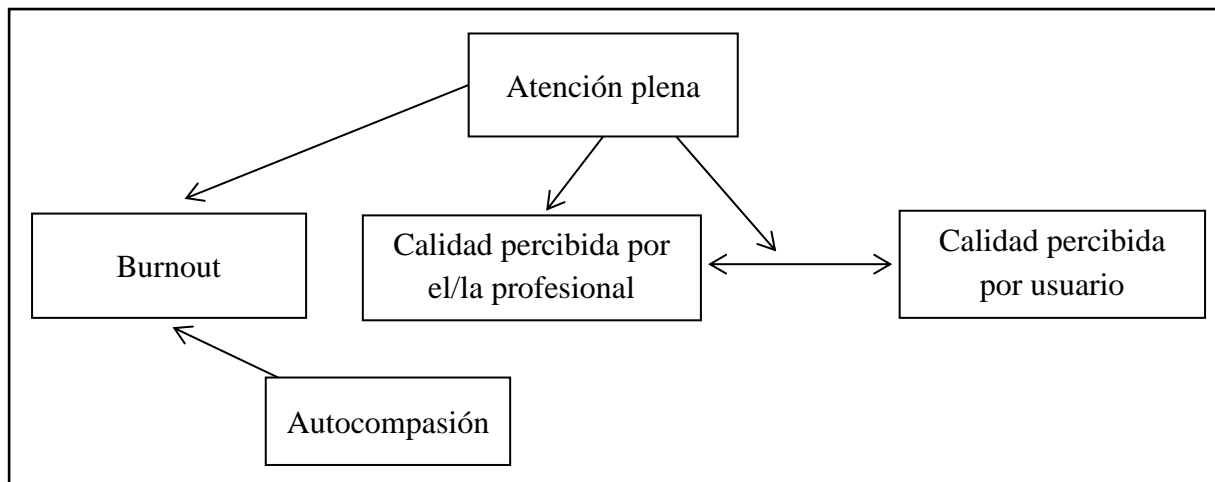


Figura 3: Relaciones entre calidad percibida por el usuario, calidad percibida por el profesional, atención plena, burnout y autocompasión (elaboración propia).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Para la realización de este trabajo de investigación se partió de una pregunta de investigación principal, de la que emanó la formulación de una hipótesis central y otras complementarias. La pregunta de investigación principal fue la siguiente:

¿Cuál es la influencia de los valores de atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud en la calidad asistencial percibida por estos, y cómo influye en la concordancia con la calidad percibida por sus pacientes?

Partiendo de dicha pregunta, se planteó la siguiente hipótesis central:

Los valores de atención plena de los profesionales sanitarios se relacionan de forma directa con la concordancia de percepción de calidad entre profesionales y usuarios.

Esta hipótesis central fue complementada con las siguientes hipótesis:

Los valores de percepción de la calidad de los profesionales se encuentran relacionados directamente con los valores de atención plena de los profesionales.

Los valores de atención plena de los/as médicos/as y enfermeros/as del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) no presentan diferencias significativas según categorías profesionales, niveles de asistencia o sectores.

Objetivos

Para responder a la pregunta de investigación principal, y confirmar o rechazar las hipótesis que emanaron de la misma, se plantearon los siguientes objetivos:

- Analizar la relación existente entre los valores de atención plena de los profesionales, los niveles de desgaste profesional, autocompasión y calidad percibida, y la concordancia o discrepancia de la calidad percibida indicada entre los profesionales sanitarios y los usuarios en base a las relaciones previamente mencionadas.
- Medir la atención plena de los profesionales sanitarios licenciados/as o graduados/as en medicina y diplomados/as o graduados/as en enfermería del Servicio Aragonés de Salud y explorar su relación con variables sociodemográficas y laborales.
- Medir el desgaste profesional (burnout) en profesionales de medicina y enfermería del Servicio Aragonés de Salud y explorar su relación con variables sociodemográficas y laborales.
- Medir la autocompasión en profesionales de medicina y enfermería del Servicio Aragonés de Salud y explorar su relación con variables sociodemográficas y laborales.
- Medir la percepción de la calidad del servicio sanitario en profesionales de medicina y enfermería del Servicio Aragonés de Salud y explorar su relación con variables sociodemográficas y laborales.
- Analizar la relación existente entre atención plena, desgaste profesional, autocompasión y la percepción de la calidad de los profesionales.
- Medir la percepción de la calidad del servicio sanitario entre los usuarios del Servicio Aragonés de Salud.

METODOLOGÍA

Metodología

Perspectiva y población a estudio

Se planteó un estudio observacional y descriptivo de corte transversal, recogiendo la información de profesionales y usuarios del Servicio Aragonés de Salud.

Se realizó la medición de la atención plena de los profesionales sanitarios, así como de la percepción de la calidad del servicio, niveles de burnout y autocompasión, analizándose las relaciones entre estos valores. Asimismo, se evaluó la calidad asistencial percibida por los usuarios. Por último, se realizó un análisis de las relaciones entre la percepción de usuarios y profesionales, y la influencia de los valores de atención plena obtenidos en los profesionales.

Población y muestra

La población a estudio son los profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería en activo en los centros del Servicio Aragonés de Salud, correspondientes a los sectores sanitarios 2 y 3, tanto en servicios de Atención Primaria como de Atención Especializada, así como los usuarios de dichos centros. Los centros incluidos fueron, por sectores, los siguientes:

- Para el Sector 2: los centros de atención primaria Canal Imperial, Casablanca, Fernando el Católico, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz, y el centro de atención especializada Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza.
- Para el Sector 3: los centros de atención primaria Bombarda, Delicias Norte, Delicias Sur, Miralbueno, Oliver, Univérsitas, y Valdefierro, y el centro de atención especializada Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa de Zaragoza.
- La población correspondiente a atención especializada se seleccionó de los servicios similares de ambos centros: cardiología, cirugía general y digestiva, cirugía maxilofacial, digestivo, endocrinología, medicina interna, nefrología, neumología, neurocirugía, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, reumatología y urología.

Criterios de inclusión de profesionales

- Ser profesional Licenciado/a en Medicina o Diplomado/a o Graduado/a en Enfermería.
- Encontrarse con contrato en vigor en los centros anteriormente citados durante el periodo de recogida de datos.
- Comprensión del castellano, por ser el idioma de redacción de los cuestionarios.

Criterios de exclusión de profesionales

- Ser profesional sanitario con diferente titulación académica y/o puesto laboral a los mencionados anteriormente.
- Los profesionales pertenecientes a otros centros adscritos al Servicio Aragonés de Salud.
- Cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados, o entregados fuera del plazo estipulado.

Criterios de inclusión de los usuarios

- Ser residente de la Comunidad Autónoma de Aragón, con acceso a la asistencia sanitaria del Servicio Aragonés de Salud en vigor.
- En el caso de los servicios de Atención Primaria de Salud, ser usuario habitual de los mismos, considerándose como tales a aquellos que hayan realizado al menos seis visitas en los últimos doce meses.
- En el caso de los servicios de Atención Especializada, permanencia de ingreso de al menos, cinco días de duración.
- Comprensión del castellano, por ser el idioma de redacción de los cuestionarios.

Criterios de exclusión de los usuarios

- Patologías de base (como discapacidad visual o motora, deterioro cognitivo...) que a juicio del entrevistador impidan la respuesta a los cuestionarios.
- En el caso de los servicios de Atención Primaria de Salud, haber sido visitado cinco o menos veces en los últimos doce meses.
- En el caso de los servicios de Atención Especializada, ingresos inferiores a cinco días de duración.
- Cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados, o entregados fuera del plazo estipulado.

Cálculo del tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral se empleó el cuestionario SERVQHOS, en sus datos obtenidos por Monteagudo et al. (2003), considerándose un cálculo para la diferencia de medias. Así, se establece una diferencia de medias a detectar de 0,10, una desviación estándar del 0,30, nivel de confianza del 95% y potencia estadística del 80%. Introduciendo dichos valores en el software Epidat 4.0, software libre proporcionado por el Servicio Gallego de Salud, se establece una necesidad mínima por grupo de 143 individuos. Por tanto, se estableció un mínimo de 143 profesionales y de 143 usuarios por cada sector sanitario, ascendiendo el total de sujetos participantes en el estudio a 572 individuos, dividida en 286 usuarios y 286 profesionales.

Selección de la muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple, estratificando por sectores sanitarios, y por niveles de atención (Primaria o Especializada). Para la selección de los servicios hospitalarios candidatos para la obtención de datos, se incluyeron aquellos con ingresos hospitalarios y que se encuentran de forma similar en ambos centros hospitalarios, contándose finalmente con 14 servicios hospitalarios en cada centro candidatos a proporcionar datos. Para la priorización de la obtención de datos, se realizó una tabla ordenando los servicios por orden alfabético,

otorgando a cada servicio el número de orden correspondiente (Tabla 2). Con la finalidad de priorizar y de aleatorizar la toma de datos en los servicios, se ejecutó una generación de 14 números aleatorios mediante el programa Microsoft Excel 2010. Para ello se utilizaron las fórmulas de “=ALEATORIO()” y posteriormente “=JERARQUIA()”, obteniéndose la siguiente serie de números 8, 10, 14, 4, 2, 1, 6, 9, 13, 7, 11, 5 y 3. Esta serie permitió priorizar la toma de datos según se muestra en la Tabla 3. Se siguió un procedimiento similar para la priorización de centros en atención primaria, ordenando los centros de forma alfabética para cada uno de los sectores sanitarios (Tablas 4 y 5).

Tabla 2: Servicios hospitalarios candidatos para la obtención de datos

#	Servicio
1	Cardiología
2	Cirugía general y digestiva
3	Cirugía maxilofacial
4	Digestivo
5	Endocrinología
6	Medicina interna
7	Nefrología
8	Neumología
9	Neurocirugía
10	Neurología
11	Oftalmología
12	Otorrinolaringología
13	Reumatología
14	Urología

Tabla 3: Prioridad de los servicios hospitalarios para la obtención de datos

#	Servicio	Prioridad
8	Neumología	1
10	Neurología	2
14	Urología	3
4	Digestivo	4
2	Cirugía general y digestiva	5
1	Cardiología	6
6	Medicina interna	7
9	Neurocirugía	8
12	Otorrinolaringología	9
13	Reumatología	10
7	Nefrología	11
11	Oftalmología	12
5	Endocrinología	13
3	Cirugía maxilofacial	14

Posteriormente, se realizaron dos generaciones de números aleatorios siguiendo la metodología indicada anteriormente, una de 15 números para los centros del Sector 2, y una de 7 para el Sector 3. La serie de 15 números fue la siguiente: 9, 12, 8, 5, 7, 6, 1, 15, 11, 13, 3, 2, 10, 4 y 14, lo que permitió ordenar los centros de atención primaria del Sector 2 de forma prioritaria como se especifica en la Tabla 6. Por su parte, la serie de 7 números obtenidos fue: 3, 6, 2, 1, 7, 5, y 4, permitiendo priorizar los centros de atención primaria del Sector 3 como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 4: Centros de salud del Sector 2 candidatos para la obtención de datos

#	Centro
1	Canal Imperial
2	Casablanca
3	Fernando el Católico
4	Independencia-Puerta del Carmen
5	La Almozara
6	Las Fuentes Norte
7	Parque Roma
8	Rebolería
9	Sagasta
10	San José Centro
11	San José Norte
12	San Pablo
13	Seminario
14	Torre Ramona
15	Torrero-La Paz

Tabla 5: Prioridad de los centros de salud del Sector 2 para la obtención de datos

#	Centro	Prioridad
9	Sagasta	1
12	San Pablo	2
8	Rebolería	3
5	La Almozara	4
7	Parque Roma	5
6	Las Fuentes Norte	6
1	Canal Imperial	7
15	Torrero-La Paz	8
11	San José Norte	9
13	Seminario	10
3	Fernando el Católico	11
2	Casablanca	12
10	San José Centro	13
4	Independencia-Puerta del Carmen	14
14	Torre Ramona	15

Tabla 6: Centros de salud del Sector 3 candidatos para la obtención de datos

#	Centro
1	Bombarda
2	Delicias Norte
3	Delicias Sur
4	Miralbueno
5	Oliver
6	Univérsitas
7	Valdefierro

Tabla 7: Prioridad de los centros de salud del Sector 3 para la obtención de datos

#	Centro	Prioridad
3	Delicias Sur	1
6	Univérsitas	2
2	Delicias Norte	3
1	Bombarda	4
7	Valdefierro	5
5	Oliver	6
4	Miralbueno	7

Siguiendo la priorización descrita, se procedió a visitar los centros y servicios correspondientes en función de la misma, hasta obtener el tamaño muestral indicado anteriormente en los profesionales de cada uno de los sectores asistenciales. Una vez completado el número de cuestionarios necesarios, se dejó de solicitar respuestas a cuestionarios.

Consideraciones éticas y obtención de datos

Se solicitaron las autorizaciones pertinentes a las direcciones hospitalarias y/o de sector correspondientes, así como a la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud. Obtenidas dichas autorizaciones, se solicitó la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), siendo aprobado el 28 de enero de 2015, quedando reflejado en su Acta N°02/2015 (Anexo 1). Al obtenerse los datos mediante la utilización de cuestionarios autoadministrados, se consideró que aquellas personas que realizaran voluntariamente su respuesta, autorizaron a la utilización de los datos proporcionados en dichos cuestionarios. Asimismo, al considerarse la respuesta como anónima, no procede la solicitud de consentimiento informado, pues la

firma del mismo supondría la pérdida del anonimato. Independientemente, y sin perjuicio de dicho anonimato, las personas participantes recibieron un documento de información en el que se especificó que se solicitaba su colaboración en un trabajo de investigación. Tanto la hoja de información al profesional (Anexo 2), como la hoja de información al paciente (Anexo 3), contaban con los medios de contacto telefónico y de correo electrónico para la solución de problemas o dudas concernientes a la respuesta a los cuestionarios.

Asimismo, y para no interrumpir la labor asistencial, la recogida de datos de los usuarios se realizó al alta (una vez que el paciente hubiese recibido la notificación de alta y el personal asistencial hubiera finalizado su labor) en el caso de los usuarios de atención especializada, y durante la espera para consulta, o bien a la salida de la misma para los usuarios de atención primaria. La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de abril y diciembre de 2015.

Herramientas

Para la obtención de datos de los profesionales, se utilizó un cuaderno de recogida de datos consistente en los cuestionarios que se describen a continuación, en orden de aparición:

Cuestionario SERVQHOS

El cuestionario SERVQHOS, elaborado y validado por Mira et al (1998), valora la percepción de la calidad asistencial a través de las dos dimensiones que presenta, de calidad subjetiva y calidad objetiva. El cuestionario original consta de 19 preguntas (10 en la dimensión calidad subjetiva y 9 en la dimensión de calidad objetiva) con 5 posibles respuestas en escala de tipo Likert, en rango entre 1 (mucho peor de lo que esperaba) y 5 (mucho mejor de lo que esperaba). Originalmente, el cuestionario está adaptado para su uso con usuarios, por lo que se han realizado algunas adaptaciones para su utilización entre profesionales. En concreto, se ha eliminado el ítem correspondiente a la señalización extrahospitalaria, quedando reducido el cuestionario a 10 ítems de calidad subjetiva, y 8 ítems de calidad objetiva. Además, se ha adaptado ligeramente el texto introductorio con las explicaciones para adaptar el cuestionario a los profesionales de atención hospitalaria (Anexo 4), como de atención primaria (Anexo 5). Además de evaluar estas dos dimensiones, el cuestionario presenta otras variables, que

también han sido adaptadas a las respuestas de los profesionales. Así, a la pregunta a los usuarios sobre en qué servicio estuvieron ingresados, se ha transformado a en qué servicio realizan la función asistencial (o en qué centro, para profesionales de atención primaria). La pregunta del tipo de ingreso ha sido readaptada para preguntar sobre el tipo más frecuente de ingresos (en atención hospitalaria) o de consultas (en atención primaria). El cuestionario además solicita opinión sobre el nivel global de satisfacción, con cuatro respuestas posibles que oscilan entre muy satisfecho y nada satisfecho, la recomendación del centro a otras personas, con tres respuestas posibles desde sin dudarlo a nunca, y si la opinión sobre el tiempo de ingreso, reconvertida para los profesionales de atención primaria en tiempo de atención, con tres respuestas posibles: menos de lo necesario, el tiempo necesario o más de lo necesario. El resto de preguntas son de respuesta dicotómica (sí o no), sobre la creencia de si se han realizado pruebas o intervenciones sin permiso de los usuarios, si conocen el nombre del médico y de la enfermera que les atiende habitualmente, y sobre la creencia de haber recibido la suficiente información sobre el proceso.

Escala MAAS

La escala MAAS (Anexo 6) fue elaborada originalmente por Brown y Ryan (2003), y validada al castellano en 2012 (Soler et al., 2012). Consta de un total de 15 ítems con seis posibles respuestas en una escala de tipo Likert, respondiéndose a la frecuencia en la que se experimentan diferentes sensaciones relacionadas con la vida diaria. La puntuación para cada uno de los ítems oscila entre 1 y 6, correspondiéndose con las siguientes categorizaciones de respuesta: 1: “Casi siempre”, 2: “Muy frecuente” 3: “Algo frecuente”, 4: “Algo infrecuente”, 5: “Muy infrecuente”, y 6: “Casi nunca”. El total se expresa mediante la media aritmética de las respuestas, pudiendo oscilar el rango entre 1 y 6.

Dimensión de aceptación de la escala PHLMS

La escala PHLMS (Cardaciotto et al., 2008) validada al castellano en 2014 (Tejedor et al., 2014) consta originalmente de 20 ítems distribuidos equitativamente en dos dimensiones (conciencia y aceptación) de 10 ítems cada una. Para la realización de este trabajo, se utilizó únicamente la dimensión de aceptación (Anexo 7). Esta dimensión consta de 10 ítems a responder mediante una escala Likert con puntuaciones de 1 a 5, que se corresponden con las

siguientes categorías de respuesta: 1: “Nunca”; 2: “Raramente”; 3: “De vez en cuando”; 4: “A menudo”; y 5: “Siempre”. La puntuación de la dimensión de aceptación se calcula a través de la media obtenida de la suma inversa de las respuestas, oscilando el rango de respuesta entre los valores 1 y 5. Esta escala fue incluida en el estudio por recomendación expresa de Joaquim Soler, uno de los investigadores participantes en la validación al castellano de la misma, por entender que, en según qué circunstancias, la aceptación jugaría un papel fundamental en la relación del resto de variables.

Cuestionario BCSQ-12

El cuestionario breve de subtipos clínicos de burnout (Anexo 8), conocido como BCSQ-12 (siglas en inglés de Burnout Clinical Subtype Questionnaire), fue elaborado y validado en 2011 por el equipo de Jesús Montero-Marín, mide el desgaste profesional a través de las dimensiones “sobrecarga”, “falta de desarrollo” y “abandono”. Cada dimensión está compuesta por cuatro ítems, correspondiendo los ítems 1, 4, 7 y 10 con la dimensión “sobrecarga”, los ítems 2, 5, 8 y 11 con la dimensión “falta de desarrollo”, y los ítems 3, 6, 9 y 12 con la dimensión “abandono”. Cada uno de los ítems presenta 7 respuestas posibles en una escala de tipo Likert con un rango de 1 a 7, correspondiéndose con las siguientes categorías de respuesta: 1: “Totalmente en desacuerdo”; 2: “Muy en desacuerdo”; 3: “En desacuerdo”; 4: “Indeciso/a”; 5: “De acuerdo”; 6: “Muy de acuerdo” y 7: “Totalmente de acuerdo”. Cada una de las dimensiones se mide a través de la media de las respuestas de los ítems correspondientes. (Montero-Marín, Skapinakis, Araya, Gili & García-Campayo, 2011).

Escala SCS-SF

La versión corta de la escala de autocompasión (Anexo 9), conocida como SCS-SF (del inglés, Self-Compassion Scale-Short Form) fue validada por Raes et al. (2011) a partir de la escala original de Neff (2003b). Consta de 12 ítems a responder entre 5 respuestas posibles, en una escala de tipo Likert con un rango de que oscila entre 1 (casi nunca) y 5 (casi siempre). Los ítems se encuentran agrupados en 3 dimensiones, dividiéndose cada una de ellas en dos dimensiones antagónicas. Así, la dimensión autoamabilidad se mide a través del factor autoamabilidad (correspondiente a los ítems 2 y 6) y las respuestas inversas del factor autojuicio (ítems 11 y 12). La dimensión humanidad compartida se mide a través del factor

humanidad compartida (ítems 5 y 10) y las respuestas inversas del factor aislamiento (ítems 4 y 8). Por último, la dimensión mindfulness se mide a través de las respuestas del factor mindfulness (ítems 3 y 7) y las respuestas inversas del factor sobreidentificación (ítems 1 y 9). La escala fue adaptada y validada al castellano por el equipo de García-Campayo et al. (2014). En este trabajo solo se utiliza para la medición global del concepto de autocompasión, tal y como se recomienda en el desarrollo original de la escala (Raes et al., 2011).

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales de los/as profesionales

El cuestionario de variables sociodemográficas de los profesionales (Anexo 10) se elaboró *ad hoc* para la realización de este trabajo. En ella se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, tenencia de hijos, número de hijos, tenencia al cargo de personas dependientes, número de personas dependientes al cargo, tipo de dependencia, ingresos mensuales del hogar, titulación universitaria, profesión, tiempo de ejercicio profesional, tiempo trabajado en el centro, tiempo trabajado en el servicio, trabajo a turnos o con guardias, tiempo de trabajo y tipo de contrato.

Datos de los usuarios

Por su parte, la obtención de los datos de los usuarios se obtuvo a través de un único cuestionario, que incluía la herramienta SERVQHOS, descrita anteriormente, y un breve cuestionario de variables sociodemográficas, en el que se incluyó la edad, sexo, estado civil, estudios concluidos y actividad laboral. Se adaptaron las instrucciones al cuestionario SERVQHOS de la misma forma que para los profesionales en función del nivel de atención, quedando versiones ligeramente diferentes entre el cuestionario destinado al medio hospitalario (Anexos 11) y el destinado a atención primaria (Anexo 12).

Variables del estudio

A continuación se describen por separado las variables incluidas en el análisis de cada uno de los grupos poblacionales incluidos en este trabajo.

Variables incluidas en el análisis de los/as profesionales

- Variable Percepción de la calidad del servicio: medida de forma cuantitativa continua a través del cuestionario SERVQHOS, analizado de forma global, a través de las dimensiones del cuestionario, e individualmente para cada uno de sus ítems. El propio cuestionario incluye otras variables además de las dimensiones cuantitativas, como la ubicación del trabajador en cuanto a centro o servicio (variable cualitativa nominal), el tipo de ingresos o visitas más habituales en su centro o servicio (cualitativa dicotómica: programada o de urgencia), el nivel de satisfacción global (cualitativa nominal; categorías: muy satisfechos, satisfechos, poco satisfechos y nada satisfechos), la recomendación a otras personas (cualitativa nominal; categorías: sin dudarlo, tengo dudas y nunca); la realización de pruebas o intervenciones sin permiso (cualitativa dicotómica, sí o no), el tiempo de atención (cualitativa nominal; categorías: menos de lo necesario, el tiempo necesario y más de lo necesario), el conocimiento del nombre del médico (cualitativa dicotómica, sí o no), el conocimiento del nombre de la enfermera (cualitativa dicotómica, sí o no) y la percepción de recepción de la información suficiente sobre el proceso (cualitativa dicotómica, sí o no).
- Variable Mindfulness: medida de forma cuantitativa continua a través de la escala MAAS y la dimensión “aceptación” de la escala PHLMS, expresada a través de la media de sus respuestas.
- Variable Burnout profesional: medido de forma cuantitativa continua a través del cuestionario BCSQ-12, y analizado mediante las medias de las dimensiones que lo componen y la media total.
- Variable Autocompasión: medida de forma cuantitativa continua a través de la escala SCS-SF, y analizada mediante la media total de la escala.
- Variables sociodemográficas y laborales de los/as profesionales: sexo (cualitativa dicotómica, hombre o mujer), edad (cuantitativa discreta, medida en años), estado civil (cualitativa nominal; categorías: soltero/a, casado/a, separado/a, viudo/a), tenencia de

hijos (cualitativa dicotómica, sí o no), número de hijos/as (cuantitativa discreta, medida en número de hijos/as), tenencia al cargo de personas dependientes (cualitativa dicotómica, sí o no), número de personas dependientes al cargo (cuantitativa discreta, medida en número de personas), tipo de dependencia (cualitativa nominal; categorías: hijos/as menores, ancianos/as, personas con discapacidad), ingresos mensuales del hogar (cuantitativa discreta, medida en número de veces el salario mínimo interprofesional), titulación universitaria (cualitativa nominal; categorías: diplomatura, grado, licenciatura, máster, doctorado), profesión (cualitativa dicotómica, medicina o enfermería), tiempo de ejercicio (cuantitativa discreta, medida en meses), tiempo trabajado en el centro (cuantitativa discreta, medida en meses), tiempo trabajado en el servicio (cuantitativa discreta, medida en meses), trabajo a turnos o realización de guardias (cualitativa dicotómica, sí o no), tiempo de trabajo (cualitativa dicotómica, a tiempo completo o tiempo parcial), y tipo de contrato (cualitativa nominal; categorías: sustitución, interinidad, plantilla fija, residente).

Variables incluidas en el análisis de los/as usuarios

- Variable Percepción de la calidad del servicio: medida de forma cuantitativa continua a través del cuestionario SERVQHOS, analizado a través de las dimensiones del cuestionario, e individualmente para cada uno de sus ítems. El cuestionario incluye otras variables además de las dimensiones cuantitativas, como la ubicación del paciente en cuanto a centro o servicio en el que recibió su atención (variable cualitativa nominal), el tipo de ingreso o visita habitual (cualitativa dicotómica: programada o de urgencia), número de ingresos o visitas en el último año (cuantitativa discreta), el nivel de satisfacción global (cualitativa nominal; categorías: muy satisfechos, satisfechos, poco satisfechos y nada satisfechos), la recomendación a otras personas (cualitativa nominal; categorías: sin dudarlo, tengo dudas y nunca); la realización de pruebas o intervenciones sin permiso (cualitativa dicotómica, sí o no), el tiempo de atención (cualitativa nominal; categorías: menos de lo necesario, el tiempo necesario y más de lo necesario), el conocimiento del nombre del médico (cualitativa dicotómica, sí o no), el conocimiento del nombre de la enfermera (cualitativa dicotómica, sí o no) y la percepción de recepción de la información suficiente sobre el proceso (cualitativa dicotómica, sí o no).

- Variables sociodemográficas de los/as usuarios: edad (cuantitativa discreta, medida en años), sexo (cualitativa dicotómica, hombre o mujer), estado civil (cualitativa nominal; categorías: soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a), estudios concluidos (cualitativa nominal; categorías: sin estudios, primarios, bachiller o universitarios), y actividad actual (cualitativa nominal; categorías: jubilado/a, en paro, trabajando, ama/o de casa o estudiante).

Análisis estadístico

El análisis estadístico de las variables se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v.22.0 de IBM para Windows, con acceso al mismo a través de los ordenadores de la Universidad de Zaragoza. Se realizó una descripción estadística de cada variable, expresando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y media y desviación estándar en variables cuantitativas. Se evaluó la fiabilidad para cada una de las escalas midiendo su consistencia interna a través del valor alfa de Cronbach. La inferencia estadística realizada se ha basado en la prueba t de Student para el análisis bivariado con variables independientes nominales u ordinales de tipo dicotómico, y la prueba ANOVA con test *post-hoc* de Bonferroni para variables independientes nominales u ordinales de tipo politómico. En los casos concretos de tamaños de grupo reducidos o con amplias diferencias de tamaño, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney con el fin de confirmar los valores obtenidos mediante pruebas paramétricas. El análisis entre variables de tipo cuantitativo se realizó mediante el índice de correlación de Pearson. Para la realización del análisis conjunto de los grupos de profesionales y usuarios, se establecieron los valores obtenidos por los profesionales en las escalas de atención plena (MAAS y PHLMS) en cuartiles, analizando la influencia de las mismas en las diferencias de los valores obtenidos en los cuestionarios de calidad percibida entre profesionales y usuarios.

Para todo el análisis inferencial se estableció un intervalo de confianza del 95%, considerándose un nivel de significación estadística $p < 0,05$ para el rechazo de la hipótesis nula.

Memoria económica

El presupuesto presentado inicialmente para la aceptación por las diversas entidades (Departamento de Fisiatría y Enfermería de la Universidad de Zaragoza y Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón) del proyecto de tesis doctoral ascendía a 99 € en material fungible, no incluyéndose en dicho presupuesto las horas de trabajo de revisión, trabajo de campo, análisis de datos o redacción de la memoria de la tesis doctoral en dicho presupuesto. Se consiguió reducir el importe de material fungible a 60,46 €, obteniendo las copias de los cuestionarios a través de la Copistería Crisbi S.C. (Anexo 13).

RESULTADOS

Resultados

Este capítulo ha sido dividido en cinco apartados, con la finalidad de mantener la coherencia con el marco conceptual presentado, así como la de facilitar su lectura. A continuación se describe brevemente el contenido de cada uno de estos apartados:

- Caracterización de los cuestionarios: en este primer apartado se analiza la fiabilidad de cada una de las herramientas utilizadas en este trabajo.
- Resultados de los profesionales: en este segundo apartado se presentan los resultados más relevantes obtenidos del análisis de los datos facilitados por los profesionales encuestados.
- Resultados de los usuarios: en este tercer apartado se señalan los resultados obtenidos tras el análisis de las respuestas obtenidas por parte de los usuarios.
- Relaciones entre resultados de los profesionales y de los usuarios: en este cuarto apartado se exponen las relaciones existentes entre los resultados de los profesionales y los resultados de los usuarios.
- Caracterización de los profesionales más próximos a los usuarios: en este quinto y último apartado, se describen las características de los profesionales cuya respuesta resulta más concordante con la de los usuarios.

Las tablas referenciadas en este capítulo se encuentran en el anexo 14 del trabajo, salvo aquellas que se encuentran incluidas a lo largo de la redacción del mismo.

Caracterización de los cuestionarios

Previamente a la presentación de los resultados obtenidos por las respuestas de los sujetos participantes, se presenta la consistencia interna de los distintos cuestionarios utilizados, a fin de confirmar la fiabilidad de los mismos en estos grupos de población concreta.

Consistencia interna de la Mindful Attention Awareness Scale

La consistencia interna de la escala MAAS se midió a través del alfa de Cronbach para la respuesta total correspondiente a los profesionales ($n=291$), resultando en 0,880. La eliminación dos ítems eleva el alfa total de la escala. La eliminación del ítem 6 eleva el valor hasta 0,889, y la eliminación del ítem 13 a 0,882. La eliminación del resto de los ítems de forma individual disminuye la consistencia interna de la escala, siendo la eliminación de los ítems 10 o 14 la que lo disminuyen a un valor de 0,863. Con la eliminación del resto de ítems la disminución del alfa de Cronbach es menor (Anexo 14 - Tabla 1).

Consistencia interna de la Philadelphia Mindfulness Scale

La consistencia interna de la dimensión de aceptación de la escala PHLMS se midió a través del alfa de Cronbach para la respuesta del número total de profesionales ($n=291$), obteniéndose un valor de 0,652. La eliminación tres ítems eleva el alfa total de la escala. La eliminación del ítem 3 eleva el valor hasta 0,667, la eliminación del ítem 9 lo eleva a 0,659 y la eliminación del ítem 10 a 0,658. La eliminación del resto de los ítems de forma individual disminuye la consistencia interna de la escala, siendo la eliminación del ítem 2 la que lo disminuye a un valor de 0,591. La eliminación del resto de ítems se corresponde con una menor disminución del alfa de Cronbach (Anexo 14 – Tabla 2).

Consistencia interna del Burnout Clinical Subtypes Questionnaire

La consistencia interna, a partir de la respuesta total de los profesionales ($n=291$), medida a través del alfa de Cronbach para el total del cuestionario fue de 0,836. La eliminación del primer ítem eleva el alfa total del cuestionario a 0,856. La eliminación del resto de los ítems

de forma individual disminuye la consistencia interna del cuestionario, siendo la eliminación del ítem 4 la que lo disminuye a un valor de 0,807. La eliminación del resto de ítems se corresponde con una menor disminución del alfa de Cronbach (Anexo 14 – Tabla 3). Al realizar el análisis por dimensiones del cuestionario, la dimensión sobrecarga (correspondiente a los ítems 1, 4, 7 y 10) presenta un alfa de Cronbach de 0,652, que aumenta a 0,808 con la eliminación del ítem 1, disminuyendo al eliminar el resto de los ítems (Anexo 14 – Tabla 4). La dimensión falta de desarrollo (correspondiente a los ítems 2, 5, 8 y 11) presenta un alfa de Cronbach de 0,818, que aumenta a 0,861 a la eliminación del ítem 2, disminuyendo a la eliminación del resto de ítems que la componen (Anexo 14 – Tabla 5). Por su parte, la dimensión abandono (correspondiente a los ítems 3, 6, 9 y 12) presenta un valor alfa de Cronbach de 0,783, disminuyendo a la eliminación de cualquiera de sus ítems (Anexo 14 – Tabla 6).

Consistencia interna de la Self-Compassion Scale

La consistencia interna de la escala medida a través del alfa de Cronbach fue de 0,770 a partir de la respuesta total de profesionales (n=291). La eliminación cualquiera de los ítems disminuye el alfa de Cronbach, excepto la del ítem 5 que lo mantiene en el valor de 0,770. La mayor disminución se corresponde con la eliminación del ítem 8, reportándose un alfa de Cronbach de 0,735. La eliminación del resto de ítems se corresponde con una menor disminución del alfa de Cronbach (Anexo 14 – Tabla 7). En cuanto a las diferentes dimensiones del cuestionario, la autoamabilidad global (ítems 2, 6, 11 y 12) obtuvo un alfa de Cronbach de 0,516, aumentando hasta 0,533 al eliminar el ítem 6, y disminuyendo a 0,335 al eliminar el ítem 2 (Anexo 14 – Tabla 8). Esta dimensión se divide a su vez en autoamabilidad (ítems 2 y 6) y autojuicio (ítems 11 y 12). Para la autoamabilidad, el alfa de Cronbach fue de 0,684 y para el autojuicio de 0,657. El total de la humanidad compartida (ítems 4, 5, 8 y 10) reportó un alfa de Cronbach de 0,524, aumentando a 0,572 a la eliminación del ítem 5 y disminuyendo a 0,356 al eliminar el ítem 8 (Anexo 14 – Tabla 9). La división de esta escala se corresponde con la humanidad compartida (ítems 5 y 10) y el aislamiento (ítems 4 y 8). La humanidad compartida reportó un alfa de Cronbach de 0,500 y el aislamiento de 0,625. Para la dimensión mindfulness total (ítems 1, 3, 7 y 9) se encontró un alfa de Cronbach de 0,437, aumentando a 0,510 al eliminar el ítem 9, y disminuyendo a 0,220 al eliminar el ítem 7 (Anexo 14 – Tabla 10). Esta dimensión se divide a su vez en mindfulness (ítems 3 y 7) y

sobreidentificación (ítems 1 y 9), siendo el alfa de Cronbach para la primera de 0,632 y para la segunda de 0,461.

Consistencia interna del cuestionario SERVQHOS

El cuestionario SERVQHOS analizado de forma conjunta en la población de profesionales y de usuarios (n=582), obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,935, manteniendo o disminuyendo este valor al eliminar cualquiera de sus ítems (Anexo 14 – Tabla 11). Al analizarlo por dimensiones, la dimensión de percepción objetiva (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 y 17), obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,866, disminuyendo su valor al eliminar cualquiera de estos ítems (Anexo 14 – Tabla 12). Por otro lado, la dimensión de percepción subjetiva (ítems 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 18) reportó un valor alfa de Cronbach de 0,927, manteniendo o disminuyendo este valor al eliminar cualquiera de sus ítems (Anexo 14 – Tabla 13)

Al separar por grupos de población, el cuestionario dirigido a profesionales (n=291) reportó un alfa de Cronbach de 0,922. La eliminación del ítem 3 del cuestionario aumenta el valor a 0,924 y la del ítem 18 a 0,923, mientras que la eliminación de cualquier otro ítem disminuye ligeramente el valor (Anexo 14 – Tabla 14). Respecto al análisis de cada una de las dimensiones, la percepción objetiva (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 y 17) obtuvo un alfa de Cronbach de 0,843, que disminuye al eliminar cualquiera de sus elementos (Anexo 14 – Tabla 15). La dimensión de percepción subjetiva (ítems 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 18) obtuvo un alfa de Cronbach de 0,914, aumentando hasta 0,919 al eliminar el ítem 18, y disminuyendo al eliminar cualquier otro ítem (Anexo 14 – Tabla 16).

Por su parte, el cuestionario aplicado al grupo de usuarios (n=291) reportó un alfa de Cronbach total de 0,941. La eliminación del ítem 3 del cuestionario aumentaría el valor a 0,942, y la eliminación de cualquier otro ítem mantendría o disminuiría el valor global (Anexo 14 – Tabla 17). Al analizarlo por dimensiones, la percepción objetiva (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 y 17) reportó un valor alfa de Cronbach de 0,859, aumentando hasta 0,866 al eliminar el ítem 3, y disminuyendo al eliminar cualquiera del resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 18). Por su parte, la dimensión de percepción subjetiva (ítems 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 18) obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,941, aumentando a 0,942 al eliminar el ítem 10, y manteniendo o disminuyendo su valor al eliminar cualquier otro de los ítems (Anexo 14 – Tabla 19).

Resultados de los profesionales

A continuación se describen los resultados más relevantes obtenidos de las respuestas de los profesionales. Las variables cuantitativas se describen en forma de media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas en forma de frecuencias absolutas y relativas. Al comienzo del apartado, se realiza una descripción de las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales encuestados, así como los valores generales obtenidos en los diferentes cuestionarios administrados. Posteriormente, se analizan las relaciones existentes entre estos cuestionarios, para finalizar con las relaciones más relevantes entre los cuestionarios y las variables independientes.

Variables sociodemográficas y profesionales

Se obtuvieron un total de 291 cuadernos de recogida de datos completados íntegramente por profesionales encuestados. Respecto a las variables sociodemográficas, la media de edad en los profesionales encuestados fue de 48,91 (DE: 10,43) años, obteniéndose 66 (22,7%) respuestas de hombres por 225 (77,3%) de mujeres. Según el estado civil, 39 (13,4%) de los encuestados señalaron estar solteros/as, 223 (76,6%) casados/as y 29 (10%) separados/as, no reportándose ningún caso de viudedad. 219 (75,3%) de los profesionales encuestados señalaron tener hijos por 72 (24,7%) que indicaron no tenerlos, conformándose una media de 1,43 (DE: 1,01) hijos/as. La media de personas por domicilio fue de 2,69 (DE: 0,99). 216 indicaron no tener ninguna persona dependiente a su cargo, por 75 (25,8%) que señalaron si tenerlo, conformándose una media de número de dependientes 0,39 (DE: 0,73) dependientes por domicilio. En el grupo de encuestados/as con personas dependientes a su cargo, 71 (94,6%) señalaron que los dependientes a su cargo eran hijos/as menores de edad, y 4 (5,4%) ancianos/as, no reportándose casos de dependencia por discapacidad. Los ingresos medios por hogar se estimaron en 5,55 (DE: 1,12) veces el SMI.

En cuanto a las variables laborales, se obtuvieron 126 (43,3%) respuestas de profesionales de la medicina y 165 (56,7%) de profesionales de enfermería. Respecto al título académico de mayor graduación, 132 (45,4%) afirmaron estar en posesión de una diplomatura, 17 (5,8%) en posesión de un título de grado, 105 (36,1%) en posesión de una licenciatura, 17 (5,8%) en posesión de un título de máster y 20 (6,9%) en posesión del título de doctor. El tiempo medio ejerciendo la profesión fue de 303,5 (DE: 124,63) meses, el

tiempo de trabajo en el centro de 108,15 (DE: 81,44) meses y el tiempo en el servicio de 102,34 (DE: 80,99) meses. Por la tipología de contrato, 212 (72,9%) respuestas fueron por personal de plantilla fija, 45 (15,5%) personal sustituto, 28 (9,6%) de personal interino y 6 (2,1%) de personal en formación como residente. 266 (91,4%) declararon un contrato a jornada completa por 25 (8,6%) que declararon un contrato a tiempo parcial. Sobre el trabajo a turnos y/o realización de guardias, 221 (75,9%) declararon trabajar a turnos o hacer guardias por 70 (24,1%) que declararon trabajar a turno fijo o sin guardias (Tablas 8 y 9).

Tabla 8: Variables sociodemográficas y laborales cuantitativas de los profesionales

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	48,91	10,43	23	64
Número de hijos	1,43	1,00	0	4
Personas que conviven	2,69	0,99	1	5
Número de dependientes	0,39	0,73	0	3
Ingresos medios	5,55	1,12	2	8
Tiempo de ejercicio	303,50	124,63	1	520
Tiempo en el centro	108,15	81,44	1	429
Tiempo en el servicio	102,34	80,99	1	427

Según el sector asistencial, 147 (50,5%) respuestas provienen del Sector Zaragoza II, por 144 (49,5%) del Sector Zaragoza III. En cuanto a niveles de atención, 145 (49,8%) respuestas correspondieron a atención especializada, y 146 (50,2%) a atención primaria. Por centros asistenciales, se recibieron 73 (25,1%) respuestas de profesionales del HUMS, 72 (24,7%) del HCULB, 22 (7,6%) del CS Sagasta, 19 (6,5%) del CS Delicias Sur, 18 (6,2%) del CS Universitas, 17 (5,8%) del CS Delicias Norte, 16 (5,5%) del CS San Pablo, 11 (3,8%) del CS Rebolera, 10 (3,4%) del CS Oliver, 9 (3,1%) del CS Parque Roma, 8 (2,7%) de los centros de salud Bombarda, Las Fuentes Norte y Canal Imperial. Respecto a los servicios, 146 (50,2%) respuestas se obtuvieron de servicios de atención primaria, 88 (30,2%) de servicios médicos y 57 (19,6%) de servicios quirúrgicos. En orden descendente según los servicios de atención especializada, se obtuvieron 33 (11,3%) respuestas de servicios de cirugía, 28 (9,6%) de servicios de medicina interna, 25 (8,6%) de servicios de neumología, 20 (6,9%) de servicios de urología, 13 (4,5%) de servicios de cardiología, 11 (3,8%) de servicios de neurología, siendo la misma cifra para servicios de digestivo, y 4 (1,4%) de servicios de neurocirugía.

Tabla 9: Variables sociodemográficas y laborales cualitativas de los profesionales

Variable		N	%
Sexo	Hombre	66	22,7%
	Mujer	225	77,3%
Estado Civil	Soltero/a	39	13,4%
	Casado/a	223	76,6%
	Separado/a	29	10,0%
Descendencia	No	72	24,7%
	Si	219	75,3%
Dependientes a su cargo	No	216	74,2%
	Si	75	25,8%
Tipo de dependencia	Sin dependientes a cargo	216	74,2%
	Hijos/as menores	71	24,4%
	Ancianos/as	4	1,4%
Titulación	Diplomatura	132	45,4%
	Grado	17	5,8%
	Licenciatura	105	36,1%
	Máster	17	5,8%
	Doctorado	20	6,9%
Profesión	Medicina	126	43,3%
	Enfermería	165	56,7%
Turnicidad/guardias	No	70	24,1%
	Si	221	75,9%
Tipo de jornada	Completa	266	91,4%
	Parcial	25	8,6%
Tipo de contrato	Sustitución	45	15,5%
	Interinidad	28	9,6%
	Plantilla fija	212	72,9%
	Residente	6	2,1%

Respuestas globales a los cuestionarios

La escala MAAS obtuvo una media de 4,52 (DE: 0,76), con una respuesta mínima de 2,13 y una máxima de 6. La dimensión de aceptación de la escala PHLMS obtuvo una media de 3,58 (DE: 0,41), con una respuesta mínima de 2,30 y máxima de 4,60. El cuestionario BCSQ obtuvo una respuesta media global de 3,14 (DE: 0,89), con una respuesta mínima de 1 y una respuesta máxima de 6,58. Por dimensiones del cuestionario, la dimensión sobrecarga obtuvo una media de 3,54 (DE: 1,02) con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 5,75. La

dimensión falta de desarrollo obtuvo una media de 3,47 (DE: 1,31), y por su parte, la dimensión abandono obtuvo una media de 2,43 (DE: 1,07), obteniéndose en ambas dimensiones valores mínimos de 1 y máximos de 7. Por su parte, la escala SCS obtuvo una respuesta media de 3,49 (DE: 0,49) con un valor mínimo de 1,25 y máximo de 4,75. Por dimensiones, la dimensión de autoamabilidad obtuvo una media de 3,35 (DE: 0,66) con valor mínimo de 1 y máximo de 4,50. La dimensión humanidad compartida obtuvo una media de 3,40 (DE: 0,54), con valor mínimo de 1,50 y máximo de 4,75. La dimensión mindfulness obtuvo una respuesta media de 3,73 (DE: 0,56), con valor mínimo de 1,25 y máximo de 5. Por último, el cuestionario SERVQHOS obtuvo una respuesta media total de 3,38 (DE: 0,56) con valor mínimo de 2,11 y máximo de 4,44. Por dimensiones, la dimensión de calidad objetiva percibida obtuvo un valor medio de 3,05 (DE: 0,59), con valor mínimo de 1,88 y máximo de 4,25. La dimensión de calidad subjetiva percibida obtuvo una respuesta media de 3,64 (DE: 0,63) con un valor mínimo de 2,10 y máximo de 4,70 (Tabla 10). Al analizar las respuestas a este cuestionario por ítems, la puntuación media más alta correspondió al ítem 18, con un valor medio de 4,06 (DE: 0,74). El ítem peor puntuado, con un valor medio de 2,77 (DE: 1,12) fue el ítem 5 (Anexo 14 – Tabla 20).

Tabla 10: Respuesta general de profesionales a los cuestionarios

Escala	Media	DE	Mínimo	Máximo
MAAS	4,52	0,76	2,13	6,00
PHLMS_Aceptación	3,58	0,41	2,30	4,60
BCSQ	3,14	0,89	1,00	6,58
BCSQ_Sobrecarga	3,54	1,02	1,00	5,75
BCSQ_Falta de desarrollo	3,47	1,31	1,00	7,00
BCSQ_Abandono	2,43	1,07	1,00	7,00
SCS	3,48	0,49	1,25	4,75
SCS_Autoamabilidad	3,35	0,66	1,00	4,50
SCS_Humanidad compartida	3,39	0,54	1,50	4,75
SCS_Mindfulness	3,71	0,59	1,25	5,00
SERVQHOS	3,38	0,56	2,11	4,44
SQ_Objetivo	3,05	0,59	1,88	4,25
SQ_Subjetivo	3,64	0,63	2,10	4,70

Relaciones entre los valores de los cuestionarios

Escalas de atención plena: las escalas orientadas a la medición de la atención plena (escala MAAS y dimensión de aceptación de la escala PHLMS) obtuvieron una correlación positiva estadísticamente significativa entre ellas (Pearson=0,167; $p=0,004$). Asimismo, la escala MAAS correlacionó negativamente de forma estadísticamente significativa con el global del cuestionario BCSQ (Pearson=-0,293; $p<0,001$), así como con sus dimensiones de sobrecarga (Pearson=-0,364; $p<0,001$) y de falta de desarrollo (Pearson=-0,304; $p<0,001$). La escala MAAS también obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa con los valores globales del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,137; $p=0,019$) así como con su dimensión de percepción subjetiva (Pearson=0,135; $p=0,022$). Por su parte, la dimensión de aceptación de la escala PHLMS correlacionó positivamente con la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ (Pearson=0,135; $p=0,021$), así como con el global del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,276; $p<0,001$), y con sus dimensiones de percepción objetiva (Pearson=0,234; $p<0,001$) y de percepción subjetiva (Pearson=0,262; $p<0,001$) (Anexo 14 – Tabla 21).

- Cuestionario de burnout: además de las correlaciones del cuestionario BCSQ y sus dimensiones con las escalas de atención plena señaladas anteriormente, el global del cuestionario obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa con la dimensión de percepción subjetiva del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,122; $p=0,038$). Al analizarlo por dimensiones, su dimensión de abandono correlacionó negativamente con la escala SCS de autocompasión (Pearson=-0,224; $p<0,001$). Asimismo, esta dimensión correlacionó positivamente con el global del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,156; $p=0,008$), y con sus dimensiones de percepción objetiva (Pearson=0,120; $p=0,041$) y de percepción subjetiva (Pearson=0,158; $p=0,007$). Las dimensiones de sobrecarga y falta de desarrollo no obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas, salvo las comentadas en el apartado anterior (Anexo 14 – Tabla 22).
- Escala de autocompasión: como se ha señalado en el apartado anterior, la escala SCS de autocompasión solo obtuvo una correlación negativa estadísticamente significativa con la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ (Pearson=-0,224; $p<0,001$), no obteniéndose valores estadísticamente significativos en su relación con el resto de escalas (Anexo 14 – Tabla 23).

- Cuestionario de calidad asistencial: el global del cuestionario SERVQHOS correlacionó positivamente con ambas escalas de atención plena, siendo mayor la correlación obtenida con la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,276; $p<0,001$), que con la escala MAAS (Pearson=0,137; $p=0,019$). El global del cuestionario correlacionó también positivamente con la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ (Pearson=0,156; $p=0,008$). Al analizarlo por dimensiones, la dimensión de percepción objetiva obtuvo correlaciones positivas estadísticamente significativas con la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,234; $p<0,001$) y con la dimensión abandono del cuestionario BCSQ (Pearson=0,120; $p=0,041$). Por su parte, la dimensión de percepción subjetiva obtuvo valores de correlación positiva estadísticamente significativa con la escala MAAS (Pearson=0,135; $p=0,022$), con la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,262; $p<0,001$), con el global del cuestionario BCSQ (Pearson=0,122; $p=0,038$) y con la dimensión abandono de dicho cuestionario (Pearson=0,158; $p=0,007$). El resto de correlaciones no obtuvieron significación estadística (Anexo 14 – Tabla 24).

Respuestas a los cuestionarios según las escalas de atención plena

Dado que el análisis entre el grupo de profesionales y el grupo de usuarios requirió una división del grupo de los profesionales en función de sus respuestas a los cuestionarios de atención plena, se decidió analizar las respuestas de los profesionales al resto de cuestionarios según la categorización obtenida. Para el análisis, se categorizaron las respuestas obtenidas por los profesionales a las escalas de atención plena en cuartiles según los valores obtenidos para cada una de ellas (Anexo 14 – Tabla 25). Así, el cuartil 1 para la escala MAAS englobó los resultados desde el mínimo hasta 4,00, el cuartil 2 desde 4,00 a 4,60, el cuartil 3 desde 4,60 hasta 5,07 y el cuartil 4 desde 5,07 hasta el valor máximo.

- *Resultados según la categorización de la escala MAAS:* el análisis de las diferentes escalas mediante prueba ANOVA para los grupos obtenidos de la categorización de la escala MAAS, reportó diferencias significativas para todos los cuestionarios excepto para el cuestionario de autocompasión SCS (Anexo 14 – Tabla 26). Al realizar la prueba *post-hoc* de Bonferroni se obtuvieron que estas diferencias se establecen mayoritariamente entre los profesionales en los cuartiles 1 y 2 respecto a aquellos en los cuartiles 3 y 4. Sin embargo, las dimensiones de sobrecarga y de falta de desarrollo del cuestionario BCSQ, así como la dimensión de percepción subjetiva del cuestionario SERVQHOS, reportaron además diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales del cuartil 3 y del cuartil 4 (Anexo 14 – Tabla 27). La tendencia de diferencias entre los profesionales agrupados en los cuartiles 1 y 2 respecto a los agrupados en los cuartiles 3 y 4, se observó también al analizar el cuestionario SERVQHOS según el valor para cada uno de sus ítems, siendo la excepción los ítems 9, 15 y 18 (Anexo 14 – Tablas 28 y 29). Los resultados fueron similares al realizar la comparativa de resultados entre aquellos profesionales por debajo del percentil 50 y aquellos por encima del mismo según la escala MAAS. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para todos los valores medios del resto de escalas, con excepción de la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ y la escala SCS de autocompasión (Anexo 14 – Tabla 30). El análisis de los ítems del cuestionario SERVQHOS mantuvo esta tendencia, excepto con los ítems 2, 3, 15 y 18, en los que no la comparativa entre grupos no reportó diferencias estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 31).
- *Resultados según la categorización de la escala PHLMS:* al realizar el mismo tipo de análisis en función de los cuartiles obtenidos según las respuestas a la dimensión de

aceptación de la escala PHLMS, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos para los valores de la escala MAAS, la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ, el global del cuestionario SERVQHOS y sus dimensiones de percepción objetiva y subjetiva (Anexo 14 – Tablas 32 y 33). Al analizar los ítems del cuestionario SERVQHOS según los cuartiles obtenidos, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para todos los ítems, con excepción de los ítems 1, 7, 9 y 14 (Anexo 14 – Tablas 34 y 35). Al realizar la agrupación en función de la respuesta por encima o por debajo del percentil 50 para la escala PHLMS, se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas para los valores de la escala MAAS, la dimensión de abandono de la escala BCSQ, el global del cuestionario SERVQHOS y su dimensión de percepción objetiva (Anexo 14 – Tabla 36). El análisis por ítems del cuestionario SERVQHOS deparó diferencias estadísticamente significativas para los ítems 4, 6, 8, 10, 11, 12, 16 y 17 (Anexo 14 – Tabla 37).

Resultado de los cuestionarios según el sexo de los profesionales

Al analizar los cuestionarios según el sexo de los profesionales a través de la prueba t de Student, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de percepción subjetiva del cuestionario SERVQHOS ($t=2,794$; $p=0,006$), un valor medio de 3,83 (DE: 0,58) en hombres y 3,58 (DE: 0,64) en mujeres, así como en la valoración global del cuestionario ($t= 2,675$; $p=0,008$), con un valor medio de 3,54 (DE: 0,52) en hombres y de 3,33 (DE: 0,56) en mujeres. El resto de las diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 38). Al realizar el análisis por ítems del cuestionario SERVQHOS según el sexo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para los ítems 4 ($t=3,082$; $p=0,002$), 8 ($t=2,626$; $p=0,009$), 11 ($t=2,490$; $p=0,013$) y 14 ($t=2,229$; $p=0,027$). No se obtuvieron diferencias significativas en el resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 39).

Resultado de los cuestionarios según la edad de los profesionales

Al analizar los resultados de los cuestionarios según la edad de los profesionales, se obtuvieron correlaciones positivas estadísticamente significativas para la dimensión aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,183; $p=0,002$), para el global del cuestionario BCSQ (Pearson=0,238; $p<0,001$), así como para sus dimensiones de sobrecarga (Pearson=0,173; $p=0,003$), falta de desarrollo (Pearson=0,192; $p=0,001$) y abandono (Pearson=0,193; $p=0,001$). El resto de respuestas a los cuestionarios no obtuvieron correlaciones significativas según la edad (Anexo 14 – Tabla 40). Al realizar el análisis por ítems del cuestionario SERVQHOS, se obtuvieron correlaciones positivas estadísticamente significativas en los ítems 1 (Pearson=0,121; $p=0,040$), 2 (Pearson=0,136; $p=0,020$) y 6 (Pearson=0,119; $p=0,042$). El resto de ítems no obtuvieron correlaciones significativas según la edad de los profesionales (Anexo 14 – Tabla 41).

Resultados de los cuestionarios según el estado civil de los profesionales

El análisis de las respuestas a los cuestionarios según el estado civil de los profesionales encuestados, realizado mediante la prueba ANOVA, indicó diferencias estadísticamente significativas para los valores de la escala PHLMS ($F=3,869$; $p=0,022$), del global del

cuestionario BCSQ ($F=5,745$; $p=0,004$), y de sus dimensiones sobrecarga ($F=3,584$; $p=0,029$) y abandono ($F=5,050$; $p=0,007$), así como en la dimensión de percepción objetiva del cuestionario SERVQHOS ($F=3,802$; $p=0,023$) No se hallaron diferencias significativas para el resto de escalas según el estado civil (Anexo 14 – Tabla 42).

Al analizar las escalas que reportaron diferencias estadísticamente significativas mediante prueba *post hoc* de Bonferroni, la escala PHLMS reportó diferencias significativas (diferencia de medias= $0,19314$; $p=0,020$) entre profesionales casados, con un valor medio de $3,42$ (DE: $0,39$), y solteros con un valor medio de $3,61$ (DE: $0,41$). El cuestionario BCSQ reportó diferencias significativas (diferencia de medias= $0,45346$; $p=0,010$) entre profesionales solteros, que presentaron un valor medio de $2,73$ (DE: $0,85$), y profesionales casados, con un valor medio $3,18$ (DE: $0,88$). También resultó significativa la diferencia (diferencia de medias= $0,66578$; $p=0,007$) entre profesionales solteros y separados, que presentaron un valor medio de $3,85$ (DE: $1,28$). La dimensión sobrecarga de dicho cuestionario reportó diferencias significativas (diferencia de medias= $0,43889$; $p=0,040$) entre profesionales solteros, con un valor medio de $3,15$ (DE: $1,09$) y profesionales casados, con un valor medio de $3,72$ (DE: $1,00$). Por su parte, la dimensión abandono del cuestionario reportó diferencias significativas (diferencia de medias= $0,54953$; $p=0,009$) entre profesionales solteros, con un valor medio de $1,94$ (DE: $0,69$), y profesionales casados, que presentaron un valor medio de $2,49$ (DE: $1,10$). Esta dimensión también reportó diferencias significativas (diferencia de medias= $0,68479$; $p=0,026$) entre profesionales solteros y separados, quienes reportaron un valor medio de $2,62$ (DE: $1,10$). La realización de la prueba de Bonferroni para dimensión de percepción objetiva arrojó diferencias estadísticamente significativas (diferencia de medias= $0,27606$; $p=0,022$) entre el grupo de profesionales solteros y casados, con un valor medio de $2,82$ (DE: $0,46$) en profesionales solteros frente a $3,10$ (DE: $0,59$) en profesionales casados (Anexo 14 – Tabla 43).

Al realizar el análisis del cuestionario SERVQHOS por ítems, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para los ítems 5 ($F=3,588$; $p=0,029$), 6 ($F=5,064$; $p=0,007$) y 9 ($F=4,274$; $p=0,015$), no obteniéndose diferencias significativas en el resto de ítems según el estado civil de los profesionales (Anexo 14 – Tabla 44). Al analizar estas diferencias mediante prueba *post hoc* de Bonferroni, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de solteros y de casados para el ítem 5 (diferencia de medias= $0,498$; $p=0,032$) y para el ítem 6 (diferencia de medias= $0,445$; $p=0,005$), mientras que las diferencias para el ítem 9 (diferencia

de medias=0,452; $p=0,046$) corresponde a las diferencias entre los grupos de profesionales casados y separados (Anexo 14 – Tabla 45).

Resultado de los cuestionarios según la descendencia de los profesionales

Al comparar las respuestas a los cuestionarios según la tenencia de hijos o no de los profesionales mediante la prueba *t* de Student, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los valores globales del cuestionario BCSQ ($t=2,861$; $p=0,005$), que obtuvo un valor medio de 2,89 (DE: 0,97) para aquellos profesionales sin descendencia por 3,23 (DE: 0,85) para aquellos con descendencia. También se obtuvieron diferencias significativas en sus dimensiones de sobrecarga ($t=2,157$; $p=0,032$), con valores medios de 3,32 (DE: 1,11) para profesionales sin hijos, por 3,61 (DE: 0,99) para profesionales con hijos, así como en la dimensión de falta de desarrollo ($t=2,686$; $p=0,008$), que reportó un valor medio de 3,11 (DE: 1,28) para profesionales sin descendencia por 3,59 (DE: 1,31) para profesionales con descendencia. El resto de diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 46).

Al analizar estos valores según el número de hijos de los profesionales, se encontraron correlaciones positivas para el global del cuestionario BCSQ (Pearson=0,186; $p=0,001$), así como para las dimensiones de sobrecarga (Pearson=0,195; $p=0,001$), falta de desarrollo (Pearson=0,123; $p=0,036$) y abandono (Pearson=0,127; $p=0,031$). El resto de cuestionarios no correlacionaron significativamente con el número de hijos de los profesionales (Anexo 14 – Tabla 47).

Al analizar el cuestionario SERVQHOS por ítems según la descendencia de los profesionales, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas al ítem 6 ($t=3,188$; $p=0,002$) y al ítem 15 ($t=2,514$; $p=0,012$), no encontrándose diferencias significativas para el resto de sus ítems (Anexo 14 – Tabla 48). Al analizar las correlaciones entre el número de hijos de los profesionales y las puntuaciones a los ítems de dicho cuestionario, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas para el ítem 1 (Pearson=0,123; $p=0,036$) y el ítem 6 (Pearson=0,146; $p=0,013$), así como correlación negativa para el ítem 15 (Pearson=-0,122; $p=0,038$). El resto de ítems no obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 49).

Resultado de los cuestionarios según las personas en el domicilio de los profesionales

Al analizar las respuestas a los cuestionarios según el número de personas que conviven en el domicilio de los profesionales, se obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa con la dimensión de percepción objetiva del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,138; $p=0,018$). El resto de cuestionarios no obtuvo correlaciones estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 50). Al analizar el cuestionario SERVQHOS por ítems, se obtuvieron correlaciones positivas estadísticamente significativas para los ítems 1 (Pearson=0,142; $p=0,015$), 5 (Pearson=0,120; $p=0,041$), 6 (Pearson=0,198; $p=0,001$) y 14 (Pearson=0,127; $p=0,031$). El resto de ítems del cuestionario no reportaron correlaciones estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 51).

Resultados de los cuestionarios según personas dependientes al cargo de los profesionales

El análisis de los resultados a los cuestionarios de los profesionales en función de si tienen personas dependientes a su cargo o no, realizado mediante prueba t de Student, reportó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la dimensión falta de desarrollo del cuestionario BCSQ ($t=2,037$; $p=0,043$), con valores medios de 3,56 (DE: 1,37) en profesionales sin dependientes a su cargo frente a 3,20 (DE: 1,12) para aquellos con dependientes a su cargo. No se obtuvo significación estadística para el resto de diferencias (Anexo 14 – Tabla 52). Estas diferencias resultaron coherentes con la correlación negativa estadísticamente significativa (Pearson=-0,136; $p=0,020$) encontrada en los valores de esta dimensión en función del número de personas dependientes a cargo de los profesionales (Anexo 14 – Tabla 53).

Al analizar por ítems el cuestionario SERVQHOS en función del cuidado de personas dependientes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el ítem 6 ($t=2,454$; $p=0,015$) y para el ítem 14 ($t=2,119$; $p=0,035$), no encontrándose diferencias significativas para el resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 54). Este resultado resulta coherente con las correlaciones positivas estadísticamente significativas obtenidas para los ítems 6 (Pearson=0,118; $p=0,045$) y 14 (Pearson=0,123; $p=0,036$), según el número de personas dependientes a su cargo (Anexo 14 – Tabla 55).

Se analizó además la influencia del tipo de dependencia de las personas dependientes al cargo de los profesionales. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la

escala SCS ($F=5,253$; $p=0,006$), no encontrándose diferencias significativas en el resto de escalas (Anexo 14 – Tabla 56). Al realizar la prueba *post-hoc* de Bonferroni, se halló que la diferencia significativa (diferencia de medias= $0,680$; $p=0,021$) se encontraba entre los grupos de personas con hijos menores y con ancianos al cargo (Anexo 14 – Tabla 57). Dadas las características de tamaño de los grupos se decidió realizar la prueba U de Mann-Whitney, confirmándose la diferencia ($Z=2,828$; $p=0,005$) entre los grupos señalados (Anexo 14 – Tabla 58). No obstante y dado lo reducido del grupo con personas ancianas a su cargo ($n=4$), estas diferencias podrían considerarse un artefacto estadístico.

Al realizar el análisis de los ítems del cuestionario SERVQHOS en función del tipo de dependencia, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para los ítems 6 ($F=3,850$; $p=0,022$), 7 ($F=5,135$; $p=0,006$), 9 ($F=3,136$; $p=0,045$) y 18 ($F=3,329$; $p=0,037$), no obteniéndose diferencias significativas entre grupos en el resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 59). La realización de la prueba *post-hoc* de Bonferroni para estos ítems (Anexo 14 – Tabla 60) devolvió resultados estadísticamente significativos solamente para el ítem 7, con diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de profesionales al cargo de ancianos y el de profesionales sin dependientes a su cargo (diferencia de medias= $1,167$; $p=0,005$) y entre el grupo de profesionales al cargo de ancianos y el de profesionales al cargo de hijos menores (diferencia de medias= $1,085$; $p=0,013$). Al igual que en el caso anterior, dada la diferencia de tamaño entre los grupos, se procedió al análisis no paramétrico mediante prueba U de Mann-Whitney (Anexo 14 – Tabla 61), confirmándose las diferencias que señalaba la prueba anterior tanto para la comparativa del grupo de profesionales sin dependientes al cargo frente al de ancianos al cargo ($Z=2,798$; $p=0,005$) como para la comparativa del grupo de profesionales con hijos menores al cargo frente al grupo con ancianos a su cargo ($Z=2,543$; $p=0,022$). Sin embargo, al igual que en el caso anterior con la escala SCS, se puede considerar que estas diferencias sean un artefacto estadístico, dado el escaso tamaño ($n=4$) del grupo de profesionales con ancianos a su cargo.

Resultados de los cuestionarios según los ingresos mensuales en el hogar de los profesionales

El análisis de los diferentes valores de los cuestionarios según los ingresos medios mensuales en los hogares de los profesionales no reportó correlaciones estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 62). Sin embargo, el análisis por ítems del cuestionario SERVQHOS reportó correlaciones positivas estadísticamente significativas para los ítems 1 (Pearson=0,157; $p=0,007$) y 2 (Pearson=0,137; $p=0,019$), y correlaciones negativas estadísticamente significativas para los ítems 11 (Pearson=-0,138; $p=0,018$), 15 (Pearson=-0,167; $p=0,004$), y 16 (Pearson=-0,123; $p=0,035$). El resto de correlaciones no resultaron estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 63).

Resultados de los cuestionarios según la profesión ejercida

El análisis de los cuestionarios según la profesión ejercida mediante prueba t de Student, reportó diferencias estadísticamente significativas ($t=2,082$; $p=0,038$) para la dimensión de percepción subjetiva del cuestionario SERVQHOS, con valor medio de 3,55 (DE: 0,63) en profesionales de medicina, por 3,71 (DE: 0,53) en profesionales de enfermería. El resto de cuestionarios no reportaron diferencias significativas entre ambos grupos de profesionales (Anexo 14 – Tabla 64).

Al analizar el cuestionario SERVQHOS en función de sus ítems de forma individual, se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la profesión ejercida para los ítems 13 ($t=2,299$; $p=0,022$), 14 ($t=2,891$; $p=0,004$) y 16 ($t=2,567$; $p=0,011$), siendo todos los valores medios superiores para los profesionales de enfermería. El resto de ítems no reportaron diferencias estadísticamente significativas según la profesión ejercida (Anexo 14 – Tabla 65).

Resultados de los cuestionarios según la máxima titulación académica de los profesionales

Al analizar los cuestionarios según la máxima titulación de los profesionales encuestados mediante prueba ANOVA, se obtuvieron diferencias significativas para la escala MAAS según la titulación académica ($F=3,500$; $p=0,008$). El resto de escalas no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas según la titulación académica (Anexo 14 – Tabla

66). Se realizó la prueba *post-hoc* de Bonferroni para analizar las diferencias entre grupos de la escala MAAS, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (diferencia de medias=0,83922; $p=0,011$) entre el grupo de profesionales con título grado y el grupo de profesionales con título de máster, que reportaron valores medios de 4,10 (DE: 0,72) y 4,94 (DE: 0,66) respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de grupos (Anexo 14 – Tabla 67). No obstante, dado el tamaño reducido de cada uno de los grupos analizados ($n=17$), se procedió a comprobar la diferencia mediante prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, confirmándose la significación estadística ($Z=3,070$; $p=0,002$) obtenida en la prueba anteriormente reportada (Anexo 14 – Tabla 68).

Al analizar los ítems del cuestionario SERVQHOS individualmente según la profesión, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para el ítem 14 ($F=2,964$; $p=0,020$), mediante prueba ANOVA. El resto de ítems no presentaron diferencias estadísticamente significativas según titulación (Anexo 14 – Tabla 69). Se realizó el análisis *post-hoc* de Bonferroni para analizar las diferencias entre grupos, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de profesionales con diplomatura y el grupo de profesionales con doctorado (diferencia de medias=0,532; $p=0,029$). El resto de diferencias no presentaron significación estadística (Anexo 14 – Tabla 70). Dadas las diferencias de tamaño entre los grupos ($n=132$ para el grupo de profesionales con diplomatura, $n=20$ para el grupo de profesionales con doctorado), se realizó la prueba U de Mann-Whitney, confirmándose la diferencia ($Z=2,828$; $p=0,005$) entre ambos grupos (Anexo 14 – Tabla 71).

Resultados de los cuestionarios de los profesionales según el tiempo ejercido

Mediante el análisis de las respuestas a los diferentes cuestionarios en función del tiempo ejerciendo la profesión, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas para la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,170; $p=0,004$), para el global del cuestionario BCSQ (Pearson=0,220; $p<0,001$), así como para sus dimensiones de sobrecarga (Pearson=0,139; $p=0,017$), falta de desarrollo (Pearson=0,188; $p=0,001$) y abandono (Pearson=0,187; $p=0,001$). No se encontraron correlaciones significativas para el resto de escalas (Anexo 14 – Tabla 72). Al analizar por ítems el cuestionario SERVQHOS, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas para los ítems 1 (Pearson=0,125; $p=0,033$), 2 (Pearson=0,123; $p=0,037$) y 6 (Pearson=0,141; $p=0,016$) no encontrándose significación estadística para el resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 73).

Resultados de los cuestionarios de los profesionales según el tiempo en el centro

El análisis de los cuestionarios según el centro de trabajo reportó correlaciones positivas estadísticamente significativas para la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,133; $p=0,023$), para el global del cuestionario BCSQ (Pearson=0,187; $p=0,001$), así como para sus dimensiones de sobrecarga (Pearson=0,145; $p=0,013$) y de abandono (Pearson=0,191; $p=0,001$). Asimismo, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas para el global del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,155; $p=0,008$) como para sus dimensiones de percepción objetiva (Pearson=0,173; $p=0,003$) y de percepción subjetiva (Pearson=0,116; $p=0,048$). No se encontraron correlaciones significativas para la escala MAAS ni para la SCS (Anexo 14 – Tabla 74). Al analizar por ítems el cuestionario SERVQHOS, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas para los ítems 1 (Pearson=0,172; $p=0,003$), 2 (Pearson=0,218; $p<0,001$), 6 (Pearson=0,163; $p=0,005$), 13 (Pearson=0,119; $p=0,043$) y 17 (Pearson=0,156; $p=0,008$). No se encontraron correlaciones significativas en el resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 75).

Resultados de los cuestionarios de los profesionales según el tiempo trabajado en el servicio

El análisis de los resultados de las escalas según el tiempo ejerciendo en el servicio reportó correlaciones positivas estadísticamente significativas para la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (Pearson=0,152; $p=0,010$), para el global del cuestionario BCSQ (Pearson=0,239; $p<0,001$), y para sus dimensiones de sobrecarga (Pearson=0,198; $p=0,001$), falta de desarrollo (Pearson=0,148; $p=0,012$) y abandono (Pearson=0,228; $p<0,001$). También se obtuvieron correlaciones positivas estadísticamente significativas para el global del cuestionario SERVQHOS (Pearson=0,148; $p=0,012$) y para su dimensión de percepción objetiva (Pearson=0,174; $p=0,003$). No se obtuvo significación estadística para la dimensión de percepción subjetiva, ni para las escalas MAAS o SCS (Anexo 14 – Tabla 76). Al analizar el cuestionario SERVQHOS según sus ítems, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas para los ítems 1 (Pearson=0,153; $p=0,009$), 2 (Pearson=0,204; $p<0,001$), 4 (Pearson=0,120; $p=0,041$), 5 (Pearson=0,139; $p=0,017$), 6 (Pearson=0,174; $p=0,003$) y 17 (Pearson=0,140; $p=0,017$). El resto de ítems no obtuvieron correlaciones significativas según el tiempo de ejercicio en el servicio (Anexo 14 – Tabla 77).

Resultados de los cuestionarios de los profesionales según turnos o realización de guardias

Al analizar las respuestas a los diferentes cuestionarios en función de la turnicidad o realización de guardias de los profesionales mediante la prueba t de Student, se encontraron diferencias que resultaron estadísticamente significativas para la dimensión aceptación de la escala PHLMS ($t=2,349$; $p=0,019$), que reportó un valor de 3,68 (DE: 0,43) para los profesionales sin turnos o guardias frente a un valor de 3,55 (DE: 0,40) para aquellos con turno rotatorio o realización de guardias. También resultaron significativas las diferencias para el global del cuestionario BCSQ ($t=3,044$; $p=0,003$), que reportó un valor medio de 3,42 (DE: 0,84) en profesionales sin turnicidad o sin guardias, por 3,06 (DE: 0,89) para aquellos que trabajan a turnos o hacen guardias. Las dimensiones de sobrecarga ($t=2,387$; $p=0,018$) y falta de desarrollo ($t=3,040$; $p=0,003$) de dicho cuestionario también obtuvieron valores significativamente menores en los profesionales que trabajan a turnos o que realizan guardias. El resto de escalas no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Anexo 14 – Tabla 78).

El análisis individual de los ítems del cuestionario SERVQHOS según la realización de turnos o guardias, reportó diferencias estadísticamente significativas para el ítem 1 ($t=2,386$; $p=0,018$), obteniéndose un valor medio de 3,50 (DE: 0,81) en aquellos profesionales que no realizan guardias, frente a un valor de 3,23 (DE: 0,84) en profesionales que trabajan a turnos o realizan guardias. No se obtuvieron diferencias significativas para el resto de ítems del cuestionario SERVQHOS según la turnicidad o realización de guardias de los profesionales (Anexo 14 – Tabla 79).

Resultados de los cuestionarios según el tipo de jornada de los profesionales

El análisis de los cuestionarios según el tipo de jornada realizada por los profesionales no reportó diferencias significativas entre los profesionales a jornada parcial y a jornada completa para ninguno de los cuestionarios (Anexo 14 – Tabla 80).

Al analizar los ítems del cuestionario SERVQHOS según el tipo de jornada, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el ítem 2 ($t=2,292$; $p=0,023$), con valor medio de 3,32 (DE: 0,67) en profesionales a jornada completa, frente a 3,00 (DE: 0,59) en profesionales a jornada parcial. El resto de ítems del cuestionario no reportaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de jornada (Anexo 14 – Tabla 81). Dada la

diferencia de tamaño entre grupos, se realizó el test no paramétrico U de Mann-Whitney, confirmándose estas diferencias, con valores $Z=2,504$ y $p=0,012$ (Anexo 14 – Tabla 82).

Resultados de los cuestionarios según el tipo de contrato de los profesionales

El análisis de los resultados de los cuestionarios según el tipo de contrato de los profesionales, realizado mediante la prueba ANOVA, señaló diferencias significativas para el global del cuestionario BCSQ ($F=5,224$; $p=0,002$), la dimensión de sobrecarga ($F=6,574$; $p<0,001$) y de abandono ($F=3,626$; $p=0,013$), así como para la dimensión de percepción objetiva del cuestionario SERVQHOS ($F=3,312$; $p=0,020$), no obteniéndose significación estadística para el resto de las variables (Anexo 14 – Tabla 83).

Al realizar el análisis *post-hoc* de Bonferroni para las variables en las que se encontraron diferencias significativas, se confirmaron estas diferencias para el global del cuestionario BCSQ (diferencia de medias= $0,48395$; $p=0,005$) entre el grupo de profesionales con contrato de sustitución, con un valor medio de $2,77$ (DE: $0,85$), y los que ostentan contrato de plantilla fija con un valor medio de $3,25$ (DE: $0,87$). También presentó diferencias significativas en estos grupos la dimensión de sobrecarga de dicho cuestionario (diferencia de medias= $0,60448$; $p=0,002$), con un valor medio de $3,05$ (DE: $1,04$) en profesionales sustitutos, frente a un valor de $3,65$ (DE: $1,08$) en profesionales fijos. Por su parte, la dimensión de percepción objetiva del cuestionario SERVQHOS también presentó diferencias significativas entre estos grupos (diferencia de medias= $0,27668$; $p=0,026$), con un valor medio de $2,84$ (DE: $0,53$) en profesionales con contrato de sustitución, frente a un valor medio de $3,12$ (DE: $0,60$) en profesionales de plantilla fija. No se confirmó la diferencia entre grupos para la dimensión abandono del cuestionario BCSQ (Anexo 14 – Tabla 84).

El análisis de los ítems del cuestionario SERVQHOS de forma individual según el tipo de contrato de los profesionales mediante prueba ANOVA, reportó diferencias estadísticamente significativas para los ítems 1 ($F=2,975$; $p=0,032$), 2 ($F=2,969$; $p=0,032$), 5 ($F=3,721$; $p=0,012$) y 6 ($F=5,328$; $p=0,001$), no obteniéndose diferencias significativas entre grupos para el resto de ítems (Anexo 14 – Tabla 85). Al realizar el análisis *post-hoc* de Bonferroni, se confirmaron estas diferencias entre el grupo de profesionales con contrato de sustitución y aquellos pertenecientes a la plantilla fija para el ítem 1 (diferencia de medias $0,389$; $p=0,029$), el ítem 2 (diferencia de medias= $0,314$; $p=0,024$) y el ítem 6 (diferencia de

medias=0,445; $p=0,005$), no confirmándose la diferencia entre grupos para el ítem 5 (Anexo 14 – Tabla 86).

Resultado de los cuestionarios de los profesionales según el nivel asistencial

El análisis de los cuestionarios según el nivel asistencial de los profesionales, no reportó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales de atención primaria y de atención especializada (Anexo 14 – Tabla 87). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas al realizar el análisis por ítems del cuestionario SERVQHOS (Anexo 14 – Tabla 88).

Resultado de los cuestionarios de los profesionales según el sector sanitario

De manera similar, no se obtuvieron diferencias significativas en los valores medios de los cuestionarios según el sector sanitario (Anexo 14 – Tabla 89). De igual forma, tampoco se observó significación estadística al analizar individualmente los ítems del cuestionario SERVQHOS según el sector sanitario de los profesionales encuestados (Anexo 14 – Tabla 90).

Resultados de los usuarios

En este apartado se describen los resultados más relevantes del grupo de usuarios. Las variables cuantitativas se expresan en forma de media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas en forma de frecuencias absolutas y relativas.

Variables sociodemográficas

Se obtuvieron 291 cuadernos de recogida de datos completados íntegramente por usuarios encuestados. La media de edad entre los usuarios encuestados fue de 61,85 (DE: 12,06) años, obteniéndose 122 (41,9%) respuestas de hombres por 169 (58,1%) de mujeres. Según el estado civil, 96 (33%) de los encuestados señalaron estar solteros/as, 148 (50,9%) casados/as, 17 (5,8%) separados/as y 30 (10,3%) viudos/as. Respecto a los estudios finalizados, 33 (11,3%) declararon no tener estudios, 162 (55,7%) señalaron tener estudios primarios, 61 (21%) estudios de bachiller y 35 (12%) estudios universitarios. En cuanto a la ocupación, 149 (51,2%) de los encuestados señalaron estar jubilados/as, 93 (32%) trabajando, 12 (4,1%) en paro, 35 (12%) señalaron ser amos/as de casa y 2 (0,7%) ser estudiantes.

Al realizar el análisis de las variables por sexo, en cuanto al estado civil, 57 (46,7%) hombres estaban casados, 38 (31,1%) solteros, 16 (13,1%) eran viudos y 11 (9%) estaban separados. Por su parte, 91 (53,8%) mujeres declararon estar casadas, 58 (34,3%) solteras, 14 (8,3%) viudas y 6 (3,6%) separadas (Anexo 14 – Tabla 91). Según el nivel de estudios, 17 (13,9%) hombres declararon no tener estudios, 57 (46,7%) declararon estudios primarios, 31 (25,4%) estudios de bachiller y 17 (13,9%) estudios universitarios. Respecto a las mujeres, 16 (9,5%) no tenían estudios, 105 (62,1%) tenían estudios primarios, 30 (17,8%) tenían estudios de bachiller y 18 (10,7%) tenían estudios universitarios (Anexo 14 – Tabla 92). Respecto a la ocupación, 71 (58,2%) hombres declararon ser jubilados, 3 (2,5%) estar en paro, 44 (36,1%) trabajando, 3 (2,5%) ser amos de casa y 1 (0,8%) ser estudiante. En cuanto a las mujeres, se obtuvieron respuestas de 78 (46,2%) jubiladas, 9 (5,3%) en paro, 49 (29%) trabajando, 32 (18,9%) amas de casa y 1 (0,6%) estudiante (Anexo 14 – Tabla 93).

Variables de atención sanitaria

Según el sector de atención, 157 respuestas (54%) se obtuvieron de usuarios que recibieron su atención en el Sector 2, por 134 respuestas (46%) del Sector 3. Por nivel de atención, 146 (50,2%) respuestas fueron obtenidas en atención primaria por 145 (49,8%) de atención especializada. Clasificando los resultados en función de estas dos variables, se obtuvieron 84 (28,9%) respuestas de atención primaria del Sector 2, 73 (25,1%) de atención especializada del Sector 2, 72 (24,7%) de atención especializada del Sector 3, y 62 (21,3%) de atención primaria del Sector 3. Por centros, el centro del que se obtuvo un mayor índice de respuestas fue el Hospital Miguel Servet, con 73 respuestas (25,1%), siendo el menor índice obtenido compartido por los centros de salud Bombarda, Fuentes Norte y Canal Imperial con 8 (2,7%) respuestas en cada centro (Anexo 14 – Tabla 94). Según los servicios, al incluirse “atención primaria” como categoría, obtuvo el índice más alto con 146 respuestas (50,2%). El servicio hospitalario en el que más cuestionarios se recogieron fue el servicio de cirugía, con 29 (10%) respuestas, obteniéndose el menor índice en el servicio de neurocirugía, con 4 (1,4%) respuestas (Anexo 14 – Tabla 95).

Respuestas generales al cuestionario SERVQHOS

En cuanto a las respuestas al cuestionario de calidad de la asistencia, a nivel global el cuestionario obtuvo una media de 3,69 (DE: 0,57), con valor mínimo de 2,44 y máximo de 5. La dimensión de percepción objetiva obtuvo una media de 3,49 (DE: 0,58) con valor mínimo de 2,75 y máximo de 5. La dimensión percepción subjetiva obtuvo una media de 3,85 (DE: 0,65) con valor mínimo de 2,20 y máximo de 5. Al analizar cada uno de los ítems, el ítem que obtuvo una media más elevada en la respuesta fue el ítem 13 (correspondiente a la amabilidad/cortesía de los profesionales), con un valor medio de 4,1 (DE: 0,85). El ítem con menor valor medio en la respuesta fue el ítem 5 (correspondiente al estado de las estancias) con un valor de 3,25 (DE: 0,74) (Anexo 14 – Tabla 96).

Según el estado global de satisfacción, la mayoría de los usuarios declararon estar satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida. 7 (2,4%) declararon no estar nada satisfechos y 18 (6,2%) poco satisfechos, por 150 (51,5%) satisfechos y 116 (39,9%) muy satisfechos (Anexo 14 – Tabla 97). Respecto a la recomendación del centro, 244 (83,8%) recomendarían el centro sin dudarlo, por 39 (13,4%) que lo dudarían y 8 (2,7%) que nunca lo

recomendarían (Anexo 14 – Tabla 98). Solamente una de las personas encuestadas reportó que le realizaron pruebas sin pedirle permiso (Anexo 14 – Tabla 99). Respecto al tiempo de atención o ingreso, 207 (71,1%) creen que han sido atendidos el tiempo necesario, 78 (26,8%) menos de lo necesario, y solamente 6 (2,1%) más tiempo del necesario (Anexo 14 – Tabla 100). Al conocimiento del nombre del médico que les atendía, 269 (92,4%) afirmaron conocerlo, por 22 (7,6%) que lo desconocían (Anexo 14 – Tabla 101). El nombre de la enfermera lo conocían 246 (84,5%) usuarios por 45 (15,5%) que afirmaron no conocerlo (Anexo 14 – Tabla 102). Respecto a la información recibida, 181 (62,2%) señalaron haber recibido la suficiente información, por 110 (37,8%) que señalaron que no fue así (Anexo 14 – Tabla 103).

Respuestas de los usuarios según el nivel asistencial

Según el nivel de atención, las respuestas al cuestionario fueron ligeramente superiores en los usuarios de atención especializada, con una media global al cuestionario de 3,71 (DE: 0,58) por una media de 3,66 (DE: 0,57) de los usuarios de atención primaria. Por dimensiones, la dimensión de percepción objetiva obtuvo un valor medio de 3,53 (DE: 0,58) para los usuarios de atención especializada, frente a una media de 3,44 (DE: 0,57) de los usuarios de atención primaria. En cuanto a la dimensión de percepción subjetiva, las medias fueron ligeramente superiores, con valor medio de 3,86 (DE: 0,66) para los usuarios de atención especializada, frente a un valor medio de 3,83 (DE: 0,65) para los usuarios de atención primaria. En el análisis por ítems del cuestionario, las respuestas medias fueron ligeramente superiores para los usuarios de atención especializada, excepto para el ítem 8, en el que se reportó la misma media, y para el ítem 14, en el que el valor fue ligeramente superior en los usuarios de atención primaria. Ninguna de las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 104). En cuanto al resto de preguntas de valoración del cuestionario, los usuarios de atención especializada reportaron la mayoría de sus respuestas como satisfechos o muy satisfechos, con una única respuesta de poca satisfacción, y ninguna de nada satisfechos. Por el contrario, en atención primaria se reportaron un total de 7 (4,8%) usuarios nada satisfechos y 17 (11,6%) poco satisfechos (Anexo 14 – Tabla 105). En cuanto a la recomendación del centro, solo 2 personas no recomendarían su centro de atención especializada, frente a 6 que nunca recomendarían su centro de atención primaria (Anexo 14 – Tabla 106). Por otro lado, en cuanto a la realización de pruebas sin permiso, todos los

usuarios de atención primaria declaran que no se les han realizado pruebas sin su permiso, mientras que se obtuvo una respuesta positiva a esta cuestión en uno de los usuarios de atención especializada (Anexo 14 – Tabla 107). Respecto al tiempo de atención, 49 (33,6%) de los usuarios de atención primaria creen que se les atiende menos tiempo del necesario. Por otro lado, 29 (20%) de la población hospitalizada consideró que su ingreso fue menos duradero que el tiempo que requerían. Es escaso el número de usuarios que opinan que se les atendió más tiempo del preciso, siendo la cifra de 5 (3,4%) para usuarios de atención especializada por 1 (0,7%) solo usuario que reporta esta impresión en atención primaria (Anexo 14 – Tabla 108). En cuanto a conocer el nombre del médico, la mayoría de las respuestas fueron afirmativas, constatándose 16 casos (11%) en atención especializada que afirmaron no conocer el nombre de su médico, por 6 (4,1%) que reportaron esta circunstancia en atención primaria (Anexo 14 – Tabla 109). Esta cifra se ve elevada si se les pregunta por el nombre de la enfermera. En atención especializada, 35 (24,1%) de los usuarios afirmaron no conocer el nombre de la enfermera, por tan solo 10 (6,8%) de atención primaria que así lo declararon (Anexo 14 – Tabla 110). En cuanto a la creencia de haber recibido la suficiente información, los resultados son similares en atención primaria y especializada. En esta última, 54 (37,2%) personas encuestadas afirmaron no haber recibido información suficiente, por 56 (38,4%) que realizaron esta misma información referente a la atención primaria (Anexo 14 – Tabla 111).

Respuestas de los usuarios según el sector sanitario

Según el sector sanitario, la respuesta global fue ligeramente superior para los usuarios del Sector 2, con un valor medio de 3,73 (DE: 0,55), frente a un valor medio de 3,64 (DE: 0,60) en los usuarios del Sector 3. La dimensión de percepción objetiva del cuestionario reportó una media de 3,52 (DE: 0,59) para usuarios del Sector 2 por 3,45 (DE: 0,56) para usuarios del Sector 3, mientras que para la dimensión subjetiva el valor medio fue de 3,90 (DE: 0,61) para usuarios del Sector 2, frente a un valor medio de 3,79 (DE: 0,70) en usuarios del Sector 3. Esta tendencia se aprecia en todos los ítems del cuestionario, excepto en el ítem 5, en el que ambos grupos reportaron un valor medio de 3,25. Las diferencias entre grupos no resultaron estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 112). Respecto al nivel de satisfacción global, más del 90% de los usuarios se mostraron satisfechos o muy satisfechos en ambos sectores. Se obtuvieron 5 (3,2%) respuestas de nada satisfechos en el Sector 2, por 2 (1,5%)

en el Sector 3, y 8 (5,1%) respuestas de poco satisfechos en el Sector 2, por 10 (7,5%) de este tipo en el Sector 3 (Anexo 14 – Tabla 113). En ambos sectores, más del 80% de la población recomendaría sin dudar su centro de atención, reportando dudas 19 (12,1%) personas en el Sector 2 y 20 (14,9%) en el Sector 3. En ambos sectores, la cifra de personas que nunca recomendaría su centro asistencial fue de 4 (Anexo 14 – Tabla 114). El único caso en el que se reportó una respuesta de falta de permiso para la realización de pruebas perteneció al Sector 2 (Anexo 14 – Tabla 115). Más del 70% de los usuarios de ambos sectores estimaron que el tiempo de asistencia ha sido el necesario, considerándose menos de lo necesario en 43 (27,4%) casos del Sector 2 y en 35 (26,1%) del Sector 3 (Anexo 14 – Tabla 116). Al conocimiento del nombre del médico, 19 (12,1%) personas señalaron desconocerlo en el Sector 2, por solamente 3 (2,2%) que indicaron esta respuesta en el Sector 3 (Anexo 14 – Tabla 117). Las cifras aumentan al preguntar por el nombre de la enfermera, señalando 33 (21%) personas no conocerlo en el Sector 2, frente a 12 (9%) que señalaron desconocerlo en el Sector 3 (Anexo 14 – Tabla 118). En cuanto a la recepción de información, 59 (37,6%) declararon no haber recibido información suficiente en el Sector 2, por 51 (38,1%) personas que reportaron esta respuesta en el Sector 3 (Anexo 14 – Tabla 119).

Respuestas al cuestionario según sexo

Según el sexo de los usuarios, la respuesta al cuestionario fue ligeramente superior en hombres que en mujeres. En el conjunto del cuestionario, los hombres reportaron un valor medio de 3,74 (DE: 0,54) por 3,65 (DE: 0,60). Por dimensiones, para la dimensión de percepción objetiva los hombres reportaron una media de 3,51 (DE: 0,56) por un valor medio de 3,47 (DE: 0,59) para las mujeres. La dimensión de percepción subjetiva devolvió un valor medio de 3,91 (DE: 0,61) para los hombres por un valor de 3,80 (DE: 0,68) para las mujeres. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Al analizar cada uno de los ítems del cuestionario, se encontraron dos cuyas diferencias resultaron estadísticamente significativas. El ítem 9, sobre la puntualidad de los profesionales, reportó una media de 3,46 (DE: 0,78) para los hombres, por 3,27 (DE: 0,80) para las mujeres. En este caso, el análisis t de Student reportó un valor $t=1,983$ ($p=0,048$). Para el ítem 15, sobre el trato personalizado, el valor medio de respuestas de los hombres fue de 4,11 (DE: 0,73) por un valor medio de 3,91 (DE: 0,69). El análisis t de Student devolvió un valor $t=2,335$ ($p=0,020$). El resto de ítems

mantuvieron la tendencia superior a la respuesta de varones, pero sin establecerse diferencias estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 120).

Respuestas al cuestionario según la edad

Las relaciones entre la edad de los usuarios y las respuestas al cuestionario SERVQHOS no reportaron correlaciones significativas para los ítems, las dimensiones, o el global del cuestionario (Anexo 14 – Tabla 121).

Respuestas al cuestionario según estado civil

Según el estado civil, el global del cuestionario reportó valores similares para personas casadas, con valor medio de 3,67 (DE: 0,55), solteras, con valor medio 3,68 (DE: 0,58) y viudas, con valor medio 3,69 (DE: 0,68), siendo ligeramente superior para personas separadas, que reportaron un valor medio de 3,89 (DE: 0,71). Al realizar el análisis por dimensiones, la dimensión de percepción objetiva reportó un valor medio de 3,45 (DE: 0,54) en personas casadas, 3,49 (DE: 0,59) en solteras, 3,50 (DE: 0,62) en viudas, y 3,76 (DE: 0,66) en personas separadas. Por su parte, la dimensión de percepción subjetiva obtuvo una valoración media de 3,84 (DE: 0,64) en personas casadas, 3,83 (DE: 0,66) en personas solteras, 3,84 (DE: 0,63) en personas viudas y 3,99 (DE: 0,81) en personas separadas. Ninguna de estas diferencias obtuvo significación estadística a través de la prueba ANOVA. Realizado el análisis por ítems del cuestionario, el ítem 3, referido a la señalización hospitalaria, obtuvo un valor medio de 3,41 (DE: 0,82) en personas casadas, 3,43 (DE: 0,86) en personas solteras, 3,33 (DE: 0,80) en personas viudas y de 4 (DE: 0,79) en personas separadas. Este ítem fue el único en obtener diferencias estadísticamente significativas mediante prueba ANOVA ($F=2,836$; $p=0,038$) (Anexo 14 – Tabla 122). Al realizarse el análisis *post-hoc* de Bonferroni, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (diferencia de medias=0,595 $p=0,033$) entre los grupos de personas casadas y separadas (Anexo 14 – Tabla 123).

Respuestas al cuestionario según el nivel de estudios

Según el nivel de estudios, el resultado global reportó valores medios con tendencia ascendente conforme aumenta el nivel de estudios. Así, las personas que declararon no tener estudios reportaron un valor medio de 3,53 (DE: 0,51), las personas con estudios primarios un valor medio de 3,68 (DE: 0,59), las personas con nivel de bachiller reportaron un valor medio de 3,73 (DE: 0,55) y las personas con estudios universitarios reportaron un valor medio de 3,78 (DE: 0,60). Al realizar el análisis por dimensiones, ambas mantuvieron esta tendencia. La dimensión de percepción objetiva reportó un valor medio de 3,36 (DE: 0,50) para personas sin estudios frente a un valor medio de 3,56 (DE: 0,60) en personas con estudios universitarios. Por su parte, la dimensión de percepción subjetiva presentó valores de 3,68 (DE: 0,60) para personas sin estudios frente a un valor medio de 3,95 (DE: 0,68) para personas con estudios universitarios. Ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa al realizar la prueba ANOVA. Al realizar el análisis por ítems, el ítem 3 presentó un valor de 3,12 (DE: 0,78) para personas sin estudios, de 3,44 (DE: 0,83) para personas con estudios primarios, de 3,46 (DE: 0,89) para personas con bachiller y de 3,69 (DE: 0,76) para personas con estudios universitarios. Este ítem fue el único en el que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a través de la prueba ANOVA ($F=2,651$; $p=0,049$). El resto de ítems no presentaron significación estadística según los estudios (Anexo 14 – Tabla 124). Al analizar mediante la prueba *post-hoc* de Bonferroni el ítem 3, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (diferencia de medias=0,565; $p=0,033$) entre el grupo de personas sin estudios y el grupo de personas con estudios universitarios. El resto de comparaciones no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Anexo 14 – Tabla 125).

Respuestas al cuestionario según la situación laboral

Según la situación laboral de los usuarios, el global del cuestionario reportó valores muy similares para las diferentes ocupaciones. Las personas jubiladas obtuvieron una media de 3,67 (DE: 0,57), las personas en paro de 3,63 (DE: 0,52), las personas trabajando 3,70 (DE: 0,59), las personas que indicaron dedicarse a las tareas del hogar 3,73 (DE: 0,59) y las personas estudiantes 3,56 (DE: 0,31). Al realizar el análisis por dimensiones, la dimensión de percepción objetiva reportó un valor medio de 3,50 (DE: 0,57) en personas jubiladas, 3,29 (DE: 0,49) para personas en paro, 3,47 (DE: 0,58) para personas trabajando, 3,56 (DE: 0,63)

para quienes se dedican a tareas del hogar, y 3,56 (DE: 0,09) para personas estudiantes. En cuanto a la dimensión de percepción subjetiva, se obtuvo un valor medio de 3,81 (DE: 0,65) en personas jubiladas, 3,89 (DE: 0,64) en personas en paro, 3,89 (DE: 0,67) en personas trabajando, 3,87 (DE: 0,64) en personas con dedicación a las tareas del hogar, y de 3,55 (DE: 0,49) en estudiantes. En ninguno de los casos anteriores, así como al realizar el análisis por ítems del cuestionario, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al realizar la prueba ANOVA (Anexo 14 – Tabla 126).

Relaciones entre resultados de los profesionales y de los usuarios

A continuación se describen los resultados obtenidos al analizar comparativamente los datos obtenidos en el cuestionario SERVQHOS entre usuarios y profesionales, atendiendo a la categorización de las escalas de atención plena descrita previamente para estos últimos.

Relaciones entre resultados según categorización de la escala MAAS

Al realizar el análisis por grupos para las dimensiones del cuestionario SERVQHOS, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión de percepción objetiva ($F=26,032$; $p<0,001$) y para la dimensión de percepción subjetiva ($F=12,150$; $p<0,001$), así como para el resultado global del cuestionario ($F=18,089$; $p<0,001$) al realizar la prueba ANOVA (Anexo 14 – Tabla 127). El análisis de Bonferroni realizado a continuación indicó que la puntuación de percepción objetiva fue significativamente mayor en el grupo de usuarios respecto a cualquiera de los grupos de profesionales. La dimensión subjetiva por su parte, reportó diferencias significativas únicamente para los dos primeros cuartiles de profesionales. La puntuación global del cuestionario fue significativamente mayor en el grupo de usuarios con respecto a los grupos de profesionales, excepto para los profesionales pertenecientes al tercer cuartil (Anexo 14 – Tabla 128). El análisis por ítems del cuestionario SERVQHOS reportó diferencias significativas entre grupos para todos sus ítems, confirmándose estas diferencias entre el grupo de usuarios y los grupos de profesionales para todos sus ítems, excepto para los ítems 2 y 18 (Anexo 14 – Tablas 129 y 130).

Posteriormente, se realizaron comparativas bivariadas en función de la agrupación de los profesionales por encima o por debajo del percentil 50 de la escala MAAS. El grupo de profesionales cuya puntuación de la escala MAAS se encontró por debajo del percentil 50, obtuvieron valores significativamente menores tanto para la dimensión de percepción objetiva ($t=9,998$; $p<0,001$) como para la dimensión de percepción subjetiva ($t=6,148$; $p<0,001$), así como para el valor global ($t=8,579$; $p<0,001$). El análisis por ítems del cuestionario reportó diferencias significativas entre los grupos para todos los ítems, resultando siempre mayor la puntuación de los usuarios, excepto para el ítem 18, con puntuación más elevada en el grupo de profesionales, siendo la única diferencia que no obtuvo significación estadística (Anexo 14 – Tabla 131). El grupo de profesionales con puntuación por encima del percentil 50 para la escala MAAS también obtuvo valores significativamente menores en la dimensión de

percepción objetiva ($t=4,917$; $p<0,001$) así como para el global del cuestionario SERVQHOS ($t=2,428$; $p<0,016$), pero no para la dimensión de percepción subjetiva ($t=0,344$; $p=0,731$). El análisis por ítems del cuestionario reportó diferencias significativas para cada uno de ellos, con las excepciones de los ítems 2, 10, 12, 14 y 16. Las respuestas fueron significativamente inferiores para el grupo de profesionales, excepto para los ítems 4, 11 y 18, en los que las respuestas de los profesionales fueron significativamente superiores a las de los usuarios (Anexo 14 – Tabla 132).

Relaciones entre resultados según categorización de la escala PHLMS

Al realizar un análisis similar en función de la distribución por cuartiles de la dimensión de aceptación de la escala PHLMS, se obtuvieron resultados similares. Así, la prueba ANOVA reportó diferencias entre los grupos para el global del cuestionario SERVQHOS ($F=20,098$; $p<0,001$), así como para las dimensiones de percepción objetiva ($F=29,552$; $p<0,001$) y de percepción subjetiva ($F=10,584$; $p<0,001$) de dicho cuestionario (Anexo 14 – Tabla 133). El análisis de Bonferroni indicó que el grupo de usuarios obtuvo valores significativamente superiores en el global del cuestionario, así como en la dimensión de percepción objetiva, respecto a los grupos de profesionales correspondientes a los tres primeros cuartiles. Por su parte, la dimensión de percepción subjetiva obtuvo valores significativamente superiores en el grupo de usuarios respecto a los profesionales ubicados en los grupos de cuartil 1 y cuartil 3 (Anexo 14 – Tabla 134). El análisis del cuestionario en función de sus ítems, reportó diferencias entre grupos para todos sus ítems (Anexo 14 – Tabla 135). Las diferencias con el grupo de usuarios fueron confirmadas mediante la prueba de Bonferroni para todos los ítems excepto para el ítem 11 y el ítem 12 (Anexo 14 – Tabla 136).

La realización de comparaciones bivariadas se efectuó de un modo similar a la realizada para la escala MAAS, en función de la presencia de los profesionales por encima o por debajo del percentil 50 para la puntuación de la dimensión de aceptación de la escala PHLMS. Los profesionales por debajo del percentil 50 de la escala PHLMS obtuvieron valores significativamente inferiores a los de los usuarios para el global del cuestionario SERVQHOS ($t=7,054$; $p<0,001$), en su dimensión de percepción objetiva ($t=8,887$; $p<0,001$) y en su dimensión subjetiva ($t=4,706$; $p<0,001$). El análisis por ítems del cuestionario, reportó valores significativamente superiores en el grupo de usuarios para todos los ítems excepto para el ítem 11 y el ítem 18 (Anexo 14 – Tabla 137). Por su parte, el grupo de profesionales por

encima del percentil 50 en la escala PHLMS, reportó valores significativamente inferiores a los de los usuarios para el global del cuestionario SERVQHOS ($t=3,827$; $p<0,001$), así como para su dimensión de percepción objetiva ($t=6,054$; $p<0,001$), pero no para su dimensión de percepción subjetiva. En análisis por ítems se encontraron valores significativamente superiores en el grupo de usuarios para los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, y 17. Por el contrario, los valores del ítem 18 fueron significativamente mayores en el grupo de profesionales. No se hallaron diferencias entre grupos para los valores medios de los ítems 2, 4, 11, 12 y 16 (Anexo 14 – Tabla 138).

Caracterización de los profesionales más próximos a los usuarios

Tras la evaluación relacional del apartado anterior, se realizó una selección del grupo de profesionales que cumplieran los requisitos de encontrarse tanto en el cuartil 4 para la puntuación de la escala MAAS como de la dimensión de aceptación de la escala PHLMS (grupo denominado selección), para comparar sus características con el resto de profesionales (grupo control). Se evaluaron tanto las respuestas de los cuestionarios como las variables sociodemográficas y laborales de ambos grupos. Dada la diferencia de tamaño entre grupos, así como el reducido tamaño del grupo seleccionado, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas. Para la comparación de variables de tipo cualitativo se empleó el test de chi-cuadrado.

Caracterización según la respuesta a los cuestionarios

Además de las diferencias esperadas en las escalas de atención plena así como en las dimensiones y el global del cuestionario SERVQHOS, el grupo seleccionado obtuvo valores significativamente inferiores respecto al grupo control en el global del cuestionario BCSQ ($Z=2,262$; $p=0,024$) y para la dimensión de falta de desarrollo ($Z=2,616$; $p=0,009$) de dicho cuestionario, no obteniéndose diferencias significativas para el resto de dimensiones del BCSQ ni para la escala SCS (Anexo 14 – Tabla 139).

Caracterización según las variables sociodemográficas y laborales

Se analizaron las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, presencia y número de hijos, personas que conviven en el domicilio de los usuarios, presencia y número de dependientes a cargo del profesional, ingresos mensuales en el domicilio, así como la máxima titulación académica. También se analizaron las variables laborales de profesión ejercida, turnicidad o realización de guardias, tipo de jornada y de contrato, tiempo de ejercicio profesional, tiempo en el centro y tiempo en el servicio, así como nivel de atención y sector sanitario. Ninguna de estas variables reportó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Anexo 14 – Tablas 140 y 141).

DISCUSIÓN

Discusión

Discusión respecto a los resultados de los profesionales

En este apartado se presenta la discusión respecto a los valores obtenidos por los profesionales en las diferentes escalas evaluadas. Con la finalidad de mantener el orden establecido en la presentación de los resultados, el apartado se ha dividido en diferentes subapartados, correspondientes con cada una de las escalas utilizadas. En cada uno de ellos se discute en primer lugar sobre la consistencia interna de la herramienta utilizada, y posteriormente sobre los valores medios reportados por los profesionales para cada una de las mismas.

Discusión respecto a la escala MAAS

La consistencia interna de la escala MAAS, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach obtuvo valores similares a los de la validación española realizada por Soler et al. (2012), y a los reportados por su validación en pacientes con fibromialgia (Cebolla et al., 2013), que obtuvieron valores de 0,897 y 0,9 respectivamente. El valor obtenido en este trabajo también resulta coherente con los valores señalados por los autores originales de la escala, quienes reportaron valores entre 0,8 y 0,87 (Brown & Ryan, 2003). Igualmente similares resultaron los resultados de consistencia interna de esta escala ($\alpha=0,9$) en profesionales que trabajan en el ámbito de los cuidados paliativos en España (Sansó et al., 2015). También resultó coherente el valor obtenido con los obtenidos en la validación al portugués ($\alpha=0,83$) para su utilización Brasil (Vargas de Barros, Kozasa, Weiss de Souza & Ronzani, 2015), así como con el reportado en su utilización en profesionales de atención primaria ($\alpha=0,884$) en Brasil (Atanes et al., 2015). También fue similar al obtenido por Seema et al. (2015) en su validación al estonio ($\alpha=0,86$), así como en la validación argentina ($\alpha=0,87$) realizada por Montes, Ledesma, García y Poó (2014), y entrando dentro del rango de valores alfa de Cronbach entre 0,78 y 0,92, señalado por Medveded et al. (2016). Asimismo el valor obtenido fue ligeramente superior al reportado por Schroevers, Nyklíček & Topman (2008) en su validación holandesa ($\alpha=0,81$) y al de la validación persa ($\alpha=0,76$) obtenido por Abdi, Ghabeli, Abbasiasl y Shakernagad (2015), y ligeramente inferior al valor reportado por Ruiz,

Suárez-Falcón y Riaño-Hernández (2016) en una muestra de estudiantes colombianos ($\alpha=0,92$).

Respecto a los valores medios obtenidos en la escala MAAS por los profesionales, resultaron similares a la media de 4,54 obtenida en un estudio con profesionales de atención primaria en Brasil (Atanes et al., 2015). Los valores en nuestro estudio fueron ligeramente inferiores a los señalados por Mitmansgruber, Beck & Schüßler, (2008) en paramédicos veteranos en Austria, quienes reportaron valores medios de 5,12 en aquellos profesionales con menos de 10 experiencias traumáticas en su carrera, y de 4,88 en profesionales con más de 10 experiencias traumáticas en su carrera), o a los reportados por Sansó et al. (2015) tras su estudio en profesionales de cuidados paliativos en España, con un valor medio de la escala de 4,61. Asimismo, los resultados presentados en nuestro estudio son ligeramente superiores a los reportados por McCracken, Boichat & Eccleston (2012) en médicos generalistas ingleses, con valores medios entre 4,10 y 4,30.

Al comparar los resultados obtenidos con estudios realizados en población de estudiantes universitarios, generalmente de ciencias de la salud, se observa que los resultados reportados por los profesionales de nuestro estudio son superiores a dichos valores, que oscilan entre 3,56 y 4,33 (Walsh et al., 2009; Lakey, Campbell, Brown & Goodie, 2007; Mitmansgruber, Beck, Höfer & Schüßler, 2009; Kashdan et al., 2011; Kiken & Shook, 2012; Abdi, Ghabeli, Abbasiasl & Shakernagad, 2015; Seema et al., 2015; Ruiz, Suárez-Falcón & Riaño-Hernández, 2016). Se encontró un valor de atención plena en estudiantes universitarios por superior al reportado por los profesionales de nuestro estudio en un trabajo llevado a cabo por Weinstein, Brown & Ryan (2009), con un valor medio de 4,89 en la escala MAAS.

Al comparar los resultados obtenidos en nuestro trabajo con grupos extraídos de la población general (no clínica), utilizados como grupo control en otros trabajos, se encuentra que los valores reportados por los profesionales de nuestro estudio se encuentran en el rango de los valores de población general, que se encuentran entre 4,28 y 4,77 (Perich et al., 2011; Carlson & Brown, 2005; Arch & Craske, 2010). De forma similar sucede en la comparación de los valores medios de personas con experiencia en prácticas meditativas, que reportaron valores entre 4,29 y 4,60 en la escala MAAS (Brown & Ryan, 2003; Sauer et al., 2012).

Ninguno de los trabajos mencionados anteriormente reportaron diferencias para la escala MAAS según la formación académica, tal y como sucede en este trabajo. Sin embargo, las diferencias reportadas se encuentran entre dos grupos escasos (Grado y Máster), por lo que

podría tratarse de un artefacto estadístico, siendo conveniente ampliar el número de participantes con estas titulaciones en futuros trabajos.

Discusión respecto a la escala PHLMS

El valor de consistencia interna de la dimensión de aceptación de la escala PHLMS obtenido en nuestro estudio fue inferior al obtenido por los autores de la misma, quienes reportaron valores entre 0,75 y 0,91 para el alfa de Cronbach de dicha dimensión (Cardaciotto et al., 2008). El valor de nuestro estudio también resultó inferior al encontrado en la validación al castellano, cuyos autores reportaron un valor alfa de Cronbach de 0,86 para esta dimensión (Tejedor et al., 2014). De la misma forma, un estudio más reciente reportó unos valores de alfa de Cronbach para esta dimensión entre 0,82 y 0,86 (Siegling & Petrides, 2016).

No se han encontrado estudios que utilicen la escala PHLMS como herramienta para la medición de la atención plena en profesionales de la salud. Los estudios que utilizan esta escala son escasos, utilizando población de estudiantes universitarios como muestra de población general. Así, el valor medio obtenido en la dimensión de aceptación en nuestro estudio ha resultado superior a los encontrados por el equipo creador de la escala, quienes encontraron unos valores medios de 3,01 y 3,02 en población general (Cardaciotto et al., 2008). También ha resultado superior al valor encontrado por el equipo que llevó a cabo la traducción y validación al castellano, quienes reportaron unos valores medios de 3,18 en la dimensión de aceptación entre la población general (Tejedor et al., 2014). También han resultado superiores a los valores medios reportados por Siegling & Petrides (2016), quienes señalaron un valor medio de 2,71 en esta dimensión en una muestra de la población general obtenida a través de las redes sociales. Asimismo, el valor medio obtenido en nuestro estudio es superior a los reportados por las poblaciones clínicas, que oscilaron entre 2,24 y 2,58 (Cardaciotto et al., 2008; Tejedor et al., 2014).

Respecto a la utilización de solo una dimensión de la escala en el marco de una herramienta bidimensional, un trabajo firmado por un equipo en el que participó la autora principal de la escala, señaló la utilización de la dimensión de conciencia sin utilizar la dimensión de aceptación (Jacobs, Cardaciotto, Block-Lerner & McMahon, 2013).

Ninguno de los estudios señalados anteriormente reportaron correlaciones con la edad, ni diferencias en la puntuación de la escala según el estado civil como sucede en este trabajo. Además, la ausencia de trabajos en profesionales sanitarios impide comparar las diferencias

encontradas según la turnicidad y las correlaciones halladas con el tiempo de ejercicio y el tiempo de trabajo en el centro.

Discusión respecto al cuestionario BCSQ-12

Los valores de consistencia interna obtenidos en este trabajo para el cuestionario BCSQ-12 fueron ligeramente inferiores para todas las dimensiones respecto a los reportados por el equipo creador de la herramienta. El trabajo de validación de la versión extensa del cuestionario reportó valores de consistencia interna de $\alpha=0,86$ para la dimensión de sobrecarga, $\alpha=0,88$ para la dimensión falta de desarrollo y $\alpha=0,86$ para la dimensión de abandono (Montero-Marín & García-Campayo, 2010; Montero-Marín, García-Campayo, Fajó-Pascual, Carrasco, Gascón, Gili & Mayoral-Cleries, 2011; Montero-Marín, Araya, Oliván Blázquez, Skapinakis, Martínez Vizcaíno & García-Campayo, 2012). En el desarrollo de su versión breve, los valores de consistencia interna también se encontraron por encima de los valores obtenidos en este trabajo, con $\alpha=0,87$ para la dimensión de sobrecarga, $\alpha=0,89$ para la dimensión de falta de desarrollo y $\alpha=0,85$ para la dimensión de abandono (Montero-Marín, Skapinakis, Araya, Gili & García-Campayo, 2011). La validación de una versión adaptada a estudiantes también reportó valores superiores para las dimensiones de sobrecarga, con $\alpha=0,85$ y de abandono, con $\alpha=0,82$, obteniendo valores similares en la dimensión de falta de desarrollo, con un valor $\alpha=0,81$ (Montero-Marín, Monticelli, Casas, Roman, Tomas, Gili & García-Campayo, 2011; Montero-Marín, Demarzo, Stapinski, Gili & García-Campayo, 2014).

En cuanto a los valores medios de cada dimensión, se obtuvieron valores similares en las tres dimensiones del cuestionario a los reportados por los autores de la herramienta. Así, los primeros trabajos indicaron un valor medio de 3,53 para la dimensión de sobrecarga, una media de 3,73 para la dimensión de falta de desarrollo, y de 2,52 para la dimensión de abandono (Montero-Marín & García-Campayo, 2010; Montero-Marín, García-Campayo, Fajó-Pascual, Carrasco, Gascón, Gili & Mayoral-Cleries, 2011; Montero-Marín, Araya, Oliván Blázquez, Skapinakis, Martínez Vizcaíno & García-Campayo, 2012). Los resultados obtenidos también son similares a los reportados por el trabajo de desarrollo de la versión abreviada del cuestionario, con valor medio de 3,47 para la dimensión de sobrecarga, de 3,43 para la dimensión de falta de desarrollo, y un valor medio de 2,35 para la dimensión de abandono (Montero-Marín, Skapinakis, Araya, Gili & García-Campayo, 2011). Por otro lado, los niveles de burnout reportados por los profesionales encuestados resultaron superiores a los señalados por un grupo de estudiantes de odontología, en la validación de la versión del

cuestionario adaptada a los estudios. Así, este grupo de estudiantes reportaron valores medios de 3,32 para la dimensión de sobrecarga, 2,46 para la dimensión de falta de desarrollo, y 2,07 para la dimensión de abandono (Montero-Marín, Monticelli, Casas, Roman, Tomas, Gili, & García-Campayo, 2011; Montero-Marín, Demarzo, Stapinski, Gili, & García-Campayo, 2014). No obstante, que en estudiantes los valores sean inferiores resulta coherente con los resultados obtenidos en este estudio, en los que la edad establecía una correlación positiva con los valores de burnout en sus tres dimensiones. Por otro lado, la tesis doctoral defendida por Fernando Zubiaga, en la que se utilizó el cuestionario en profesionales de atención primaria, señaló valores ligeramente inferiores a los obtenidos en este trabajo, con valores medios de 3,11 para la dimensión de sobrecarga, 2,54 para la dimensión falta de desarrollo, y 2,37 para la dimensión abandono (Zubiaga Terrón, 2016).

Los autores de la escala obtuvieron resultados similares a los de este trabajo en cuanto a la influencia de la tenencia de hijos y el tiempo trabajado en los niveles de burnout, y más concretamente para el subtipo desgastado (Montero-Marín, García-Campayo, Fajó-Pascual, Carrasco, Gascón, Gili & Mayoral-Cleries, 2011). Los valores del presente trabajo también coinciden en las diferencias obtenidas para las medias de la dimensión de falta de desarrollo entre los empleados temporales y permanentes, siendo estadísticamente mayores para el primer grupo (Montero-Marín & García-Campayo, 2010). No se han encontrado trabajos previos en los que se analice la influencia del cuidado de personas dependientes en cuanto a los niveles de burnout, por lo que no se pueden comparar las diferencias entre estos grupos obtenidas en la dimensión de falta de desarrollo.

Discusión respecto a la escala SCS-SF

El valor de consistencia interna de la escala corta de autocompasión obtenido en este trabajo se considera bueno por encontrarse por encima de 0,7 (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2013). Sin embargo, fue inferior al reportado por la autora de la escala original, que obtuvo un valor α de Cronbach de 0,92 (Neff, 2003b) para la versión larga del instrumento, así como en la elaboración de la versión corta, cuyos autores señalaron un valor α de Cronbach de 0,87 (Raes, Pomier, Neff & Van Gucht, 2011). También fueron superiores los valores de consistencia interna señalados para la escala en su validación al castellano, obteniendo valores α de Cronbach de 0,87 para la versión larga y de 0,85 para la versión abreviada (García-Campayo, Navarro-Gil, Andrés, Montero-Marín, López-Artal, & Demarzo, 2014). Otros

autores también obtuvieron valores de consistencia interna superiores al hallado en este trabajo, como los trabajos de validación al griego o al francés, cuyos autores señalaron valores α de Cronbach de 0,87 (Mantzios, Wilson, & Giannou, 2013) y de 0,94 (Kotsou & Leys, 2016) respectivamente, así como el obtenido en un reciente trabajo con enfermeras de Portugal, cuyas autoras hallaron un valor α de Cronbach de 0,91 (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016). No obstante, en estos trabajos se utilizó la versión larga de la herramienta.

Los valores medios reportados por los profesionales en este trabajo, fueron superiores a los obtenidos por la autora de la herramienta original en una muestra de estudiantes, hallando un valor medio de 3,04, pero inferiores a los practicantes de meditación budista de tipo *Vipassana*, quienes obtuvieron un valor medio de 3,86 (Neff, 2003b). Los estudiantes universitarios que participaron en la construcción de la versión corta de la herramienta también señalaron valores superiores a los de los profesionales de este trabajo, reportando un valor medio de 4,01 (Raes, Pomier, Neff & Van Gucht, 2011). Los valores medios obtenidos en este trabajo fueron superiores a los reportados en la validación al castellano, con valores medios de 2,99 para la versión larga y de 2,81 para la versión corta, y que fueron obtenidos en estudiantes de ciencias de la salud y personal del Servicio Aragonés de Salud respectivamente (García-Campayo, Navarro-Gil, Andrés, Montero-Marín, López-Artal, & Demarzo, 2014). Los profesionales encuestados en este trabajo también presentaron valores superiores a los obtenidos en la validación al griego del instrumento, cuyos autores reportaron valores medios de 2,97 en estudiantes universitarios (Mantzios, Wilson, & Giannou, 2013), así como en un estudio reciente realizado con enfermeras portuguesas, cuyas autoras registraron un valor medio de 3,22 (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016). Por otro lado, el trabajo de validación de la herramienta al francés, en el que se encuestó a una muestra de población general a través de internet, reportó un valor medio de 3,63 para la versión larga del instrumento (Kotsou & Leys, 2016). No se han encontrado otros trabajos en los que se analice la influencia del cuidado de personas respecto a los valores de la escala, por lo que no se puede comparar la diferencia obtenida entre las personas que tienen menores a su cargo y las que tienen personas mayores a su cargo.

No obstante, estos datos deben observarse con precaución, pues trabajos recientes están poniendo en duda la validez estructural propuesta para la Self-Compassion Scale. En ellos se sugiere que la obtención de datos a través de las dimensiones negativas de la escala presentarían mejores propiedades psicométricas al tiempo que resultaría de mayor utilidad desde el punto de vista clínico-asistencial (Montero-Marín, Gaete, Demarzo, Roderio, Serrano

Lopez & García-Campayo, 2016), llegando a proponerse el reajuste de los ítems de la herramienta, o incluso la necesidad de desarrollar un nuevo cuestionario (Muris & Petrocchi, 2016).

Discusión respecto al cuestionario SERVQHOS

Los valores de consistencia interna obtenidos en el cuestionario SERVQHOS administrado a los profesionales, ofrecieron unos valores ligeramente inferiores de alfa de Cronbach a los obtenidos por Mira et al. (1998) en la validación de este cuestionario, quienes obtuvieron un valor alfa de Cronbach de 0,96 para el global del cuestionario, así como un valor de 0,89 para la dimensión de percepción objetiva y de 0,95 en la dimensión de percepción subjetiva. Los valores de consistencia interna reportados por el cuestionario dirigido a profesionales también resultaron ser ligeramente inferiores a los indicados por el equipo de la enfermera Beatriz Braña-Marcos, quien reportó un valor alfa de Cronbach de 0,94, en mujeres con cáncer de mama (Braña-Marcos et al., 2011; 2012).

En cuanto a las puntuaciones del cuestionario, los profesionales encuestados señalaron valores medios inferiores para ambas dimensiones del cuestionario a los reportados por Mira et al. (1998) en su trabajo de validación de la herramienta, excepto para la cuestión del interés mostrado por enfermería, que resultó superior en nuestro trabajo. Otro trabajo encabezado por el mismo José Joaquín Mira, también obtuvo valores superiores a los obtenidos por los profesionales en este trabajo, con un rango de valores medios entre 3,64 y 4,24 para el global del cuestionario en pacientes que realizaron el cuestionario 20 días después de recibir el alta hospitalaria (Mira et al., 2000). Un tercer trabajo también realizado por el equipo de Mira et al. (2001) reportó un rango medio para el global del cuestionario entre 3,58 y 4,26, encontrándose el valor medio de los profesionales encuestados en este trabajo por debajo de dicho rango. De manera similar, el rango en la dimensión objetiva fue mayor en dicho estudio (3,77-4,33) al reportado por nuestros profesionales. Sin embargo, el valor de la dimensión subjetiva se encontró en el rango reportado por dicho trabajo (3,40-4,11). Al analizar por ítems el cuestionario, el único ítem de las respuestas de profesionales que se encuentra en el rango reportado es el del interés de enfermería, encontrándose todos los demás valores medios reportados por los profesionales de nuestro estudio por debajo de los rangos reportados.

Los resultados señalados por Monteagudo et al. (2003) también fueron superiores a los de los profesionales encuestados en nuestro trabajo, tanto para el global del cuestionario, con un valor medio de 3,87, como en el análisis por dimensiones, con un valor medio de 3,65 para

la dimensión objetiva, y un valor medio de 4,09 en la dimensión subjetiva. Asimismo, todos los valores medios de respuesta a cada una de las preguntas individuales fueron mayores en dicho trabajo. Lo mismo sucede en un trabajo realizado por Carmen Alfonsín-Serantes y Jesusa Viña-Vázquez, quienes en su trabajo con pacientes trasplantados de pulmón, reportaron un valor medio global del cuestionario de 4, con un valor de 3,7 en su dimensión de percepción objetiva, y de 4,2 en la dimensión de percepción subjetiva (Alfonsín-Serantes & Viña-Vázquez, 2007).

Otros trabajos realizados con poblaciones y situaciones específicas también presentan cifras superiores. Un trabajo realizado por el equipo de anestesiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, atendiendo a la satisfacción de pacientes obstétricas con anestesia epidural para el trabajo de parto, reportó una media global del cuestionario de 3,98, con valores medios de 3,86 en su dimensión objetiva y de 4,10 en su dimensión subjetiva (Hidalgo Cabrera, Rodríguez Gómez-Lama, López Blanco, Moreno Abril & Pulido Barba, 2011). Otros dos trabajos realizados en mujeres con cáncer de mama, reportaron también valores superiores en la puntuación global del cuestionario, oscilando entre 3,94 y 4,14, si bien los profesionales de nuestro estudio reportaron una media ligeramente superior en el ítem del interés de enfermería (Braña-Marcos, Carrera-Martínez, De la Villa-Santoveña, Avanzas-Fernández, Gracia-Corbato & Vegas-Pardavilla, 2011; Braña-Marcos, Carrera-Martínez, De la Villa-Santoveña, Avanzas-Fernández, Gracia-Corbato & Vegas-Pardavilla, 2012). Un trabajo similar realizado en el Hospital San Pedro de Logroño, reportó también valores superiores a los obtenidos en nuestros profesionales. Así, las usuarias de La Rioja, reportaron una media global de 4,4, con una media de 4 en la dimensión objetiva y de 4,3 en la subjetiva (Marenco-Arellano, Ferreira, Ramalle-Gómara, Crespo, Rupérez & Fraile, 2016). Otro trabajo realizado en usuarios sometidos a cirugía bariátrica también reportó valores medios superiores a los señalados por los profesionales de nuestro estudio para todas las cuestiones (Jorge-Cerrudo, Ramón, Goday, González, Sánchez, Benaiges, Pera & Grande, 2012).

El análisis de las diferencias de este cuestionario en los profesionales debe realizarse con precaución, pues está inicialmente orientado a los usuarios. A pesar de esto, las diferencias encontradas en el cuestionario SERVQHOS respecto al sexo de los profesionales encuestados, coinciden con lo reportado por el equipo de Olga Monteagudo, quienes, en un estudio realizado con usuarios del Hospital La Paz de Madrid, encontraron que las mujeres muestran un menor grado de satisfacción (Monteagudo et al., 2003). Sin embargo, también señalaron su acuerdo con Hall y Dornan (1990), quienes indicaron que las influencias de los

factores sociodemográficos sobre la calidad es relativamente poco importante, pues estos factores son difícilmente modificables, y no se consideraría ético tratar de forma distinta a los usuarios en función de estos factores.

Discusión respecto a las interrelaciones entre los cuestionarios

La correlación hallada en este trabajo entre la escala MAAS y la dimensión de aceptación de la escala PHLMS coincide por lo indicado en el trabajo de los creadores de la escala (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008), así como con los valores reportados en el trabajo de validación de la escala PHLMS al castellano (Tejedor et al., 2014). Las correlaciones negativas obtenidas entre la escala MAAS y el cuestionario de burnout coinciden por lo señalado por Zubiaga Terrón (2016) en su trabajo de tesis doctoral, salvo por la ausencia de correlación encontrada en este trabajo entre la escala MAAS y la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ. Por otro lado, que la dimensión de aceptación de la escala PHLMS correlacione de forma positiva con la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ, podría señalar que en este caso, los ítems de la dimensión de aceptación se han entendido como relacionados con la resignación y la evitación de experiencias, y no mediante la concepción del término en el marco teórico de la atención plena. Quizá este hecho explique que la dimensión de aceptación de la escala PHLMS haya obtenido una correlación negativa, aunque no estadísticamente significativa, con la escala de autocompasión.

Por otro lado, la escala MAAS no obtuvo una correlación estadísticamente significativa con la escala SCS, a diferencia de trabajos como el de García-Campayo et al. (2014) o el de Kotsou y Leys (2016). Esto puede deberse a la utilización de la versión corta de la escala en este trabajo, así como a los problemas psicométricos que parece presentar la escala de autocompasión y que ya se han señalado previamente. La correlación negativa de la escala SCS con la dimensión de abandono del cuestionario BCSQ podría interpretarse como similar a los resultados obtenidos por el cuestionario largo de burnout con los afectos positivos, con los que correlacionó negativamente, y con los negativos, con los que correlacionó positivamente (Montero-Marín, Zubiaga, Cereceda, Demarzo, Trenc, & García-Campayo, 2016).

Respecto a la relación entre las escalas de atención plena y el cuestionario de calidad asistencial, no se han encontrado trabajos previos que realicen una comparación con las herramientas utilizadas en este trabajo. No obstante, estas relaciones fueron propuestas por Zeller & Lamb (2011), quienes apuntaban en un trabajo teórico, que la atención plena

permitiría mejorar la calidad del cuidado al tiempo que la calidad de vida de los usuarios de residencias o servicios de larga estancia.

En cuanto a la relación entre burnout y percepción de calidad, un reciente metaanálisis que incluyó 82 estudios con más de 200.000 profesionales, confirmó que el burnout afecta negativamente tanto a la calidad asistencial como a la seguridad clínica, con independencia de la profesión ejercida (Salyers, Bonfils, Luther, Firmin, White, Adams, & Rollins, 2016). Por otro lado, un trabajo realizado con enfermeras de Rumanía indicó que el burnout actúa como variable intermedia entre las exigencias laborales y la calidad asistencial percibida, no ocurriendo así entre profesionales médicos, en los que las exigencias laborales tendrían un efecto directo sobre la calidad asistencial, sin ningún tipo de influencia del burnout (Spânu, Băban, Bria, Lucăcel, & Dumitrașcu, 2013). En Alemania, un trabajo elaborado por el equipo de Matthias Weigl reportó que el estrés laboral y el burnout incidían negativamente en la calidad asistencial percibida por médicos especialistas en pediatría (Weigl, Schneider, Hoffman, & Angerer, 2015). Por otro lado, la asociación entre burnout y calidad asistencial en médicos especialistas en cirugía solo se estableció en varones, pero no así en mujeres (Klein, Grosse Frie, Blum, & Von Dem Knesebeck, 2010). En enfermeras de Tailandia los índices elevados de burnout no solo se relacionaron con peor calidad percibida, sino con un aumento de caídas de pacientes y un mayor número de errores de medicación (Nantsupawat, Nantsupawat, Kunaviktikul, Turale, & Poghosyan, 2016), coincidiendo en lo indicado con una reciente revisión sistemática, en la que se señaló que el burnout y la disminución del bienestar del profesional empeora la seguridad del paciente (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, O'Connor, 2016). Los datos del presente trabajo no concuerdan con lo manifestado por estos autores. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las herramientas utilizadas son diferentes a las utilizadas por estos autores. Una posible explicación a la relación positiva entre la dimensión de abandono y los valores de calidad percibida por los profesionales podría explicarse por una disminución o ausencia de espíritu crítico tanto en lo que respecta a su propio trabajo así como al entorno asistencial en el que lo desarrollan.

Discusión respecto a los resultados de los usuarios

Discusión respecto al cuestionario SERVQHOS con trabajos de otros investigadores

Los valores de consistencia interna obtenidos por el cuestionario aplicado a los pacientes fueron ligeramente superiores a los valores obtenidos en el grupo de profesionales, acercándose a los valores señalados anteriormente, que fueron reportados por el equipo creador de la herramienta (Mira et al., 1998). Estos resultados también resultaron similares a los indicados por el equipo encabezado por la enfermera Beatriz Braña-Marcos, señalando valores alfa de Cronbach=0,94 para el global del cuestionario, en su trabajo realizado con mujeres con cáncer de mama (Braña-Marcos et al., 2011; 2012). En cuanto a la consistencia interna señalada, con respecto a cada una de las dimensiones del cuestionario, los valores obtenidos en este trabajo son ligeramente inferiores a los señalados por los creadores de la herramienta, quienes hallaron un valor $\alpha=0,89$ para la dimensión objetiva del cuestionario, y un valor $\alpha=0,95$ para su dimensión subjetiva (Mira et al., 1998).

Respecto a la satisfacción referida, los usuarios encuestados en este trabajo se mostraron más satisfechos (91,4% de usuarios satisfechos o muy satisfechos) con la atención recibida que en el trabajo de los creadores del cuestionario, quienes indicaron un porcentaje de usuarios satisfechos del 64,44% (Mira et al., 1998). Las cifras de este estudio también son superiores a las recogidas por Mira et al. (2000) en un trabajo posterior, en el que el porcentaje de usuarios satisfechos o muy satisfechos fue del 59%. En el mismo trabajo, también se encontraron cifras de usuarios muy insatisfechos del 3%, porcentaje ligeramente superior al obtenido en el presente trabajo. Sin embargo, en este trabajo se han observado diferencias en cuanto a los niveles de la atención sanitaria. Los usuarios de atención especializada indicaron estar satisfechos o muy satisfechos en todos los casos salvo uno, mientras que en atención primaria, más del 15% de usuarios están poco o nada satisfechos, con un porcentaje de este último nivel cercano al 5%.

En cuanto a la recomendación del centro, los usuarios encuestados en este trabajo también han respondido con cifras superiores (83,8% de usuarios recomendarían el centro sin dudar) al porcentaje de 76,67% reportado por Mira et al., (1998). En su trabajo realizado dos años después, el 19% de los pacientes encuestados señalaron que no recomendarían el centro (Mira et al., 2000), cifra muy superior a la indicada por los usuarios en este trabajo (solo el 2,7% de usuarios no recomendarían el centro en el que recibieron su asistencia), y que sigue

siendo superior incluso añadiendo a los usuarios que presentan dudas (15,1% de los usuarios encuestados en este trabajo no recomendarían o dudarían al recomendar el centro en el que fueron asistidos). En esta variable se percibe la misma diferencia apreciada en la satisfacción referida, entre los usuarios de atención primaria y los de atención especializada. Así, los usuarios de atención especializada que no recomendarían el centro de atención suponen el 1,4%, mientras que en el caso de atención primaria, el porcentaje asciende hasta el 4,1%. A pesar de esto, y de los usuarios que tendrían dudas a la hora de recomendar el centro, más del 80% de usuarios encuestados en atención primaria, y más del 85% en especializada recomendarían sin dudar el centro en el que recibieron su asistencia.

En cuanto a la percepción sobre si el tiempo que han pasado ingresados o han sido atendidos ha sido el adecuado, los usuarios encuestados en este trabajo reportaron una cifra superior en más de 10 puntos a la del trabajo de validación de la herramienta, que encontró un porcentaje del 58,89% de usuarios que consideraron adecuado su tiempo de ingreso (Mira et al., 1998). Sin embargo, la cifra obtenida dos años después superó en casi 20 puntos a la obtenida en este trabajo, con un 92% de pacientes que consideraron haber estado ingresados el tiempo adecuado. Este mismo trabajo señaló un porcentaje de usuarios del 95% que creían haber recibido la suficiente información sobre su proceso (Mira et al., 2000), un valor más de 30 puntos superior la apuntada por los usuarios de este trabajo. Sin embargo, en ese mismo estudio se puso de manifiesto que tan solo el 56% de los pacientes conocían el nombre de su enfermera, y el 61% el nombre de su médico. Estos valores son muy inferiores a los indicados por los usuarios de este estudio, en el que más del 92% de los usuarios conocían el nombre de su médico, y más del 84% el nombre de su enfermera. Más acordes resultan los valores señalados en un estudio más reciente realizado por Braña-Marcos et al. (2011), en el que entre el 88% y el 100% de los usuarios conocían el nombre de su médico, y entre el 35% y el 71% el nombre de la enfermera.

Entendiendo como señalaban Mira et al. (2000), que conocer el nombre del médico y la enfermera se considera un buen predictor de la calidad percibida por los usuarios, parece que las medidas en cuanto a su importancia instauradas tanto en la docencia de pregrado como en la formación continuada de los profesionales ha surtido su efecto, aumentando el porcentaje de pacientes que refieren conocer el nombre de los profesionales que habitualmente los atienden. En el caso de este trabajo, se aprecia la diferencia en este aspecto entre los distintos niveles de atención, especialmente en el caso de conocer el nombre de las enfermeras. Así, en el conocimiento del nombre del médico, la diferencia es de 7 puntos entre atención primaria

(más del 95% de usuarios conocen el nombre de su médico) y atención especializada (el 89% de usuarios encuestados señalaron conocer el nombre del médico). En el caso de conocer el nombre de la enfermera, la diferencia es de 17 puntos entre niveles de atención, diez puntos más que en el caso del médico, con cifras similares en los usuarios encuestados en atención primaria (más del 93% conoce el nombre de su enfermera), pero más bajas en el caso de atención especializada (el 24% no conoce el nombre de la enfermera). Esto puede ser debido a las diferencias en la metodología de trabajo entre niveles asistenciales. Si bien en atención primaria, el usuario se encuentra adscrito a un cupo, formado por un profesional de medicina y uno de enfermería, que se consideran sus profesionales de referencia, en el marco de la atención especializada, se mantiene la figura del profesional de la medicina que se encarga del caso, y el usuario puede considerar su referente, mientras que en el caso de la enfermería, el usuario carece de una figura profesional de referencia.

Para facilitar la comparación de valores por ítems, dimensiones y el global del cuestionario en relación a los valores obtenidos por otros equipos de investigación, se ha elaborado la tabla 11. Respecto a los valores del cuestionario en global, los valores obtenidos en este trabajo (3,69) se encuentran en el rango de los señalados por el equipo creador del cuestionario, que informaron de un rango entre 3,58 y 4,26 para el global del cuestionario (Mira et al., 2001). Sin embargo, son ligeramente inferiores a los de otros trabajos realizados en España, con valores que oscilan entre 3,87 (Monteagudo et al., 2003) y 4,4 (Marengo-Arellano et al., 2016), si bien este último valor corresponde a un trabajo realizado solamente con pacientes sometidas a anestesia epidural para el dolor de parto. Por otro lado, los valores obtenidos en este trabajo son ligeramente superiores al valor de 3,61, hallado en un estudio con la misma herramienta en tres hospitales de Colombia (Barragán Becerra & Moreno, 2013).

Al realizar la comparación en cuanto a la dimensión objetiva del cuestionario, el valor obtenido en este trabajo (3,49) es muy similar al señalado en el trabajo de validación de la herramienta, cuyos autores indicaron un valor de 3,48 (Mira et al., 1998). El resto de trabajos realizados en España presentan valores superiores para la dimensión objetiva, con un rango de valores para esta dimensión entre 3,65 (Monteagudo et al., 2003) y 4,33 (Mira et al., 2001). El valor obtenido en este trabajo se encuentra en el rango indicado (3,05-4,05) entre usuarios de hospitales públicos de Colombia (Barragán Becerra & Moreno, 2013). Sucede algo similar con la dimensión subjetiva del cuestionario, cuya media hallada en este trabajo (3,85) se encuentra cercana a los valores indicados (3,82) en el trabajo de validación de la herramienta

(Mira et al., 1998) y al rango señalado por los mismos autores entre 3,40 y 4,11 en un trabajo posterior (Mira et al., 2001). El resto de trabajos analizados en España señalan valores medios para esta dimensión superiores al obtenido en este trabajo, con medias entre 4,09 (Monteagudo et al., 2003) y 4,3 (Marenco-Arellano et al., 2016). De forma similar a la dimensión objetiva, los valores obtenidos en este trabajo concuerdan con el rango indicado (3,07-4,03) por los usuarios colombianos (Barragán Becerra & Moreno, 2013).

Al analizar el cuestionario en función de sus ítems, el primer ítem, referente a tecnología biomédica, obtuvo una media inferior al resto de los estudios con los que se ha comparado, con excepción del trabajo de Mateos et al. (2009), quienes indicaron una cifra ligeramente inferior a la obtenida en este trabajo. Resultados similares obtuvieron en la comparación con el resto de trabajos los ítems 11, de disposición para ayudar por parte del personal, y el ítem 14, correspondiente a la preparación del personal, cuyas cifras en este trabajo son inferiores a las de todos los trabajos comparados, con la excepción del realizado en el Servicio Cántabro de Salud (Mateos et al., 2009), que presentó valores inferiores para estos dos ítems. El ítem 2, relacionado con el aspecto del personal, se comportó también de forma similar, con la salvedad de obtener la misma puntuación que en el trabajo realizado por Mateos et al. (2009). Para el ítem 3, correspondiente a la señalización intrahospitalaria, se hallaron unos valores ligeramente inferiores a los del trabajo de validación de la herramienta (Mira et al., 1998), a los del trabajo de Monteagudo et al. (2003) y a los del trabajo de Jorge-Cerrudo et al. (2012), encontrándose en el rango propuesto posteriormente por Mira et al. (2001), y siendo ligeramente superiores a los obtenidos por Alfonsín-Serantes y Viña-Vázquez (2007), a los indicados por Mateos et al. (2009) y a los de Braña-Marcos et al. (2012). El ítem 4, referente al interés del personal por cumplir sus promesas, obtuvo valores similares a la mayoría de los trabajos, excepto los señalados en los trabajos de Monteagudo et al. (2003), Alfonsín-Serantes y Viña-Vázquez (2007), y Jorge-Cerrudo et al. (2012), quienes obtuvieron valores superiores. Los resultados son similares para el ítem 8, referente al interés de los profesionales por solucionar problemas, y al ítem 18, que se refiere al interés mostrado por los profesionales de enfermería. El ítem 5, referente a la apariencia y comodidad de las estancias, reportó valores similares a los señalados por los creadores de la escala (Mira et al., 1998; 2001), encontrándose dentro del rango señalado por Braña-Marcos et al. (2011) y resultando inferiores al resto de trabajos analizados (Monteagudo et al., 2003; Alfonsín-Serantes & Viña-Vázquez, 2007; Braña-Marcos et al., 2012; Jorge-Cerrudo et al., 2012).

Tabla 11: Respuestas a ítems, dimensiones y global del cuestionario SERVQHOS en los estudios analizados

Ítem	Urcola, 2017	Mira et al., 1998	Mira et al., 2001	Monteagudo et al., 2003	Alfonsín-Serantes & Viña-Vázquez, 2007	Mateos et al., 2009	Braña-Marcos et al., 2011	Hidalgo Cabreara et al., 2011	Braña-Marcos et al., 2012	Jorge-Cerrudo et al., 2012	Barragán-Becerra & Moreno, 2013	Marenco-Arellano et al., 2016
SQ1	3,63	3,89	3,79-4,23	3,84	4,2	3,4	3,80-3,96	-	3,87	4,2	-	-
SQ2	3,4	3,67	3,58-4,36	3,95	3,8	3,4	3,71-3,93	-	3,81	3,9	-	-
SQ3	3,44	3,57	3,05-3,66	3,53	3,2	3,3	-	-	3,06	3,8	-	-
SQ4	3,78	3,72	3,64-4,07	4,05	4,1	-	3,65-3,88	-	3,81	4,3	-	-
SQ5	3,25	3,18	3,10-4,67	3,52	3,4	-	3,05-3,68	-	3,38	3,4	-	-
SQ6	3,62	3,77	3,57-4,07	3,64	4,2	-	3,50-4,00	-	3,5	4,5	-	-
SQ7	3,49	3,4	3,18-4,01	3,55	3,6	-	2,87-3,53	-	3,16	4,1	-	-
SQ8	3,9	3,88	3,66-4,33	4,03	4,2	-	3,74-3,94	-	3,86	4,1	-	-
SQ9	3,35	3,29	3,09-3,78	3,59	3,3	-	3,24-3,56	-	3,38	3,8	-	-
SQ10	3,59	3,73	3,22-4,03	3,8	4	3,5	3,50-3,58	-	3,54	4	-	-
SQ11	3,75	4,04	3,85-4,42	4,16	4,3	3,5	4,06-4,09	-	4,08	4,3	-	-
SQ12	3,89	4,07	3,84-4,39	4,16	4,3	3,6	4,12-4,30	-	4,23	4,3	-	-
SQ13	4,1	4,15	3,97-4,54	4,21	4,3	3,6	4,19-4,45	-	4,3	4,5	-	-
SQ14	3,78	3,87	3,82-4,24	4,13	4,2	3,5	3,95-4,06	-	4	4,3	-	-
SQ15	3,99	3,98	3,79-4,40	4,13	4	3,6	4,06-4,21	-	4,12	4,4	-	-
SQ16	3,74	3,82	3,63-4,16	4	3,7	-	3,88-4,01	-	3,96	4,2	-	-
SQ17	3,72	3,65	3,61-4,02	3,72	4	-	3,59-3,74	-	3,67	4,5	-	-
SQ18	3,92	3,93	3,89-4,42	4,24	4,4	-	3,85-4,05	-	3,98	4,4	-	-
SQ Objetivo	3,49	3,48	3,77-4,33	3,65	3,7	-	-	3,86	-	-	3,05-4,05	4
SQ Subjetivo	3,85	3,82	3,40-4,11	4,09	4,2	-	-	4,1	-	-	3,07-4,03	4,3
SQ Global	3,69	-	3,58-4,26	3,87	4	-	3,94-4,14	3,98	4,04	-	3,61	4,4

El ítem 6, referente a la información dada por el médico obtuvo una cifra ligeramente inferior a la indicada en el estudio de validación de la herramienta (Mira et al., 1998), así como a las señaladas por Alfonsín-Serantes y Viña-Vázquez (2007) y por Jorge-Cerrudo et al. (2012), en rango con los valores obtenidos por Mira et al. (2001), Monteagudo et al. (2003) y Braña-Marcos et al. (2011), y siendo ligeramente superior a la hallada por el mismo autor un año después (Braña-Marcos et al., 2012). De una forma similar se comportó el ítem 7, referente a los tiempos de espera de los usuarios, con la salvedad de obtenerse en este trabajo un valor ligeramente superior al indicado por los creadores de la herramienta (Mira et al., 1998). El ítem 9 de la herramienta, referente a los tiempos de espera, se mostró en el rango señalado por los diversos equipos, salvo para los estudios de Monteagudo et al. (2003), y Jorge-Cerrudo et al. (2012), quienes reportaron valores superiores a los obtenidos en este trabajo. Respecto al ítem 10, que evalúa la rapidez de la respuesta de los profesionales ante una necesidad o petición, cuatro de los estudios hallaron valores similares a los señalados en este trabajo (Mira et al., 2001; Mateos et al., 2009; Braña-Marcos et al., 2011; 2012), mientras que otros cuatro encontraron valores superiores (Mira et al., 1998; Monteagudo et al., 2003; Alfonsín-Serantes & Viña-Vázquez, 2007; Jorge-Cerrudo et al., 2012). El ítem 12, referido a la confianza que transmite el personal, obtuvo una mejor puntuación que la indicada por Mateos et al. (2009), encontrándose el valor obtenido en el rango señalado por Mira et al. (2001), y siendo inferior al resto de trabajos con los que se ha comparado. Por su parte, el ítem 13, que recoge la percepción sobre la confianza que transmite el personal, se encuentra en el rango señalado por Mira et al. (1998; 2001) en diversos trabajos, y por encima de lo hallado por Mateos et al. (2009), siendo una cifra inferior a la indicada en el resto de trabajos analizados. De igual forma sucede con el ítem 15, que se refiere al trato personalizado recibido, con valor superior al obtenido por Mateos et al. (2009), en rango con los valores reportados por Mira et al. (1998; 2001) y por Alfonsín-Serantes y Viña-Vázquez (2007), y por debajo de lo señalado en el resto de estudios. Respecto al ítem 16, que recoge la capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes, los valores obtenidos en este trabajo son similares a los obtenidos por Mira et al. (2001) y por Alfonsín-Serantes y Viña-Vázquez (2007), e inferiores a los señalados por el resto de trabajos. Por último, respecto al ítem 17 del cuestionario, que señala la percepción sobre la información que reciben los familiares, los valores obtenidos en este trabajo se encuentran en el rango de los valores indicados por el resto de estudios, salvo los encontrados por Alfonsín-Serantes y Viña-Vázquez (2007) y por Jorge-Cerrudo et al. (2012), cuyos trabajos encontraron valores superiores.

Conviene señalar que en el caso de este trabajo, han aparecido diferencias en la percepción de diversos ítems según diversas variables sociodemográficas. Así, los usuarios separados apreciaron una mejor señalización intrahospitalaria que los usuarios casados. Algo similar sucede en este mismo ítem en función del nivel de estudios, ya que los usuarios con estudios universitarios presentan un valor medio significativamente mayor en este ítem que los usuarios sin estudios. En estos casos, se podría mantener lo señalado en el apartado de profesionales y descrito por Hall y Dornan (1990), de que la influencia de los factores sociodemográficos reviste de relativa poca importancia, pues son factores difícilmente modificables. En el caso de la señalización intrahospitalaria, resultaría muy complicado realizar una señalización de consultas o servicios que fuera comprensible para alguien que no sepa leer.

Por otro lado, los hombres han valorado significativamente los ítems correspondientes a la puntualidad y al trato personalizado. Si bien resulta difícil pensar que existan diferencias de trato según el sexo de los usuarios, en este trabajo las mujeres han presentado peores puntuaciones en estos ítems concretos. Monteagudo et al. (2003) ya señalaron un menor grado de satisfacción global en mujeres que en hombres en un estudio realizado en Madrid. Aunque no es motivo de este trabajo profundizar en estas diferencias, si pueden servir como orientadoras de futuros trabajos en el área de la calidad y la satisfacción del usuario, en la línea de las ideas propuestas por Sheila Turrís (2005). Esta autora señaló la necesidad de comprender las relaciones de poder y como estas relaciones se manejan en las experiencias de búsqueda de ayuda, y por otro lado, la influencia del género tanto en la conceptualización de la satisfacción del paciente como en los indicadores de resultados que se utilizan en la investigación.

Además, durante la realización de este trabajo, sucedió algo similar a lo mencionado por Braña-Marcos et al. (2011), en cuanto al deseo de completar verbalmente alguna de las respuestas. A este efecto, se dispuso al final del cuestionario de un espacio abierto en el que los usuarios pudieran incluir aquello que desearan, con la intención de realizar un análisis cualitativo. Sin embargo, si bien la experiencia percibida durante el trabajo de campo en la realización de este trabajo es la de que los usuarios desean profundizar en la narración de su experiencia, se muestran reticentes a dejar plasmado su discurso por escrito. De esta manera, en la realización de este trabajo se obtuvieron únicamente dos respuestas en este apartado, que no fueron analizadas por no considerarse representativas.

Discusión respecto al cuestionario SERVQHOS con informes del Servicio Aragonés de Salud

A continuación se presenta la comparativa de los resultados de este trabajo con los presentados por los informes del Gobierno de Aragón (Tabla 12). En general, los valores obtenidos en este trabajo han resultado inferiores a los señalados en los informes del Servicio Aragonés de Salud de forma más reciente (Gobierno de Aragón, 2015; 2016). Sin embargo, los valores reportados por las encuestas efectuadas en el Servicio Aragonés de Salud, correspondientes al año 2009, muestran unos valores superiores a los hallados en este trabajo respecto a la atención especializada, y unos valores inferiores respecto a la atención primaria de salud (Gobierno de Aragón, 2009). Conviene mirar esta comparativa con cautela, pues si bien ha sido posible el cálculo de las medias para los ítems referidos en los últimos informes, estas no fueron directamente referidas (Gobierno de Aragón, 2015; 2016), como si lo fueron en el informe correspondiente al año 2009. Por otro lado, los informes no realizan una evaluación completa del cuestionario, eliminando algunos ítems del cuestionario original, o sustituyéndolos por otros. Además, existen diferencias metodológicas importantes que también han de ser tenidas en cuenta. Por un lado, los informes más recientes han alcanzado a un mayor número de población, debido a su realización vía telefónica (Gobierno de Aragón, 2015; 2016). Por otro lado, el proceso de inclusión por lotes de las respuestas de los usuarios, tal y como se describe en el informe referente al año 2009, excluye automáticamente del análisis los lotes en los que se encuentran más de dos respuestas negativas para el mismo ítem (Gobierno de Aragón, 2009). La lectura de los informes más recientes no aclara si la inclusión-exclusión de respuestas de usuarios ha seguido este tipo de selección por lotes.

Tabla 12: Respuestas a ítems SERVQHOS en encuestas del SALUD

Ítem	Urcola, 2017	Gobierno de Aragón, 2010 (At. Primaria)	Gobierno de Aragón, 2010 (At. Especializada)	Gobierno de Aragón, 2015 (At. Especializada)	Gobierno de Aragón, 2016 (At. Primaria)
SQ5	3,25	3,60	3,60	4,03	4,31
SQ6	3,62	3,70	3,90	4,47	4,39
SQ7	3,49	3,00	-	-	3,62
SQ8	3,90	3,60	4,00	4,41	4,30
SQ12	3,89	3,70	4,00	4,54	4,49
SQ13	4,10	3,80	4,10	4,59	4,56
SQ14	3,78	3,70	4,00	4,53	4,41
SQ18	3,92	3,80	4,10	4,56	4,37

Respecto a los diferentes niveles de atención, según el último informe de atención hospitalaria, el 87,4% de usuarios señaló que el tiempo de ingreso había sido el necesario, más de 10 puntos por encima de lo señalado por los usuarios encuestados en este trabajo. Además, más del 97% recomendarían sin dudar el hospital, una cifra que también supera en más de 10 puntos a los valores obtenidos en este trabajo. Sin embargo, el mismo informe reporta un 13,3% de usuarios que señalaron que se les realizaron pruebas sin su permiso, en contra del 0,7% señalado por los pacientes de atención especializada de este trabajo. Quizá esta última diferencia pueda deberse a la inclusión en el informe de pacientes que refieren esta realización de pruebas en el servicio de urgencias, pero dicho informe no lo menciona de manera explícita (Gobierno de Aragón, 2015). En cuanto a la atención primaria de salud, el último informe publicado señala que un 90% de los usuarios indican que se les dedica el tiempo necesario para su atención, en contraste con el 65% observado en este trabajo. De forma similar pasa con la recomendación del centro, en la que el último informe señala que el 95% de los usuarios encuestados recomendaría su centro de salud, en contraste con el porcentaje del 81% encontrado en este trabajo.

Discusión respecto a la relación entre resultados de profesionales y usuarios

Diferencias entre profesionales y usuarios

Las diferencias obtenidas entre profesionales y usuarios concuerdan con otros trabajos realizados en diferentes ámbitos, siendo habitual que los pacientes refieran mejores percepciones de las que refieren los profesionales que los atienden. Esta situación ha sido previamente explorada en aspectos concretos como la calidad de vida (Hladschik-Kermer et al, 2013) o las habilidades de comunicación (Olson & Windish, 2010). En el ámbito de la percepción de calidad, también se han manifestado estas discrepancias, con percepciones de la calidad asistencial generalmente mejores para los grupos de los usuarios frente a la opinión de los profesionales (De Man, Gemmel, Vlerick, Van Rijk, & Dierckx, 2002; Rodrigo-Rincón, Goñi-Girones, Serra-Arbeloa, Martínez-Lozano & Reyes-Pérez, 2015).

Lejos de contemplar estas discrepancias como un resultado negativo, la propuesta debería ir encaminada al trabajo de forma conjunta entre profesionales y usuarios. Un trabajo realizado con metodología cualitativa, en el que se analizaron las discrepancias entre pacientes diabéticos y profesionales de la salud, señaló que si bien las discrepancias se producían en cuanto a las necesidades específicas, las opiniones eran muy similares en cuanto al desarrollo de los programas asistenciales (Lauvergeon, Mettler, Burnand & Peytremann-Bridevaux, 2015). Además, en el caso concreto de las enfermedades crónicas como el EPOC, se ha señalado la necesidad de implicar no solo a los propios usuarios sino también a sus cuidadores informales en lo que Cramm y Nieboer (2016) han llamado “co-producción del cuidado”. Estas autoras señalan que el desarrollo de mejores relaciones entre los equipos de atención primaria, los pacientes crónicos y sus cuidadores informales mejora la calidad percibida tanto por profesionales como por los usuarios. La clave por tanto, parece no radicar tanto en la incorporación de la voz del usuario como se viene haciendo hasta ahora, a través de encuestas de satisfacción, sino en las relaciones que se establecen con los profesionales que lo atienden. La mejora debería darse por tanto de un modo bidireccional, por un lado mediante la indagación en las valoraciones de los profesionales de las expectativas de los usuarios, y por otro animando a los usuarios a expresar sus preferencias en cuanto a cómo quieren que sea su atención (Van Bruinessen, Van Der Hout, Van Weel-Baumgarten, Gouw, Zijlstra, & Van Dulmen, 2016), puesto que las áreas de mejora tienen más oportunidades de ser abordadas si todos los actores implicados concuerdan en cómo hacerlo (Rodrigo-Rincón, Goñi-Girones, Serra-Arbeloa, Martínez-Lozano & Reyes-Pérez, 2015).

Caracterización de los profesionales más cercanos a los usuarios

Según el marco conceptual que inspiró la realización de este trabajo, no ha resultado sorprendente la relación encontrada entre los profesionales con mayor puntuación en el rasgo de atención plena y la concordancia en la percepción de la calidad con los usuarios. Sin embargo, si cabe mencionarse las diferencias encontradas en cuanto a la dimensión de falta de desarrollo del cuestionario BCSQ. Al haberse utilizado la versión abreviada del cuestionario de burnout, no pueden establecerse relaciones con otras dimensiones que quizá hubiera permitido explorar la versión extensa del mismo. De cualquier manera, que los profesionales más cercanos a los usuarios obtengan puntuaciones significativamente menores en cuanto a esta dimensión, confirma lo apuntado por Weigl et al. (2013) en el marco conceptual, acerca de que la participación e implicación de los profesionales se traduce en un aumento del bienestar del profesional.

En este sentido, quizá los programas basados en la atención plena dirigidos a los profesionales sanitarios no deberían utilizarse únicamente como prevención y abordaje del síndrome de burnout, sino como una puerta de entrada al conocimiento y reconocimiento profesional y personal de compañeros/as, permitiendo establecer lazos de unión que fomenten el desarrollo profesional en equipos multidisciplinares, y fomentando un abordaje de los procesos asistenciales más centrado en el usuario.

LIMITACIONES

Limitaciones del presente estudio

La realización de este trabajo no está exenta de limitaciones. Por un lado, la utilización de herramientas de reciente desarrollo, como el cuestionario BCSQ-12 o validación en nuestro idioma, como la escala MAAS, validada en 2012, o las escalas PHLMS y SCS, validadas en 2014, hace que los estudios realizados en profesionales de nuestro medio con dichas herramientas sean escasos, limitando las posibilidades de comparación. Además, los últimos trabajos realizados con la escala de autocompasión han señalado las limitaciones del modelo y de la versión larga de la herramienta, por lo que los datos obtenidos con la versión corta de la misma deben tomarse con precaución.

Por otro lado, la realización de comparativas de resultados entre profesionales y pacientes manteniendo los anonimatos de los participantes de ambos grupos impide un análisis de la influencia relacional a un nivel individual. Además, la utilización de una metodología puramente cuantitativa hace que probablemente existan otras variables influyentes, especialmente en el grupo de profesionales, que convendría trabajar en futuros trabajos.

Una limitación más se encuentra en la selección de la muestra. La realización del estudio en profesionales y usuarios del medio urbano, hace que en este trabajo no se encuentren representados los profesionales y usuarios de la atención primaria del medio rural. Si bien es cierto que los usuarios del medio rural son atendidos en los hospitales donde se han tomado los datos, y no se hizo distinción entre usuarios provenientes del medio rural y del urbano, pues a los usuarios de la atención hospitalaria se les preguntaba únicamente por su satisfacción durante dicha estancia hospitalaria.

Tampoco puede obviarse la limitación económica y temporal en el desarrollo de este trabajo. La inversión económica y temporal para la realización del trabajo de campo se encuentra limitada ante la ausencia de financiación de cualquier tipo en la realización de este trabajo, impidiendo alcanzar un mayor número de profesionales y usuarios, que permitieran aumentar la robustez de los datos obtenidos en este trabajo.

***RECOMENDACIONES Y FUTURAS
LÍNEAS DE TRABAJO***

Recomendaciones y futuras líneas de trabajo

A pesar de las limitaciones ya señaladas, con los resultados obtenidos en el presente trabajo se pueden realizar algunas recomendaciones y plantear futuras líneas de investigación. La inclusión de programas de atención plena para los profesionales del Servicio Aragonés de Salud se ha convertido en una realidad en los últimos años. El trabajo a través de programas de atención plena y autocompasión han demostrado ser un buen comienzo para mejorar el afrontamiento del estrés laboral, y de esta manera mejorar la calidad asistencial. Los resultados del presente trabajo indican la necesidad además de profundizar en la diferencia entre aceptación y resignación. Por otro lado, la falta de desarrollo profesional requiere de continuidad y, quizá de un abordaje más temprano.

Convendría indagar más a fondo en la influencia de la formación académica de los profesionales en su empoderamiento para ser capaces de liderar su propio desarrollo profesional en el futuro, y dotarles en las titulaciones de Grado (en Medicina o Enfermería, en el caso de este trabajo) de las herramientas y estrategias adecuadas que les permitan continuar desarrollando el conocimiento propio de su disciplina. Sin embargo, las actividades orientadas de forma individual al abordaje del burnout y la mejora de la satisfacción laboral de los profesionales requieren no solo del compromiso individual de las personas que la reciben, sino también un compromiso institucional. Por ello podría considerarse oportuno el fomento del trabajo en equipos multidisciplinarios, más allá del trabajo meramente asistencial. Los programas de formación encaminados a la investigación, tanto en la formación de pregrado como en la formación continuada de profesionales ya titulados podrían considerar este aspecto como una oportunidad de mejora.

Por otro lado, la inclusión de los usuarios a la hora de plantear futuras líneas de investigación tanto a niveles generales (como es el caso de este trabajo), o bien en trabajos más específicos de patologías o servicios concretos, permitirían una unificación de criterios en las líneas de trabajo, orientadas a través de las necesidades sentidas de los usuarios. Esta línea de inclusión de los usuarios en espacios profesionales ha sido incluida ya en el espacio de los comités de bioética asistencial, por lo que su modelo y experiencia podría servir como modelo para las actividades investigadoras y docentes de los profesionales en el futuro. Esta inclusión de usuarios debería venir de la mano de la utilización de metodologías que combinen el abordaje cualitativo con el cuantitativo. Por ello se consideraría conveniente la ampliación de

los equipos de trabajo, con profesionales capaces de desarrollar trabajos de tipo cualitativo con la misma eficacia y rigor que los de tipo cuantitativo.

Finalmente, el seguimiento de los profesionales desde su formación de pregrado hasta su incorporación al mercado laboral y su posterior desarrollo profesional, requeriría de estudios longitudinales a largo plazo. Esto permitiría analizar los factores que favorezcan o impidan el desarrollo profesional, y que factores protectores de burnout pueden desarrollarse en la formación de pregrado, cuales precisan refuerzo posterior a través de la formación continuada y cuales son susceptibles de trabajarse únicamente tras finalizar la titulación académica. Este tipo de trabajo permitiría coordinar los criterios académicos en la formación de los profesionales en cuanto a los riesgos psicosociales derivados de la práctica profesional, con las propuestas de formación continuada ofertadas.

CONCLUSIONES

Conclusiones

1. Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis central de este trabajo “los valores de atención plena de los profesionales sanitarios se relacionan de forma directa con la concordancia de percepción de calidad entre profesionales y usuarios”. Se aprecia que aquellos profesionales con mayores valores de atención plena han mostrado una mayor concordancia entre sus resultados de calidad asistencial percibida, y los resultados de esta misma dimensión por parte de los usuarios.
2. La segunda hipótesis, concerniente a que “los valores de percepción de la calidad de los profesionales se encuentran relacionados directamente con los valores de atención plena de los profesionales” también ha podido ser confirmada. Esta investigación muestra la correlación positiva observada tanto de los valores de atención plena y los valores de calidad asistencial percibida por los profesionales.
3. La tercera hipótesis, referida a que “los valores de atención plena de los/as médicos/as y enfermeros/as del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) no presentan diferencias significativas según categorías profesionales, niveles de asistencia o sectores” ha sido confirmada al igual que las anteriores. Aquí, los valores de atención plena no han presentado diferencias entre las diferentes categorías profesionales, niveles asistenciales o sectores de salud analizados en el presente trabajo.
4. Ha sido encontrado un hallazgo no previsto que parece importante señalar y es el de las diferencias de género en el cuestionario de calidad percibida. La comparación por ítems de dicho cuestionario ha corroborado que, en los ítems en los que existían diferencias según el sexo de las personas encuestadas, las respuestas con peor puntuación media eran siempre las indicadas por el grupo de mujeres. Esto puede indicar la existencia de un sesgo de género bien en las relaciones asistenciales, o bien en los sistemas de evaluación de la calidad.
5. El análisis de los datos obtenidos en este trabajo ha permitido observar además, una influencia importante de la falta de desarrollo profesional en el aumento de la discrepancia de la calidad percibida por profesionales y usuarios. Sin embargo no se ha encontrado relación entre la máxima titulación académica y la calidad percibida de los profesionales. Es la implicación de los profesionales un factor clave en la búsqueda de la mejora de la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias

- Abbott, R.A., Whear, R., Rodgers, L.R., Bethel, A., Thompson Coon, J., Kuyken, W., Stein, K., Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 341-351.
- Abdi, S., Ghabeli, F., Abbasasl, Z. & Shakernagad S. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Reliability and Validity of Persian Version. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 4(55), 43-47.
- Aguado, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J., & García-Campayo, J. (2015). Bifactor analysis and construct validity of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in non-clinical Spanish samples. *Frontiers in Psychology*, 6, 404. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00404>
- Aibar Remón, C. & Aranaz Andrés, J.M. (2007). La seguridad del paciente: Una dimensión esencial de la calidad asistencial. En Aibar Remón, C. & Aranaz Andrés, J.M. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Albertson, E.R., Neff, K.D., & Dill-Shackleford, K.E. (2015). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Alfonsín-Serantes, C., & Viña-Vázquez, J. (2007). Grado de satisfacción en el paciente trasplantado de pulmón. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(1), 21-27.
- Alonso Fernandez, M., López López, A., Losada Baltar, A., & González Gutiérrez, J.L. (2013). Terapia de aceptación y compromiso y optimización selectiva con compensación para personas mayores con dolor crónico: un estudio piloto. *Psicología conductual*, 21(1), 59-79.

- Altarribas Bolsa, E. (2016). *Análisis del impacto y grado de implantación del sistema de gestión y calidad (norma iso 9001) en el entorno de los equipos de atención primaria de la comunidad autónoma de aragón*. (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Departamento de microbiología, medicina preventiva y salud pública.
- American Psychiatric Association (1995a). Trastornos de la conducta. En American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV* (pp. 553-565). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995b). Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. En American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV* (p. 719). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychological Association (2010). Work, Stress, and Health & Socioeconomic Status. [Online]. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/work-stress-health.aspx> [Acceso 1 Jun. 2016].
- American Psychological Association (2016). *Los distintos tipos de estrés*. [Online] Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx> [Acceso 1 Jun. 2016].
- Arch, J.J., & Craske, M.G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 495-505.
- Argimón Pallás, J.M., & Jiménez Villa, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Barcelona: Elsevier.
- Atanes, A.C.M., Andreoni, S., Hirayama, M.S., Montero-Marin, J., Barros V.V., Ronzani T.M., Kozasa E.H., Soler J., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M.M.P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15, 303.

- A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Powers, M.B., Smits, J.A.J., & Emmelkamp, P.M.G. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology*, 10(2), 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, K., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(27), 27-45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J.M.G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Baer, R.A., Walsh, E., & Lykins, E.L.B. (2009). Assessment of Mindfulness. En Didonna (ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 153-170). New York: Springer; 2009.
- Barajas, S., & Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud*. 25(1), 49-56.
- Barger, L.K., Cade, B.E., Ayas, N.T., Cronin, J.W., Rosner, B., Speizer, F.E., & Czeisler, C.A. (2005). Extended work shifts and risk of motor vehicle crashes among interns. *New England Journal of Medicine*, 352(2), 125-134.
- Barragán-Becerra, J.A., & Moreno, C.M. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*, 12(1), 217-230.
- Belzer, F., Schmidh, S., Lucius-Hoene, G., Schneider, J.F., Orellana-Rios, C.L., & Sauer, S. (2013). Challenging the Construct Validity of Mindfulness Assessment-a Cognitive Interview Study of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Mindfulness*, 4(1), 33-44.
- Benavides A.M., Moreno Jiménez, B., Garrosa, E., & González, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos. "El inventario de burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.

- Benito Oliver, E., Arranz Carrillo de Albornoz, P. & Cancio López, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC*, 18(2), 59-65.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2012). The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures: Existing Scales and Open Issues. *Mindfulness*, 4(3): 191-202.
- Berwick, D.M, James, B., & Coye, M.J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41(1 Suppl.), 30-38.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Blasco Gallego, J., Martínez Raga, J., Carrasco, E. & Didia Attas, J. (2008) Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M.E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S.L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S.H., Carroll, H.A., Harrop, E., Collins, S.E., Lustyk, M.K., & Larimer, M.E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B.D., Larimer, M.E., Blume, A.W., Parks, G.A., & Marlatt, G.A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Marlatt, G.A. (2007). The role of thought suppression in the relation between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2324-2328.

- Braña-Marcos, B., Carrera-Martínez, D., De La Villa-Santoveña, M., Avanzas-Fernández, S., Gracia-Corbato, M. & Vegas-Pardavila, E. (2011). Análisis de satisfacción en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama. Estudio multicéntrico en Servicios de Oncología. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(5), 306-314.
- Braña-Marcos, B., Carrera-Martínez, D., De La Villa-Santoveña, M., Avanzas-Fernández, S., Gracia-Corbato, M. & Vegas-Pardavila, E. (2012). Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama. Estudio multicéntrico. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(1), 30-37.
- Brook, R.H., McGlynn, E.A., & Cleary, P.D. (1996). Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 966-970.
- Brown, C.A., & Jones, A.K.P. (2010). Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: Electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. *Pain*, 150(3), 428-438.
- Brown, C.A., & Jones, A.K. (2013). Psychobiological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management program. *Clinical Journal of Pain*, 29(3), 233-244.
- Brown, J.W. (2007). Margaret A. Newman: Modelo de la salud como expansión de la conciencia. En Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (Coord.). *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 499-523). Barcelona: Elsevier.
- Brown, K.W. & 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.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-37.
- Brown, K.W., West, A.M., Loverich, T.M., & Biegel, G.M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023-1033.
- Buchheld, N., Grossman, P., Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg

- Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G.Z., & Hugh-Jones, S. (2016). How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress & Health*. En prensa
- Burch, V. (2015). *The mindful way to well being: the Breathworks approach*. Breathworks [sede web]. Manchester: Breathworks. Disponible en: http://www.breathworks-mindfulness.org.uk/PDF/Breathworks_mindfulness_article_Jan_2010.pdf [Acceso 25 de febrero de 2015].
- Caballero Martín, M.A., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R., & Caballero Martínez F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Calvete, E., Sampedro, A., & Orue, I. (2014). Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A) to assess the mindfulness trait in Spanish adolescents. *Psicología Conductual*, 22(2), 275-289.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(4), 276-279.
- Campo Osaba, M.A., Miguel Gil, B., Valdivieso Font, N., Cervós Majoral, M.T., & Faro Pérez, M.I. (2011). Mindfulness: conciencia plena y enfermería. En *Actualizaciones 2011. Enfermería Comunitaria*. Valencia: Difusión de Avances de Enfermería SL.
- Campos Bacas, D., Cebolla i Martí, A., & Rasal Cantó, P. (2015). Mindfulness estado, habilidades mindfulness y autocompasión en el aprendizaje de mindfulness: un estudio piloto. *Àgora de Salut*, 2, 225-233.
- Cardaciotto, L., Herbert, J.D., Forman, E.M., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 104-123.
- Carlson, L.E. (2012). Mindfulness-Based interventions for physical conditions: A narrative review evaluating levels of evidence. *ISRN Psychiatry*, 2012, 6

- Carlson, L.E. (2013). Mindfulness-based cancer recovery: The development of an evidence-based psychosocial oncology intervention. *Oncology exchange*, 12(2): 21-25.
- Carlson, L.E., & Brown, K.W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29–33.
- Carlson, L.E., Tamagawa, R., Stephen, J., Doll, R., Faris, P., Dirkse, D., Specia, M. (2014). Tailoring Mind-Body Therapies to Individual Needs: Patients' Program Preference and Psychological Traits as Moderators of the Effects of Mindfulness-Based Cancer Recovery and Supportive-Expressive Therapy in Distressed Breast Cancer Survivors. *JNCI Monographs*, 50, 308-314.
- Catak, P.D. (2012). The Turkish Version of Mindful Attention Awareness Scale: Preliminary Findings. *Mindfulness*, 3(1), 1-9.
- Cebolla, A. & Demarzo, M. (2014). ¿Qué es mindfulness? En Cebolla, A., García-Campayo, J., & Demarzo, M. (Coords.), *Mindfulness y Ciencia* (pp. 19-40). Madrid: Alianza Editorial.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Cebolla, A., Luciano, J.V., Demarzo, M.P., Navarro-Gil, M., & Garcia-Campayo, J. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the mindful attention awareness scale (MAAS) in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013; 11(6). Recuperado de <http://www.hqlo.com/content/11/1/6>
- Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society (2014). Jon Kabat-Zinn profile. Shrewsbury (MA): The Center for Mindfulness. Recuperado de <http://www.umassmed.edu/cfm/about-us/people/2-meet-our-faculty/kabat-zinn-profile/>
- Chadwick, P., Barnbrook, E., Newman-Taylor, K. (2007). Responding mindfully to distressing voices: links with meaning, affect and relationship with voice. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(5), 581–587.

- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4): 451-455.
- Chapman, A.L. (2006). Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(9), 62–68.
- Chiesa, A. (2012). The Difficulty of Defining Mindfulness: Current Thought and Critical Issues. *Mindfulness*, 4(3), 255-268.
- Council of Europe (1998). *Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17, adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1997, and explanatory memorandum*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Coyle, J., & Williams, B. (2000). An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1235-1243.
- Cramer, H., Haller, H., Lauche, R. & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 162.
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A. & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, 19(5), 343-352.
- Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2016). The changing nature of chronic care and coproduction of care between primary care professionals and patients with COPD and their informal caregivers. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 175-182.
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon. *Mindfulness*, 2(3), 186-193.

- Cusens, B., Duggan, G.B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks Mindfulness-Based Pain Management Programme: Effects on Well-Being and Multiple Measures of Mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 63-78.
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F.M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R.H., Kemeny, M., Karan, L., & Epel E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*, 651936.
- Davins i Miralles, J., Marquet i Palomer, R., & Gens i Barberà, M. (2014). Mejora continua de la calidad. La seguridad del paciente. En Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F., & Gené Badia, J. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Davis, K.M., Lau, M.A., & Cairns, D.R. (2009). Development and Preliminary Validation of a Trait Version of the Toronto Mindfulness Scale. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 29(3), 185-195.
- De Bruin, E.I., Zijlstra, B.J.H., Van de Weijer-Bergsma, E., & Bögels, S.M. (2011). The Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A): Psychometric Properties in a Dutch Sample. *Mindfulness*, 2(3), 201-211.
- De Man, S., Gemmel, P., Vlerick, P., Van Rijk, P. & Dierckx, R. (2002). Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 29(9), 1109-1117.
- Deng, Y.Q., Li, S., Tang, Y.Y., Zhu, L.H., Ryan, R., Brown, K. (2012). Psychometric Properties of the Chinese Translation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Mindfulness*, 3(1), 10-14.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1991). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México D.F.: La Prensa Mexicana.

- Dunn, R., Callahan, J.L., & Swift, J.K. (2013). Mindfulness as a Transtheoretical Clinical Process. *Psychotherapy*, 50(3), 312-315.
- Edelwich, J.E., & Brodsky, A. (1980). Burnout Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Science Press.
- European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (2016). *Second European Survey of Enterprise on New and Emerging Risks (ESENER-2). Overview Report: Managing Safety and Health at Work*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177–190.
- Feldman, L., Vivas, E., Lugli, Z., Alviarez, V., Pérez M.G., & Bustamante, S. (2007). La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(3), 133-140.
- Fialho Sim-Sim, M.M.S., Pimenta Marques, M.J., & Canaverde Saruga, C.A. (2014). The Patient Satisfaction Scale: Validation of a Portuguese Version in Woman Receiving Obstetric Care. *Journal of Health Science*, 2(11), 529-537.
- Fidalgo Vega, M. (2005a). *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fidalgo Vega, M. (2005b). *NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Figley C.R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner.

- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science & Medicine*, 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, 326(7391), 670-671.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Fottler, M.D., Ford, R.C., & Bach, S.A. (1997). Measuring patient satisfaction in healthcare organizations: qualitative and quantitative approaches. *Best Practices and Benchmarking Healthcare*, 2(6), 227-239.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30, 159-165.
- Galhardo A (2013). Coping with infertility: The Mindfulness Based Program for Infertility. En ESHRE Campus Symposium "Bringing evidence based innovations to your clinic"; 8 febrero 2013; Leuven, Bélgica.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. (2013a). Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertil Steril*, 100(4), 1059-1067.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013b). Developing mindfulness and acceptance skills in infertility: the Mindfulness Based Program for Infertility. En 1st World Congress of Children and Youth Behaviors / 4th National Congress on Health Education. Parallel sessions: Posters; 23-25 mayo 2013; Viseu, Portugal. *Aten Primaria*, 45(Espec Cong 1): 132-188.
- Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J, Matos M. (2013) Coping with Infertility: The Mindfulness Based Program for infertility. En Singh, N.N. (ed). First International Conference on Mindfulness: Conference proceedings; 8-12 mayo 2013; Roma, Italia. Italia: American Health & Wellness Institute.
- García, N., Roca, A., Carmona, A., & Olona, M. (2004). Síndrome de burnout en los equipos de enfermería de cuidados intensivos de Cataluña. *Metas de Enfermería*, 7(2), 6-12.
- Garcia-Campayo, J. (2008). La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 40(7), 363-366.

- García Campayo, J., & De Juan Ladrón, Y. (2006). *Psiquiatría Laboral*. Barcelona: Edika-Med.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Piva Demarzo, M.M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 4.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? En Germer, C.K., Siegel, R.D., Fulton, P.R. (Ed.) *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). New York: The Guilford Press.
- Gerrity, M.S. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care: a commentary. *Social Science and Medicine*, 52(2), 223-225.
- Gethin, R. (2011) On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263-279.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte P.R. (2011). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Gil-Monte, P.R., & Peiró, J. M. (1999) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Gilabert Senar, A. (1982). Las técnicas psicofisioterapéuticas de inspiración oriental para una psiquiatría en transformación. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 15(7), 387-409.
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (2014). The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A Contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 415-423.
- Gobierno de Aragón. (2010). *Encuesta de opinión de los usuarios de diversas áreas de atención sanitaria. Resultados 2009*. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón.

- Gobierno de Aragón. (2015). *Encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud en Aragón. Hospitales Generales de SALUD - Hospitalización. Informe de resultados 2014*. Zaragoza: Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.
- Gobierno de Aragón. (2016). *Encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud en Aragón. Atención Primaria. Informe de resultados 2015*. Zaragoza: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios, Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill Model of Nursing: A Practice Derived Model. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 51-61.
- Green, G. (1961). *A burnt-out case*. Nueva York: Viking Press; 1961.
- Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 405-408.
- 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: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, 23(4), 1034-1040.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Grow, J.C., Collins, S.E., Harrop, E.N., & Marlatt, G.A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors*, 40, 16-20.
- Guisado, J.A., & Vaz, F.J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(77), 27-32.
- Gunaratana, B.H. (2002). *Mindfulness in Plain English*. Sommerville: Wisdom Publications Inc.

- Halbesleben, J., & Demerouti, E. (2005): The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208-220.
- Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science Medicine*, 30(7), 811-818.
- Hanh, T.N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Hansen, E., Lundh, L.G., Homman, A., Wångby-Lundh, M. (2009). Measuring Mindfulness: Pilot Studies with the Swedish Versions of the Mindful Attention Awareness Scale and the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 2-15.
- Harris, R. (2009). Mindfulness without meditation. *Healthcare, Counselling and Psychotherapy Journal*, 9(4), 21-24.
- Harrison, S.L., Lee, A., Janaudis-Ferreira, T., Goldstein, R.S. & Brooks, D. (2015). Mindfulness in people with a respiratory diagnosis: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 348-355.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance and Relationship. En Hayes, S.C., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (eds.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 1-29). New York: The Guildford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303.
- Hayes, S.C., Masuda, A., De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*, 36(2), 69-96.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Heerena, A., Douilliez, C., Pescharda, V., Debrauwerea, L., & Philippota, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernán García, M., Gutiérrez Cuadra, J.L., Lineros González, C., Ruiz Barbosa, C., & Rabadán Asensio, A. (2002). Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Atención Primaria*, 30(7), 425-434.
- Hladschik-Kermer, B., Kierner, K.A., Heck, U., Miksovsky, A., Reiter, B., Zoidl, H., Medicus, E., Masel, E.K. & Watzke, H.H. (2013). Patients and staff perceptions of cancer patients' quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 70-74.
- Hidalgo Cabrera, M.C., Rodríguez Gómez-Lama, C., López Blanco, M., Moreno Abril., & Pulido Barba, M. (2011). Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo de parto. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(4), 251-255.
- Höfling, V., Ströhle, G., Michalak, J., Heidenreich, T. (2011). A short version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 639-645.
- Hou, J., Wong, S.Y., Lo, H.H., Mak, W.W., & Ma, H.S. (2014). Validation of a Chinese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Hong Kong and development of a short form. *Assessment*, 21(3), 363-371.
- Howland, L.C., & Bauer, S. (2015) The mindful nurse. *American nurse today*, 10(9), 12-13; 43.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington D.C.: National Academy Press.

- Instituto de Formación y Servicios Sociales. (2007). *Incidencia de la calidad en el sector servicios en Aragón*. Zaragoza: Instituto Aragonés de Empleo.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el control total de la calidad? La modalidad japonesa*. Bogotá: Editorial Norma.
- Jacobs, J., Cardaciotto, L., Block-Lerner, J., & McMahon, C. (2013). A pilot study of a single-session training to promote mindful eating. *Advances in Mind-Body Medicine*, 27(2), 18-23.
- Jáuregui Lobera, I. (2012). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 16, 1744-1751.
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21(4), 506-514.
- Johnson, C.J., Wiebe, J.S., & Morera, O.F. (2014). The Spanish Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Measurement Invariance and Psychometric Properties. *Mindfulness*, 5(5), 552-565.
- Jones, J.W., Barge, B.N., Steffy, B.D., Fay L.M., Kunz, L.K., & Wuebker, L.J. (1988). Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*, 73(4), 727-735.
- Jordan, C.H., Wang, W., Donatoni, L., Meier, B.P. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and individual Differences*, 68, 107-111.
- Jorge-Cerrudo, J., Ramón, J.M., Goday, A., González, S., Sánchez, P., Benaiges, D., Pera, M., & Grande, L. (2012). Estudio descriptivo de la mejora de la calidad percibida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras la implantación de una vía clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(4), 226-232.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Piatkus.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation: What It Is, What It Isn't, And It's Role In Health Care and Medicine. En Haruki, Y., Ishii, Y., Suzuki, M. (Ed.) *Comparative and Psychological Study on Meditation* (pp. 161-169). Delft: Eburon.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-90.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2(3), 159-173.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Gay Peterson, L., Fletcher, K., Pbert, L., Lenderking, W. & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kahn, J. (1990). *Gestión de la Calidad en los Centros Sanitarios*. Barcelona: S.G. Editores S.A.
- Kashdan, T.B., Afram, A., Brown, K.W., Birnbeck, M., & Drvoshanov, M. (2011). Curiosity enhances the role of mindfulness in reducing defensive responses to existential threat. *Personality and Individual Differences*, 50, 1227–1232.
- Katterman, S.N., Kleinman, B.M., Hood, M.M., Nackers, L.M., & Corsica, J.A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197-204.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E. & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
- Kiken, L.G., & Shook, N.J. (2012). Mindfulness and emotional distress: The role of negatively biased cognition. *Personality and Individual Differences*, 52, 329–333.
- King, I.M. (1984). *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. México D.F.: Limusa.
- Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness - Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224-230.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.L. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*, 11(4), e0152880.
- Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J., & 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.
- Kravitz, M. & Frey, M.A. (1989). The Allen Nursing Model. En Fitzpatrick J.J. & Whall, A.L. (Eds.). *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application* (pp. 313-329). Norwalk: Appleton & Lange.
- Kristeller, J., Peterson, L., Massion, A., Pbert, L., Miller, J. & Kabat-Zinn, J. (1990). Mindfulness-based stress reduction in the treatment of anxiety disorders: effectiveness and limitations. Presentada en el 1st International Congress of Behavioral Medicine. 28 junio, Uppsala (Suecia).
- Kristeller, J.L. & Hallett, C.B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363.

- Kristeller, J.L., & Wolever, R.Q. (2011) Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61.
- Kristeller, J.L., Wolever, R.Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Kuper, H., & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 147-153.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D. & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Lakey, C.E., Campbell, W.K., Brown, K.W., & Goodie, A.S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*, 43, 1698–1710.
- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Pickering, T.G., Warren, K., & Schwartz, J.E. (2003). Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(3), 206-215.
- Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Reading: Addison Wesley.
- Lau, M., Bishop, S., Segal, Z., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12): 1445-1467.
- Lauvergeon, S., Mettler, D., Burnand B., & Peytremann-Bridevaux, I. (2015). Convergences and divergences of diabetic patients' and healthcare professionals' opinions of care: a qualitative study. *Health Expectations*, 18(1), 111-123.

- Lavis, J.N., & Anderson, G.M. (1996). Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. *Canadian Medical Association Journal*, 154(3), 321-328.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leigh, J., Bowen, S., Marlatt, A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1335-1341.
- Li, G., Yuan, H. & Zhang, W. (2015). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 292-299.
- Linehan, M.M. (1984). *Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Parasuicidal Women: Treatment Manual*. Seattle: University of Washington.
- Linehan, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Loebach Wetherell, J., Petkus, A.J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E.S., Steiner, A.R.W., & Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 302-308.
- Loret de Mola Gubbins, A.M. (2014). *Confiabilidad y validez de constructo del FFMQ en un grupo de meditadores y no meditadores*. (Trabajo Fin de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas.
- Lutz, A., Dunne, J.D. & Davidson, R. (2007) Meditation and the Neuroscience of Consciousness: an introduction. En Zelazo, P.D., Moscovitch, M., Thompson, E. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Consciousness* (pp. 499-552). Cambridge: Cambridge University Press.

- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- MacKillop, J., & Anderson, E.J. (2007) Further Psychometric Validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 29(4), 289-293.
- Malach-Pines, A. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78-88.
- Mantzios, M., Wilson, J.C., Giannou, K. (2015). Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, 6(1), 123-132.
- Marenco-Arellano, V., Ferreira, L., Ramalle-Gómara, E., Crespo, A., Rupérez, A., & Fraile, E. (2016). Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el control del dolor del trabajo de parto. *Revista de Calidad Asistencial*. En prensa.
- Marshall, G.N., Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Wells, K.B. (1993). The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychological Assessment*, 5(4), 477-483.
- Marshall, G.N., & Hays, R.D. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)*. Santa Monica, CA: Rand. Disponible en: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>
- Martín-Arribas, M.C., Santiago-Santos, I., Rodríguez-Rodríguez, F., Moreno-Casbas, M.T., De Andrés-Copa, P., Casadevall-Doménech, A., González-María, E., Fernández-García, C., Quilchano-Gonzalo, B., Meneses-Jiménez, M.T., Flores-Pérez, L.A., Fraile-Calle, L., Amezcua-López, B. & Posada de la Paz, M. (2006). Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de Castilla y León. *Enfermería Clínica*, 16(3), 119-126.
- Martín Asuero, A., García de la Banda, G. & Benito Oliver, E. (2005). Reducción de estrés mediante atención plena: la técnica MBSR en la formación de profesionales de la salud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(139), 557-571.

- Marín Rubio, M.T., Álvarez González, Y., Hernández Campa, S., Larios Risco, D., & Rubio Casado, M. (2009). Calidad percibida y derechos de los pacientes. En Fernández Martín, J. (Cord.), *Manual de Calidad Asistencial* (pp. 417-440). Toledo: SESCAM Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981a). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981b). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Mateos, M., Dierssen-Sotos, T., Rodríguez-Cundín, M.P., Robles-García, M., & Llorca, J. (2009). Diferencias en la satisfacción percibida según el sexo en los pacientes ingresados en los hospitales del Servicio Cántabro de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(3), 104-108.
- McCracken, L.M., Boichat, C., & Eccleston, C. (2012). Training for General Practitioners in Opioid Prescribing for Chronic Pain Based on Practice Guidelines: A Randomized Pilot and Feasibility Trial. *The Journal of Pain*, 13(1), 32-40.
- McKnight, J., & Glass, D. (1995). Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 490-494.
- Medveded, O.N., Siegert, R.J., Feng, X.J., Billington, D.R., Jang, J.Y. & Krägeloh, C.U. (2016). Measuring Trait Mindfulness: How to Improve the Precision of the Mindful Attention Awareness Scale Using a Rasch Model. *Mindfulness*, 7(2), 384-395.
- Meirenheimer, C.G. (1992). *Improving quality: a guide to effective programs*. Maryland: Aspen Publications.

- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327–353.
- Meller, J.M., & Lamb, K. (2011). Mindfulness Meditation to Improve Care Quality and Quality of Life in Long-Term Care Settings. *Geriatric Nurse*, 32(2), 114-118.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(3), 200-208
- Miklowitz, D.J., Alatiq, Y., Goodwin, G.M., Geddes, J.R., Fennell, M.J.V., Dimidjian, S., Hauser, M. & Williams, J.M. (2009). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-382.
- Miller, J.J., Fletcher, K. & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Miller, L.H., Dell Smith A. & Rothstein L. (1994). *The Stress Solution: An Action Plan to Manage the Stress in Your Life*. New York City: Pocket Books.
- Mindfulness y Autocompasión – Programa MSC. (2012). Valencia: MINDFULNESS Y AUTOCOMPASIÓN ESPAÑA. Recuperado de <http://www.mindfulnessyautocompasion.org/index.html>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo – Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Mira, J.J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J.A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4(12), 8.

- Mira, J., Buil, J.A., Aranaz, J., Vitaller, J., Lorenzo, S., Ignacio, E., Rodríguez-Marín, J., Aguado, H., & Giménez, A. (2000). ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*, 14(4), 291-293.
- Mira, J.J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., & Moyano, S. (2001). Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4), 581-585.
- Miró, M.T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Mitmansgruber, H., Beck, T.N., & Schüßler, G. (2008). “Mindful helpers”: Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *Journal of Research in Personality*, 42, 1358–1363.
- Mitmansgruber, H., Beck, T.N., Höfer, S., & Schüßler G. (2009). When you don’t like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46, 448–453.
- Mohrena, D., Swaena, G., Kanta, I., Van Amelsvoorta, L., Bormb, P., & Galamac, J. (2003). Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 201-208.
- Moix Queraltó, J. & Casado, M.I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Molina, J.M., Ábalos, F., & Jiménez, I. (2005). Burnout en enfermería y atención hospitalaria. *Enfermería Clínica* 15(5), 275-282.
- Mompart García, M.P., & Durán Escribano, M. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. En Mompart, M.P. (Coord.), *Administración de los servicios de Enfermería* (pp. 141-171). Barcelona: Masson.
- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J., García-Caballero, J., & Herruzo, R. (2003) *Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción*. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(5): 263-271.

- Montes, S.A., Ledesma, R.D., García, N.M., & Poó, F.M. (2014). The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in an Argentine Population. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 43-51.
- Montero Marín, J. (2013). *The "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" (BCSQ-36/BCSQ-12): A new definition of burnout through a differential characterization of the syndrome*. (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología.
- Montero-Marín, J., Araya, R., Oliván Blázquez, B., Skapinakis, P., Martínez Vizcaíno, V. & García-Campayo, J. (2012). Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. *BMC Public Health*, 12, 922.
- Montero-Marín, J., Demarzo, M.M.P., Stapinski, L., Gili, M., & García-Campayo, J. (2014). Perceived Stress Latent Factors and the Burnout Subtypes: A Structural Model in Dental Students. *Plos One*, 9(6), e99765.
- Montero-Marín, J., Gaete, J., Demarzo, M., Rodero, B., Serrano Lopez, L.C., & García-Campayo, J. (2016). Self-Criticism: A Measure of Uncompassionate Behaviors Toward the Self, Based on the Negative Components of the Self-Compassion Scale. *Front. Psychol*, 7, 1281.
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mosquera Mera, D. & Lopez del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4(31).
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health*, 10, 302.
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Fajó-Pascual, M., Carrasco, J.M., Gascón, S., Gili, M., & Mayoral-Cleries, F. (2011). Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry*, 11, 49.
- Montero-Marín, J., Monticelli, F., Casas, M., Roman, A., Tomas, I., Gili, M., & García-Campayo, J. (2011). Burnout syndrome among dental students: a short version of the

- "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Medical Education*, 11, 103.
- Montero-Marín, J., Skapinakis, P., Araya, R., Gili, M. & García-Campayo, J. (2011). Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: Development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" (BCSQ-12). *Health Qual Life Outcomes*, 9, 74. doi: 10.1186/1477-7525-9-74.
- Montero-Marín, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Demarzo, M.M., Trenc, P., & García-Campayo, J. (2016). Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLoS One* 11(6): e0157499.
- Moore Schaefer, K. (2007). Myra Estrin Levine. El modelo de conservación. En Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (Coord.). *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 237-243). Barcelona: Elsevier.
- Moreno Jiménez, B., Garrosa, E., & González, J.L. (2000a). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3(1), 18-28.
- Moreno Jiménez, B; Garrosa, E; González, J.L. (2000b). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado. *El CBP-R. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(1), 341-349.
- Mukherjee, P.N. (2006). *Total Quality Management*. New Delhi: Prentice-Hall.
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2016). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*. En prensa.
- Nagy, S., & Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2): 523-531.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90*. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Neff, K. (2003a) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.
- Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Health Psychology*, 69(1): 28-44.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman systems model*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Newman, M.A. (1994). *Health as expanding consciousness*. New York: National League for Nursing Press.
- NHS. (1998). *A First Class Service-Quality in the new NHS*. London: Department of Health.
- Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the French version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment*, 17(2), 197-205.
- Nightingale, F. (2004). *Notas de enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson.
- Nutting, P.A. (1991). *Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Guía para clínicos*. Barcelona: SG Editores.
- O’Connell, C.E., & Korabik, K. (2000). Sexual harassment: The relationship of personal vulnerability, work context, perpetrator status, and type of harassment to outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 56(3), 299-329.
- Olivares Faúndez, V.E., & Gil-Monte, P.R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(33), 160-167.
- Olson, D. P., & Windish, D.M. Communication Discrepancies Between Physicians and Hospitalized Patients. *Archives of Internal Medicine*, 170(15), 1302-1307.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orkaizagirre Gómara, A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Departamento de fisiatría y enfermería.
- Orlando, I.J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of professional nursing practice*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Papastavrou, E. (2011). Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and correlational Study in Six European Countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 341-350.
- Parra-Delgado, M. (2011). *Eficacia de la Terapia Cognitiva-Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con Fibromialgia* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha.
- Parse R.R. (1993). Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 6, 12.
- Parse, R.R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks: Sage.
- Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.
- Pérez, M.A., & Botella, L. (2006). Conciencia Plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 77-120.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B., Ball, J.R. (2011). Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 126-132.

- Peterson, U., Bergström, G., Demerouti, E., Gustavsson, P., Asberg, M., & Nygren, A. (2011). Burnout Levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(7), 788-793.
- Phillips, K.D. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (Coord.). *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 353-384). Barcelona: Elsevier.
- Pierson, H., & Hayes, S.C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. En Gilbert, P., & Leahy, R. (Eds.). *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R.C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control. *Safety and Health at Work*, 5, 152e157.
- Purser, R., & Loy, D. (2013). *Beyond McMindfulness*. The Huffington Post [internet]. 1 de julio de 2013; [acceso 19 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/ron-purser/beyond-mcmindfulness_b_3519289.html
- Radey, M., & Figley, C. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214.
- Radoń, S. (2014a). Construction and validation of the polish version of Mindful Attention Awareness Scale. *Studia psychologica*, 14(1), 51-70.
- Radoń S (2014b). Validation of the polish adaptation of the five facet mindfulness questionnaire. *Roczniki Psychologiczne*, 17(4), 711-758.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Rakovec-Felser, Z. (2011). Professional burnout as the state and process-what to do? *Collegium Antropologicum*, 35(2), 577-585.

- Real Academia Española. (2014). Calidad. En *Diccionario de la lengua española* (23^a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=meditar> [Acceso 1 Jun. 2016].
- Redmond, G.M. & Sorrell, J.M. (1999). Studying patients satisfaction: patient voices of quality. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 67-72.
- Rhys-Davids, T.W. (1881). *Buddhist suttas*. Oxford: Clearendon Press.
- Riehl-Sisca, J. (1992). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma, D.L.
- Rizvi, S.L., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3(1), 64-69.
- Rodrigo-Rincón, I. Goñi-Girones, E., Serra-Arbeloa, P., Martínez-Lozano, M.E. & Reyes-Pérez, M. (2015) Discrepancies on quiality perceived by the patients versus professionals on the quality of a nuclear medicine department. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*, 34(2), 102-106.
- Rogers, M.E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Romeu Labayen, M. & Ramal Márquez, A.P. (2009). Técnica de "conciencia plena" (mindfulness) en la práctica enfermera de salud mental. *Presencia*, 5(10). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n10/p0153.php>
- Romero Hernández, M.E., Carballo Pérez, E., Gutiérrez Martínez, I., González Moreno, M.D., García Gómez, A., Albar Marín, M.J., & Algaba Piña, S. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, 14(5), 281-285.
- Roy, C., & Andrews, H.A. (1999). *The Roy adaptation model*. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.
- Ruiz, F.J. Suárez-Falcón, J.C., & Riaño-Hernández D. (2016). Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates. *Suma Psicológica*, 23, 18-24.

- Ruiz Moruno, A.J., Cantalapiedra Santiago, J.A., Sanz García, F., & Fernández Martín, J. (2009). El cliente interno. En Fernández Martín, J. (Cord.), *Manual de Calidad Asistencial* (pp. 493-506). Toledo: SESCAM Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
- Saedy, M., Kooshki, S., Jamali Firouzabadi, M., Emamipour, S., & Rezaei Ardani, A. (2015). Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on Anxiety and Depression among Patients on Methadone Treatment: A Pilot Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(1): e222.
- Sainz, A., Martínez, J.R. & Estévez, J. (2003). Informe del usuario frente a SERVQHOS. Dos formas distintas de escuchar la voz de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(4), 229-234.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207.
- Santorelli, S.F. (2014). *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Standards of practice* [internet]. Shrewsbury (MA): The Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society. [citado 14 nov 2015]. Disponible en: www.umassmed.edu/contentassets/24cd221488584125835e2eddce7dbb89/mbsr_standards_of_practice_2014.pdf
- Sauer, S., Lemke, J., Wittmann, M., Kohls, N., Mochty, U., & Walach, H. (2012). How long is now for mindfulness meditators? *Personality and Individual Differences*, 52, 750–754.
- Sauer, S., Walach, H., Offenbächer, M., Lynch, S., & Kohls, N. (2011). Measuring Mindfulness: A Rasch Analysis of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Religions*, 2(4), 693-706.
- Savicki, V., Cooley, E., & Gjesvold, J. (2003). Harassment as a predictor of job burnout in correctional officers. *Criminal Justice and Behavior*, 30(5), 602-619.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.

- Schaufeli, W., Martínez, I., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross - Cultural Psychology*, 33(5), 464-481.
- Schmidt, C., & Vinet, E.V. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 33(2), 93-101.
- Schmieding, N.J. (1993). *Ida Jean Orlando: A nursing process theory*. Newbury Park: Sage Publications.
- Schroevers, M., Nyklíček, I., & Topman, R. (2008). Validatie van de Nederlandstalige versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Gedragstherapie*, 41(3), 225-240.
- Seema, R., Quaglia, J.T., Brown, K.W., Sircova, A., Konstabel, K., Baltin, A. (2015). The Estonian Mindful Attention Awareness Scale: Assessing Mindfulness Without a Distinct Linguistic Present Tense. *Mindfulness*, 6(4), 759-766.
- Segal, Z.V., Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Seidman, S.A. & Zager, J. (1986). A study of coping behaviors and teacher burnout. *Work & Stress*, 5(3), 205-216.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: Tea Ediciones S.A.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sharpe, V.A., & Faden, A.I. (1996). Appropriateness in patient care: a new conceptual framework. *The Milbank Quarterly*, 74(1), 115-138.
- Shaw, C.D. & Kalo, I. (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen: World Health Organization.
- Shearin, E.N., & Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s379), 61-68.

- Sheiner, E.K., Sheiner, E., Carel, R., Potashnik, G., & Shoham-Vardi, I. (2002). Potential association between male infertility and occupational psychological stress. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 44(12), 1093-1099.
- Shirley, E., Josephson, G., & Sanders, J. (2016). Fundamentals of patient satisfaction measurement. *Physician Leadership Journal*, 3(1), 12-17.
- Shirom, A. (2003) Job-related burnout. En Quick J.S., Tetrick L.E. (Eds.) *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-265). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout and health review: current knowledge and future research directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269–308.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M.D. (2013). Mindfulness-based interventions: towards mindful clinical integration. *Frontiers in Psychology*, 18(4), 194.
- Siegling, A.B., & Petrides, K.V. (2016). Zeroing In on Mindfulness Facets: Similarities, Validity and Dimensionality across Three Independent Measures. *PLoS One*, 11(4), e0153073.
- Sitzman, K.L. (2002). Interbeing and Mindfulness A Bridge to Understanding Jean Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Education Perspective*, 23(2), 118-123.
- Simón, V.M. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 5-30.
- Smeets, E., & Neff, K.D., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial (2015). *¿Quiénes Somos?* [Online]. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/quienes-somos/> [Acceso 1 Jun. 2016].
- Soler, J. (2014). Evaluación del Mindfulness. En Cebolla, A., García-Campayo, J., Demarzo, M. (Coord.). *Mindfulness y Ciencia* (pp. 41-63). Madrid: Alianza Editorial.

- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Soriano, J., Alvarez, E., & Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la version Española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 18-25.
- Staniszewska, S., & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 364-372.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2012). Development and Validation of the Japanese Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3(2), 85-94.
- Suhonen, R., Leino-Klipi, H., Välimäki, M., & Kim, H.S. (2007). The Patient Satisfaction Scale-An Empirical Investigation into the Finnish Adaptation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 31-38.
- Suñol, R., Aliaga, L., Delgado, R., & Villar-Landeira, J.M. (1985). Control de calidad en anestesia: sugerencias para su implementación. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 32(Sup1), 86-92.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeaway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-623.
- Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Portella, M.J., Trujols, J., Soriano, J., Pérez, V., & Soler, J (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 157-165.
- The Pali Text Society. (2015). About the Pali Text Society. Melksham: The Pali Text Society. Recuperado de <http://www.palitext.com/>
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The Association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: Creactive protein

- and fibrinogen in men and women. *Journal Occupational Health Psychology*, 10(4), 344-362.
- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., & Granell-Navas, S. (2010). Burnout syndrome and suicide risk among primary care nurses. *Enfermería Clínica*, 20(3), 173-178.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R., & Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 31, 18-27.
- Tsuchida Fernández, M.B., Bandrés Sánchez, M.P., & Guevara Linares, X. (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico-paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Revista Médica Herediana*, 14(4), 175-180.
- Turris, S.A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 293-298.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.
- University of Cambridge (2014). *Effects of Work-Related Stress* [Online]. Human Resources Office, University of Cambridge. Disponible en <http://www.admin.cam.ac.uk/offices/hr/policy/stress/effects.html> [Acceso 1 Sept. 2016].
- Urcola-Pardo, F., Oliván-Blazquez, B., Germán-Bes, C., Pérez-Yus MC, & García-Campayo, J. (2016). Terminología mindfulness en la literatura científica española: expresiones y definiciones utilizadas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 155-156.
- Valente, S.M., & Bullough, V. (2004). Sexual harassment of nurses in the workplace. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 234-241.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.

- Van Bruinessen, I.G., Van Der Hout, L.E., Van Weel-Baumgarten, E.M., Gouw, H., Zijlstra, J.M. & Van Dulmen, S. (2016). Communication during haematological consultations; patients' preferences and professionals' performances. *Annals of Hematology*, 95(7), 1177-1183.
- Van Dam, N., Earleywine, M., Borders, A. (2010). Measuring mindfulness? An Item Response Theory analysis of the Mindful Attention Awareness Scale. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 805-810.
- Vargas de Barros, V., Kozasa, E.H., Weiss de Souza, I.C., Ronzani, T.M. (2014). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 317-327.
- Vargas de Barros, V., Kozasa, E.H., Weiss de Souza, I.C., Ronzani, T.M. (2015). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28 (1), 87-95.
- Varo, J. (1994). ¿Qué es la calidad? En Varo, J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria* (pp. 3-36). Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Veehof, M.M., Ten Klooster, P.M., Taal, E., Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2011). Psychometric properties of the Dutch Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30(8), 1045-1054.
- Vilà Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernas, F., Creixell Sureda, J., González López, M.P., & Davins Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo de los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt S. (2006). Measuring mindfulness-the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555.
- Waldow, V.R. (2008). *Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería*. Mexico DF: Editorial Nueva Palabra.
- Wallace, J.E., Lemaire, J.B., & Ghali, W.A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714-1721.

- Walsh, J.J., Balint, M.G., Smolira, D.R., Fredericksen, L.M., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46, 94–99.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care – A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Weigl, M., Hormung, S., Angerer, P., Siegrist, J. & Glaser, J. (2013). The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC Health Services Research*, 13, 401.
- Weigl, M., Schneider, A., Hoffman, F., & Angerer, P. (2015). Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *European Journal of Pediatrics*, 174(9), 1237-1246.
- Weinstein, N., Brown, K.W., & 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, 374–385.
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2): 282-294.
- Winbush, N.Y., Gross, C.R. & Kreitzer, M.J. (2007). The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore*, 3(6), 585-591.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S.H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Greenfield, B.L., & Bowen, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2821-2846.
- Wolff, H. G. (1953). *Stress and disease*. Springfield (EEUU): Thomas.
- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization 2000.
- Yang, Y., Liu, Y.H. & Liu, J.Y. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 283-294.

- Zainal, N.Z., Booth, S. & Huppert, F.A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology*, 22(7), 1457-1465.
- Zeidan, F., Gordon, N.S., Merchant, J., & Goolkasian, P. (2010). The Effects of Brief Mindfulness Meditation Training on Experimentally Induced Pain. *Journal of Pain*, 11(3), 199-209.
- Zeller, J.M., & Lamb, K. (2011). Mindfulness Meditation to Improve Care Quality and Quality of Life in Long-Term Care Settings. *Geriatric Nursing*, 32(2), 114-118.
- Zubiaga Terrón, F. (2016). *Aplicación del cuestionario de subtipos clínicos de Burnout BCSQ-36 en personal de atención primaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología.

ANEXO 1

Dictamen favorable Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón

28 de enero de 2015

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 28/01/2015, Acta Nº 02/2015 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: ATENCIÓN PLENA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, Y RELACIÓN CON LA CALIDAD PERCIBIDA POR PROFESIONALES Y USUARIOS.

Investigador Principal: Fernando Urcola Pardo. Universidad de Zaragoza

Versión protocolo: v 19/11/2014

Versión hoja de información para los profesionales (HIPProf-v.1), de 03/12/2014

Versión hoja de información para los pacientes (HIP-v.1), de 03/12/2014

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el tratamiento de los datos y la información a los participantes.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 28 de enero de 2015

Fdo:


Dña. María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO 2
Hoja de información al profesional

Estimado/a Sr./Sra.:

Me dirijo a usted con motivo de la realización del trabajo de campo de mi tesis doctoral en Ciencias de la Salud, amparada en el departamento de Fisiatría y Enfermería de la Universidad de Zaragoza, y dirigida por la Dra. Concepción Germán Bes y el Dr. José Javier García Campayo.

Por esta razón nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración en esta investigación. El objetivo de la misma es analizar una serie de factores para en última instancia, ser capaces de proponer actividades de mejora para la salud laboral que puedan contribuir a una mejora en la asistencia a los usuarios. Para su realización solo es necesario que nos facilite su respuesta a los cuestionarios que a continuación se le facilitan.

Por supuesto, su colaboración es totalmente voluntaria y completamente anónima. Asimismo, se garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma confidencial, sin forma de relacionarlas con su identidad en ningún caso.

A la finalización del trabajo, estaré encantado de compartir los resultados obtenidos con las personas que así lo soliciten, bien indicándoles fecha y hora del acto de lectura de tesis, o bien de forma personal.

Ante cualquier problema o duda que pueda surgirle, no dude en contactar conmigo, bien por vía telefónica o bien por correo electrónico, mediante las señas que encontrará en este mismo documento.

Agradeciendo sinceramente su interés al leer este documento, y la atención hacia este trabajo, le envía un cordial saludo



Fernando Urcola Pardo

Tfno. contacto: 696 878 121
eMail: furcola@unizar.es

ANEXO 3
Hoja de información al paciente

Estimado/a Sr./Sra.:

Me dirijo a usted con motivo de la realización del trabajo de campo de mi tesis doctoral en Ciencias de la Salud, amparada en el departamento de Fisiatría y Enfermería de la Universidad de Zaragoza, y dirigida por la Dra. Concepción Germán Bes y el Dr. José Javier García Campayo.

Por esta razón nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración en esta investigación. Para su realización solo es necesario que nos facilite su respuesta al cuestionario que se le facilita.

Por supuesto, su colaboración es totalmente voluntaria y completamente anónima. Asimismo, se garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma confidencial, sin forma de relacionarlas con su identidad en ningún caso.

A la finalización del trabajo, estaré encantado de compartir los resultados obtenidos con las personas que así lo soliciten, bien indicándoles fecha y hora del acto de lectura de tesis, o bien de forma personal.

Ante cualquier problema o duda que pueda surgirle, no dude en contactar conmigo, bien por vía telefónica o bien por correo electrónico, mediante las señas que encontrará en este mismo documento.

Agradeciendo sinceramente su interés al leer este documento, y la atención hacia este trabajo, le envía un cordial saludo



Fernando Urcola Pardo

Tfno. contacto: 696 878 121
eMail: furcola@unizar.es

ANEXO 4

***Cuestionario SERVQHOS dirigido al profesional
de atención hospitalaria***

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Basándose en la experiencia de sus pacientes, señale si la calidad de la asistencia sanitaria que ha proporcionado el hospital en el que trabaja ha sido mejor o peor de lo que Vd. cree que los pacientes esperaban. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO PEOR** de lo que esperaban ponga una X en la casilla 1. Si ha sido **MUCHO MEJOR** de lo que esperaban, ponga la X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el hospital...					
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme del personal) ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Realizo mi trabajo en el servicio de

Los ingresos suelen producirse

Programados

☐

Por vía de urgencias

☐

NO OLVIDE CONTESTAR LAS DOS CARAS DEL CUESTIONARIO

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique el nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que considera que han recibido sus pacientes durante su estancia en el hospital

Muy satisfechos ☐

Satisfechos ☐

Poco satisfechos ☐

Nada satisfechos ☐

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo ☐

Tengo dudas ☐

Nunca ☐

¿Cree que les han realizado pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

SI ☐

NO ☐

A su juicio, los pacientes han estado ingresados en el hospital

Menos de lo necesario ☐

El tiempo necesario ☐

Más de lo necesario ☐

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

SI ☐

NO ☐

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

SI ☐

NO ☐

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

SI ☐

NO ☐

Utilice este espacio si desea realizar alguna sugerencia

ANEXO 5

***Cuestionario SERVQHOS dirigido al profesional
de atención primaria***

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Basándose en la experiencia de sus pacientes durante el último año, señale si la calidad de la asistencia sanitaria que ha proporcionado el centro en el que trabaja ha sido mejor o peor de lo que Vd. cree que los pacientes esperaban. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO PEOR** de lo que esperaban ponga una X en la casilla 1. Si ha sido **MUCHO MEJOR** de lo que esperaban, ponga la X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el centro de salud...					
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme del personal) ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el centro han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las estancias del centro (apariencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Realizo mi trabajo en el centro de salud

Las visitas suelen ser

Programadas

☐

De urgencias

☐

NO OLVIDE CONTESTAR LAS DOS CARAS DEL CUESTIONARIO

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique el nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que considera que han recibido sus pacientes durante su estancia en el hospital

Muy satisfechos ☐

Satisfechos ☐

Poco satisfechos ☐

Nada satisfechos ☐

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo ☐

Tengo dudas ☐

Nunca ☐

¿Cree que les han realizado pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

SI ☐

NO ☐

A su juicio, los pacientes han estado ingresados en el hospital

Menos de lo necesario ☐

El tiempo necesario ☐

Más de lo necesario ☐

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

SI ☐

NO ☐

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

SI ☐

NO ☐

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

SI ☐

NO ☐

Utilice este espacio si desea realizar alguna sugerencia

ANEXO 6
Escala MAAS

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre su experiencia en el día a día. Usando la escala de 1-6 como se le indica, por favor, indique cuan frecuentes o infrecuentes son dichas experiencias. Por favor, conteste en concordancia con lo que realmente sucede en la experiencia, más que de acuerdo a lo que cree que debiera ser. Trate cada afirmación individualmente del resto. Por favor, **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca

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

ANEXO 7

Dimensión de aceptación de la escala PHLMS

A continuación, por favor, señale con qué frecuencia ha experimentado cada una de estas sentencias *durante la última semana*

1. Intento distraerme cuando siento emociones desagradables

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

2. Hay aspectos sobre mi mismo en los que no quiero pensar

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

3. Intento mantenerme ocupado/a para evitar que pensamientos y sentimientos me vengan a la cabeza

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

4. Ojalá pudiera controlar mis emociones fácilmente

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

5. Me digo a mi mismo/a que no debería tener determinados pensamientos

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

6. Hay cosas en las que intento no pensar

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

7. Me digo a mi mismo/a que no debería sentirme triste

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

8. Si hay algo en lo que no quiero pensar, intentaré muchas cosas para quitármelo de la cabeza

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

9. Trato de sacar mis problemas fuera de mi mente

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

10. Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

ANEXO 8
Cuestionario BCSQ-12

A continuación se presentan una serie de enunciados que indican vivencias que puede experimentar en el trabajo. Lea cada frase con atención y señale con una X la opción que mejor represente cómo se siente, lo que hace o lo que piensa respecto a su actividad laboral. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Creo que invierto más de lo saludables en mi dedicación al trabajo	1	2	3	4	5	6	7
2. Me gustaría dedicarme a otro trabajo que planteara mayores desafíos a mi capacidad	1	2	3	4	5	6	7
3. Cuando las cosas del trabajo no salen del todo bien dejo de esforzarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que mi actividad laboral es un freno para el desarrollo de mis capacidades	1	2	3	4	5	6	7
6. Me rindo como respuesta a las dificultades en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
7. Arriesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
8. Me gustaría desempeñar otro trabajo en el que pudiera desarrollar mejor mi talento	1	2	3	4	5	6	7
9. Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
10. Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del trabajo	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi trabajo no me ofrece oportunidades para el desarrollo de mis aptitudes	1	2	3	4	5	6	7
12. Cuando el esfuerzo invertido en el trabajo no es suficiente, me doy por vencido	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 9
Escala SCS-SF

CÓMO SUELO ACTUAR CONMIGO MISMO/A EN MOMENTOS DIFÍCILES

Por favor, antes de responder, lea atentamente las siguientes afirmaciones. A la izquierda de cada ítem, indique con qué frecuencia actúa en la forma señalada, empleando la siguiente escala:

Casi Nunca					Casi siempre	
1	2	3	4	5		

_____ SC1. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.

_____ SC2. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

_____ SC3. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

_____ SC4. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.

_____ SC5. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.

_____ SC6. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.

_____ SC7. Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.

_____ SC8. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

_____ SC9. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.

_____ SC10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.

_____ SC11. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

_____ SC12. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

ANEXO 10

Variables sociodemográficas y laborales de los/as profesionales

Sexo Hombre ☐ Edad años
 Mujer ☐

Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐

¿Tiene hijos/as? Si ☐
No ☐ N° de hijos/as

¿Tiene a su cargo personas dependientes?

Si	
No	

Nº de personas dependientes

Hijos/as menores Ancianos/as Personas con discapacidad

Los ingresos mensuales en su hogar son de aproximadamente veces el SMI

Diplomatura ☐ Grado ☐ Licenciatura ☐ Máster ☐ Doctorado ☐

Indique a continuación su profesión

Medicina	
Enfermería	

Lleva ejerciendo meses

¿Trabaja a turnos y/o hace guardias?

Si	
No	

Su trabajo es a tiempo

Completo	
Parcial	

Sustitución ☐ Interinidad ☐ Plantilla fija ☐ Residente ☐

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 11

Cuestionario dirigido a pacientes hospitalizados

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Basándose en su experiencia señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el Hospital ha sido mejor o peor de lo que Vd. esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO PEOR** de lo que esperaba ponga una X en la casilla 1. Si ha sido **MUCHO MEJOR** de lo que esperaba, ponga la X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el hospital...					
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme del personal) ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Durante su ingreso ha estado en el servicio de

El ingreso se produjo

Programado

☐

Por vía de urgencias

☐

Número de veces que ha estado ingresado/a en el hospital en el último año:

NO OLVIDE CONTESTAR LAS DOS CARAS DEL CUESTIONARIO

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Poco satisfecho ☐ Nada satisfecho ☐

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo ☐ Tengo dudas ☐ Nunca ☐

¿Le han realizado pruebas o intervenciones sin pedir su permiso? SI ☐ NO ☐

A su juicio, ¿ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario ☐ El tiempo necesario ☐ Más de lo necesario ☐

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente? SI ☐ NO ☐

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente? SI ☐ NO ☐

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba? SI ☐ NO ☐

Por favor, rellene las siguientes casillas

Edad	años	Indique si es	HOMBRE <input type="checkbox"/>	Estado civil	Casado/a <input type="checkbox"/>
			MUJER <input type="checkbox"/>		Soltero/a <input type="checkbox"/>
					Viudo/a <input type="checkbox"/>
					Separado/a <input type="checkbox"/>

Estudios concluidos

Sin estudios ☐ Primarios ☐ Bachiller ☐ Universitarios ☐

Actividad actual

Jubilado/a ☐ En paro ☐ Trabajando ☐ Ama/o de casa ☐ Estudiante ☐

Utilice este espacio si desea realizar alguna sugerencia

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 12

Cuestionario dirigido a pacientes de atención primaria

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Basándose en su experiencia durante el último año, señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado su centro de salud ha sido mejor o peor de lo que Vd. esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO PEOR** de lo que esperaba ponga una **X** en la casilla 1. Si ha sido **MUCHO MEJOR** de lo que esperaba, ponga la **X** en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el centro de salud...					
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme del personal) ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el centro han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las estancias del centro (apariciencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Es atendido habitualmente en el centro de salud

Mis visitas suelen ser

Programadas

☐

De urgencias

☐

Número de veces que ha sido visitado en el centro en el último año:

NO OLVIDE CONTESTAR LAS DOS CARAS DEL CUESTIONARIO

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su atención en el centro

Muy satisfecho ☐

Satisfecho ☐

Poco satisfecho ☐

Nada satisfecho ☐

Recomendaría este centro a otras personas

Sin dudarlo ☐

Tengo dudas ☐

Nunca ☐

¿Le han realizado pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

SI ☐

NO ☐

A su juicio, ¿ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario ☐

El tiempo necesario ☐

Más de lo necesario ☐

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

SI ☐

NO ☐

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

SI ☐

NO ☐

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

SI ☐

NO ☐

Por favor, rellene las siguientes casillas

Edad

años

Indique si es

HOMBRE ☐

Estado civil

Casado/a

☐

MUJER ☐

Soltero/a

☐

Viudo/a

☐

Separado/a

☐

Estudios concluidos

Sin estudios ☐

Primarios ☐

Bachiller ☐

Universitarios ☐

Actividad actual

Jubilado/a ☐

En paro ☐

Trabajando ☐

Ama/o de casa ☐

Estudiante ☐

Utilice este espacio si desea realizar alguna sugerencia

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 13

Factura copistería Crisbi S.C.

COPISTERIA CRISBRI S.C

C/PEDRO CERBUNA 7
50009 ZARAGOZA
J22393839

FACTURA

CLIENTE

FERNANDO URCOLA PARDO
C/ Duquesa Villahermosa, 39
50009 ZARAGOZA
72979103B

000063

Número 1400094

Fecha 15/04/2015

Pág. 1

Código	Descripción	Cant.	Precio/u	Dto.	%I	Importe
	Fotocopias	1	49,9669	0	21	49,97

Descuento
%

Base Imponible	%	IVA	%	RE
49,97	21	10,49	0	0,00

TOTAL
60,46 Euros

FORMA DE PAGO:
DOMICILIACIÓN:
C.C.C.:

VENCIMIENTOS:

Fecha Concepto Importe

ANEXO 14

Tablas referenciadas en la sección de resultados

Tabla 1: Análisis de fiabilidad de la escala MAAS

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MAAS1	0,874
MAAS2	0,879
MAAS3	0,873
MAAS4	0,872
MAAS5	0,874
MAAS6	0,889
MAAS7	0,866
MAAS8	0,866
MAAS9	0,868
MAAS10	0,863
MAAS11	0,871
MAAS12	0,867
MAAS13	0,882
MAAS14	0,863
MAAS15	0,872

Tabla 2: Análisis de fiabilidad de la escala PHLMS

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
PHLMS1	0,605
PHLMS2	0,591
PHLMS3	0,667
PHLMS4	0,623
PHLMS5	0,619
PHLMS6	0,596
PHLMS7	0,625
PHLMS8	0,625
PHLMS9	0,659
PHLMS10	0,658

Tabla 3: Análisis de fiabilidad del cuestionario BCSQ-12

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BCSQ1	0,856
BCSQ2	0,827
BCSQ3	0,833
BCSQ4	0,807
BCSQ5	0,812
BCSQ6	0,827
BCSQ7	0,820
BCSQ8	0,816
BCSQ9	0,816
BCSQ10	0,826
BCSQ11	0,818
BCSQ12	0,821

Tabla 4: Fiabilidad de la dimensión “sobrecarga” del cuestionario BCSQ-12

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BCSQ1	0,808
BCSQ4	0,548
BCSQ7	0,406
BCSQ10	0,410

Tabla 5: Fiabilidad de la dimensión “falta de desarrollo” del cuestionario BCSQ-12

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BCSQ2	0,861
BCSQ5	0,795
BCSQ8	0,684
BCSQ11	0,725

Tabla 6: Fiabilidad de la dimensión “abandono” del cuestionario BCSQ-12

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BCSQ3	0,750
BCSQ6	0,756
BCSQ9	0,708
BCSQ12	0,707

Tabla 7: Fiabilidad de la escala SCS

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SCS1	0,757
SCS2	0,736
SCS3	0,769
SCS4	0,764
SCS5	0,770
SCS6	0,761
SCS7	0,739
SCS8	0,735
SCS9	0,759
SCS10	0,736
SCS11	0,762
SCS12	0,759

Tabla 8: Fiabilidad de la dimensión “autoamabilidad” de la escala SCS

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SCS2	0,335
SCS6	0,533
SCS11	0,438
SCS12	0,449

Tabla 9: Fiabilidad de la dimensión “humanidad compartida” de la escala SCS

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SCS4	0,479
SCS5	0,572
SCS8	0,356
SCS10	0,371

Tabla 10: Fiabilidad de la dimensión “mindfulness” de la escala SCS

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SCS1	0,237
SCS3	0,437
SCS7	0,220
SCS9	0,510

Tabla 11: Fiabilidad del cuestionario SERVQHOS (población total)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_1	0,932
SQ_2	0,934
SQ_3	0,935
SQ_4	0,929
SQ_5	0,932
SQ_6	0,932
SQ_7	0,931
SQ_8	0,930
SQ_9	0,930
SQ_10	0,929
SQ_11	0,930
SQ_12	0,929
SQ_13	0,929
SQ_14	0,931
SQ_15	0,932
SQ_16	0,929
SQ_17	0,931
SQ_18	0,933

Tabla 12: Fiabilidad de la dimensión “percepción objetiva” del cuestionario SERVQHOS
(población total)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_1	0,854
SQ_2	0,859
SQ_3	0,865
SQ_5	0,847
SQ_6	0,836
SQ_7	0,841
SQ_9	0,850
SQ_17	0,843

Tabla 13: Fiabilidad de la dimensión “percepción subjetiva” del cuestionario SERVQHOS
(población total)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_4	0,919
SQ_8	0,917
SQ_10	0,925
SQ_11	0,917
SQ_12	0,916
SQ_13	0,915
SQ_14	0,925
SQ_15	0,922
SQ_16	0,916
SQ_18	0,927

Tabla 14: Fiabilidad del cuestionario SERVQHOS (población de profesionales)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_1	0,920
SQ_2	0,920
SQ_3	0,924
SQ_4	0,916
SQ_5	0,918
SQ_6	0,921
SQ_7	0,920
SQ_8	0,917
SQ_9	0,917
SQ_10	0,914
SQ_11	0,916
SQ_12	0,918
SQ_13	0,916
SQ_14	0,918
SQ_15	0,918
SQ_16	0,913
SQ_17	0,916
SQ_18	0,923

Tabla 15: Fiabilidad de la dimensión “percepción objetiva” del cuestionario SERVQHOS
(población de profesionales)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_1	0,840
SQ_2	0,835
SQ_3	0,838
SQ_5	0,810
SQ_6	0,814
SQ_7	0,826
SQ_9	0,813
SQ_17	0,809

Tabla 16: Fiabilidad de la dimensión “percepción subjetiva” del cuestionario SERVQHOS
(población de profesionales)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_4	0,904
SQ_8	0,903
SQ_10	0,908
SQ_11	0,899
SQ_12	0,903
SQ_13	0,899
SQ_14	0,911
SQ_15	0,905
SQ_16	0,899
SQ_18	0,919

Tabla 17: Fiabilidad del cuestionario SERVQHOS (población de pacientes)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_1	0,939
SQ_2	0,941
SQ_3	0,942
SQ_4	0,935
SQ_5	0,940
SQ_6	0,939
SQ_7	0,937
SQ_8	0,936
SQ_9	0,936
SQ_10	0,937
SQ_11	0,935
SQ_12	0,933
SQ_13	0,935
SQ_14	0,939
SQ_15	0,940
SQ_16	0,936
SQ_17	0,940
SQ_18	0,936

Tabla 18: Fiabilidad de la dimensión “percepción objetiva” del cuestionario SERVQHOS
(población de pacientes)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_1	0,832
SQ_2	0,843
SQ_3	0,866
SQ_5	0,848
SQ_6	0,824
SQ_7	0,823
SQ_9	0,851
SQ_17	0,844

Tabla 19: Fiabilidad de la dimensión “percepción subjetiva” del cuestionario SERVQHOS
(población de pacientes)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SQ_4	0,934
SQ_8	0,931
SQ_10	0,942
SQ_11	0,934
SQ_12	0,930
SQ_13	0,931
SQ_14	0,941
SQ_15	0,939
SQ_16	0,932
SQ_18	0,933

Tabla 20: Respuesta general de profesionales a los ítems del cuestionario SERVQHOS

Ítem	Mínimo	Máximo	Media	DE
SQ_1	2	5	3,29	0,84
SQ_2	2	5	3,30	0,67
SQ_3	2	5	2,97	0,80
SQ_4	1	5	3,64	0,92
SQ_5	1	5	2,77	1,12
SQ_6	1	5	3,04	0,82
SQ_7	1	5	2,87	0,75
SQ_8	2	5	3,55	0,79
SQ_9	1	5	3,02	0,95
SQ_10	2	5	3,19	0,83
SQ_11	2	5	3,76	0,90
SQ_12	2	5	3,79	0,86
SQ_13	1	5	3,69	0,99
SQ_14	2	5	3,56	0,75
SQ_15	1	5	3,57	0,76
SQ_16	2	5	3,59	0,86
SQ_17	1	5	3,17	0,85
SQ_18	2	5	4,06	0,74

Tabla 21: Correlaciones entre escalas según las escalas de atención plena

Escala		MAAS	PHLMS_Aceptación
MAAS	Correlación de Pearson	1	0,167
	Sig. (bilateral)	-	0,004
PHLMS_Aceptación	Correlación de Pearson	0,167	1
	Sig. (bilateral)	0,004	-
BCSQ	Correlación de Pearson	-0,293	0,069
	Sig. (bilateral)	0,000	0,242
BCSQ_Sobrecarga	Correlación de Pearson	-0,364	0,008
	Sig. (bilateral)	0,000	0,891
BCSQ_Falta de desarrollo	Correlación de Pearson	-0,304	0,024
	Sig. (bilateral)	0,000	0,689
BCSQ_Abandono	Correlación de Pearson	-0,012	0,135
	Sig. (bilateral)	0,843	0,021
SCS	Correlación de Pearson	0,060	-0,114
	Sig. (bilateral)	0,308	0,052
SQ_Objetivo	Correlación de Pearson	0,111	0,234
	Sig. (bilateral)	0,060	0,000
SQ_Subjetivo	Correlación de Pearson	0,135	0,262
	Sig. (bilateral)	0,022	0,000
SQ_Total	Correlación de Pearson	0,137	0,276
	Sig. (bilateral)	0,019	0,000

Tabla 22: Correlaciones entre escalas según el cuestionario de burnout

Escola		BCSQ	BCSQ_ Sobrecarga	BCSQ_ Falta de desarrollo	BCSQ_ Abandono
MAAS	Correlación de Pearson	-0,293	-0,364	-0,304	-0,012
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,843
PHLMS_Aceptación	Correlación de Pearson	0,069	0,008	0,024	0,135
	Sig. (bilateral)	0,242	0,891	0,689	0,021
SCS	Correlación de Pearson	-0,088	-0,048	0,041	-0,224
	Sig. (bilateral)	0,136	0,412	0,484	0,000
SQ_Objeto	Correlación de Pearson	0,024	-0,010	-0,041	0,120
	Sig. (bilateral)	0,679	0,872	0,490	0,041
SQ_Subjetivo	Correlación de Pearson	0,122	0,099	0,042	0,158
	Sig. (bilateral)	0,038	0,091	0,476	0,007
SQ_Total	Correlación de Pearson	0,088	0,058	0,007	0,156
	Sig. (bilateral)	0,134	0,324	0,903	0,008

Tabla 23: Correlaciones entre escalas según la escala de autocompasión

Escola	SCS
MAAS	Correlación de Pearson
	0,060
PHLMS_Aceptación	Sig. (bilateral)
	0,308
BCSQ	Correlación de Pearson
	-0,114
BCSQ_Sobrecarga	Sig. (bilateral)
	0,052
BCSQ_Falta de desarrollo	Correlación de Pearson
	-0,088
BCSQ_Abandono	Sig. (bilateral)
	0,136
SQ_Objeto	Correlación de Pearson
	-0,048
SQ_Subjetivo	Sig. (bilateral)
	0,412
SQ_Total	Correlación de Pearson
	0,041
	Sig. (bilateral)
	0,484
	Correlación de Pearson
	-0,224
	Sig. (bilateral)
	0,000
	Correlación de Pearson
	0,018
	Sig. (bilateral)
	0,766
	Correlación de Pearson
	-0,082
	Sig. (bilateral)
	0,162
	Correlación de Pearson
	-0,043
	Sig. (bilateral)
	0,461

Tabla 24: Correlaciones entre escalas según el cuestionario de calidad percibida

Escola		SQ_Objetivo	SQ_Subjetivo	SQ_Total
MAAS	Correlación de Pearson	0,111	0,135	0,137
	Sig. (bilateral)	0,060	0,022	0,019
PHLMS_Aceptación	Correlación de Pearson	0,234	0,262	0,276
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
BCSQ	Correlación de Pearson	0,024	0,122	0,088
	Sig. (bilateral)	0,679	0,038	0,134
BCSQ_Sobrecarga	Correlación de Pearson	-0,010	0,099	0,058
	Sig. (bilateral)	0,872	0,091	0,324
BCSQ_Falta de desarrollo	Correlación de Pearson	-0,041	0,042	0,007
	Sig. (bilateral)	0,490	0,476	0,903
BCSQ_Abandono	Correlación de Pearson	0,120	0,158	0,156
	Sig. (bilateral)	0,041	0,007	0,008
SCS	Correlación de Pearson	0,018	-0,082	-0,043
	Sig. (bilateral)	0,766	0,162	0,461

Tabla 25: Valores de los cuartiles para las escalas MAAS y PHLMS

		MAAS	PHLMS_Aceptación
N	Válido	291	291
Percentiles	25	4,00	3,30
	50	4,60	3,60
	75	5,07	3,80

Tabla 26: Valores medios de los cuestionarios según categorización de la escala MAAS

Escala	Cuartil	N	Media	DE	F	p
PHLMS_Aceptación	Cuartil 1	76	3,44	0,44	17,484	0,000
	Cuartil 2	72	3,41	0,25		
	Cuartil 3	74	3,78	0,23		
	Cuartil 4	69	3,71	0,53		
BCSQ	Cuartil 1	76	3,46	0,85	6,957	0,000
	Cuartil 2	72	3,08	0,63		
	Cuartil 3	74	3,19	0,71		
	Cuartil 4	69	2,81	1,19		
BCSQ_Sobrecarga	Cuartil 1	76	3,97	0,98	11,920	0,000
	Cuartil 2	72	3,62	0,82		
	Cuartil 3	74	3,51	0,84		
	Cuartil 4	69	3,01	1,20		
BCSQ_Falta de desarrollo	Cuartil 1	76	3,83	1,19	8,436	0,000
	Cuartil 2	72	3,57	1,09		
	Cuartil 3	74	3,60	1,13		
	Cuartil 4	69	2,82	1,61		
BCSQ_Abandono	Cuartil 1	76	2,59	1,11	4,512	0,004
	Cuartil 2	72	2,04	0,89		
	Cuartil 3	74	2,46	1,05		
	Cuartil 4	69	2,61	1,15		
SCS	Cuartil 1	76	3,44	0,65	0,620	0,603
	Cuartil 2	72	3,54	0,44		
	Cuartil 3	74	3,45	0,37		
	Cuartil 4	69	3,51	0,47		
SQ_Objetivo	Cuartil 1	76	3,03	0,56	7,101	0,000
	Cuartil 2	72	2,81	0,48		
	Cuartil 3	74	3,19	0,55		
	Cuartil 4	69	3,19	0,70		
SQ_Subjetivo	Cuartil 1	76	3,41	0,63	12,074	0,000
	Cuartil 2	72	3,52	0,39		
	Cuartil 3	74	3,97	0,49		
	Cuartil 4	69	3,66	0,81		
SQ_Total	Cuartil 1	76	3,24	0,56	9,884	0,000
	Cuartil 2	72	3,20	0,31		
	Cuartil 3	74	3,62	0,46		
	Cuartil 4	69	3,45	0,73		

Tabla 27: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas según categorización de la escala
MAAS

Variable dependiente	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
PHLMS_Aceptación	Cuartil 1	Cuartil 2	0,02558	1,000
		Cuartil 3	-0,33890	0,000
		Cuartil 4	-0,27357	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,02558	1,000
		Cuartil 3	-0,36449	0,000
		Cuartil 4	-0,29915	0,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,33890	0,000
		Cuartil 2	0,36449	0,000
		Cuartil 4	0,06533	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,27357	0,000
		Cuartil 2	0,29915	0,000
		Cuartil 3	-0,06533	1,000
BCSQ	Cuartil 1	Cuartil 2	0,38408	0,045
		Cuartil 3	0,26906	0,350
		Cuartil 4	0,64761	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,38408	0,045
		Cuartil 3	-0,11502	1,000
		Cuartil 4	0,26354	0,433
	Cuartil 3	Cuartil 1	-0,26906	0,350
		Cuartil 2	0,11502	1,000
		Cuartil 4	0,37856	0,057
	Cuartil 4	Cuartil 1	-0,64761	0,000
		Cuartil 2	-0,26354	0,433
		Cuartil 3	-0,37856	0,057
BCSQ_Sobrecarga	Cuartil 1	Cuartil 2	0,34887	0,178
		Cuartil 3	0,46026	0,024
		Cuartil 4	0,95590	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,34887	0,178
		Cuartil 3	0,11139	1,000
		Cuartil 4	0,60704	0,001
	Cuartil 3	Cuartil 1	-0,46026	0,024
		Cuartil 2	-0,11139	1,000
		Cuartil 4	0,49564	0,015
	Cuartil 4	Cuartil 1	-0,95590	0,000
		Cuartil 2	-0,60704	0,001
		Cuartil 3	-0,49564	0,015

Tabla 27: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas según categorización de la escala
MAAS (continuación)

Escala	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
BCSQ_Falta de desarrollo	Cuartil 1	Cuartil 2	0,25621	1,000
		Cuartil 3	0,22093	1,000
		Cuartil 4	1,00319	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,25621	1,000
		Cuartil 3	-0,03529	1,000
		Cuartil 4	0,74698	0,003
	Cuartil 3	Cuartil 1	-0,22093	1,000
		Cuartil 2	0,03529	1,000
		Cuartil 4	0,78227	0,002
	Cuartil 4	Cuartil 1	-1,00319	0,000
		Cuartil 2	-0,74698	0,003
		Cuartil 3	-0,78227	0,002
BCSQ_Abandono	Cuartil 1	Cuartil 2	0,54715	0,010
		Cuartil 3	0,12598	1,000
		Cuartil 4	-0,01626	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,54715	0,010
		Cuartil 3	-0,42117	0,097
		Cuartil 4	-0,56341	0,010
	Cuartil 3	Cuartil 1	-0,12598	1,000
		Cuartil 2	0,42117	0,097
		Cuartil 4	-0,14223	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,01626	1,000
		Cuartil 2	0,56341	0,010
		Cuartil 3	0,14223	1,000
SQ_Objetivo	Cuartil 1	Cuartil 2	0,21902	0,129
		Cuartil 3	-0,16287	0,507
		Cuartil 4	-0,16390	0,529
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,21902	0,129
		Cuartil 3	-0,38190	0,000
		Cuartil 4	-0,38293	0,001
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,16287	0,507
		Cuartil 2	0,38190	0,000
		Cuartil 4	-0,00103	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,16390	0,529
		Cuartil 2	0,38293	0,001
		Cuartil 3	0,00103	1,000

Tabla 27: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas según categorización de la escala
MAAS (continuación 2)

Escala	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_Subjetivo	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,10080	1,000
		Cuartil 3	-0,55445	0,000
		Cuartil 4	-0,24929	0,078
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,10080	1,000
		Cuartil 3	-0,45364	0,000
		Cuartil 4	-0,14849	0,857
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,55445	0,000
		Cuartil 2	0,45364	0,000
		Cuartil 4	0,30515	0,015
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,24929	0,078
		Cuartil 2	0,14849	0,857
		Cuartil 3	-0,30515	0,015
SQ_Total	Cuartil 1	Cuartil 2	0,04134	1,000
		Cuartil 3	-0,38041	0,000
		Cuartil 4	-0,21134	0,109
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,04134	1,000
		Cuartil 3	-0,42176	0,000
		Cuartil 4	-0,25268	0,032
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,38041	0,000
		Cuartil 2	0,42176	0,000
		Cuartil 4	0,16907	0,359
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,21134	0,109
		Cuartil 2	0,25268	0,032
		Cuartil 3	-0,16907	0,359

Tabla 28: Valores medios de los ítems SERVQHOS según categorización de la escala

MAAS

Ítem	Cuartil	N	Media	DE	F	p
SQ_1	Cuartil 1	76	3,22	0,84	3,338	0,020
	Cuartil 2	72	3,17	0,86		
	Cuartil 3	74	3,55	0,74		
	Cuartil 4	69	3,22	0,89		
SQ_2	Cuartil 1	76	3,28	0,72	3,038	0,029
	Cuartil 2	72	3,18	0,51		
	Cuartil 3	74	3,49	0,60		
	Cuartil 4	69	3,23	0,77		
SQ_3	Cuartil 1	76	3,14	0,92	10,127	0,000
	Cuartil 2	72	2,69	0,49		
	Cuartil 3	74	2,76	0,76		
	Cuartil 4	69	3,28	0,80		
SQ_4	Cuartil 1	76	3,41	0,94	13,455	0,000
	Cuartil 2	72	3,25	0,83		
	Cuartil 3	74	4,05	0,64		
	Cuartil 4	69	3,84	1,02		
SQ_5	Cuartil 1	76	2,76	1,26	4,020	0,008
	Cuartil 2	72	2,40	1,00		
	Cuartil 3	74	3,00	1,06		
	Cuartil 4	69	2,90	1,07		
SQ_6	Cuartil 1	76	3,04	0,79	8,372	0,000
	Cuartil 2	72	2,68	0,82		
	Cuartil 3	74	3,12	0,79		
	Cuartil 4	69	3,33	0,76		
SQ_7	Cuartil 1	76	2,82	0,67	6,309	0,000
	Cuartil 2	72	2,61	0,66		
	Cuartil 3	74	3,12	0,55		
	Cuartil 4	69	2,93	0,97		
SQ_8	Cuartil 1	76	3,32	0,82	9,108	0,000
	Cuartil 2	72	3,46	0,50		
	Cuartil 3	74	3,93	0,63		
	Cuartil 4	69	3,49	1,01		
SQ_9	Cuartil 1	76	2,96	0,90	2,345	0,073
	Cuartil 2	72	2,82	0,76		
	Cuartil 3	74	3,09	1,00		
	Cuartil 4	69	3,22	1,10		
SQ_10	Cuartil 1	76	2,96	0,72	14,054	0,000
	Cuartil 2	72	2,88	0,58		
	Cuartil 3	74	3,62	0,77		
	Cuartil 4	69	3,29	1,00		
SQ_11	Cuartil 1	76	3,51	0,92	9,744	0,000
	Cuartil 2	72	3,50	0,71		
	Cuartil 3	74	4,15	0,84		
	Cuartil 4	69	3,88	0,96		

Tabla 28: Valores medios de los ítems SERVQHOS según categorización de la escala

MAAS (continuación)

Ítem	Cuartil	N	Media	DE	F	p
SQ_12	Cuartil 1	76	3,50	0,81	9,681	0,000
	Cuartil 2	72	3,69	0,76		
	Cuartil 3	74	4,20	0,76		
	Cuartil 4	69	3,77	0,96		
SQ_13	Cuartil 1	76	3,32	0,93	9,584	0,000
	Cuartil 2	72	3,85	0,83		
	Cuartil 3	74	4,08	0,70		
	Cuartil 4	69	3,52	1,26		
SQ_14	Cuartil 1	76	3,46	0,62	2,668	0,048
	Cuartil 2	72	3,46	0,96		
	Cuartil 3	74	3,76	0,59		
	Cuartil 4	69	3,58	0,74		
SQ_15	Cuartil 1	76	3,46	0,82	2,394	0,069
	Cuartil 2	72	3,58	0,60		
	Cuartil 3	74	3,76	0,54		
	Cuartil 4	69	3,48	0,98		
SQ_16	Cuartil 1	76	3,33	0,74	9,631	0,000
	Cuartil 2	72	3,38	0,59		
	Cuartil 3	74	3,96	0,88		
	Cuartil 4	69	3,71	1,03		
SQ_17	Cuartil 1	76	2,99	0,79	7,450	0,000
	Cuartil 2	72	2,90	0,75		
	Cuartil 3	74	3,38	0,75		
	Cuartil 4	69	3,42	0,99		
SQ_18	Cuartil 1	76	3,88	0,82	2,207	0,087
	Cuartil 2	72	4,11	0,64		
	Cuartil 3	74	4,18	0,69		
	Cuartil 4	69	4,07	0,79		

Tabla 29: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala MAAS

Item	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_1	Cuartil 1	Cuartil 2	0,057	1,000
		Cuartil 3	-0,330	0,095
		Cuartil 4	0,006	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,057	1,000
		Cuartil 3	-0,387	0,032
		Cuartil 4	-0,051	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,330	0,095
		Cuartil 2	0,387	0,032
		Cuartil 4	0,337	0,098
	Cuartil 4	Cuartil 1	-0,006	1,000
		Cuartil 2	0,051	1,000
		Cuartil 3	-0,337	0,098
SQ_2	Cuartil 1	Cuartil 2	0,096	1,000
		Cuartil 3	-0,210	0,311
		Cuartil 4	0,044	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,096	1,000
		Cuartil 3	-0,306	0,032
		Cuartil 4	-0,051	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,210	0,311
		Cuartil 2	0,306	0,032
		Cuartil 4	0,255	0,130
	Cuartil 4	Cuartil 1	-0,044	1,000
		Cuartil 2	0,051	1,000
		Cuartil 3	-0,255	0,130
SQ_3	Cuartil 1	Cuartil 2	0,450	0,002
		Cuartil 3	0,388	0,012
		Cuartil 4	-0,131	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,450	0,002
		Cuartil 3	-0,062	1,000
		Cuartil 4	-0,581	0,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	-0,388	0,012
		Cuartil 2	0,062	1,000
		Cuartil 4	-0,519	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,131	1,000
		Cuartil 2	0,581	0,000
		Cuartil 3	0,519	0,000

Tabla 29: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala MAAS (continuación)

Ítem	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_4	Cuartil 1	Cuartil 2	0,158	1,000
		Cuartil 3	-0,646	0,000
		Cuartil 4	-0,433	0,018
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,158	1,000
		Cuartil 3	-0,804	0,000
		Cuartil 4	-0,591	0,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,646	0,000
		Cuartil 2	0,804	0,000
		Cuartil 4	0,213	0,860
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,433	0,018
		Cuartil 2	0,591	0,000
		Cuartil 3	-0,213	0,860
SQ_5	Cuartil 1	Cuartil 2	0,360	0,292
		Cuartil 3	-0,237	1,000
		Cuartil 4	-0,135	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,360	0,292
		Cuartil 3	-0,597	0,007
		Cuartil 4	-0,496	0,050
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,237	1,000
		Cuartil 2	0,597	0,007
		Cuartil 4	0,101	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,135	1,000
		Cuartil 2	0,496	0,050
		Cuartil 3	-0,101	1,000
SQ_6	Cuartil 1	Cuartil 2	0,359	0,037
		Cuartil 3	-0,082	1,000
		Cuartil 4	-0,294	0,158
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,359	0,037
		Cuartil 3	-0,441	0,005
		Cuartil 4	-0,653	0,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,082	1,000
		Cuartil 2	0,441	0,005
		Cuartil 4	-0,212	0,666
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,294	0,158
		Cuartil 2	0,653	0,000
		Cuartil 3	0,212	0,666

Tabla 29: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala MAAS (continuación 2)

Ítem	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_7	Cuartil 1	Cuartil 2	0,205	0,524
		Cuartil 3	-0,306	0,062
		Cuartil 4	-0,112	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,205	0,524
		Cuartil 3	-0,511	0,000
		Cuartil 4	-0,316	0,061
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,306	0,062
		Cuartil 2	0,511	0,000
		Cuartil 4	0,194	0,666
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,112	1,000
		Cuartil 2	0,316	0,061
		Cuartil 3	-0,194	0,666
SQ_8	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,143	1,000
		Cuartil 3	-0,617	0,000
		Cuartil 4	-0,177	0,978
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,143	1,000
		Cuartil 3	-0,474	0,001
		Cuartil 4	-0,034	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,617	0,000
		Cuartil 2	0,474	0,001
		Cuartil 4	0,440	0,004
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,177	0,978
		Cuartil 2	0,034	1,000
		Cuartil 3	-0,440	0,004
SQ_10	Cuartil 1	Cuartil 2	0,086	1,000
		Cuartil 3	-0,661	0,000
		Cuartil 4	-0,329	0,069
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,086	1,000
		Cuartil 3	-0,747	0,000
		Cuartil 4	-0,415	0,011
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,661	0,000
		Cuartil 2	0,747	0,000
		Cuartil 4	0,332	0,069
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,329	0,069
		Cuartil 2	0,415	0,011
		Cuartil 3	-0,332	0,069

Tabla 29: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala MAAS (continuación 3)

Ítem	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_11	Cuartil 1	Cuartil 2	0,013	1,000
		Cuartil 3	-0,635	0,000
		Cuartil 4	-0,371	0,061
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,013	1,000
		Cuartil 3	-0,649	0,000
		Cuartil 4	-0,384	0,052
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,635	0,000
		Cuartil 2	0,649	0,000
		Cuartil 4	0,265	0,407
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,371	0,061
		Cuartil 2	0,384	0,052
		Cuartil 3	-0,265	0,407
SQ_12	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,194	0,912
		Cuartil 3	-0,703	0,000
		Cuartil 4	-0,268	0,307
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,194	0,912
		Cuartil 3	-0,508	0,001
		Cuartil 4	-0,074	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,703	0,000
		Cuartil 2	0,508	0,001
		Cuartil 4	0,435	0,011
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,268	0,307
		Cuartil 2	0,074	1,000
		Cuartil 3	-0,435	0,011
SQ_13	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,531	0,004
		Cuartil 3	-0,765	0,000
		Cuartil 4	-0,206	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,531	0,004
		Cuartil 3	-0,234	0,817
		Cuartil 4	0,325	0,251
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,765	0,000
		Cuartil 2	0,234	0,817
		Cuartil 4	0,559	0,003
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,206	1,000
		Cuartil 2	-0,325	0,251
		Cuartil 3	-0,559	0,003

Tabla 29: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala MAAS (continuación 4)

Ítem	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_14	Cuartil 1	Cuartil 2	0,002	1,000
		Cuartil 3	-0,296	0,089
		Cuartil 4	-0,119	1,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,002	1,000
		Cuartil 3	-0,298	0,093
		Cuartil 4	-0,121	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,296	0,089
		Cuartil 2	0,298	0,093
		Cuartil 4	0,177	0,924
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,119	1,000
		Cuartil 2	0,121	1,000
		Cuartil 3	-0,177	0,924
SQ_16	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,046	1,000
		Cuartil 3	-0,631	0,000
		Cuartil 4	-0,381	0,034
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,046	1,000
		Cuartil 3	-0,584	0,000
		Cuartil 4	-0,335	0,098
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,631	0,000
		Cuartil 2	0,584	0,000
		Cuartil 4	0,249	0,429
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,381	0,034
		Cuartil 2	0,335	0,098
		Cuartil 3	-0,249	0,429
SQ_17	Cuartil 1	Cuartil 2	0,084	1,000
		Cuartil 3	-0,392	0,024
		Cuartil 4	-0,433	0,011
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,084	1,000
		Cuartil 3	-0,476	0,003
		Cuartil 4	-0,518	0,001
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,392	0,024
		Cuartil 2	0,476	0,003
		Cuartil 4	-0,042	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,433	0,011
		Cuartil 2	0,518	0,001
		Cuartil 3	0,042	1,000

Tabla 30: Valores medios de los cuestionarios según categorización bivariada de la escala
MAAS

Escala	MAAS_BIV	N	Media	DE	t	p
PHLMS_Aceptación	< Percentil 50	148	3,43	0,36	7,168	0,000
	> Percentil 50	143	3,75	0,40		
BCSQ	< Percentil 50	148	3,27	0,77	2,554	0,011
	> Percentil 50	143	3,01	0,99		
BCSQ_Sobrecarga	< Percentil 50	148	3,80	0,92	4,560	0,000
	> Percentil 50	143	3,27	1,06		
BCSQ_Falta de desarrollo	< Percentil 50	148	3,70	1,15	3,120	0,002
	> Percentil 50	143	3,23	1,43		
BCSQ_Abandono	< Percentil 50	148	2,32	1,04	1,669	0,096
	> Percentil 50	143	2,53	1,10		
SCS	< Percentil 50	148	3,49	0,55	0,207	0,836
	> Percentil 50	143	3,48	0,42		
SQ_Objeto	< Percentil 50	148	2,92	0,53	3,972	0,000
	> Percentil 50	143	3,19	0,62		
SQ_Subjetivo	< Percentil 50	148	3,46	0,53	5,021	0,000
	> Percentil 50	143	3,82	0,68		
SQ_Total	< Percentil 50	148	3,22	0,45	5,070	0,000
	> Percentil 50	143	3,54	0,61		

Tabla 31: Valores medios de los ítems SERVQHOS según categorización bivariada de la escala MAAS

Ítem	MAAS_Biv	N	Media	DE	t	p
SQ_1	< Percentil 50	148	3,20	0,85	1,989	0,048
	> Percentil 50	143	3,39	0,83		
SQ_2	< Percentil 50	148	3,23	0,63	1,721	0,086
	> Percentil 50	143	3,36	0,70		
SQ_3	< Percentil 50	148	2,93	0,77	0,871	0,384
	> Percentil 50	143	3,01	0,82		
SQ_4	< Percentil 50	148	3,33	0,89	6,068	0,000
	> Percentil 50	143	3,95	0,85		
SQ_5	< Percentil 50	148	2,59	1,15	2,789	0,006
	> Percentil 50	143	2,95	1,06		
SQ_6	< Percentil 50	148	2,86	0,82	3,814	0,000
	> Percentil 50	143	3,22	0,78		
SQ_7	< Percentil 50	148	2,72	0,67	3,642	0,000
	> Percentil 50	143	3,03	0,79		
SQ_8	< Percentil 50	148	3,39	0,69	3,685	0,000
	> Percentil 50	143	3,72	0,86		
SQ_9	< Percentil 50	148	2,89	0,83	2,370	0,018
	> Percentil 50	143	3,15	1,04		
SQ_10	< Percentil 50	148	2,92	0,65	5,887	0,000
	> Percentil 50	143	3,46	0,90		
SQ_11	< Percentil 50	148	3,51	0,82	5,073	0,000
	> Percentil 50	143	4,02	0,91		
SQ_12	< Percentil 50	148	3,59	0,79	4,057	0,000
	> Percentil 50	143	3,99	0,88		
SQ_13	< Percentil 50	148	3,57	0,92	2,059	0,040
	> Percentil 50	143	3,81	1,04		
SQ_14	< Percentil 50	148	3,46	0,80	2,441	0,015
	> Percentil 50	143	3,67	0,67		
SQ_15	< Percentil 50	148	3,52	0,72	1,147	0,252
	> Percentil 50	143	3,62	0,79		
SQ_16	< Percentil 50	148	3,35	0,67	5,038	0,000
	> Percentil 50	143	3,84	0,96		
SQ_17	< Percentil 50	148	2,95	0,77	4,689	0,000
	> Percentil 50	143	3,40	0,87		
SQ_18	< Percentil 50	148	3,99	0,74	1,526	0,128
	> Percentil 50	143	4,13	0,74		

Tabla 32: Valores medios de los cuestionarios según categorización de la escala PHLMS

Escala	Cuartil	N	Media	DE	F	p
MAAS	Cuartil 1	77	4,22	0,75	11,839	0,000
	Cuartil 2	64	4,31	0,48		
	Cuartil 3	85	4,79	0,55		
	Cuartil 4	65	4,71	1,01		
BCSQ	Cuartil 1	77	3,11	0,95	0,216	0,885
	Cuartil 2	64	3,10	0,73		
	Cuartil 3	85	3,16	0,81		
	Cuartil 4	65	3,21	1,07		
BCSQ_Sobrecarga	Cuartil 1	77	3,58	1,08	0,099	0,961
	Cuartil 2	64	3,49	0,92		
	Cuartil 3	85	3,53	1,00		
	Cuartil 4	65	3,55	1,10		
BCSQ_Falta de desarrollo	Cuartil 1	77	3,40	1,33	1,083	0,357
	Cuartil 2	64	3,73	1,21		
	Cuartil 3	85	3,37	1,20		
	Cuartil 4	65	3,43	1,51		
BCSQ_Abandono	Cuartil 1	77	2,34	1,12	4,053	0,008
	Cuartil 2	64	2,09	1,00		
	Cuartil 3	85	2,59	1,00		
	Cuartil 4	65	2,65	1,09		
SCS	Cuartil 1	77	3,51	0,59	0,421	0,738
	Cuartil 2	64	3,51	0,43		
	Cuartil 3	85	3,47	0,44		
	Cuartil 4	65	3,43	0,50		
SQ_Objetivo	Cuartil 1	77	2,88	0,47	11,463	0,000
	Cuartil 2	64	3,10	0,51		
	Cuartil 3	85	2,91	0,64		
	Cuartil 4	65	3,38	0,62		
SQ_Subjetivo	Cuartil 1	77	3,41	0,56	9,723	0,000
	Cuartil 2	64	3,69	0,59		
	Cuartil 3	85	3,57	0,69		
	Cuartil 4	65	3,95	0,56		
SQ_Total	Cuartil 1	77	3,18	0,46	12,746	0,000
	Cuartil 2	64	3,43	0,48		
	Cuartil 3	85	3,28	0,61		
	Cuartil 4	65	3,70	0,53		

Tabla 33: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas según categorización de la escala
PHLMS

Escala	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
MAAS	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,09154	1,000
		Cuartil 3	-0,56989	0,000
		Cuartil 4	-0,49086	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,09154	1,000
		Cuartil 3	-0,47835	0,000
		Cuartil 4	-0,39931	0,010
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,56989	0,000
		Cuartil 2	0,47835	0,000
		Cuartil 4	0,07903	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,49086	0,000
		Cuartil 2	0,39931	0,010
		Cuartil 3	-0,07903	1,000
BCSQ_Abandono	Cuartil 1	Cuartil 2	0,25172	0,954
		Cuartil 3	-0,25057	0,791
		Cuartil 4	-0,31234	0,477
	Cuartil 2	Cuartil 1	-0,25172	0,954
		Cuartil 3	-0,50230	0,026
		Cuartil 4	-0,56406	0,016
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,25057	0,791
		Cuartil 2	0,50230	0,026
		Cuartil 4	-0,06176	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,31234	0,477
		Cuartil 2	0,56406	0,016
		Cuartil 3	0,06176	1,000

Tabla 33: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas según categorización de la escala

PHLMS (continuación)

Escala	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_Objetivo	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,21878	0,136
		Cuartil 3	-0,02997	1,000
		Cuartil 4	-0,49603	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,21878	0,136
		Cuartil 3	0,18881	0,265
		Cuartil 4	-0,27725	0,034
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,02997	1,000
		Cuartil 2	-0,18881	0,265
		Cuartil 4	-0,46606	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,49603	0,000
		Cuartil 2	0,27725	0,034
		Cuartil 3	0,46606	0,000
SQ_Subjetivo	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,27894	0,042
		Cuartil 3	-0,16008	0,567
		Cuartil 4	-0,53600	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,27894	0,042
		Cuartil 3	0,11886	1,000
		Cuartil 4	-0,25707	0,100
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,16008	0,567
		Cuartil 2	-0,11886	1,000
		Cuartil 4	-0,37593	0,001
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,53600	0,000
		Cuartil 2	0,25707	0,100
		Cuartil 3	0,37593	0,001
SQ_Total	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,25220	0,030
		Cuartil 3	-0,10225	1,000
		Cuartil 4	-0,51824	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,25220	0,030
		Cuartil 3	0,14995	0,523
		Cuartil 4	-0,26604	0,027
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,10225	1,000
		Cuartil 2	-0,14995	0,523
		Cuartil 4	-0,41599	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,51824	0,000
		Cuartil 2	0,26604	0,027
		Cuartil 3	0,41599	0,000

Tabla 34: Valores medios de los ítems SERVQHOS según categorización de la escala

PHLMS						
Ítem	Cuartil	N	Media	DE	F	p
SQ_1	Cuartil 1	77	3,34	0,80	0,693	0,557
	Cuartil 2	64	3,27	0,90		
	Cuartil 3	85	3,20	0,84		
	Cuartil 4	65	3,38	0,84		
SQ_2	Cuartil 1	77	3,14	0,58	4,212	0,006
	Cuartil 2	64	3,36	0,70		
	Cuartil 3	85	3,22	0,59		
	Cuartil 4	65	3,51	0,77		
SQ_3	Cuartil 1	77	2,91	0,91	5,456	0,001
	Cuartil 2	64	2,94	0,64		
	Cuartil 3	85	2,79	0,60		
	Cuartil 4	65	3,29	0,93		
SQ_4	Cuartil 1	77	3,29	0,89	13,757	0,000
	Cuartil 2	64	3,52	1,02		
	Cuartil 3	85	3,61	0,90		
	Cuartil 4	65	4,20	0,59		
SQ_5	Cuartil 1	77	2,45	1,15	11,210	0,000
	Cuartil 2	64	2,89	0,89		
	Cuartil 3	85	2,49	1,14		
	Cuartil 4	65	3,37	1,02		
SQ_6	Cuartil 1	77	2,78	0,75	11,485	0,000
	Cuartil 2	64	3,11	0,72		
	Cuartil 3	85	2,88	0,85		
	Cuartil 4	65	3,49	0,77		
SQ_7	Cuartil 1	77	2,78	0,62	2,167	0,092
	Cuartil 2	64	2,92	0,67		
	Cuartil 3	85	2,78	0,85		
	Cuartil 4	65	3,05	0,78		
SQ_8	Cuartil 1	77	3,30	0,74	6,871	0,000
	Cuartil 2	64	3,59	0,68		
	Cuartil 3	85	3,49	0,78		
	Cuartil 4	65	3,88	0,86		
SQ_9	Cuartil 1	77	2,90	0,82	2,456	0,063
	Cuartil 2	64	3,00	0,80		
	Cuartil 3	85	2,94	0,96		
	Cuartil 4	65	3,29	1,17		
SQ_10	Cuartil 1	77	2,83	0,71	11,348	0,000
	Cuartil 2	64	3,30	0,68		
	Cuartil 3	85	3,12	0,86		
	Cuartil 4	65	3,58	0,86		
SQ_11	Cuartil 1	77	3,49	0,74	3,713	0,012
	Cuartil 2	64	3,84	0,91		
	Cuartil 3	85	3,78	1,00		
	Cuartil 4	65	3,97	0,87		

Tabla 34: Valores medios de los ítems SERVQHOS según categorización de la escala

PHLMS (continuación)

Ítem	Cuartil	N	Media	DE	F	P
SQ_12	Cuartil 1	77	3,58	0,78	3,806	0,011
	Cuartil 2	64	3,81	0,94		
	Cuartil 3	85	3,75	0,84		
	Cuartil 4	65	4,06	0,83		
SQ_13	Cuartil 1	77	3,42	0,98	5,444	0,001
	Cuartil 2	64	3,91	0,90		
	Cuartil 3	85	3,56	1,05		
	Cuartil 4	65	3,97	0,88		
SQ_14	Cuartil 1	77	3,66	0,64	1,633	0,182
	Cuartil 2	64	3,56	0,79		
	Cuartil 3	85	3,42	0,86		
	Cuartil 4	65	3,63	0,63		
SQ_15	Cuartil 1	77	3,44	0,88	4,560	0,004
	Cuartil 2	64	3,61	0,70		
	Cuartil 3	85	3,45	0,75		
	Cuartil 4	65	3,85	0,59		
SQ_16	Cuartil 1	77	3,29	0,72	14,814	0,000
	Cuartil 2	64	3,61	0,75		
	Cuartil 3	85	3,44	0,84		
	Cuartil 4	65	4,14	0,90		
SQ_17	Cuartil 1	77	2,78	0,74	16,826	0,000
	Cuartil 2	64	3,34	0,76		
	Cuartil 3	85	3,01	0,88		
	Cuartil 4	65	3,66	0,76		
SQ_18	Cuartil 1	77	3,82	0,76	4,030	0,008
	Cuartil 2	64	4,16	0,70		
	Cuartil 3	85	4,09	0,83		
	Cuartil 4	65	4,20	0,59		

Tabla 35: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala PHLMS

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_2	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,217	0,310
		Cuartil 3	-0,081	1,000
		Cuartil 4	-0,365	0,006
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,217	0,310
		Cuartil 3	0,136	1,000
		Cuartil 4	-0,148	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,081	1,000
		Cuartil 2	-0,136	1,000
		Cuartil 4	-0,284	0,054
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,365	0,006
		Cuartil 2	0,148	1,000
		Cuartil 3	0,284	0,054
SQ_3	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,028	1,000
		Cuartil 3	0,121	1,000
		Cuartil 4	-0,383	0,022
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,028	1,000
		Cuartil 3	0,149	1,000
		Cuartil 4	-0,355	0,061
	Cuartil 3	Cuartil 1	-0,121	1,000
		Cuartil 2	-0,149	1,000
		Cuartil 4	-0,504	0,001
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,383	0,022
		Cuartil 2	0,355	0,061
		Cuartil 3	0,504	0,001
SQ_4	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,230	0,711
		Cuartil 3	-0,326	0,106
		Cuartil 4	-0,914	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,230	0,711
		Cuartil 3	-0,096	1,000
		Cuartil 4	-0,684	0,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,326	0,106
		Cuartil 2	0,096	1,000
		Cuartil 4	-0,588	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,914	0,000
		Cuartil 2	0,684	0,000
		Cuartil 3	0,588	0,000

Tabla 35: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala PHLMS (continuación)

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_5	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,436	0,099
		Cuartil 3	-0,040	1,000
		Cuartil 4	-0,915	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,436	0,099
		Cuartil 3	0,397	0,154
		Cuartil 4	-0,479	0,069
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,040	1,000
		Cuartil 2	-0,397	0,154
		Cuartil 4	-0,875	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,915	0,000
		Cuartil 2	0,479	0,069
		Cuartil 3	0,875	0,000
SQ_6	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,330	0,077
		Cuartil 3	-0,103	1,000
		Cuartil 4	-0,713	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,330	0,077
		Cuartil 3	0,227	0,478
		Cuartil 4	-0,383	0,034
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,103	1,000
		Cuartil 2	-0,227	0,478
		Cuartil 4	-0,610	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,713	0,000
		Cuartil 2	0,383	0,034
		Cuartil 3	0,610	0,000
SQ_8	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,295	0,145
		Cuartil 3	-0,195	0,645
		Cuartil 4	-0,578	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,295	0,145
		Cuartil 3	0,100	1,000
		Cuartil 4	-0,283	0,225
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,195	0,645
		Cuartil 2	-0,100	1,000
		Cuartil 4	-0,383	0,017
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,578	0,000
		Cuartil 2	0,283	0,225
		Cuartil 3	0,383	0,017

Tabla 35: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala PHLMS (continuación 2)

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_10	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,466	0,003
		Cuartil 3	-0,286	0,131
		Cuartil 4	-0,753	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,466	0,003
		Cuartil 3	0,179	1,000
		Cuartil 4	-0,288	0,236
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,286	0,131
		Cuartil 2	-0,179	1,000
		Cuartil 4	-0,467	0,002
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,753	0,000
		Cuartil 2	0,288	0,236
		Cuartil 3	0,467	0,002
SQ_11	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,350	0,123
		Cuartil 3	-0,283	0,263
		Cuartil 4	-0,476	0,010
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,350	0,123
		Cuartil 3	0,067	1,000
		Cuartil 4	-0,125	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,283	0,263
		Cuartil 2	-0,067	1,000
		Cuartil 4	-0,193	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,476	0,010
		Cuartil 2	0,125	1,000
		Cuartil 3	0,193	1,000
SQ_12	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,228	0,676
		Cuartil 3	-0,169	1,000
		Cuartil 4	-0,477	0,006
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,228	0,676
		Cuartil 3	0,060	1,000
		Cuartil 4	-0,249	0,577
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,169	1,000
		Cuartil 2	-0,060	1,000
		Cuartil 4	-0,309	0,167
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,477	0,006
		Cuartil 2	0,249	0,577
		Cuartil 3	0,309	0,167

Tabla 35: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala PHLMS (continuación 3)

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_13	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,491	0,017
		Cuartil 3	-0,149	1,000
		Cuartil 4	-0,554	0,004
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,491	0,017
		Cuartil 3	0,342	0,199
		Cuartil 4	-0,063	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,149	1,000
		Cuartil 2	-0,342	0,199
		Cuartil 4	-0,405	0,069
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,554	0,004
		Cuartil 2	0,063	1,000
		Cuartil 3	0,405	0,069
SQ_15	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,168	1,000
		Cuartil 3	-0,006	1,000
		Cuartil 4	-0,405	0,009
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,168	1,000
		Cuartil 3	0,162	1,000
		Cuartil 4	-0,237	0,435
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,006	1,000
		Cuartil 2	-0,162	1,000
		Cuartil 4	-0,399	0,008
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,405	0,009
		Cuartil 2	0,237	0,435
		Cuartil 3	0,399	0,008
SQ_16	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,324	0,108
		Cuartil 3	-0,150	1,000
		Cuartil 4	-0,853	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,324	0,108
		Cuartil 3	0,174	1,000
		Cuartil 4	-0,529	0,001
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,150	1,000
		Cuartil 2	-0,174	1,000
		Cuartil 4	-0,703	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,853	0,000
		Cuartil 2	0,529	0,001
		Cuartil 3	0,703	0,000

Tabla 35: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según categorización de la escala PHLMS (continuación 4)

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I- J)	p
SQ_17	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,565	0,000
		Cuartil 3	-0,233	0,375
		Cuartil 4	-0,882	0,000
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,565	0,000
		Cuartil 3	0,332	0,070
		Cuartil 4	-0,318	0,139
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,233	0,375
		Cuartil 2	-0,332	0,070
		Cuartil 4	-0,650	0,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,882	0,000
		Cuartil 2	0,318	0,139
		Cuartil 3	0,650	0,000
SQ_18	Cuartil 1	Cuartil 2	-0,338	0,040
		Cuartil 3	-0,276	0,103
		Cuartil 4	-0,382	0,013
	Cuartil 2	Cuartil 1	0,338	0,040
		Cuartil 3	0,062	1,000
		Cuartil 4	-0,044	1,000
	Cuartil 3	Cuartil 1	0,276	0,103
		Cuartil 2	-0,062	1,000
		Cuartil 4	-0,106	1,000
	Cuartil 4	Cuartil 1	0,382	0,013
		Cuartil 2	0,044	1,000
		Cuartil 3	0,106	1,000

Tabla 36: Valores medios de los cuestionarios según categorización bivariada de la escala
PHLMS

Escala	MAAS_BIV	N	Media	DE	t	p
MAAS	< Percentil 50	141	4,26	0,64	5,884	0,000
	> Percentil 50	150	4,76	0,78		
BCSQ	< Percentil 50	141	3,10	0,86	0,740	0,460
	> Percentil 50	150	3,18	0,93		
BCSQ_Sobrecarga	< Percentil 50	141	3,54	1,01	0,035	0,972
	> Percentil 50	150	3,54	1,04		
BCSQ_Falta de desarrollo	< Percentil 50	141	3,55	1,29	1,002	0,317
	> Percentil 50	150	3,39	1,34		
BCSQ_Abandono	< Percentil 50	141	2,22	1,07	3,167	0,002
	> Percentil 50	150	2,62	1,04		
SCS	< Percentil 50	141	3,51	0,52	1,011	0,313
	> Percentil 50	150	3,46	0,47		
SQ_Objeto	< Percentil 50	141	2,98	0,50	1,912	0,057
	> Percentil 50	150	3,12	0,67		
SQ_Subjetivo	< Percentil 50	141	3,54	0,59	2,672	0,008
	> Percentil 50	150	3,73	0,66		
SQ_Total	< Percentil 50	141	3,29	0,48	2,588	0,010
	> Percentil 50	150	3,46	0,61		

Tabla 37: Valores medios de los ítems SERVQHOS según categorización bivariada de la escala PHLMS

Ítem	MAAS_Biv	N	Media	DE	t	p
SQ_1	< Percentil 50	141	3,30	0,84	0,252	0,801
	> Percentil 50	150	3,28	0,84		
SQ_2	< Percentil 50	141	3,24	0,64	1,353	0,177
	> Percentil 50	150	3,35	0,69		
SQ_3	< Percentil 50	141	2,92	0,79	0,907	0,365
	> Percentil 50	150	3,01	0,80		
SQ_4	< Percentil 50	141	3,39	0,95	4,546	0,000
	> Percentil 50	150	3,87	0,83		
SQ_5	< Percentil 50	141	2,65	1,06	1,681	0,094
	> Percentil 50	150	2,87	1,17		
SQ_6	< Percentil 50	141	2,93	0,75	2,275	0,024
	> Percentil 50	150	3,15	0,87		
SQ_7	< Percentil 50	141	2,84	0,65	0,564	0,573
	> Percentil 50	150	2,89	0,83		
SQ_8	< Percentil 50	141	3,43	0,73	2,468	0,014
	> Percentil 50	150	3,66	0,83		
SQ_9	< Percentil 50	141	2,94	0,81	1,348	0,179
	> Percentil 50	150	3,09	1,06		
SQ_10	< Percentil 50	141	3,04	0,74	2,884	0,004
	> Percentil 50	150	3,32	0,89		
SQ_11	< Percentil 50	141	3,65	0,84	1,974	0,049
	> Percentil 50	150	3,86	0,95		
SQ_12	< Percentil 50	141	3,69	0,86	1,981	0,049
	> Percentil 50	150	3,89	0,85		
SQ_13	< Percentil 50	141	3,64	0,97	0,879	0,380
	> Percentil 50	150	3,74	1,00		
SQ_14	< Percentil 50	141	3,62	0,71	1,185	0,237
	> Percentil 50	150	3,51	0,77		
SQ_15	< Percentil 50	141	3,52	0,81	1,149	0,252
	> Percentil 50	150	3,62	0,71		
SQ_16	< Percentil 50	141	3,43	0,75	3,093	0,002
	> Percentil 50	150	3,74	0,93		
SQ_17	< Percentil 50	141	3,04	0,80	2,604	0,010
	> Percentil 50	150	3,29	0,89		
SQ_18	< Percentil 50	141	3,97	0,75	1,942	0,053
	> Percentil 50	150	4,14	0,73		

Tabla 38: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según el sexo

Escala	Sexo	N	Media	DE	t	p
MAAS	Hombre	66	4,50	0,77	0,148	0,883
	Mujer	225	4,52	0,75		
PHLMS_Aceptación	Hombre	66	3,66	0,46	1,787	0,075
	Mujer	225	3,56	0,40		
BCSQ	Hombre	66	3,19	0,85	0,502	0,616
	Mujer	225	3,13	0,91		
BCSQ - Sobrecarga	Hombre	66	3,73	0,99	1,692	0,092
	Mujer	225	3,49	1,03		
BCSQ - Falta de desarrollo	Hombre	66	3,33	1,23	1,001	0,318
	Mujer	225	3,51	1,34		
BCSQ - Abandono	Hombre	66	2,53	0,97	0,874	0,383
	Mujer	225	2,40	1,10		
SCS	Hombre	66	3,39	0,43	1,725	0,086
	Mujer	225	3,51	0,51		
SQ_Objetivo	Hombre	66	3,18	0,56	1,933	0,054
	Mujer	225	3,02	0,60		
SQ_Subjetivo	Hombre	66	3,83	0,58	2,794	0,006
	Mujer	225	3,58	0,64		
SQ_Total	Hombre	66	3,54	0,52	2,675	0,008
	Mujer	225	3,33	0,56		

Tabla 39: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según el sexo

	Sexo	Media	DE	t	p
SQ_1	Hombre	3,47	0,77	1,956	0,051
	Mujer	3,24	0,86		
SQ_2	Hombre	3,36	0,72	0,945	0,346
	Mujer	3,28	0,65		
SQ_3	Hombre	3,14	0,97	1,705	0,092
	Mujer	2,92	0,73		
SQ_4	Hombre	3,94	0,78	3,082	0,002
	Mujer	3,55	0,94		
SQ_5	Hombre	2,95	1,09	1,551	0,122
	Mujer	2,71	1,13		
SQ_6	Hombre	3,08	0,75	0,388	0,698
	Mujer	3,03	0,84		
SQ_7	Hombre	3,00	0,63	1,624	0,106
	Mujer	2,83	0,77		
SQ_8	Hombre	3,77	0,87	2,626	0,009
	Mujer	3,48	0,76		
SQ_9	Hombre	3,11	0,99	0,830	0,407
	Mujer	3,00	0,94		
SQ_10	Hombre	3,35	0,77	1,820	0,070
	Mujer	3,14	0,84		
SQ_11	Hombre	4,00	0,89	2,490	0,013
	Mujer	3,69	0,89		
SQ_12	Hombre	4,08	0,83	3,113	0,002
	Mujer	3,71	0,85		
SQ_13	Hombre	3,86	0,91	1,624	0,105
	Mujer	3,64	1,00		
SQ_14	Hombre	3,74	0,64	2,229	0,027
	Mujer	3,51	0,77		
SQ_15	Hombre	3,73	0,65	1,916	0,056
	Mujer	3,52	0,79		
SQ_16	Hombre	3,76	0,86	1,796	0,073
	Mujer	3,54	0,86		
SQ_17	Hombre	3,30	0,84	1,462	0,145
	Mujer	3,13	0,85		
SQ_18	Hombre	4,06	0,72	0,027	0,978
	Mujer	4,06	0,75		

Tabla 40: Correlaciones entre los cuestionarios y la edad de los profesionales

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	-0,054	0,359
PHLMS_Aceptación	0,183	0,002
BCSQ	0,238	0,000
BCSQ_Sobrecarga	0,173	0,003
BCSQ_Falta de desarrollo	0,192	0,001
BCSQ_Abandono	0,193	0,001
SCS	0,025	0,671
SQ_Objetivo	0,112	0,056
SQ_Subjetivo	-0,001	0,988
SQ_Total	0,052	0,373

Tabla 41: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y la edad de los profesionales

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,121
	Sig. (bilateral)	0,040
SQ_2	Correlación de Pearson	0,136
	Sig. (bilateral)	0,020
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,017
	Sig. (bilateral)	0,767
SQ_4	Correlación de Pearson	0,081
	Sig. (bilateral)	0,167
SQ_5	Correlación de Pearson	0,101
	Sig. (bilateral)	0,086
SQ_6	Correlación de Pearson	0,119
	Sig. (bilateral)	0,042
SQ_7	Correlación de Pearson	0,031
	Sig. (bilateral)	0,601
SQ_8	Correlación de Pearson	0,037
	Sig. (bilateral)	0,533
SQ_9	Correlación de Pearson	0,062
	Sig. (bilateral)	0,291
SQ_10	Correlación de Pearson	0,079
	Sig. (bilateral)	0,178
SQ_11	Correlación de Pearson	-0,038
	Sig. (bilateral)	0,523
SQ_12	Correlación de Pearson	-0,057
	Sig. (bilateral)	0,331
SQ_13	Correlación de Pearson	-0,034
	Sig. (bilateral)	0,568
SQ_14	Correlación de Pearson	-0,037
	Sig. (bilateral)	0,528
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,061
	Sig. (bilateral)	0,302
SQ_16	Correlación de Pearson	0,008
	Sig. (bilateral)	0,891
SQ_17	Correlación de Pearson	0,072
	Sig. (bilateral)	0,219
SQ_18	Correlación de Pearson	0,010
	Sig. (bilateral)	0,864

Tabla 42: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según su estado civil

Escala	Estado civil	N	Media	DE	F	p
MAAS	Soltero/a	39	4,42	0,81	0,402	0,669
	Casado/a	223	4,54	0,75		
	Separado/a	29	4,49	0,75		
PHLMS_Aceptación	Soltero/a	39	3,42	0,39	3,869	0,022
	Casado/a	223	3,61	0,41		
	Separado/a	29	3,62	0,41		
BCSQ	Soltero/a	39	2,73	0,85	5,745	0,004
	Casado/a	223	3,18	0,88		
	Separado/a	29	3,40	0,86		
BCSQ_Sobrecarga	Soltero/a	39	3,15	1,09	3,584	0,029
	Casado/a	223	3,59	1,00		
	Separado/a	29	3,72	1,00		
BCSQ_Falta de desarrollo	Soltero/a	39	3,11	1,33	2,745	0,066
	Casado/a	223	3,48	1,31		
	Separado/a	29	3,85	1,28		
BCSQ_Abandono	Soltero/a	39	1,94	0,69	5,050	0,007
	Casado/a	223	2,49	1,10		
	Separado/a	29	2,62	1,10		
SCS	Soltero/a	39	3,53	0,58	0,166	0,847
	Casado/a	223	3,48	0,49		
	Separado/a	29	3,48	0,42		
SQ_Objeto	Soltero/a	39	2,82	0,46	3,802	0,023
	Casado/a	223	3,10	0,59		
	Separado/a	29	3,00	0,70		
SQ_Subjetivo	Soltero/a	39	3,58	0,53	0,805	0,448
	Casado/a	223	3,63	0,64		
	Separado/a	29	3,77	0,73		
SQ_Total	Soltero/a	39	3,24	0,43	1,380	0,253
	Casado/a	223	3,40	0,56		
	Separado/a	29	3,43	0,66		

Tabla 43: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas con diferencias significativas para los profesionales según su estado civil

Escala	(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Diferencia de medias (I-J)	p
PHLMS_Aceptación	Soltero/a	Casado/a	-0,19314	0,020
		Separado/a	-0,20875	0,114
	Casado/a	Soltero/a	0,19314	0,020
		Separado/a	-0,01562	1,000
	Separado/a	Soltero/a	0,20875	0,114
		Casado/a	0,01562	1,000
BCSQ	Soltero/a	Casado/a	-0,45346	0,010
		Separado/a	-0,66578	0,007
	Casado/a	Soltero/a	0,45346	0,010
		Separado/a	-0,21232	0,666
	Separado/a	Soltero/a	0,66578	0,007
		Casado/a	0,21232	0,666
BCSQ_Sobrecarga	Soltero/a	Casado/a	-0,43889	0,040
		Separado/a	-0,56808	0,069
	Casado/a	Soltero/a	0,43889	0,040
		Separado/a	-0,12919	1,000
	Separado/a	Soltero/a	0,56808	0,069
		Casado/a	0,12919	1,000
BCSQ_Abandono	Soltero/a	Casado/a	-0,54953	0,009
		Separado/a	-0,68479	0,026
	Casado/a	Soltero/a	0,54953	0,009
		Separado/a	-0,13526	1,000
	Separado/a	Soltero/a	0,68479	0,026
		Casado/a	0,13526	1,000
SQ_Objetoivo	Soltero/a	Casado/a	-0,27606	0,022
		Separado/a	-0,17197	0,703
	Casado/a	Soltero/a	0,27606	0,022
		Separado/a	0,10409	1,000
	Separado/a	Soltero/a	0,17197	0,703
		Casado/a	-0,10409	1,000

Tabla 44: Valores medios de los ítems SERVQHOS según estado civil de profesionales

Escala	Estado civil	N	Media	DE	F	p
SQ_1	Soltero/a	39	3,08	0,87	2,020	0,135
	Casado/a	223	3,35	0,83		
	Separado/a	29	3,17	0,85		
SQ_2	Soltero/a	39	3,13	0,47	1,504	0,224
	Casado/a	223	3,33	0,68		
	Separado/a	29	3,28	0,75		
SQ_3	Soltero/a	39	2,90	0,75	1,163	0,314
	Casado/a	223	2,95	0,74		
	Separado/a	29	3,17	1,20		
SQ_4	Soltero/a	39	3,51	0,97	0,765	0,466
	Casado/a	223	3,64	0,93		
	Separado/a	29	3,79	0,77		
SQ_5	Soltero/a	39	2,36	1,09	3,588	0,029
	Casado/a	223	2,86	1,08		
	Separado/a	29	2,62	1,37		
SQ_6	Soltero/a	39	2,67	0,70	5,064	0,007
	Casado/a	223	3,11	0,81		
	Separado/a	29	3,00	0,93		
SQ_7	Soltero/a	39	2,74	0,55	1,006	0,367
	Casado/a	223	2,87	0,76		
	Separado/a	29	3,00	0,85		
SQ_8	Soltero/a	39	3,41	0,59	1,995	0,138
	Casado/a	223	3,54	0,81		
	Separado/a	29	3,79	0,82		
SQ_9	Soltero/a	39	2,79	0,73	4,274	0,015
	Casado/a	223	3,11	0,99		
	Separado/a	29	2,66	0,81		
SQ_10	Soltero/a	39	2,95	0,69	1,851	0,159
	Casado/a	223	3,22	0,83		
	Separado/a	29	3,24	0,95		
SQ_11	Soltero/a	39	3,74	0,85	0,583	0,559
	Casado/a	223	3,74	0,90		
	Separado/a	29	3,93	0,96		
SQ_12	Soltero/a	39	3,79	0,80	2,723	0,067
	Casado/a	223	3,74	0,86		
	Separado/a	29	4,14	0,92		
SQ_13	Soltero/a	39	3,67	0,81	0,310	0,733
	Casado/a	223	3,68	1,00		
	Separado/a	29	3,83	1,10		
SQ_14	Soltero/a	39	3,46	0,68	0,694	0,501
	Casado/a	223	3,59	0,75		
	Separado/a	29	3,48	0,78		
SQ_15	Soltero/a	39	3,69	0,52	1,807	0,166
	Casado/a	223	3,52	0,78		
	Separado/a	29	3,76	0,83		

Tabla 44: Valores medios de los ítems SERVQHOS según estado civil de profesionales
(continuación)

Escala	Estado civil	N	Media	DE	F	p
SQ_16	Soltero/a	39	3,49	0,68	0,837	0,434
	Casado/a	223	3,59	0,86		
	Separado/a	29	3,76	1,06		
SQ_17	Soltero/a	39	2,92	0,90	2,311	0,101
	Casado/a	223	3,22	0,84		
	Separado/a	29	3,07	0,84		
SQ_18	Soltero/a	39	4,05	0,79	0,263	0,769
	Casado/a	223	4,07	0,74		
	Separado/a	29	3,97	0,73		

Tabla 45: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS con diferencias significativas para los profesionales según su estado civil

Escala	(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_5	Soltero/a	Casado/a	-0,498	0,032
		Separado/a	-0,262	1,000
	Casado/a	Soltero/a	0,498	0,032
		Separado/a	0,236	0,853
	Separado/a	Soltero/a	0,262	1,000
		Casado/a	-0,236	0,853
SQ_6	Soltero/a	Casado/a	-0,445	0,005
		Separado/a	-0,333	0,283
	Casado/a	Soltero/a	0,445	0,005
		Separado/a	0,112	1,000
	Separado/a	Soltero/a	0,333	0,283
		Casado/a	-0,112	1,000
SQ_9	Soltero/a	Casado/a	-0,313	0,168
		Separado/a	0,140	1,000
	Casado/a	Soltero/a	0,313	0,168
		Separado/a	0,452	0,046
	Separado/a	Soltero/a	-0,140	1,000
		Casado/a	-0,452	0,046

Tabla 46: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según descendencia

Escala	Hijos	N	Media	DE	t	p
MAAS	No	72	4,57	0,73	0,761	0,448
	Si	219	4,50	0,77		
PHLMS_Aceptación	No	72	3,53	0,40	1,208	0,228
	Si	219	3,60	0,41		
BCSQ	No	72	2,89	0,97	2,861	0,005
	Si	219	3,23	0,85		
BCSQ - Sobrecarga	No	72	3,32	1,11	2,157	0,032
	Si	219	3,61	0,99		
BCSQ - Falta de desarrollo	No	72	3,11	1,28	2,686	0,008
	Si	219	3,59	1,31		
BCSQ - Abandono	No	72	2,23	1,03	1,767	0,078
	Si	219	2,49	1,08		
SCS	No	72	3,52	0,52	0,626	0,532
	Si	219	3,47	0,49		
SQ_Objetivo	No	72	2,95	0,56	1,726	0,085
	Si	219	3,09	0,60		
SQ_Subjetivo	No	72	3,69	0,56	0,784	0,434
	Si	219	3,62	0,66		
SQ_Total	No	72	3,36	0,51	0,319	0,750
	Si	219	3,38	0,58		

Tabla 47: Correlaciones entre los cuestionarios y número de hijos de los profesionales

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	-0,083	0,160
PHLMS_Aceptación	0,077	0,192
BCSQ	0,186	0,001
BCSQ_Sobrecarga	0,195	0,001
BCSQ_Falta de desarrollo	0,123	0,036
BCSQ_Abandono	0,127	0,031
SCS	0,031	0,601
SQ_Objetivo	0,062	0,295
SQ_Subjetivo	-0,056	0,338
SQ_Total	-0,006	0,914

Tabla 48: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según descendencia

	Hijos	Media	DE	t	p
SQ_1	No	3,17	0,84	1,458	0,146
	Si	3,33	0,84		
SQ_2	No	3,18	0,56	1,694	0,091
	Si	3,33	0,69		
SQ_3	No	3,06	0,87	1,106	0,270
	Si	2,94	0,77		
SQ_4	No	3,54	0,90	0,996	0,320
	Si	3,67	0,93		
SQ_5	No	2,58	1,20	1,597	0,111
	Si	2,83	1,10		
SQ_6	No	2,78	0,79	3,188	0,002
	Si	3,13	0,81		
SQ_7	No	2,78	0,72	1,204	0,230
	Si	2,90	0,75		
SQ_8	No	3,57	0,73	0,242	0,809
	Si	3,54	0,81		
SQ_9	No	2,92	0,83	1,070	0,285
	Si	3,05	0,98		
SQ_10	No	3,10	0,81	1,041	0,299
	Si	3,21	0,84		
SQ_11	No	3,79	0,85	0,349	0,727
	Si	3,75	0,92		
SQ_12	No	3,96	0,80	1,920	0,056
	Si	3,74	0,87		
SQ_13	No	3,82	0,81	1,278	0,202
	Si	3,65	1,04		
SQ_14	No	3,50	0,73	0,833	0,406
	Si	3,58	0,75		
SQ_15	No	3,76	0,52	2,514	0,012
	Si	3,51	0,81		
SQ_16	No	3,69	0,80	1,177	0,240
	Si	3,56	0,88		
SQ_17	No	3,13	0,87	0,497	0,619
	Si	3,18	0,85		
SQ_18	No	4,17	0,71	1,428	0,154
	Si	4,02	0,75		

Tabla 49: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y número de hijos de los profesionales

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,123
	Sig. (bilateral)	0,036
SQ_2	Correlación de Pearson	0,071
	Sig. (bilateral)	0,227
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,063
	Sig. (bilateral)	0,281
SQ_4	Correlación de Pearson	0,041
	Sig. (bilateral)	0,490
SQ_5	Correlación de Pearson	0,026
	Sig. (bilateral)	0,661
SQ_6	Correlación de Pearson	0,146
	Sig. (bilateral)	0,013
SQ_7	Correlación de Pearson	0,039
	Sig. (bilateral)	0,507
SQ_8	Correlación de Pearson	-0,049
	Sig. (bilateral)	0,405
SQ_9	Correlación de Pearson	0,023
	Sig. (bilateral)	0,694
SQ_10	Correlación de Pearson	0,007
	Sig. (bilateral)	0,909
SQ_11	Correlación de Pearson	-0,018
	Sig. (bilateral)	0,761
SQ_12	Correlación de Pearson	-0,106
	Sig. (bilateral)	0,070
SQ_13	Correlación de Pearson	-0,042
	Sig. (bilateral)	0,476
SQ_14	Correlación de Pearson	0,060
	Sig. (bilateral)	0,309
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,122
	Sig. (bilateral)	0,038
SQ_16	Correlación de Pearson	-0,110
	Sig. (bilateral)	0,061
SQ_17	Correlación de Pearson	-0,009
	Sig. (bilateral)	0,879
SQ_18	Correlación de Pearson	-0,094
	Sig. (bilateral)	0,108

Tabla 50: Correlaciones entre los cuestionarios y número de personas que conviven en el domicilio de los profesionales

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	0,005	0,932
PHLMS_Aceptación	-0,007	0,905
BCSQ	-0,062	0,293
BCSQ_Sobrecarga	-0,025	0,673
BCSQ_Falta de desarrollo	-0,101	0,086
BCSQ_Abandono	-0,007	0,899
SCS	-0,032	0,591
SQ_Objetivo	0,138	0,018
SQ_Subjetivo	0,005	0,934
SQ_Total	0,068	0,245

Tabla 51: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y número de personas que conviven en el domicilio de los profesionales

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,142
	Sig. (bilateral)	0,015
SQ_2	Correlación de Pearson	0,067
	Sig. (bilateral)	0,253
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,066
	Sig. (bilateral)	0,262
SQ_4	Correlación de Pearson	0,018
	Sig. (bilateral)	0,757
SQ_5	Correlación de Pearson	0,120
	Sig. (bilateral)	0,041
SQ_6	Correlación de Pearson	0,198
	Sig. (bilateral)	0,001
SQ_7	Correlación de Pearson	0,080
	Sig. (bilateral)	0,175
SQ_8	Correlación de Pearson	-0,009
	Sig. (bilateral)	0,884
SQ_9	Correlación de Pearson	0,153
	Sig. (bilateral)	0,009
SQ_10	Correlación de Pearson	0,087
	Sig. (bilateral)	0,138
SQ_11	Correlación de Pearson	0,031
	Sig. (bilateral)	0,596
SQ_12	Correlación de Pearson	-0,073
	Sig. (bilateral)	0,215
SQ_13	Correlación de Pearson	0,045
	Sig. (bilateral)	0,442
SQ_14	Correlación de Pearson	0,127
	Sig. (bilateral)	0,031
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,105
	Sig. (bilateral)	0,072
SQ_16	Correlación de Pearson	-0,037
	Sig. (bilateral)	0,528
SQ_17	Correlación de Pearson	0,050
	Sig. (bilateral)	0,394
SQ_18	Correlación de Pearson	-0,059
	Sig. (bilateral)	0,314

Tabla 52: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según cuidado de personas dependientes

Escala	Dependientes	N	Media	DE	t	p
MAAS	No	216	4,51	0,76	0,157	0,875
	Si	75	4,53	0,74		
PHLMS_Aceptación	No	216	3,59	0,41	0,264	0,792
	Si	75	3,57	0,42		
BCSQ	No	216	3,17	0,94	0,827	0,409
	Si	75	3,07	0,74		
BCSQ - Sobrecarga	No	216	3,51	1,04	0,781	0,435
	Si	75	3,62	0,96		
BCSQ - Falta de desarrollo	No	216	3,56	1,37	2,037	0,043
	Si	75	3,20	1,12		
BCSQ - Abandono	No	216	2,44	1,13	0,331	0,741
	Si	75	2,39	0,89		
SCS	No	216	3,51	0,48	1,748	0,082
	Si	75	3,40	0,53		
SQ_Objetivo	No	216	3,03	0,60	1,258	0,210
	Si	75	3,13	0,59		
SQ_Subjetivo	No	216	3,64	0,62	0,204	0,839
	Si	75	3,63	0,67		
SQ_Total	No	216	3,37	0,55	0,465	0,643
	Si	75	3,40	0,57		

Tabla 53: Correlaciones entre los cuestionarios y número de dependientes al cargo de los profesionales

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	-0,010	0,865
PHLMS_Aceptación	-0,050	0,399
BCSQ	-0,059	0,316
BCSQ_Sobrecarga	0,050	0,400
BCSQ_Falta de desarrollo	-0,136	0,020
BCSQ_Abandono	-0,028	0,636
SCS	-0,045	0,442
SQ_Objetivo	0,064	0,280
SQ_Subjetivo	-0,039	0,511
SQ_Total	0,006	0,924

Tabla 54: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según personas dependientes a su cargo

	Dependientes	Media	DE	t	p
SQ_1	No	3,31	0,82	0,620	0,535
	Si	3,24	0,90		
SQ_2	No	3,32	0,64	1,242	0,215
	Si	3,21	0,72		
SQ_3	No	2,94	0,80	0,939	0,348
	Si	3,04	0,80		
SQ_4	No	3,66	0,90	0,679	0,498
	Si	3,57	1,00		
SQ_5	No	2,70	1,16	1,739	0,083
	Si	2,96	0,98		
SQ_6	No	2,97	0,82	2,454	0,015
	Si	3,24	0,79		
SQ_7	No	2,83	0,72	1,404	0,161
	Si	2,97	0,80		
SQ_8	No	3,57	0,77	0,886	0,377
	Si	3,48	0,84		
SQ_9	No	2,96	0,94	1,763	0,079
	Si	3,19	0,95		
SQ_10	No	3,16	0,85	0,982	0,327
	Si	3,27	0,78		
SQ_11	No	3,75	0,91	0,303	0,762
	Si	3,79	0,89		
SQ_12	No	3,82	0,86	1,136	0,257
	Si	3,69	0,87		
SQ_13	No	3,68	0,99	0,434	0,665
	Si	3,73	0,99		
SQ_14	No	3,51	0,75	2,119	0,035
	Si	3,72	0,71		
SQ_15	No	3,61	0,70	1,376	0,170
	Si	3,47	0,91		
SQ_16	No	3,59	0,85	0,051	0,959
	Si	3,59	0,90		
SQ_17	No	3,17	0,87	0,099	0,921
	Si	3,16	0,81		
SQ_18	No	4,09	0,72	1,334	0,183
	Si	3,96	0,80		

Tabla 55: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y número de dependientes al cargo de los profesionales

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,022
	Sig. (bilateral)	0,703
SQ_2	Correlación de Pearson	-0,088
	Sig. (bilateral)	0,133
SQ_3	Correlación de Pearson	0,083
	Sig. (bilateral)	0,159
SQ_4	Correlación de Pearson	-0,045
	Sig. (bilateral)	0,440
SQ_5	Correlación de Pearson	0,095
	Sig. (bilateral)	0,107
SQ_6	Correlación de Pearson	0,118
	Sig. (bilateral)	0,045
SQ_7	Correlación de Pearson	0,037
	Sig. (bilateral)	0,533
SQ_8	Correlación de Pearson	-0,073
	Sig. (bilateral)	0,217
SQ_9	Correlación de Pearson	0,073
	Sig. (bilateral)	0,213
SQ_10	Correlación de Pearson	0,012
	Sig. (bilateral)	0,844
SQ_11	Correlación de Pearson	-0,010
	Sig. (bilateral)	0,871
SQ_12	Correlación de Pearson	-0,085
	Sig. (bilateral)	0,150
SQ_13	Correlación de Pearson	0,024
	Sig. (bilateral)	0,686
SQ_14	Correlación de Pearson	0,123
	Sig. (bilateral)	0,036
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,072
	Sig. (bilateral)	0,223
SQ_16	Correlación de Pearson	-0,065
	Sig. (bilateral)	0,268
SQ_17	Correlación de Pearson	-0,028
	Sig. (bilateral)	0,634
SQ_18	Correlación de Pearson	-0,106
	Sig. (bilateral)	0,071

Tabla 56: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según el tipo de personas dependientes a su cargo

Escala	Tipo de dependencia	N	Media	DE	F	p
MAAS	Sin dependientes a cargo	216	4,51	0,76	0,332	0,718
	Hijos/as menores	71	4,54	0,74		
	Ancianos/as	4	4,23	0,81		
PHLMS_Aceptación	Sin dependientes a cargo	216	3,59	0,41	1,365	0,257
	Hijos/as menores	71	3,55	0,43		
	Ancianos/as	4	3,90	0,12		
BCSQ	Sin dependientes a cargo	216	3,17	0,94	0,470	0,626
	Hijos/as menores	71	3,06	0,75		
	Ancianos/as	4	3,29	0,72		
BCSQ_Sobrecarga	Sin dependientes a cargo	216	3,51	1,04	1,459	0,234
	Hijos/as menores	71	3,58	0,91		
	Ancianos/as	4	4,38	1,59		
BCSQ_Falta de desarrollo	Sin dependientes a cargo	216	3,56	1,37	2,104	0,124
	Hijos/as menores	71	3,19	1,14		
	Ancianos/as	4	3,38	0,43		
BCSQ_Abandono	Sin dependientes a cargo	216	2,44	1,13	0,183	0,833
	Hijos/as menores	71	2,40	0,89		
	Ancianos/as	4	2,13	1,01		
SCS	Sin dependientes a cargo	216	3,51	0,48	5,253	0,006
	Hijos/as menores	71	3,36	0,52		
	Ancianos/as	4	4,04	0,24		
SQ_Objetivo	Sin dependientes a cargo	216	3,03	0,60	2,494	0,084
	Hijos/as menores	71	3,10	0,59		
	Ancianos/as	4	3,66	0,28		
SQ_Subjetivo	Sin dependientes a cargo	216	3,64	0,62	0,344	0,709
	Hijos/as menores	71	3,61	0,68		
	Ancianos/as	4	3,88	0,45		
SQ_Total	Sin dependientes a cargo	216	3,37	0,55	1,051	0,351
	Hijos/as menores	71	3,38	0,58		
	Ancianos/as	4	3,78	0,37		

Tabla 57: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para la escala SCS según el tipo de dependencia de las personas al cargo de los profesionales

Variable	(I) Tipo de dependencia	(J) Tipo de dependencia	Diferencia de medias (I-J)	p
SCS	Sin dependientes a cargo	Hijos/as menores	0,152	0,071
		Ancianos/as	-0,529	0,097
	Hijos/as menores	Sin dependientes a cargo	-0,152	0,071
		Ancianos/as	-0,680	0,021
	Ancianos/as	Sin dependientes a cargo	0,529	0,097
		Hijos/as menores	0,680	0,021

Tabla 58: Prueba U de Mann-Whitney para la escala SCS según el tipo de dependencia de las personas al cargo de los profesionales

Variable	Tipo de dependencia	N	Rango promedio	Z	p
SCS	Hijos/as menores	71	36,32	2,828	0,005
	Ancianos/as	4	67,75		

Tabla 59: Valores medios de los ítems SERVQHOS de los profesionales según el tipo de personas dependientes a su cargo

Ítem	Tipo de dependencia	Media	DE	F	p
SQ_1	Sin dependientes a cargo	3,31	0,82	0,966	0,382
	Hijos/as menores	3,21	0,91		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_2	Sin dependientes a cargo	3,32	0,64	2,159	0,117
	Hijos/as menores	3,18	0,72		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_3	Sin dependientes a cargo	2,94	0,80	0,445	0,641
	Hijos/as menores	3,04	0,82		
	Ancianos/as	3,00	0,00		
SQ_4	Sin dependientes a cargo	3,66	0,90	0,306	0,736
	Hijos/as menores	3,56	1,02		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_5	Sin dependientes a cargo	2,70	1,16	1,649	0,194
	Hijos/as menores	2,94	1,00		
	Ancianos/as	3,25	0,50		
SQ_6	Sin dependientes a cargo	2,97	0,82	3,850	0,022
	Hijos/as menores	3,21	0,79		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_7	Sin dependientes a cargo	2,83	0,72	5,135	0,006
	Hijos/as menores	2,92	0,77		
	Ancianos/as	4,00	0,82		
SQ_8	Sin dependientes a cargo	3,57	0,77	1,169	0,312
	Hijos/as menores	3,51	0,86		
	Ancianos/as	3,00	0,00		
SQ_9	Sin dependientes a cargo	2,96	0,94	3,136	0,045
	Hijos/as menores	3,14	0,96		
	Ancianos/as	4,00	0,00		
SQ_10	Sin dependientes a cargo	3,16	0,85	1,199	0,303
	Hijos/as menores	3,24	0,78		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_11	Sin dependientes a cargo	3,75	0,91	1,375	0,254
	Hijos/as menores	3,75	0,87		
	Ancianos/as	4,50	1,00		
SQ_12	Sin dependientes a cargo	3,82	0,86	0,652	0,522
	Hijos/as menores	3,69	0,89		
	Ancianos/as	3,75	0,50		

Tabla 59: Valores medios de los ítems SERVQHOS de los profesionales según el tipo de personas dependientes a su cargo (continuación)

Ítem	Tipo de dependencia	Media	DE	F	p
SQ_13	Sin dependientes a cargo	3,68	0,99	0,094	0,910
	Hijos/as menores	3,73	1,01		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_14	Sin dependientes a cargo	3,51	0,75	2,543	0,080
	Hijos/as menores	3,70	0,72		
	Ancianos/as	4,00	0,00		
SQ_15	Sin dependientes a cargo	3,61	0,70	1,239	0,291
	Hijos/as menores	3,45	0,92		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_16	Sin dependientes a cargo	3,59	0,85	0,077	0,926
	Hijos/as menores	3,58	0,92		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_17	Sin dependientes a cargo	3,17	0,87	1,017	0,363
	Hijos/as menores	3,13	0,81		
	Ancianos/as	3,75	0,50		
SQ_18	Sin dependientes a cargo	4,09	0,72	3,329	0,037
	Hijos/as menores	3,92	0,79		
	Ancianos/as	4,75	0,50		

Tabla 60: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS según el tipo de dependencia de las personas al cargo de los profesionales

Ítem	(I) Tipo de dependencia	(J) Tipo de dependencia	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_6	Sin dependientes a cargo	Hijos/as menores	-0,239	0,097
		Ancianos/as	-0,778	0,177
	Hijos/as menores	Sin dependientes a cargo	0,239	0,097
		Ancianos/as	-0,539	0,595
	Ancianos/as	Sin dependientes a cargo	0,778	0,177
		Hijos/as menores	0,539	0,595
SQ_7	Sin dependientes a cargo	Hijos/as menores	-0,082	1,000
		Ancianos/as	-1,167	0,005
	Hijos/as menores	Sin dependientes a cargo	0,082	1,000
		Ancianos/as	-1,085	0,013
	Ancianos/as	Sin dependientes a cargo	1,167	0,005
		Hijos/as menores	1,085	0,013
SQ_9	Sin dependientes a cargo	Hijos/as menores	-0,178	0,507
		Ancianos/as	-1,037	0,091
	Hijos/as menores	Sin dependientes a cargo	0,178	0,507
		Ancianos/as	-0,859	0,232
	Ancianos/as	Sin dependientes a cargo	1,037	0,091
		Hijos/as menores	0,859	0,232
SQ_18	Sin dependientes a cargo	Hijos/as menores	0,177	0,240
		Ancianos/as	-0,657	0,234
	Hijos/as menores	Sin dependientes a cargo	-0,177	0,240
		Ancianos/as	-0,835	0,085
	Ancianos/as	Sin dependientes a cargo	0,657	0,234
		Hijos/as menores	0,835	0,085

Tabla 61: Prueba U de Mann-Whitney para el ítem 7 SERVQHOS según el tipo de dependencia de las personas al cargo de los profesionales

Ítem	Tipo de dependencia	N	Rango promedio	Z	p
SQ_7	Sin dependientes a cargo	216	109,08	2,798	0,005
	Ancianos/as	4	187,38		
SQ_7	Hijos/as menores	71	36,66	2,543	0,022
	Ancianos/as	4	61,75		

Tabla 62: Correlaciones entre los cuestionarios e ingresos mensuales del hogar de los profesionales

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	0,039	0,510
PHLMS_Aceptación	0,053	0,367
BCSQ	0,092	0,116
BCSQ_Sobrecarga	0,100	0,089
BCSQ_Falta de desarrollo	0,027	0,646
BCSQ_Abandono	0,102	0,081
SCS	-0,041	0,481
SQ_Objetivo	0,037	0,532
SQ_Subjetivo	-0,090	0,124
SQ_Total	-0,039	0,503

Tabla 63: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y los ingresos mensuales del hogar de los profesionales

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,157
	Sig. (bilateral)	0,007
SQ_2	Correlación de Pearson	0,137
	Sig. (bilateral)	0,019
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,087
	Sig. (bilateral)	0,140
SQ_4	Correlación de Pearson	0,011
	Sig. (bilateral)	0,853
SQ_5	Correlación de Pearson	0,009
	Sig. (bilateral)	0,875
SQ_6	Correlación de Pearson	0,050
	Sig. (bilateral)	0,394
SQ_7	Correlación de Pearson	-0,054
	Sig. (bilateral)	0,359
SQ_8	Correlación de Pearson	-0,023
	Sig. (bilateral)	0,694
SQ_9	Correlación de Pearson	0,060
	Sig. (bilateral)	0,304
SQ_10	Correlación de Pearson	0,027
	Sig. (bilateral)	0,646
SQ_11	Correlación de Pearson	-0,138
	Sig. (bilateral)	0,018
SQ_12	Correlación de Pearson	-0,091
	Sig. (bilateral)	0,122
SQ_13	Correlación de Pearson	-0,098
	Sig. (bilateral)	0,095
SQ_14	Correlación de Pearson	0,012
	Sig. (bilateral)	0,843
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,167
	Sig. (bilateral)	0,004
SQ_16	Correlación de Pearson	-0,123
	Sig. (bilateral)	0,035
SQ_17	Correlación de Pearson	-0,057
	Sig. (bilateral)	0,329
SQ_18	Correlación de Pearson	-0,084
	Sig. (bilateral)	0,153

Tabla 64: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según profesión

Escala	Nivel asistencial	N	Media	DE	t	p
MAAS	Medicina	126	4,53	0,79	0,203	0,839
	Enfermería	165	4,51	0,73		
PHLMS_Aceptación	Medicina	126	3,61	0,40	1,060	0,290
	Enfermería	165	3,56	0,42		
BCSQ	Medicina	126	3,17	0,90	0,445	0,657
	Enfermería	165	3,12	0,89		
BCSQ - Sobrecarga	Medicina	126	3,56	1,10	0,336	0,737
	Enfermería	165	3,52	0,97		
BCSQ - Falta de desarrollo	Medicina	126	3,47	1,35	0,068	0,946
	Enfermería	165	3,46	1,29		
BCSQ - Abandono	Medicina	126	2,48	1,05	0,709	0,479
	Enfermería	165	2,39	1,09		
SCS	Medicina	126	3,54	0,43	1,744	0,082
	Enfermería	165	3,44	0,53		
SQ_Objetoivo	Medicina	126	3,04	0,60	0,344	0,731
	Enfermería	165	3,06	0,59		
SQ_Subjetivo	Medicina	126	3,55	0,63	2,082	0,038
	Enfermería	165	3,71	0,63		
SQ_Total	Medicina	126	3,32	0,56	1,469	0,143
	Enfermería	165	3,42	0,55		

Tabla 65: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según profesión

	Profesión	Media	DE	t	p
SQ_1	Medicina	3,28	0,82	0,253	0,801
	Enfermería	3,30	0,87		
SQ_2	Medicina	3,34	0,72	1,024	0,307
	Enfermería	3,26	0,62		
SQ_3	Medicina	2,98	0,73	0,346	0,730
	Enfermería	2,95	0,85		
SQ_4	Medicina	3,52	0,90	1,944	0,053
	Enfermería	3,73	0,93		
SQ_5	Medicina	2,73	1,14	0,479	0,632
	Enfermería	2,79	1,11		
SQ_6	Medicina	2,94	0,87	1,764	0,079
	Enfermería	3,12	0,78		
SQ_7	Medicina	2,82	0,76	1,039	0,299
	Enfermería	2,91	0,73		
SQ_8	Medicina	3,47	0,78	1,538	0,125
	Enfermería	3,61	0,80		
SQ_9	Medicina	3,06	0,98	0,672	0,502
	Enfermería	2,99	0,93		
SQ_10	Medicina	3,12	0,84	1,195	0,233
	Enfermería	3,24	0,82		
SQ_11	Medicina	3,65	0,87	1,806	0,072
	Enfermería	3,84	0,92		
SQ_12	Medicina	3,75	0,85	0,631	0,529
	Enfermería	3,82	0,86		
SQ_13	Medicina	3,54	1,04	2,299	0,022
	Enfermería	3,81	0,93		
SQ_14	Medicina	3,42	0,79	2,891	0,004
	Enfermería	3,67	0,69		
SQ_15	Medicina	3,49	0,75	1,542	0,124
	Enfermería	3,63	0,77		
SQ_16	Medicina	3,44	0,83	2,567	0,011
	Enfermería	3,70	0,86		
SQ_17	Medicina	3,15	0,81	0,307	0,759
	Enfermería	3,18	0,89		
SQ_18	Medicina	4,11	0,71	1,058	0,291
	Enfermería	4,02	0,77		

Tabla 66: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según titulación

Escala	Titulación	N	Media	DE	F	p
MAAS	Diplomatura	132	4,50	0,72	3,500	0,008
	Grado	17	4,10	0,72		
	Licenciatura	105	4,58	0,79		
	Máster	17	4,94	0,66		
	Doctorado	20	4,27	0,79		
PHLMS_Aceptación	Diplomatura	132	3,55	0,43	1,016	0,399
	Grado	17	3,47	0,32		
	Licenciatura	105	3,61	0,42		
	Máster	17	3,66	0,47		
	Doctorado	20	3,68	0,24		
BCSQ	Diplomatura	132	3,20	0,83	1,440	0,221
	Grado	17	3,07	1,35		
	Licenciatura	105	3,19	0,93		
	Máster	17	2,70	0,65		
	Doctorado	20	2,98	0,78		
BCSQ_Sobrecarga	Diplomatura	132	3,63	0,90	1,961	0,101
	Grado	17	3,50	1,36		
	Licenciatura	105	3,59	1,05		
	Máster	17	2,99	0,92		
	Doctorado	20	3,25	1,31		
BCSQ_Falta de desarrollo	Diplomatura	132	3,51	1,22	0,801	0,526
	Grado	17	3,32	1,65		
	Licenciatura	105	3,55	1,35		
	Máster	17	3,32	1,46		
	Doctorado	20	3,03	1,31		
BCSQ_Abandono	Diplomatura	132	2,47	1,06	1,827	0,124
	Grado	17	2,40	1,37		
	Licenciatura	105	2,43	1,10		
	Máster	17	1,79	0,70		
	Doctorado	20	2,68	0,77		
SCS	Diplomatura	132	3,42	0,56	1,407	0,232
	Grado	17	3,42	0,50		
	Licenciatura	105	3,52	0,43		
	Máster	17	3,64	0,34		
	Doctorado	20	3,60	0,39		
SQ_Objeto	Diplomatura	132	3,08	0,59	0,577	0,680
	Grado	17	2,93	0,41		
	Licenciatura	105	3,07	0,59		
	Máster	17	3,00	0,69		
	Doctorado	20	2,91	0,70		

Tabla 66: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según titulación
(continuación)

Escala	Titulación	N	Media	DE		
SQ_Subjetivo	Diplomatura	132	3,69	0,63	1,236	0,296
	Grado	17	3,61	0,63		
	Licenciatura	105	3,56	0,63		
	Máster	17	3,85	0,67		
	Doctorado	20	3,55	0,63		
SQ_Total	Diplomatura	132	3,42	0,55	0,679	0,607
	Grado	17	3,31	0,49		
	Licenciatura	105	3,34	0,55		
	Máster	17	3,47	0,64		
	Doctorado	20	3,27	0,62		

Tabla 67: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los valores de la escala MAAS según titulación

Variable	(I) Título académico	(J) Título académico	Diferencia de medias (I-J)	p
MAAS	Diplomatura	Grado	0,39551	0,399
		Licenciatura	-0,08729	1,000
		Máster	-0,44370	0,213
		Doctorado	0,22747	1,000
	Grado	Diplomatura	-0,39551	0,399
		Licenciatura	-0,48280	0,136
		Máster	-0,83922	0,011
		Doctorado	-0,16804	1,000
	Licenciatura	Diplomatura	0,08729	1,000
		Grado	0,48280	0,136
		Máster	-0,35641	0,678
		Doctorado	0,31476	0,838
	Máster	Diplomatura	0,44370	0,213
		Grado	0,83922	0,011
		Licenciatura	0,35641	0,678
		Doctorado	0,67118	0,066
	Doctorado	Diplomatura	-0,22747	1,000
		Grado	0,16804	1,000
		Licenciatura	-0,31476	0,838
		Máster	-0,67118	0,066

Tabla 68: Prueba U de Mann-Whitney para la escala MAAS según la titulación de los profesionales

Variable	Título	N	Rango promedio	Z	p
MAAS	Grado	17	12,26	3,070	0,002
	Máster	17	22,74		

Tabla 69: Valores medios de los ítems SERVQHOS según titulación

Ítem	Título	Media	DE	F	p
SQ_1	Diplomatura	3,37	0,84	1,279	0,278
	Grado	3,00	0,87		
	Licenciatura	3,30	0,82		
	Máster	3,06	0,97		
	Doctorado	3,15	0,81		
SQ_2	Diplomatura	3,27	0,61	0,797	0,528
	Grado	3,06	0,43		
	Licenciatura	3,35	0,71		
	Máster	3,35	0,86		
	Doctorado	3,30	0,80		
SQ_3	Diplomatura	2,97	0,90	0,397	0,811
	Grado	2,76	0,56		
	Licenciatura	3,01	0,70		
	Máster	2,88	0,70		
	Doctorado	2,95	0,83		
SQ_4	Diplomatura	3,73	0,92	1,820	0,125
	Grado	3,29	0,99		
	Licenciatura	3,54	0,91		
	Máster	3,94	0,90		
	Doctorado	3,50	0,95		
SQ_5	Diplomatura	2,80	1,12	1,023	0,396
	Grado	2,65	1,32		
	Licenciatura	2,83	1,10		
	Máster	2,82	1,01		
	Doctorado	2,30	1,13		
SQ_6	Diplomatura	3,16	0,76	2,017	0,092
	Grado	2,94	0,75		
	Licenciatura	2,99	0,84		
	Máster	3,00	0,87		
	Doctorado	2,65	1,04		
SQ_7	Diplomatura	2,91	0,73	0,269	0,898
	Grado	2,94	0,24		
	Licenciatura	2,83	0,73		
	Máster	2,82	1,01		
	Doctorado	2,80	1,01		
SQ_8	Diplomatura	3,64	0,80	1,021	0,397
	Grado	3,59	0,62		
	Licenciatura	3,44	0,78		
	Máster	3,53	1,01		
	Doctorado	3,50	0,69		

Tabla 69: Valores medios de los ítems SERVQHOS según titulación (continuación)

Ítem	Título	Media	DE	F	p
SQ_9	Diplomatura	2,98	0,97	0,198	0,940
	Grado	2,94	0,66		
	Licenciatura	3,08	1,03		
	Máster	3,06	0,83		
	Doctorado	3,05	0,69		
SQ_10	Diplomatura	3,26	0,83	1,103	0,355
	Grado	3,12	0,70		
	Licenciatura	3,17	0,84		
	Máster	3,18	0,88		
	Doctorado	2,85	0,88		
SQ_11	Diplomatura	3,78	0,89	2,155	0,074
	Grado	3,76	0,90		
	Licenciatura	3,63	0,86		
	Máster	4,29	1,05		
	Doctorado	3,85	0,93		
SQ_12	Diplomatura	3,82	0,88	0,645	0,631
	Grado	3,71	0,92		
	Licenciatura	3,72	0,87		
	Máster	4,06	0,66		
	Doctorado	3,80	0,77		
SQ_13	Diplomatura	3,80	0,95	2,020	0,092
	Grado	3,53	1,01		
	Licenciatura	3,53	1,07		
	Máster	4,12	0,70		
	Doctorado	3,60	0,82		
SQ_14	Diplomatura	3,68	0,71	2,964	0,020
	Grado	3,53	0,51		
	Licenciatura	3,48	0,81		
	Máster	3,71	0,59		
	Doctorado	3,15	0,75		
SQ_15	Diplomatura	3,58	0,80	2,088	0,082
	Grado	3,59	0,51		
	Licenciatura	3,46	0,77		
	Máster	3,94	0,56		
	Doctorado	3,80	0,62		
SQ_16	Diplomatura	3,68	0,88	1,422	0,227
	Grado	3,76	0,83		
	Licenciatura	3,47	0,87		
	Máster	3,71	0,85		
	Doctorado	3,40	0,68		

Tabla 69: Valores medios de los ítems SERVQHOS según titulación (continuación 2)

Ítem	Título	Media	DE	F	p
SQ_17	Diplomatura	3,19	0,87	0,222	0,926
	Grado	3,18	0,81		
	Licenciatura	3,18	0,81		
	Máster	3,00	1,12		
	Doctorado	3,10	0,79		
SQ_18	Diplomatura	3,97	0,73	1,161	0,328
	Grado	4,24	0,97		
	Licenciatura	4,15	0,63		
	Máster	4,00	0,87		
	Doctorado	4,05	1,00		

Tabla 70: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los valores del ítem 14 según titulación

Ítem	(I) Título académico	(J) Título académico	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_14	Diplomatura	Grado	0,152	1,000
		Licenciatura	0,206	0,336
		Máster	-0,024	1,000
		Doctorado	0,532	0,029
	Grado	Diplomatura	-0,152	1,000
		Licenciatura	0,053	1,000
		Máster	-0,176	1,000
		Doctorado	0,379	1,000
	Licenciatura	Diplomatura	-0,206	0,336
		Grado	-0,053	1,000
		Máster	-0,230	1,000
		Doctorado	0,326	0,705
	Máster	Diplomatura	0,024	1,000
		Grado	0,176	1,000
		Licenciatura	0,230	1,000
		Doctorado	0,556	0,229
	Doctorado	Diplomatura	-0,532	0,029
		Grado	-0,379	1,000
		Licenciatura	-0,326	0,705
		Máster	-0,556	0,229

Tabla 71: Prueba U de Mann-Whitney para el ítem SERVQHOS 14 según la titulación

Ítem	Título	N	Rango promedio	Z	p
SQ_14	Diplomatura	132	80,08	2,828	0,005
	Doctorado	20	52,88		

Tabla 72: Correlaciones entre los cuestionarios y el tiempo de ejercicio profesional

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	-0,031	0,595
PHLMS_Aceptación	0,170	0,004
BCSQ	0,220	0,000
BCSQ_Sobrecarga	0,139	0,017
BCSQ_Falta de desarrollo	0,188	0,001
BCSQ_Abandono	0,187	0,001
SCS	0,008	0,891
SQ_Objetivo	0,115	0,050
SQ_Subjetivo	0,016	0,783
SQ_Total	0,064	0,273

Tabla 73: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y el tiempo de ejercicio profesional

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,125
	Sig. (bilateral)	0,033
SQ_2	Correlación de Pearson	0,123
	Sig. (bilateral)	0,037
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,037
	Sig. (bilateral)	0,531
SQ_4	Correlación de Pearson	0,102
	Sig. (bilateral)	0,082
SQ_5	Correlación de Pearson	0,111
	Sig. (bilateral)	0,059
SQ_6	Correlación de Pearson	0,141
	Sig. (bilateral)	0,016
SQ_7	Correlación de Pearson	0,054
	Sig. (bilateral)	0,355
SQ_8	Correlación de Pearson	0,061
	Sig. (bilateral)	0,299
SQ_9	Correlación de Pearson	0,043
	Sig. (bilateral)	0,469
SQ_10	Correlación de Pearson	0,102
	Sig. (bilateral)	0,083
SQ_11	Correlación de Pearson	-0,025
	Sig. (bilateral)	0,670
SQ_12	Correlación de Pearson	-0,061
	Sig. (bilateral)	0,298
SQ_13	Correlación de Pearson	-0,016
	Sig. (bilateral)	0,787
SQ_14	Correlación de Pearson	-0,003
	Sig. (bilateral)	0,958
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,063
	Sig. (bilateral)	0,284
SQ_16	Correlación de Pearson	0,040
	Sig. (bilateral)	0,495
SQ_17	Correlación de Pearson	0,079
	Sig. (bilateral)	0,180
SQ_18	Correlación de Pearson	-0,024
	Sig. (bilateral)	0,682

Tabla 74: Correlaciones entre los cuestionarios y el tiempo en el centro de trabajo

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	-0,007	0,904
PHLMS_Aceptación	0,133	0,023
BCSQ	0,187	0,001
BCSQ_Sobrecarga	0,145	0,013
BCSQ_Falta de desarrollo	0,113	0,055
BCSQ_Abandono	0,191	0,001
SCS	0,054	0,358
SQ_Objetivo	0,173	0,003
SQ_Subjetivo	0,116	0,048
SQ_Total	0,155	0,008

Tabla 75: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y el tiempo en el centro de trabajo

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,172
	Sig. (bilateral)	0,003
SQ_2	Correlación de Pearson	0,218
	Sig. (bilateral)	0,000
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,055
	Sig. (bilateral)	0,351
SQ_4	Correlación de Pearson	0,109
	Sig. (bilateral)	0,064
SQ_5	Correlación de Pearson	0,107
	Sig. (bilateral)	0,067
SQ_6	Correlación de Pearson	0,163
	Sig. (bilateral)	0,005
SQ_7	Correlación de Pearson	0,114
	Sig. (bilateral)	0,052
SQ_8	Correlación de Pearson	0,133
	Sig. (bilateral)	0,024
SQ_9	Correlación de Pearson	0,107
	Sig. (bilateral)	0,070
SQ_10	Correlación de Pearson	0,099
	Sig. (bilateral)	0,091
SQ_11	Correlación de Pearson	0,067
	Sig. (bilateral)	0,253
SQ_12	Correlación de Pearson	0,073
	Sig. (bilateral)	0,215
SQ_13	Correlación de Pearson	0,119
	Sig. (bilateral)	0,043
SQ_14	Correlación de Pearson	0,113
	Sig. (bilateral)	0,055
SQ_15	Correlación de Pearson	0,042
	Sig. (bilateral)	0,480
SQ_16	Correlación de Pearson	0,086
	Sig. (bilateral)	0,145
SQ_17	Correlación de Pearson	0,156
	Sig. (bilateral)	0,008
SQ_18	Correlación de Pearson	0,025
	Sig. (bilateral)	0,668

Tabla 76: Correlaciones entre los cuestionarios y el tiempo trabajado en el servicio

Escala	Correlación de Pearson	p
MAAS	-0,018	0,759
PHLMS_Aceptación	0,152	0,010
BCSQ	0,239	0,000
BCSQ_Sobrecarga	0,198	0,001
BCSQ_Falta de desarrollo	0,148	0,012
BCSQ_Abandono	0,228	0,000
SCS	0,048	0,419
SQ_Objetivo	0,174	0,003
SQ_Subjetivo	0,104	0,077
SQ_Total	0,148	0,012

Tabla 77: Correlaciones entre ítems SERVQHOS y el tiempo trabajado en el servicio

Item		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	0,153
	Sig. (bilateral)	0,009
SQ_2	Correlación de Pearson	0,204
	Sig. (bilateral)	0,000
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,045
	Sig. (bilateral)	0,448
SQ_4	Correlación de Pearson	0,120
	Sig. (bilateral)	0,041
SQ_5	Correlación de Pearson	0,139
	Sig. (bilateral)	0,017
SQ_6	Correlación de Pearson	0,174
	Sig. (bilateral)	0,003
SQ_7	Correlación de Pearson	0,097
	Sig. (bilateral)	0,098
SQ_8	Correlación de Pearson	0,094
	Sig. (bilateral)	0,108
SQ_9	Correlación de Pearson	0,111
	Sig. (bilateral)	0,058
SQ_10	Correlación de Pearson	0,114
	Sig. (bilateral)	0,051
SQ_11	Correlación de Pearson	0,057
	Sig. (bilateral)	0,333
SQ_12	Correlación de Pearson	0,042
	Sig. (bilateral)	0,474
SQ_13	Correlación de Pearson	0,107
	Sig. (bilateral)	0,068
SQ_14	Correlación de Pearson	0,088
	Sig. (bilateral)	0,132
SQ_15	Correlación de Pearson	0,024
	Sig. (bilateral)	0,684
SQ_16	Correlación de Pearson	0,085
	Sig. (bilateral)	0,150
SQ_17	Correlación de Pearson	0,140
	Sig. (bilateral)	0,017
SQ_18	Correlación de Pearson	0,037
	Sig. (bilateral)	0,530

Tabla 78: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según
turnicidad/realización de guardias

Escala	Turnicidad/Guardias	N	Media	DE	t	p
MAAS	No	70	4,55	0,76	0,447	0,655
	Si	221	4,50	0,76		
PHLMS_Aceptación	No	70	3,68	0,43	2,349	0,019
	Si	221	3,55	0,40		
BCSQ	No	70	3,42	0,84	3,044	0,003
	Si	221	3,06	0,89		
BCSQ - Sobrecarga	No	70	3,79	1,05	2,387	0,018
	Si	221	3,46	1,01		
BCSQ - Falta de desarrollo	No	70	3,88	1,33	3,040	0,003
	Si	221	3,34	1,29		
BCSQ - Abandono	No	70	2,60	0,98	1,571	0,117
	Si	221	2,37	1,09		
SCS	No	70	3,51	0,41	0,553	0,580
	Si	221	3,47	0,52		
SQ_Objetivo	No	70	3,11	0,57	0,913	0,362
	Si	221	3,03	0,60		
SQ_Subjetivo	No	70	3,65	0,60	0,094	0,925
	Si	221	3,64	0,64		
SQ_Total	No	70	3,41	0,53	0,490	0,624
	Si	221	3,37	0,57		

Tabla 79: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según
turnicidad/realización de guardias

Ítem	Turnicidad/Guardias	Media	DE	t	p
SQ_1	No	3,50	0,81	2,386	0,018
	Si	3,23	0,84		
SQ_2	No	3,37	0,64	1,095	0,275
	Si	3,27	0,67		
SQ_3	No	2,84	0,69	1,484	0,139
	Si	3,00	0,82		
SQ_4	No	3,76	0,82	1,263	0,208
	Si	3,60	0,95		
SQ_5	No	2,84	1,07	0,653	0,514
	Si	2,74	1,14		
SQ_6	No	3,04	0,77	0,019	0,985
	Si	3,04	0,84		
SQ_7	No	2,93	0,67	0,762	0,447
	Si	2,85	0,77		
SQ_8	No	3,53	0,72	0,257	0,797
	Si	3,56	0,82		
SQ_9	No	3,11	1,00	0,946	0,345
	Si	2,99	0,93		
SQ_10	No	3,29	0,85	1,159	0,248
	Si	3,15	0,82		
SQ_11	No	3,76	0,89	0,025	0,980
	Si	3,76	0,91		
SQ_12	No	3,76	0,82	0,371	0,711
	Si	3,80	0,87		
SQ_13	No	3,60	1,01	0,883	0,378
	Si	3,72	0,98		
SQ_14	No	3,59	0,69	0,284	0,776
	Si	3,56	0,76		
SQ_15	No	3,51	0,70	0,709	0,479
	Si	3,59	0,78		
SQ_16	No	3,56	0,85	0,378	0,706
	Si	3,60	0,87		
SQ_17	No	3,23	0,82	0,677	0,499
	Si	3,15	0,86		
SQ_18	No	4,11	0,67	0,721	0,655
	Si	4,04	0,76		

Tabla 80: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según tipo de jornada

Escala	Tipo jornada	N	Media	DE	t	p
MAAS	Jornada completa	266	4,53	0,75	0,730	0,466
	Jornada parcial	25	4,41	0,82		
PHLMS_Aceptación	Jornada completa	266	3,59	0,41	1,160	0,247
	Jornada parcial	25	3,49	0,43		
BCSQ	Jornada completa	266	3,17	0,90	1,313	0,190
	Jornada parcial	25	2,92	0,82		
BCSQ - Sobrecarga	Jornada completa	266	3,57	1,02	1,677	0,095
	Jornada parcial	25	3,21	0,99		
BCSQ - Falta de desarrollo	Jornada completa	266	3,47	1,31	0,206	0,837
	Jornada parcial	25	3,42	1,41		
BCSQ - Abandono	Jornada completa	266	2,45	1,09	1,434	0,153
	Jornada parcial	25	2,13	0,78		
SCS	Jornada completa	266	3,48	0,50	0,103	0,918
	Jornada parcial	25	3,49	0,46		
SQ_Objetivo	Jornada completa	266	3,07	0,59	1,552	0,122
	Jornada parcial	25	2,88	0,57		
SQ_Subjetivo	Jornada completa	266	3,64	0,64	0,294	0,769
	Jornada parcial	25	3,60	0,58		
SQ_Total	Jornada completa	266	3,39	0,56	0,916	0,360
	Jornada parcial	25	3,28	0,53		

Tabla 81: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según tipo de jornada

Ítem	Turnicidad/Guardias	Media	DE	t	p
SQ_1	Jornada completa	3,30	0,84	0,998	0,319
	Jornada parcial	3,13	0,90		
SQ_2	Jornada completa	3,32	0,67	2,292	0,023
	Jornada parcial	3,00	0,59		
SQ_3	Jornada completa	2,98	0,80	0,872	0,384
	Jornada parcial	2,83	0,76		
SQ_4	Jornada completa	3,65	0,92	0,532	0,595
	Jornada parcial	3,54	1,02		
SQ_5	Jornada completa	2,81	1,10	1,821	0,070
	Jornada parcial	2,38	1,24		
SQ_6	Jornada completa	3,07	0,83	1,583	0,115
	Jornada parcial	2,79	0,72		
SQ_7	Jornada completa	2,88	0,76	1,101	0,272
	Jornada parcial	2,71	0,55		
SQ_8	Jornada completa	3,53	0,81	1,302	0,194
	Jornada parcial	3,75	0,61		
SQ_9	Jornada completa	3,00	0,97	1,217	0,225
	Jornada parcial	3,25	0,68		
SQ_10	Jornada completa	3,22	0,83	2,184	0,030
	Jornada parcial	2,83	0,76		
SQ_11	Jornada completa	3,76	0,89	0,068	0,946
	Jornada parcial	3,75	0,99		
SQ_12	Jornada completa	3,79	0,87	0,235	0,814
	Jornada parcial	3,75	0,79		
SQ_13	Jornada completa	3,70	0,98	0,352	0,725
	Jornada parcial	3,63	1,06		
SQ_14	Jornada completa	3,55	0,76	0,715	0,475
	Jornada parcial	3,67	0,56		
SQ_15	Jornada completa	3,57	0,78	0,353	0,724
	Jornada parcial	3,63	0,58		
SQ_16	Jornada completa	3,60	0,88	0,305	0,760
	Jornada parcial	3,54	0,66		
SQ_17	Jornada completa	3,20	0,83	1,541	0,125
	Jornada parcial	2,92	1,02		
SQ_18	Jornada completa	4,07	0,74	0,715	0,475
	Jornada parcial	3,96	0,75		

Tabla 82: Prueba U de Mann-Whitney para el ítem SERVQHOS 2 según el tipo de jornada

Variable	Título	N	Rango promedio	Z	p
SQ_2	Jornada completa	266	148,64	2,504	0,012
	Jornada parcial	24	110,71		

Tabla 83: Respuesta de los profesionales a los cuestionarios según tipo de contrato

	Tipo contrato	N	Media	DE	F	p
MAAS	Sustitución	45	4,41	0,77	1,501	0,215
	Interinidad	28	4,69	0,67		
	Plantilla fija	212	4,50	0,76		
	Residente	6	4,96	0,87		
PHLMS_Aceptación	Sustitución	45	3,52	0,43	2,578	0,054
	Interinidad	28	3,43	0,37		
	Plantilla fija	212	3,62	0,41		
	Residente	6	3,43	0,14		
BCSQ	Sustitución	45	2,77	0,85	5,224	0,002
	Interinidad	28	3,07	0,98		
	Plantilla fija	212	3,25	0,87		
	Residente	6	2,44	0,84		
BCSQ_Sobrecarga	Sustitución	45	3,05	1,04	6,574	0,000
	Interinidad	28	3,67	1,08		
	Plantilla fija	212	3,65	0,98		
	Residente	6	2,58	0,65		
BCSQ_Falta de desarrollo	Sustitución	45	3,15	1,39	1,831	0,142
	Interinidad	28	3,45	1,37		
	Plantilla fija	212	3,56	1,28		
	Residente	6	2,75	1,36		
BCSQ_Abandono	Sustitución	45	2,11	0,78	3,626	0,013
	Interinidad	28	2,08	1,14		
	Plantilla fija	212	2,55	1,10		
	Residente	6	2,00	0,97		
SCS	Sustitución	45	3,48	0,57	0,299	0,826
	Interinidad	28	3,46	0,42		
	Plantilla fija	212	3,48	0,49		
	Residente	6	3,67	0,26		
SQ_Objeto	Sustitución	45	2,84	0,53	3,312	0,020
	Interinidad	28	2,92	0,60		
	Plantilla fija	212	3,12	0,60		
	Residente	6	3,06	0,51		
SQ_Subjetivo	Sustitución	45	3,54	0,58	0,783	0,504
	Interinidad	28	3,74	0,55		
	Plantilla fija	212	3,65	0,66		
	Residente	6	3,48	0,47		
SQ_Total	Sustitución	45	3,23	0,50	1,427	0,235
	Interinidad	28	3,38	0,53		
	Plantilla fija	212	3,41	0,58		
	Residente	6	3,30	0,39		

Tabla 84: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas con diferencias significativas según el tipo de contrato

Variable dependiente	(I) Tipo de contrato	(J) Tipo de contrato	Diferencia de medias (I-J)	p
BCSQ	Sustitución	Interinidad	-0,29511	0,971
		Plantilla fija	-0,48395	0,005
		Residente	0,32593	1,000
	Interinidad	Sustitución	0,29511	0,971
		Plantilla fija	-0,18885	1,000
		Residente	0,62103	0,692
	Plantilla fija	Sustitución	0,48395	0,005
		Interinidad	0,18885	1,000
		Residente	0,80988	0,156
	Residente	Sustitución	-0,32593	1,000
		Interinidad	-0,62103	0,692
		Plantilla fija	-0,80988	0,156
BCSQ_Sobrecarga	Sustitución	Interinidad	-0,61964	0,061
		Plantilla fija	-0,60448	0,002
		Residente	0,46667	1,000
	Interinidad	Sustitución	0,61964	0,061
		Plantilla fija	0,01516	1,000
		Residente	1,08631	0,095
	Plantilla fija	Sustitución	0,60448	0,002
		Interinidad	-0,01516	1,000
		Residente	1,07115	0,059
	Residente	Sustitución	-0,46667	1,000
		Interinidad	-1,08631	0,095
		Plantilla fija	-1,07115	0,059
BCSQ_Abandono	Sustitución	Interinidad	0,03075	1,000
		Plantilla fija	-0,43842	0,072
		Residente	0,11111	1,000
	Interinidad	Sustitución	-0,03075	1,000
		Plantilla fija	-0,46917	0,168
		Residente	0,08036	1,000
	Plantilla fija	Sustitución	0,43842	0,072
		Interinidad	0,46917	0,168
		Residente	0,54953	1,000
	Residente	Sustitución	-0,11111	1,000
		Interinidad	-0,08036	1,000
		Plantilla fija	-0,54953	1,000

Tabla 84: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para las escalas con diferencias significativas según el tipo de contrato (continuación)

Variable dependiente	(I) Tipo de contrato	(J) Tipo de contrato	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_Objetivo	Sustitución	Interinidad	-0,07629	1,000
		Plantilla fija	-0,27668	0,026
		Residente	-0,22361	1,000
	Interinidad	Sustitución	0,07629	1,000
		Plantilla fija	-0,20039	0,544
		Residente	-0,14732	1,000
	Plantilla fija	Sustitución	0,27668	0,026
		Interinidad	0,20039	0,544
		Residente	0,05307	1,000
	Residente	Sustitución	0,22361	1,000
		Interinidad	0,14732	1,000
		Plantilla fija	-0,05307	1,000

Tabla 85: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según tipo de contrato

	Tipo contrato	N	Media	DE	F	p
SQ_1	Sustitución	45	2,96	0,88	2,975	0,032
	Interinidad	28	3,39	0,88		
	Plantilla fija	212	3,34	0,83		
	Residente	6	3,50	0,55		
SQ_2	Sustitución	45	3,04	0,52	2,969	0,032
	Interinidad	28	3,21	0,69		
	Plantilla fija	212	3,36	0,68		
	Residente	6	3,33	0,52		
SQ_3	Sustitución	45	2,93	0,69	1,218	0,303
	Interinidad	28	2,71	0,81		
	Plantilla fija	212	3,00	0,80		
	Residente	6	3,17	1,17		
SQ_4	Sustitución	45	3,38	1,03	2,051	0,107
	Interinidad	28	3,71	0,85		
	Plantilla fija	212	3,69	0,90		
	Residente	6	3,17	1,17		
SQ_5	Sustitución	45	2,49	1,22	3,721	0,012
	Interinidad	28	2,32	0,98		
	Plantilla fija	212	2,90	1,11		
	Residente	6	2,33	0,82		
SQ_6	Sustitución	45	2,71	0,79	5,328	0,001
	Interinidad	28	2,75	0,75		
	Plantilla fija	212	3,16	0,81		
	Residente	6	2,83	0,75		
SQ_7	Sustitución	45	2,69	0,67	1,324	0,267
	Interinidad	28	2,93	0,94		
	Plantilla fija	212	2,89	0,74		
	Residente	6	3,17	0,41		
SQ_8	Sustitución	45	3,38	0,65	1,979	0,117
	Interinidad	28	3,82	0,67		
	Plantilla fija	212	3,56	0,83		
	Residente	6	3,33	0,52		
SQ_9	Sustitución	45	2,89	0,80	0,526	0,665
	Interinidad	28	2,96	0,74		
	Plantilla fija	212	3,06	1,01		
	Residente	6	2,83	0,75		
SQ_10	Sustitución	45	3,00	0,74	1,426	0,235
	Interinidad	28	3,04	0,84		
	Plantilla fija	212	3,25	0,85		
	Residente	6	3,17	0,41		

Tabla 85: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según tipo de contrato
(continuación)

	Tipo contrato	N	Media	DE	F	p
SQ_11	Sustitución	45	3,67	0,93	0,535	0,658
	Interinidad	28	3,89	0,69		
	Plantilla fija	212	3,77	0,93		
	Residente	6	3,50	0,55		
SQ_12	Sustitución	45	3,69	0,73	0,838	0,474
	Interinidad	28	3,93	0,77		
	Plantilla fija	212	3,78	0,89		
	Residente	6	4,17	0,98		
SQ_13	Sustitución	45	3,56	0,81	1,281	0,281
	Interinidad	28	4,00	0,98		
	Plantilla fija	212	3,68	1,03		
	Residente	6	3,50	0,55		
SQ_14	Sustitución	45	3,44	0,76	0,971	0,407
	Interinidad	28	3,71	0,71		
	Plantilla fija	212	3,58	0,75		
	Residente	6	3,33	0,82		
SQ_15	Sustitución	45	3,69	0,51	0,741	0,529
	Interinidad	28	3,68	0,72		
	Plantilla fija	212	3,53	0,81		
	Residente	6	3,50	0,55		
SQ_16	Sustitución	45	3,51	0,69	0,741	0,528
	Interinidad	28	3,68	0,82		
	Plantilla fija	212	3,61	0,90		
	Residente	6	3,17	0,41		
SQ_17	Sustitución	45	3,00	0,95	1,117	0,342
	Interinidad	28	3,04	0,88		
	Plantilla fija	212	3,22	0,83		
	Residente	6	3,33	0,82		
SQ_18	Sustitución	45	4,07	0,99	0,182	0,909
	Interinidad	28	3,96	0,58		
	Plantilla fija	212	4,07	0,72		
	Residente	6	4,00	0,00		

Tabla 86: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS con diferencias significativas según el tipo de contrato

Variable dependiente	(I) Tipo de contrato	(J) Tipo de contrato	Diferencia de medias (I-J)	P
SQ_1	Sustitución	Interinidad	-0,437	0,182
		Plantilla fija	-0,389	0,029
		Residente	-0,544	0,807
	Interinidad	Sustitución	0,437	0,182
		Plantilla fija	0,049	1,000
		Residente	-0,107	1,000
	Plantilla fija	Sustitución	0,389	0,029
		Interinidad	-0,049	1,000
		Residente	-0,156	1,000
	Residente	Sustitución	0,544	0,807
		Interinidad	0,107	1,000
		Plantilla fija	0,156	1,000
SQ_2	Sustitución	Interinidad	-0,170	1,000
		Plantilla fija	-0,314	0,024
		Residente	-0,289	1,000
	Interinidad	Sustitución	0,170	1,000
		Plantilla fija	-0,144	1,000
		Residente	-0,119	1,000
	Plantilla fija	Sustitución	0,314	0,024
		Interinidad	0,144	1,000
		Residente	0,025	1,000
	Residente	Sustitución	0,289	1,000
		Interinidad	0,119	1,000
		Plantilla fija	-0,025	1,000
SQ_5	Sustitución	Interinidad	0,167	1,000
		Plantilla fija	-0,407	0,155
		Residente	0,156	1,000
	Interinidad	Sustitución	-0,167	1,000
		Plantilla fija	-0,575	0,062
		Residente	-0,012	1,000
	Plantilla fija	Sustitución	0,407	0,155
		Interinidad	0,575	0,062
		Residente	0,563	1,000
	Residente	Sustitución	-0,156	1,000
		Interinidad	0,012	1,000
		Plantilla fija	-0,563	1,000

Tabla 86: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para los ítems SERVQHOS con diferencias significativas según el tipo de contrato (continuación)

Variable dependiente	(I) Tipo de contrato	(J) Tipo de contrato	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_6	Sustitución	Interinidad	-0,039	1,000
		Plantilla fija	-0,445	0,005
		Residente	-0,122	1,000
	Interinidad	Sustitución	0,039	1,000
		Plantilla fija	-0,406	0,075
		Residente	-0,083	1,000
	Plantilla fija	Sustitución	0,445	0,005
		Interinidad	0,406	0,075
		Residente	0,322	1,000
	Residente	Sustitución	0,122	1,000
		Interinidad	0,083	1,000
		Plantilla fija	-0,322	1,000

Tabla 87: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según nivel asistencial

Escala	Nivel asistencial	N	Media	DE	t	p
MAAS	At. Especializada	145	4,55	0,74	0,727	0,468
	At. Primaria	146	4,48	0,77		
PHLMS_Aceptación	At. Especializada	145	3,56	0,41	1,198	0,232
	At. Primaria	146	3,61	0,41		
BCSQ	At. Especializada	145	3,05	0,91	1,886	0,060
	At. Primaria	146	3,24	0,87		
BCSQ - Sobrecarga	At. Especializada	145	3,47	1,04	1,129	0,260
	At. Primaria	146	3,61	1,01		
BCSQ - Falta de desarrollo	At. Especializada	145	3,35	1,34	1,578	0,116
	At. Primaria	146	3,59	1,29		
BCSQ - Abandono	At. Especializada	145	2,32	1,05	1,694	0,091
	At. Primaria	146	2,53	1,09		
SCS	At. Especializada	145	3,48	0,52	0,002	0,998
	At. Primaria	146	3,48	0,47		
SQ_Objetivo	At. Especializada	145	3,02	0,59	0,932	0,352
	At. Primaria	146	3,08	0,60		
SQ_Subjetivo	At. Especializada	145	3,63	0,64	0,172	0,864
	At. Primaria	146	3,65	0,63		
SQ_Total	At. Especializada	145	3,36	0,56	0,548	0,584
	At. Primaria	146	3,40	0,56		

Tabla 88: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según nivel asistencial

	Nivel de Atención	Media	DE	T	p
SQ_1	At. Especializada	3,28	0,85	0,188	0,851
	At. Primaria	3,30	0,84		
SQ_2	At. Especializada	3,26	0,65	0,854	0,394
	At. Primaria	3,33	0,69		
SQ_3	At. Especializada	2,96	0,85	0,150	0,881
	At. Primaria	2,97	0,74		
SQ_4	At. Especializada	3,62	0,90	0,277	0,782
	At. Primaria	3,65	0,95		
SQ_5	At. Especializada	2,69	1,10	1,161	0,247
	At. Primaria	2,84	1,15		
SQ_6	At. Especializada	3,01	0,82	0,568	0,571
	At. Primaria	3,07	0,83		
SQ_7	At. Especializada	2,86	0,76	0,324	0,746
	At. Primaria	2,88	0,73		
SQ_8	At. Especializada	3,54	0,80	0,107	0,915
	At. Primaria	3,55	0,79		
SQ_9	At. Especializada	2,97	0,93	0,862	0,389
	At. Primaria	3,07	0,97		
SQ_10	At. Especializada	3,15	0,84	0,692	0,489
	At. Primaria	3,22	0,83		
SQ_11	At. Especializada	3,77	0,90	0,114	0,909
	At. Primaria	3,75	0,91		
SQ_12	At. Especializada	3,79	0,86	0,054	0,957
	At. Primaria	3,79	0,86		
SQ_13	At. Especializada	3,71	0,99	0,338	0,736
	At. Primaria	3,67	0,99		
SQ_14	At. Especializada	3,57	0,76	0,044	0,965
	At. Primaria	3,56	0,73		
SQ_15	At. Especializada	3,57	0,77	0,044	0,965
	At. Primaria	3,57	0,75		
SQ_16	At. Especializada	3,58	0,87	0,232	0,817
	At. Primaria	3,60	0,85		
SQ_17	At. Especializada	3,12	0,87	0,882	0,378
	At. Primaria	3,21	0,83		
SQ_18	At. Especializada	4,03	0,74	0,705	0,481
	At. Primaria	4,09	0,74		

Tabla 89: Valores medios de los cuestionarios de los profesionales según sector sanitario

Escala	Sector sanitario	N	Media	DE	t	p
MAAS	Sector 2	157	4,56	0,76	1,094	0,275
	Sector 3	134	4,46	0,75		
PHLMS	Sector 2	157	3,56	0,43	1,032	0,303
	Sector 3	134	3,61	0,39		
BCSQ	Sector 2	157	3,11	1,01	0,740	0,460
	Sector 3	134	3,19	0,73		
BCSQ - Sobrecarga	Sector 2	157	3,48	1,10	1,044	0,297
	Sector 3	134	3,61	0,92		
BCSQ - Falta de desarrollo	Sector 2	157	3,43	1,43	0,582	0,561
	Sector 3	134	3,52	1,17		
BCSQ - Abandono	Sector 2	157	2,42	1,20	0,139	0,890
	Sector 3	134	2,43	0,90		
SCS	Sector 2	157	3,46	0,53	0,747	0,456
	Sector 3	134	3,51	0,46		
SQ_Objetivo	Sector 2	157	3,06	0,60	0,276	0,783
	Sector 3	134	3,04	0,59		
SQ_Subjetivo	Sector 2	157	3,67	0,63	0,928	0,354
	Sector 3	134	3,60	0,63		
SQ_Total	Sector 2	157	3,40	0,56	0,714	0,476
	Sector 3	134	3,35	0,56		

Tabla 90: Respuesta de los profesionales a los ítems SERVQHOS según sector sanitario

	Sector	Media	DE	T	p
SQ_1	Sector 2	3,31	0,83	0,437	0,662
	Sector 3	3,27	0,86		
SQ_2	Sector 2	3,32	0,68	0,812	0,417
	Sector 3	3,26	0,65		
SQ_3	Sector 2	2,96	0,82	0,237	0,813
	Sector 3	2,98	0,77		
SQ_4	Sector 2	3,68	0,93	0,915	0,361
	Sector 3	3,58	0,91		
SQ_5	Sector 2	2,75	1,10	0,242	0,809
	Sector 3	2,78	1,16		
SQ_6	Sector 2	3,05	0,82	0,218	0,827
	Sector 3	3,03	0,82		
SQ_7	Sector 2	2,88	0,77	0,237	0,813
	Sector 3	2,86	0,72		
SQ_8	Sector 2	3,59	0,81	0,991	0,322
	Sector 3	3,50	0,77		
SQ_9	Sector 2	3,00	0,93	0,400	0,689
	Sector 3	3,04	0,97		
SQ_10	Sector 2	3,20	0,84	0,264	0,792
	Sector 3	3,17	0,83		
SQ_11	Sector 2	3,81	0,89	1,014	0,311
	Sector 3	3,70	0,92		
SQ_12	Sector 2	3,85	0,86	1,220	0,223
	Sector 3	3,72	0,86		
SQ_13	Sector 2	3,75	0,97	1,140	0,255
	Sector 3	3,62	1,01		
SQ_14	Sector 2	3,58	0,76	0,396	0,692
	Sector 3	3,54	0,73		
SQ_15	Sector 2	3,60	0,75	0,687	0,493
	Sector 3	3,54	0,77		
SQ_16	Sector 2	3,62	0,86	0,574	0,566
	Sector 3	3,56	0,86		
SQ_17	Sector 2	3,22	0,86	1,044	0,298
	Sector 3	3,11	0,85		
SQ_18	Sector 2	4,04	0,75	0,502	0,616
	Sector 3	4,08	0,74		

Tabla 91: Estado civil de los pacientes según sexo

SEXO		n	%
Hombre	Casado/a	57	46,7%
	Soltero/a	38	31,1%
	Viudo/a	16	13,1%
	Separado/a	11	9,0%
	Total	122	100%
Mujer	Casado/a	91	53,8%
	Soltero/a	58	34,3%
	Viudo/a	14	8,3%
	Separado/a	6	3,6%
	Total	169	100%

Tabla 92: Estado nivel de estudios de los pacientes según sexo

SEXO		n	%
Hombre	Sin estudios	17	13,9%
	Estudios primarios	57	46,7%
	Bachiller	31	25,4%
	Universitarios	17	13,9%
	Total	122	100%
Mujer	Sin estudios	16	9,5%
	Estudios primarios	105	62,1%
	Bachiller	30	17,8%
	Universitarios	18	10,7%
	Total	169	100%

Tabla 93: Ocupación de los pacientes según sexo

SEXO		n	%
Hombre	Jubilado/a	71	58,2%
	En paro	3	2,5%
	Trabajando	44	36,1%
	Amo/a de casa	3	2,5%
	Estudiante	1	0,8%
	Total	122	100%
Mujer	Jubilado/a	78	46,2%
	En paro	9	5,3%
	Trabajando	49	29,0%
	Amo/a de casa	32	18,9%
	Estudiante	1	0,6%
	Total	169	100%

Tabla 94: Respuestas de pacientes según centro

Centro	n	%
CS Universitas	18	6,2%
CS Delicias Sur	19	6,5%
CS Delicias Norte	17	5,8%
CS Bombarda	8	2,7%
CS San Pablo	16	5,5%
CS Sagasta	22	7,6%
CS Parque Roma	9	3,1%
CS Las Fuentes Norte	8	2,7%
CS La Almozara	10	3,4%
CS Rebolería	11	3,8%
CS Canal Imperial	8	2,7%
Hospital Miguel Servet	73	25,1%
Hospital Clínico Lozano Blesa	72	24,7%
Total	291	100%

Tabla 95: Respuestas de pacientes según servicio

Servicio	n	%
Urología	25	8,6%
Cirugía	29	10,0%
Neurología	10	3,4%
Neumología	25	8,6%
Medicina Interna	28	9,6%
Digestivo	11	3,8%
Cardiología	13	4,5%
Neurocirugía	4	1,4%
Atención Primaria	146	50,2%
Total	291	100%

Tabla 96: Respuesta general de pacientes al cuestionario SERVQHOS

	Mínimo	Máximo	Media	DE
SQ_1	2	5	3,63	0,86
SQ_2	2	5	3,40	0,72
SQ_3	1	5	3,44	0,84
SQ_4	2	5	3,78	0,80
SQ_5	2	5	3,25	0,74
SQ_6	2	5	3,62	0,89
SQ_7	2	5	3,49	0,84
SQ_8	2	5	3,90	0,85
SQ_9	1	5	3,35	0,80
SQ_10	2	5	3,59	0,75
SQ_11	1	5	3,75	0,97
SQ_12	2	5	3,89	0,87
SQ_13	2	5	4,10	0,85
SQ_14	3	5	3,78	0,83
SQ_15	3	5	3,99	0,71
SQ_16	2	5	3,74	0,77
SQ_17	3	5	3,72	0,80
SQ_18	3	5	3,92	0,68
SQ_Objetivo	2,75	5,00	3,49	0,58
SQ_Subjetivo	2,20	5,00	3,85	0,65
SQ_Total	2,44	5,00	3,69	0,57

Tabla 97: Respuesta de los pacientes al grado general de satisfacción

Resupuesta	n	%
Nada satisfechos	7	2,4%
Poco satisfechos	18	6,2%
Satisfechos	150	51,5%
Muy satisfechos	116	39,9%
Total	291	100%

Tabla 98: Respuesta de los pacientes a recomendar el centro asistencial

Resupuesta	n	%
Nunca	8	2,7%
Tengo dudas	39	13,4%
Sin dudarlo	244	83,8%
Total	291	100%

Tabla 99: Respuesta de los pacientes a la realización de pruebas sin permiso

Resupuesta	n	%
No	290	99,7%
Si	1	0,3%
Total	291	100%

Tabla 100: Respuesta de los pacientes al tiempo de atención/ingreso

Resupuesta	n	%
Menos de lo necesario	78	26,8%
El tiempo necesario	207	71,1%
Más de lo necesario	6	2,1%
Total	291	100%

Tabla 101: Respuesta de los pacientes a conocer el nombre del médico

Resupuesta	n	%
No	22	7,6%
Si	269	92,4%
Total	291	100%

Tabla 102: Respuesta de los pacientes a conocer el nombre de la enfermera

Resupuesta	n	%
No	45	15,5%
Si	246	84,5%
Total	291	100%

Tabla 103: Respuesta de los pacientes a creer que han recibido información suficiente

Resupuesta	n	%
No	110	37,8%
Si	181	62,2%
Total	291	100%

Tabla 104: Respuesta de los pacientes al cuestionario según nivel asistencial

	Nivel de Atención	Media	DE	T	p
SQ_1	Atención Especializada	3,72	0,87	1,815	0,071
	Atención Primaria	3,53	0,85		
SQ_2	Atención Especializada	3,41	0,71	0,356	0,722
	Atención Primaria	3,38	0,74		
SQ_3	Atención Especializada	3,48	0,82	0,870	0,385
	Atención Primaria	3,40	0,86		
SQ_4	Atención Especializada	3,79	0,82	0,349	0,728
	Atención Primaria	3,76	0,79		
SQ_5	Atención Especializada	3,28	0,76	0,578	0,564
	Atención Primaria	3,23	0,71		
SQ_6	Atención Especializada	3,70	0,91	1,562	0,119
	Atención Primaria	3,53	0,86		
SQ_7	Atención Especializada	3,52	0,85	0,453	0,651
	Atención Primaria	3,47	0,83		
SQ_8	Atención Especializada	3,90	0,87	0,007	0,995
	Atención Primaria	3,90	0,82		
SQ_9	Atención Especializada	3,39	0,83	0,761	0,447
	Atención Primaria	3,32	0,76		
SQ_10	Atención Especializada	3,61	0,77	0,513	0,609
	Atención Primaria	3,57	0,74		
SQ_11	Atención Especializada	3,77	0,98	0,349	0,727
	Atención Primaria	3,73	0,96		
SQ_12	Atención Especializada	3,93	0,87	0,736	0,462
	Atención Primaria	3,86	0,86		
SQ_13	Atención Especializada	4,13	0,84	0,696	0,487
	Atención Primaria	4,06	0,86		
SQ_14	Atención Especializada	3,77	0,84	0,087	0,931
	Atención Primaria	3,78	0,82		
SQ_15	Atención Especializada	4,00	0,70	0,164	0,870
	Atención Primaria	3,99	0,72		
SQ_16	Atención Especializada	3,72	0,77	0,398	0,691
	Atención Primaria	3,76	0,78		
SQ_17	Atención Especializada	3,79	0,81	1,378	0,169
	Atención Primaria	3,66	0,78		
SQ_18	Atención Especializada	3,95	0,69	0,687	0,493
	Atención Primaria	3,90	0,66		
SQ_Objetivo	Atención Especializada	3,53	0,58	1,400	0,163
	Atención Primaria	3,44	0,57		
SQ_Subjetivo	Atención Especializada	3,86	0,66	0,370	0,711
	Atención Primaria	3,83	0,65		
SQ_Total	Atención Especializada	3,71	0,58	0,860	0,390
	Atención Primaria	3,66	0,57		

Tabla 105: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial al grado de satisfacción

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	Nada satisfechos	0	-
	Poco satisfechos	1	0,7%
	Satisfechos	79	54,5%
	Muy satisfechos	65	44,8%
	Total	145	100%
Atención Primaria	Nada satisfechos	7	4,8%
	Poco satisfechos	17	11,6%
	Satisfechos	71	48,6%
	Muy satisfechos	51	34,9%
	Total	146	100%

Tabla 106: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial a recomendar el centro

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	Nunca	2	1,4%
	Tengo dudas	18	12,4%
	Sin dudarlo	125	86,2%
	Total	145	100%
Atención Primaria	Nunca	6	4,1%
	Tengo dudas	21	14,4%
	Sin dudarlo	119	81,5%
	Total	146	100%

Tabla 107: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial a la realización de pruebas sin permiso

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	No	144	99,3%
	Si	1	0,7%
	Total	145	100%
Atención Primaria	No	146	100%
	Si	0	-
	Total	146	100%

Tabla 108: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial al tiempo de atención/ingreso

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	Menos de lo necesario	29	20,0%
	El tiempo necesario	111	76,6%
	Más de lo necesario	5	3,4%
	Total	145	100,0
Atención Primaria	Menos de lo necesario	49	33,6%
	El tiempo necesario	96	65,8%
	Más de lo necesario	1	0,7%
	Total	146	100%

Tabla 109: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial a conocer el nombre del médico

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	No	16	11%
	Si	129	89%
	Total	145	100%
Atención Primaria	No	6	4,1%
	Si	140	95,9%
	Total	146	100%

Tabla 110: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial a conocer el nombre de la enfermera

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	No	35	24,1%
	Si	110	75,9%
	Total	145	100%
Atención Primaria	No	10	6,8%
	Si	136	93,2%
	Total	146	100%

Tabla 111: Respuesta de los pacientes según nivel asistencial a creer que han recibido información suficiente

Nivel de Atención		n	%
Atención Especializada	No	54	37,2%
	Si	91	62,8%
	Total	145	100%
Atención Primaria	No	56	38,4%
	Si	90	61,6%
	Total	146	100%

Tabla 112: Respuesta de los pacientes al cuestionario según el sector sanitario

	Sector	Media	DE	T	p
SQ_1	Sector 2	3,66	0,90	0,654	0,513
	Sector 3	3,59	0,82		
SQ_2	Sector 2	3,42	0,79	0,555	0,580
	Sector 3	3,37	0,63		
SQ_3	Sector 2	3,48	0,87	0,833	0,405
	Sector 3	3,40	0,79		
SQ_4	Sector 2	3,85	0,77	1,628	0,105
	Sector 3	3,69	0,83		
SQ_5	Sector 2	3,25	0,76	0,098	0,922
	Sector 3	3,25	0,71		
SQ_6	Sector 2	3,66	0,93	0,850	0,396
	Sector 3	3,57	0,84		
SQ_7	Sector 2	3,54	0,89	0,883	0,378
	Sector 3	3,45	0,78		
SQ_8	Sector 2	3,99	0,80	1,972	0,050
	Sector 3	3,80	0,89		
SQ_9	Sector 2	3,36	0,71	0,290	0,772
	Sector 3	3,34	0,89		
SQ_10	Sector 2	3,62	0,76	0,656	0,512
	Sector 3	3,56	0,75		
SQ_11	Sector 2	3,81	0,89	1,078	0,282
	Sector 3	3,69	1,04		
SQ_12	Sector 2	3,91	0,82	0,369	0,712
	Sector 3	3,87	0,92		
SQ_13	Sector 2	4,18	0,80	1,792	0,074
	Sector 3	4,00	0,90		
SQ_14	Sector 2	3,82	0,84	1,005	0,316
	Sector 3	3,72	0,81		
SQ_15	Sector 2	4,01	0,69	0,344	0,731
	Sector 3	3,98	0,73		
SQ_16	Sector 2	3,80	0,73	1,441	0,151
	Sector 3	3,67	0,82		
SQ_17	Sector 2	3,78	0,81	1,285	0,200
	Sector 3	3,66	0,78		
SQ_18	Sector 2	3,97	0,65	1,197	0,232
	Sector 3	3,87	0,70		
SQ_Objetivo	Sector 2	3,52	0,59	0,974	0,331
	Sector 3	3,45	0,56		
SQ_Subjetivo	Sector 2	3,90	0,61	1,427	0,155
	Sector 3	3,79	0,70		
SQ_Total	Sector 2	3,73	0,55	1,342	0,181
	Sector 3	3,64	0,60		

Tabla 113: Respuesta de los pacientes según sector sanitario al grado de satisfacción

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	Nada satisfechos	5	3,2%
	Poco satisfechos	8	5,1%
	Satisfechos	81	51,6%
	Muy satisfechos	63	40,1%
	Total	157	100%
Sector 3	Nada satisfechos	2	1,5%
	Poco satisfechos	10	7,5%
	Satisfechos	69	51,5%
	Muy satisfechos	53	39,6%
	Total	134	100%

Tabla 114: Respuesta de los pacientes según sector sanitario a recomendar el centro

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	Nunca	4	2,5%
	Tengo dudas	19	12,1%
	Sin dudarlo	134	85,4%
	Total	157	100%
Sector 3	Nunca	4	3,0%
	Tengo dudas	20	14,9%
	Sin dudarlo	110	82,1%
	Total	134	100%

Tabla 115: Respuesta de los pacientes según sector sanitario a la realización de pruebas sin permiso

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	No	156	99,4%
	Si	1	0,6%
	Total	157	100%
Sector 3	No	134	100%
	Si	0	-
	Total	134	100%

Tabla 116: Respuesta de los pacientes según sector sanitario al tiempo de atención/ingreso

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	Menos de lo necesario	43	27,4%
	El tiempo necesario	110	70,1%
	Más de lo necesario	4	2,5%
	Total	157	100%
Sector 3	Menos de lo necesario	35	26,1%
	El tiempo necesario	97	72,4%
	Más de lo necesario	2	1,5%
	Total	134	100%

Tabla 117: Respuesta de los pacientes según sector sanitario a conocer el nombre del médico

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	No	19	12,1%
	Si	138	87,9%
	Total	157	100%
Sector 3	No	3	2,2%
	Si	131	97,8%
	Total	134	100%

Tabla 118: Respuesta de los pacientes según sector sanitario a conocer el nombre de la enfermera

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	No	33	21,0%
	Si	124	79,0%
	Total	157	100%
Sector 3	No	12	9,0%
	Si	122	91,0%
	Total	134	100%

Tabla 119: Respuesta de los pacientes según sector sanitario a creer que han recibido información suficiente

Nivel de Atención		n	%
Sector 2	No	59	37,6%
	Si	98	62,4%
	Total	157	100%
Sector 3	No	51	38,1%
	Si	83	61,9%
	Total	134	100%

Tabla 120: Respuesta de los pacientes al cuestionario según el sexo

	Sexo	Media	DE	T	p
SQ_1	Hombre	3,63	0,85	0,096	0,924
	Mujer	3,62	0,88		
SQ_2	Hombre	3,40	0,75	0,060	0,952
	Mujer	3,40	0,71		
SQ_3	Hombre	3,44	0,84	0,048	0,962
	Mujer	3,42	0,81		
SQ_4	Hombre	3,79	0,76	0,185	0,853
	Mujer	3,77	0,83		
SQ_5	Hombre	3,32	0,73	1,359	0,175
	Mujer	3,20	0,74		
SQ_6	Hombre	3,65	0,88	0,528	0,598
	Mujer	3,59	0,90		
SQ_7	Hombre	3,48	0,85	0,335	0,738
	Mujer	3,51	0,84		
SQ_8	Hombre	3,99	0,83	1,512	0,132
	Mujer	3,84	0,85		
SQ_9	Hombre	3,46	0,78	1,983	0,048
	Mujer	3,27	0,80		
SQ_10	Hombre	3,65	0,74	1,088	0,278
	Mujer	3,55	0,76		
SQ_11	Hombre	3,88	0,93	1,877	0,062
	Mujer	3,66	0,98		
SQ_12	Hombre	3,98	0,84	1,373	0,171
	Mujer	3,83	0,88		
SQ_13	Hombre	4,18	0,77	1,438	0,152
	Mujer	4,04	0,90		
SQ_14	Hombre	3,77	0,83	0,107	0,915
	Mujer	3,78	0,83		
SQ_15	Hombre	4,11	0,73	2,335	0,020
	Mujer	3,91	0,69		
SQ_16	Hombre	3,83	0,76	1,608	0,109
	Mujer	3,68	0,78		
SQ_17	Hombre	3,73	0,75	0,143	0,887
	Mujer	3,72	0,83		
SQ_18	Hombre	3,97	0,65	0,918	0,359
	Mujer	3,89	0,69		
SQ_Objetivo	Hombre	3,51	0,56	0,659	0,511
	Mujer	3,47	0,59		
SQ_Subjetivo	Hombre	3,91	0,61	1,510	0,132
	Mujer	3,80	0,68		
SQ_Total	Hombre	3,74	0,54	1,253	0,211
	Mujer	3,65	0,60		

Tabla 121: Correlaciones de los ítems del cuestionario y la edad de los pacientes

Ítem		Valor
SQ_1	Correlación de Pearson	-0,014
	Sig. (bilateral)	0,807
SQ_2	Correlación de Pearson	-0,006
	Sig. (bilateral)	0,917
SQ_3	Correlación de Pearson	-0,020
	Sig. (bilateral)	0,730
SQ_4	Correlación de Pearson	0,020
	Sig. (bilateral)	0,738
SQ_5	Correlación de Pearson	-0,051
	Sig. (bilateral)	0,386
SQ_6	Correlación de Pearson	0,025
	Sig. (bilateral)	0,673
SQ_7	Correlación de Pearson	0,045
	Sig. (bilateral)	0,442
SQ_8	Correlación de Pearson	0,035
	Sig. (bilateral)	0,547
SQ_9	Correlación de Pearson	0,052
	Sig. (bilateral)	0,378
SQ_10	Correlación de Pearson	0,089
	Sig. (bilateral)	0,129
SQ_11	Correlación de Pearson	0,062
	Sig. (bilateral)	0,292
SQ_12	Correlación de Pearson	0,021
	Sig. (bilateral)	0,727
SQ_13	Correlación de Pearson	-0,020
	Sig. (bilateral)	0,728
SQ_14	Correlación de Pearson	-0,027
	Sig. (bilateral)	0,643
SQ_15	Correlación de Pearson	-0,021
	Sig. (bilateral)	0,725
SQ_16	Correlación de Pearson	0,004
	Sig. (bilateral)	0,942
SQ_17	Correlación de Pearson	-0,001
	Sig. (bilateral)	0,989
SQ_18	Correlación de Pearson	0,014
	Sig. (bilateral)	0,809
SQ_Objeto	Correlación de Pearson	0,006
	Sig. (bilateral)	0,914
SQ_Subjetivo	Correlación de Pearson	0,023
	Sig. (bilateral)	0,699
SQ_Total	Correlación de Pearson	0,017
	Sig. (bilateral)	0,769

Tabla 122: Respuesta de los pacientes al cuestionario según estado civil

		Media	DE	F	p
SQ_1	Casado/a	3,54	0,84	1,076	0359
	Soltero/a	3,70	0,87		
	Viudo/a	3,70	0,88		
	Separado/a	3,82	0,95		
SQ_2	Casado/a	3,39	0,72	0,096	0,962
	Soltero/a	3,40	0,75		
	Viudo/a	3,43	0,68		
	Separado/a	3,47	0,72		
SQ_3	Casado/a	3,41	0,82	2,836	0,038
	Soltero/a	3,43	0,86		
	Viudo/a	3,33	0,80		
	Separado/a	4,00	0,79		
SQ_4	Casado/a	3,78	0,78	0,507	0,678
	Soltero/a	3,74	0,82		
	Viudo/a	3,77	0,77		
	Separado/a	4,00	0,94		
SQ_5	Casado/a	3,22	0,70	0,624	0,600
	Soltero/a	3,26	0,78		
	Viudo/a	3,27	0,78		
	Separado/a	3,47	0,72		
SQ_6	Casado/a	3,55	0,85	1,453	0,228
	Soltero/a	3,63	0,92		
	Viudo/a	3,70	0,88		
	Separado/a	4,00	1,00		
SQ_7	Casado/a	3,51	0,84	0,678	0,566
	Soltero/a	3,42	0,83		
	Viudo/a	3,53	0,82		
	Separado/a	3,71	0,99		
SQ_8	Casado/a	3,93	0,83	0,215	0,886
	Soltero/a	3,85	0,87		
	Viudo/a	3,90	0,76		
	Separado/a	4,00	1,00		
SQ_9	Casado/a	3,31	0,74	0,317	0,813
	Soltero/a	3,38	0,86		
	Viudo/a	3,40	0,62		
	Separado/a	3,47	1,18		
SQ_10	Casado/a	3,57	0,74	0,406	0,749
	Soltero/a	3,58	0,79		
	Viudo/a	3,73	0,69		
	Separado/a	3,59	0,80		

Tabla 122: Respuesta de los pacientes al cuestionario según estado civil (continuación)

		Media	DE	F	p
SQ_11	Casado/a	3,73	0,94	0,202	0,895
	Soltero/a	3,74	0,99		
	Viudo/a	3,87	0,82		
	Separado/a	3,82	1,29		
SQ_12	Casado/a	3,89	0,87	0,221	0,881
	Soltero/a	3,89	0,86		
	Viudo/a	3,87	0,82		
	Separado/a	4,06	1,03		
SQ_13	Casado/a	4,10	0,86	0,386	0,763
	Soltero/a	4,07	0,84		
	Viudo/a	4,03	0,76		
	Separado/a	4,29	0,99		
SQ_14	Casado/a	3,80	0,81	0,708	0,548
	Soltero/a	3,72	0,83		
	Viudo/a	3,70	0,88		
	Separado/a	4,00	0,94		
SQ_15	Casado/a	3,97	0,71	0,510	0,676
	Soltero/a	4,05	0,70		
	Viudo/a	3,90	0,71		
	Separado/a	4,06	0,75		
SQ_16	Casado/a	3,74	0,77	0,217	0,885
	Soltero/a	3,74	0,77		
	Viudo/a	3,70	0,75		
	Separado/a	3,88	0,93		
SQ_17	Casado/a	3,68	0,79	2,032	0,110
	Soltero/a	3,72	0,78		
	Viudo/a	3,67	0,80		
	Separado/a	4,18	0,88		
SQ_18	Casado/a	3,93	0,66	1,160	0,325
	Soltero/a	3,91	0,68		
	Viudo/a	3,80	0,71		
	Separado/a	4,18	0,73		
SQ_Objetivo	Casado/a	3,45	0,54	1,536	0,205
	Soltero/a	3,49	0,59		
	Viudo/a	3,50	0,62		
	Separado/a	3,76	0,66		
SQ_Subjetivo	Casado/a	3,84	0,64	0,296	0,828
	Soltero/a	3,83	0,66		
	Viudo/a	3,84	0,63		
	Separado/a	3,99	0,81		
SQ_Total	Casado/a	3,67	0,55	0,763	0,516
	Soltero/a	3,68	0,58		
	Viudo/a	3,69	0,68		
	Separado/a	3,89	0,71		

Tabla 123: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para el ítem 3 según estado civil

Variable	(I)	(J)	(I-J)	p
SQ_3	Casado/a	Soltero/a	-0,022	1,000
		Viudo/a	0,072	1,000
		Separado/a	-0,595	0,033
	Soltero/a	Casado/a	0,022	1,000
		Viudo/a	0,094	1,000
		Separado/a	-0,573	0,055
	Viudo/a	Casado/a	-0,072	1,000
		Soltero/a	-0,094	1,000
		Separado/a	-0,667	0,052
	Separado/a	Casado/a	0,595	0,033
		Soltero/a	0,573	0,055
		Viudo/a	0,667	0,052

Tabla 124: Respuesta de los pacientes al cuestionario según su nivel de estudios

		Media	DE	F	p
SQ_1	Sin estudios	3,42	0,71	0,724	0,538
	Estudios primarios	3,64	0,88		
	Bachiller	3,69	0,89		
	Universitarios	3,63	0,88		
SQ_2	Sin estudios	3,30	0,64	0,999	0,394
	Estudios primarios	3,41	0,72		
	Bachiller	3,49	0,81		
	Universitarios	3,26	0,66		
SQ_3	Sin estudios	3,12	0,78	2,651	0,049
	Estudios primarios	3,44	0,83		
	Bachiller	3,46	0,89		
	Universitarios	3,69	0,76		
SQ_4	Sin estudios	3,58	0,75	1,042	0,374
	Estudios primarios	3,78	0,82		
	Bachiller	3,79	0,80		
	Universitarios	3,91	0,78		
SQ_5	Sin estudios	3,12	0,60	0,964	0,410
	Estudios primarios	3,22	0,76		
	Bachiller	3,36	0,75		
	Universitarios	3,31	0,72		
SQ_6	Sin estudios	3,52	0,71	0,397	0,755
	Estudios primarios	3,64	0,90		
	Bachiller	3,56	0,90		
	Universitarios	3,71	0,99		
SQ_7	Sin estudios	3,42	0,75	0,117	0,950
	Estudios primarios	3,50	0,84		
	Bachiller	3,49	0,89		
	Universitarios	3,54	0,89		
SQ_8	Sin estudios	3,76	0,79	0,798	0,496
	Estudios primarios	3,88	0,84		
	Bachiller	4,00	0,88		
	Universitarios	4,00	0,87		
SQ_9	Sin estudios	3,36	0,74	0,399	0,754
	Estudios primarios	3,33	0,78		
	Bachiller	3,33	0,81		
	Universitarios	3,49	0,92		
SQ_10	Sin estudios	3,61	0,66	0,821	0,483
	Estudios primarios	3,64	0,75		
	Bachiller	3,46	0,79		
	Universitarios	3,60	0,77		

Tabla 124: Respuesta de los pacientes al cuestionario según su nivel de estudios
(continuación)

		Media	DE	F	p
SQ_11	Sin estudios	3,64	0,90	0,244	0,866
	Estudios primarios	3,75	0,95		
	Bachiller	3,80	1,00		
	Universitarios	3,80	1,08		
SQ_12	Sin estudios	3,67	0,74	1,080	0,358
	Estudios primarios	3,89	0,86		
	Bachiller	3,97	0,93		
	Universitarios	4,00	0,91		
SQ_13	Sin estudios	3,82	0,73	2,232	0,085
	Estudios primarios	4,07	0,84		
	Bachiller	4,21	0,90		
	Universitarios	4,29	0,86		
SQ_14	Sin estudios	3,48	0,71	2,207	0,087
	Estudios primarios	3,76	0,83		
	Bachiller	3,90	0,83		
	Universitarios	3,91	0,85		
SQ_15	Sin estudios	3,85	0,67	1,062	0,366
	Estudios primarios	3,97	0,69		
	Bachiller	4,10	0,79		
	Universitarios	4,06	0,68		
SQ_16	Sin estudios	3,61	0,75	0,624	0,600
	Estudios primarios	3,73	0,77		
	Bachiller	3,82	0,79		
	Universitarios	3,80	0,80		
SQ_17	Sin estudios	3,58	0,71	0,881	0,451
	Estudios primarios	3,71	0,82		
	Bachiller	3,74	0,77		
	Universitarios	3,89	0,83		
SQ_18	Sin estudios	3,76	0,66	2,088	0,102
	Estudios primarios	3,88	0,66		
	Bachiller	4,03	0,68		
	Universitarios	4,09	0,70		
SQ_Objetivo	Sin estudios	3,36	0,50	0,822	0,482
	Estudios primarios	3,49	0,60		
	Bachiller	3,51	0,53		
	Universitarios	3,56	0,60		
SQ_Subjetivo	Sin estudios	3,68	0,60	1,218	0,303
	Estudios primarios	3,83	0,66		
	Bachiller	3,91	0,66		
	Universitarios	3,95	0,68		
SQ_Total	Sin estudios	3,53	0,51	1,214	0,305
	Estudios primarios	3,68	0,59		
	Bachiller	3,73	0,55		
	Universitarios	3,78	0,60		

Tabla 125: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para el ítem 3 según estudios

Variable	(I)	(J)	(I-J)	p
SQ_3	Sin estudios	Estudios primarios	-0,323	0,256
		Bachiller	-0,338	0,366
		Universitarios	-0,565	0,033
	Estudios primarios	Sin estudios	0,323	0,256
		Bachiller	-0,015	1,000
		Universitarios	-0,241	0,723
	Bachiller	Sin estudios	0,338	0,366
		Estudios primarios	0,015	1,000
		Universitarios	-0,227	1,000
	Universitarios	Sin estudios	0,565	0,033
		Estudios primarios	0,241	0,723
		Bachiller	0,227	1,000

Tabla 126: Respuesta de pacientes al cuestionario según su situación laboral

		Media	DE	F	p
SQ_1	Jubilado/a	3,65	0,85	1,671	0,157
	En paro	3,25	0,87		
	Trabajando	3,55	0,87		
	Amo/a de casa	3,80	0,87		
	Estudiante	4,50	0,71		
SQ_2	Jubilado/a	3,40	0,73	0,056	0,994
	En paro	3,33	0,78		
	Trabajando	3,39	0,75		
	Amo/a de casa	3,43	0,65		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_3	Jubilado/a	3,44	0,82	0,095	0,984
	En paro	3,58	0,79		
	Trabajando	3,43	0,89		
	Amo/a de casa	3,43	0,81		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_4	Jubilado/a	3,75	0,80	0,148	0,964
	En paro	3,83	0,83		
	Trabajando	3,81	0,81		
	Amo/a de casa	3,80	0,83		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_5	Jubilado/a	3,23	0,74	0,991	0,413
	En paro	3,00	0,85		
	Trabajando	3,29	0,68		
	Amo/a de casa	3,29	0,83		
	Estudiante	4,00	0,00		
SQ_6	Jubilado/a	3,66	0,90	2,330	0,056
	En paro	3,08	0,67		
	Trabajando	3,51	0,84		
	Amo/a de casa	3,86	0,94		
	Estudiante	4,00	1,41		
SQ_7	Jubilado/a	3,53	0,83	1,133	0,341
	En paro	3,08	0,79		
	Trabajando	3,46	0,87		
	Amo/a de casa	3,60	0,81		
	Estudiante	3,00	0,00		
SQ_8	Jubilado/a	3,88	0,85	0,363	0,835
	En paro	4,08	0,79		
	Trabajando	3,95	0,86		
	Amo/a de casa	3,86	0,81		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_9	Jubilado/a	3,34	0,78	0,238	0,917
	En paro	3,25	0,62		
	Trabajando	3,40	0,89		
	Amo/a de casa	3,34	0,73		
	Estudiante	3,00	0,00		

Tabla 126: Respuesta de pacientes al cuestionario según su situación laboral (continuación)

		Media	DE	F	p
SQ_10	Jubilado/a	3,59	0,74	0,491	0,742
	En paro	3,50	0,90		
	Trabajando	3,58	0,77		
	Amo/a de casa	3,69	0,72		
	Estudiante	3,00	0,00		
SQ_11	Jubilado/a	3,74	0,98	0,298	0,879
	En paro	3,58	0,79		
	Trabajando	3,75	1,02		
	Amo/a de casa	3,89	0,87		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_12	Jubilado/a	3,87	0,88	0,346	0,847
	En paro	3,75	0,75		
	Trabajando	3,94	0,88		
	Amo/a de casa	3,97	0,86		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_13	Jubilado/a	4,07	0,85	0,260	0,903
	En paro	4,25	0,87		
	Trabajando	4,11	0,87		
	Amo/a de casa	4,11	0,83		
	Estudiante	4,50	0,71		
SQ_14	Jubilado/a	3,76	0,83	0,516	0,724
	En paro	3,83	0,94		
	Trabajando	3,80	0,83		
	Amo/a de casa	3,83	0,82		
	Estudiante	3,00	0,00		
SQ_15	Jubilado/a	3,93	0,68	1,210	0,306
	En paro	4,08	1,00		
	Trabajando	4,11	0,73		
	Amo/a de casa	3,94	0,64		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_16	Jubilado/a	3,66	0,76	1,389	0,238
	En paro	4,08	0,79		
	Trabajando	3,84	0,80		
	Amo/a de casa	3,71	0,75		
	Estudiante	3,50	0,71		
SQ_17	Jubilado/a	3,72	0,79	0,417	0,797
	En paro	3,75	0,87		
	Trabajando	3,72	0,79		
	Amo/a de casa	3,74	0,89		
	Estudiante	3,00	0,00		
SQ_18	Jubilado/a	3,89	0,68	0,329	0,858
	En paro	3,92	0,67		
	Trabajando	3,99	0,67		
	Amo/a de casa	3,89	0,68		
	Estudiante	4,00	1,41		

Tabla 126: Respuesta de pacientes al cuestionario según su situación laboral (continuación 2)

		Media	DE	F	p
SQ_Objetivo	Jubilado/a	3,50	0,57	0,530	0,714
	En paro	3,29	0,49		
	Trabajando	3,47	0,58		
	Amo/a de casa	3,56	0,63		
	Estudiante	3,56	0,09		
SQ_Subjetivo	Jubilado/a	3,81	0,65	0,299	0,878
	En paro	3,89	0,64		
	Trabajando	3,89	0,67		
	Amo/a de casa	3,87	0,64		
	Estudiante	3,55	0,49		
SQ_Total	Jubilado/a	3,67	0,57	0,147	0,964
	En paro	3,63	0,52		
	Trabajando	3,70	0,59		
	Amo/a de casa	3,73	0,59		
	Estudiante	3,56	0,31		

Tabla 127: Comparativa entre dimensiones del cuestionario SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala MAAS para profesionales

Dimensión	Grupo	N	Media	DE	F	p
SQ_Objetivo	Cuartil 1	76	3,03	0,56	26,032	0,000
	Cuartil 2	72	2,81	0,48		
	Cuartil 3	74	3,19	0,55		
	Cuartil 4	69	3,19	0,70		
	Pacientes	291	3,49	0,58		
SQ_Subjetivo	Cuartil 1	76	3,41	0,63	12,150	0,000
	Cuartil 2	72	3,52	0,39		
	Cuartil 3	74	3,97	0,49		
	Cuartil 4	69	3,66	0,81		
	Pacientes	291	3,85	0,65		
SQ_Total	Cuartil 1	76	3,24	0,56	18,089	0,000
	Cuartil 2	72	3,20	0,31		
	Cuartil 3	74	3,62	0,46		
	Cuartil 4	69	3,45	0,73		
	Pacientes	291	3,69	0,57		

Tabla 128: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para dimensiones del SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala MAAS

Dimensión	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_Objetivo	Pacientes	Cuartil 1	0,46080	0,000
		Cuartil 2	0,67982	0,000
		Cuartil 3	0,29792	0,001
		Cuartil 4	0,29690	0,001
SQ_Subjetivo	Pacientes	Cuartil 1	0,43054	0,000
		Cuartil 2	0,32974	0,001
		Cuartil 3	-0,12390	1,000
		Cuartil 4	0,18125	0,316
SQ_Total	Pacientes	Cuartil 1	0,44399	0,000
		Cuartil 2	0,48533	0,000
		Cuartil 3	0,06358	1,000
		Cuartil 4	0,23265	0,018

Tabla 129: Comparativa para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala MAAS para profesionales

Ítem	Grupo	N	Media	DE	F	p
SQ_1	Cuartil 1	76	3,22	0,84	8,028	0,000
	Cuartil 2	72	3,17	0,86		
	Cuartil 3	74	3,55	0,74		
	Cuartil 4	69	3,22	0,89		
	Pacientes	291	3,63	0,86		
SQ_2	Cuartil 1	76	3,28	0,72	2,873	0,022
	Cuartil 2	72	3,18	0,51		
	Cuartil 3	74	3,49	0,60		
	Cuartil 4	69	3,23	0,77		
	Pacientes	291	3,40	0,72		
SQ_3	Cuartil 1	76	3,14	0,92	19,623	0,000
	Cuartil 2	72	2,69	0,49		
	Cuartil 3	74	2,76	0,76		
	Cuartil 4	69	3,28	0,80		
	Pacientes	291	3,44	0,84		
SQ_4	Cuartil 1	76	3,41	0,94	11,941	0,000
	Cuartil 2	72	3,25	0,83		
	Cuartil 3	74	4,05	0,64		
	Cuartil 4	69	3,84	1,02		
	Pacientes	291	3,78	0,80		
SQ_5	Cuartil 1	76	2,76	1,26	13,891	0,000
	Cuartil 2	72	2,40	1,00		
	Cuartil 3	74	3,00	1,06		
	Cuartil 4	69	2,90	1,07		
	Pacientes	291	3,25	0,74		
SQ_6	Cuartil 1	76	3,04	0,79	22,467	0,000
	Cuartil 2	72	2,68	0,82		
	Cuartil 3	74	3,12	0,79		
	Cuartil 4	69	3,33	0,76		
	Pacientes	291	3,62	0,89		
SQ_7	Cuartil 1	76	2,82	0,67	27,112	0,000
	Cuartil 2	72	2,61	0,66		
	Cuartil 3	74	3,12	0,55		
	Cuartil 4	69	2,93	0,97		
	Pacientes	291	3,49	0,84		
SQ_8	Cuartil 1	76	3,32	0,82	13,151	0,000
	Cuartil 2	72	3,46	0,50		
	Cuartil 3	74	3,93	0,63		
	Cuartil 4	69	3,49	1,01		
	Pacientes	291	3,90	0,85		
SQ_9	Cuartil 1	76	2,96	0,90	7,248	0,000
	Cuartil 2	72	2,82	0,76		
	Cuartil 3	74	3,09	1,00		
	Cuartil 4	69	3,22	1,10		
	Pacientes	291	3,35	0,80		

Tabla 129: Comparativa para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala MAAS para profesionales (continuación)

Ítem	Grupo	N	Media	DE	F	p
SQ_10	Cuartil 1	76	2,96	0,72	21,098	0,000
	Cuartil 2	72	2,88	0,58		
	Cuartil 3	74	3,62	0,77		
	Cuartil 4	69	3,29	1,00		
	Pacientes	291	3,59	0,75		
SQ_11	Cuartil 1	76	3,51	0,92	6,486	0,000
	Cuartil 2	72	3,50	0,71		
	Cuartil 3	74	4,15	0,84		
	Cuartil 4	69	3,88	0,96		
	Pacientes	291	3,75	0,97		
SQ_12	Cuartil 1	76	3,50	0,81	7,430	0,000
	Cuartil 2	72	3,69	0,76		
	Cuartil 3	74	4,20	0,76		
	Cuartil 4	69	3,77	0,96		
	Pacientes	291	3,89	0,87		
SQ_13	Cuartil 1	76	3,32	0,93	15,367	0,000
	Cuartil 2	72	3,85	0,83		
	Cuartil 3	74	4,08	0,70		
	Cuartil 4	69	3,52	1,26		
	Pacientes	291	4,10	0,85		
SQ_14	Cuartil 1	76	3,46	0,62	4,457	0,001
	Cuartil 2	72	3,46	0,96		
	Cuartil 3	74	3,76	0,59		
	Cuartil 4	69	3,58	0,74		
	Pacientes	291	3,78	0,83		
SQ_15	Cuartil 1	76	3,46	0,82	14,033	0,000
	Cuartil 2	72	3,58	0,60		
	Cuartil 3	74	3,76	0,54		
	Cuartil 4	69	3,48	0,98		
	Pacientes	291	3,99	0,71		
SQ_16	Cuartil 1	76	3,33	0,74	8,979	0,000
	Cuartil 2	72	3,38	0,59		
	Cuartil 3	74	3,96	0,88		
	Cuartil 4	69	3,71	1,03		
	Pacientes	291	3,74	0,77		
SQ_17	Cuartil 1	76	2,99	0,79	22,688	0,000
	Cuartil 2	72	2,90	0,75		
	Cuartil 3	74	3,38	0,75		
	Cuartil 4	69	3,42	0,99		
	Pacientes	291	3,72	0,80		
SQ_18	Cuartil 1	76	3,88	0,82	3,108	0,015
	Cuartil 2	72	4,11	0,64		
	Cuartil 3	74	4,18	0,69		
	Cuartil 4	69	4,07	0,79		
	Pacientes	291	3,92	0,68		

Tabla 130: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala MAAS

Ítem	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_1	Pacientes	Cuartil 1	0,402	0,003
		Cuartil 2	0,459	0,000
		Cuartil 3	0,071	1,000
		Cuartil 4	0,408	0,004
SQ_2	Pacientes	Cuartil 1	0,122	1,000
		Cuartil 2	0,218	0,170
		Cuartil 3	-0,088	1,000
		Cuartil 4	0,167	0,725
SQ_3	Pacientes	Cuartil 1	0,295	0,044
		Cuartil 2	0,745	0,000
		Cuartil 3	0,683	0,000
		Cuartil 4	0,165	1,000
SQ_4	Pacientes	Cuartil 1	0,369	0,007
		Cuartil 2	0,527	0,000
		Cuartil 3	-0,277	0,111
		Cuartil 4	-0,064	1,000
SQ_5	Pacientes	Cuartil 1	0,488	0,001
		Cuartil 2	0,848	0,000
		Cuartil 3	0,251	0,405
		Cuartil 4	0,352	0,052
SQ_6	Pacientes	Cuartil 1	0,576	0,000
		Cuartil 2	0,935	0,000
		Cuartil 3	0,493	0,000
		Cuartil 4	0,282	0,127
SQ_7	Pacientes	Cuartil 1	0,679	0,000
		Cuartil 2	0,884	0,000
		Cuartil 3	0,373	0,003
		Cuartil 4	0,567	0,000
SQ_8	Pacientes	Cuartil 1	0,588	0,000
		Cuartil 2	0,445	0,000
		Cuartil 3	-0,029	1,000
		Cuartil 4	0,411	0,002
SQ_9	Pacientes	Cuartil 1	0,390	0,006
		Cuartil 2	0,531	0,000
		Cuartil 3	0,256	0,247
		Cuartil 4	0,133	1,000
SQ_10	Pacientes	Cuartil 1	0,631	0,000
		Cuartil 2	0,716	0,000
		Cuartil 3	-0,031	1,000
		Cuartil 4	0,301	0,035
SQ_11	Pacientes	Cuartil 1	0,239	0,428
		Cuartil 2	0,253	0,365
		Cuartil 3	-0,396	0,009
		Cuartil 4	-0,131	1,000

Tabla 130: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala MAAS (continuación)

Ítem	(I) MAAS_Cat	(J) MAAS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_12	Pacientes	Cuartil 1	0,393	0,003
		Cuartil 2	0,199	0,742
		Cuartil 3	-0,309	0,051
		Cuartil 4	0,125	1,000
SQ_13	Pacientes	Cuartil 1	0,780	0,000
		Cuartil 2	0,249	0,357
		Cuartil 3	0,015	1,000
		Cuartil 4	0,574	0,000
SQ_14	Pacientes	Cuartil 1	0,316	0,019
		Cuartil 2	0,318	0,022
		Cuartil 3	0,020	1,000
		Cuartil 4	0,197	0,615
SQ_15	Pacientes	Cuartil 1	0,533	0,000
		Cuartil 2	0,410	0,000
		Cuartil 3	0,236	0,134
		Cuartil 4	0,515	0,000
SQ_16	Pacientes	Cuartil 1	0,413	0,001
		Cuartil 2	0,367	0,005
		Cuartil 3	-0,217	0,373
		Cuartil 4	0,032	1,000
SQ_17	Pacientes	Cuartil 1	0,735	0,000
		Cuartil 2	0,819	0,000
		Cuartil 3	0,343	0,012
		Cuartil 4	0,301	0,057
SQ_18	Pacientes	Cuartil 1	0,043	1,000
		Cuartil 2	-0,187	0,454
		Cuartil 3	-0,251	0,066
		Cuartil 4	-0,148	1,000

Tabla 131: Diferencia de medias para dimensiones e ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes, para profesionales por debajo del percentil 50 de la escala MAAS

Dimensión/Ítem	Grupo	N	Media	DE	t	p
SQ_Objetivo	< Percentil 50	148	2,92	0,53	9,998	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,58		
SQ_Subjetivo	< Percentil 50	148	3,46	0,53	6,148	0,000
	Pacientes	291	3,85	0,65		
SQ_Total	< Percentil 50	148	3,22	0,45	8,579	0,000
	Pacientes	291	3,69	0,57		
SQ_1	< Percentil 50	148	3,20	0,85	4,960	0,000
	Pacientes	291	3,63	0,86		
SQ_2	< Percentil 50	148	3,23	0,63	2,414	0,016
	Pacientes	291	3,40	0,72		
SQ_3	< Percentil 50	148	2,93	0,77	6,232	0,000
	Pacientes	291	3,44	0,84		
SQ_4	< Percentil 50	148	3,33	0,89	5,298	0,000
	Pacientes	291	3,78	0,80		
SQ_5	< Percentil 50	148	2,59	1,15	7,311	0,000
	Pacientes	291	3,25	0,74		
SQ_6	< Percentil 50	148	2,86	0,82	8,575	0,000
	Pacientes	291	3,62	0,89		
SQ_7	< Percentil 50	148	2,72	0,67	9,797	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,84		
SQ_8	< Percentil 50	148	3,39	0,69	6,460	0,000
	Pacientes	291	3,90	0,85		
SQ_9	< Percentil 50	148	2,89	0,83	5,610	0,000
	Pacientes	291	3,35	0,80		
SQ_10	< Percentil 50	148	2,92	0,65	9,230	0,000
	Pacientes	291	3,59	0,75		
SQ_11	< Percentil 50	148	3,51	0,82	2,649	0,008
	Pacientes	291	3,75	0,97		
SQ_12	< Percentil 50	148	3,59	0,79	3,518	0,000
	Pacientes	291	3,89	0,87		
SQ_13	< Percentil 50	148	3,57	0,92	5,917	0,000
	Pacientes	291	4,10	0,85		
SQ_14	< Percentil 50	148	3,46	0,80	3,835	0,000
	Pacientes	291	3,78	0,83		
SQ_15	< Percentil 50	148	3,52	0,72	6,557	0,000
	Pacientes	291	3,99	0,71		
SQ_16	< Percentil 50	148	3,35	0,67	5,231	0,000
	Pacientes	291	3,74	0,77		
SQ_17	< Percentil 50	148	2,95	0,77	9,738	0,000
	Pacientes	291	3,72	0,80		
SQ_18	< Percentil 50	148	3,99	0,74	0,976	0,330
	Pacientes	291	3,92	0,68		

Tabla 132: Diferencia de medias para dimensiones e ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes, para profesionales por encima del percentil 50 de la escala MAAS

Dimensión/Ítem	Grupo	N	Media	DE	t	p
SQ_Objetivo	> Percentil 50	143	3,19	0,62	4,917	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,58		
SQ_Subjetivo	> Percentil 50	143	3,82	0,68	0,344	0,731
	Pacientes	291	3,85	0,65		
SQ_Total	> Percentil 50	143	3,54	0,61	2,428	0,016
	Pacientes	291	3,69	0,57		
SQ_1	> Percentil 50	143	3,39	0,83	2,684	0,008
	Pacientes	291	3,63	0,86		
SQ_2	> Percentil 50	143	3,36	0,70	0,479	0,632
	Pacientes	291	3,40	0,72		
SQ_3	> Percentil 50	143	3,01	0,82	5,098	0,000
	Pacientes	291	3,44	0,84		
SQ_4	> Percentil 50	143	3,95	0,85	2,088	0,037
	Pacientes	291	3,78	0,80		
SQ_5	> Percentil 50	143	2,95	1,06	3,425	0,001
	Pacientes	291	3,25	0,74		
SQ_6	> Percentil 50	143	3,22	0,78	4,482	0,000
	Pacientes	291	3,62	0,89		
SQ_7	> Percentil 50	143	3,03	0,79	5,555	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,84		
SQ_8	> Percentil 50	143	3,72	0,86	2,114	0,035
	Pacientes	291	3,90	0,85		
SQ_9	> Percentil 50	143	3,15	1,04	2,174	0,030
	Pacientes	291	3,35	0,80		
SQ_10	> Percentil 50	143	3,46	0,90	1,576	0,116
	Pacientes	291	3,59	0,75		
SQ_11	> Percentil 50	143	4,02	0,91	2,776	0,006
	Pacientes	291	3,75	0,97		
SQ_12	> Percentil 50	143	3,99	0,88	1,117	0,264
	Pacientes	291	3,89	0,87		
SQ_13	> Percentil 50	143	3,81	1,04	3,044	0,002
	Pacientes	291	4,10	0,85		
SQ_14	> Percentil 50	143	3,67	0,67	1,324	0,186
	Pacientes	291	3,78	0,83		
SQ_15	> Percentil 50	143	3,62	0,79	4,916	0,000
	Pacientes	291	3,99	0,71		
SQ_16	> Percentil 50	143	3,84	0,96	1,129	0,259
	Pacientes	291	3,74	0,77		
SQ_17	> Percentil 50	143	3,40	0,87	3,843	0,000
	Pacientes	291	3,72	0,80		
SQ_18	> Percentil 50	143	4,13	0,74	2,829	0,005
	Pacientes	291	3,92	0,68		

Tabla 133: Comparativa entre dimensiones del cuestionario SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala PHLMS para profesionales

Dimensión	Grupo	N	Media	DE	F	p
SQ_Objetivo	Cuartil 1	77	2,88	0,47	29,552	0,000
	Cuartil 2	64	3,10	0,51		
	Cuartil 3	85	2,91	0,64		
	Cuartil 4	65	3,38	0,62		
	Pacientes	291	3,49	0,58		
SQ_Subjetivo	Cuartil 1	77	3,41	0,56	10,584	0,000
	Cuartil 2	64	3,69	0,59		
	Cuartil 3	85	3,57	0,69		
	Cuartil 4	65	3,95	0,56		
	Pacientes	291	3,85	0,65		
SQ_Total	Cuartil 1	77	3,18	0,46	20,098	0,000
	Cuartil 2	64	3,43	0,48		
	Cuartil 3	85	3,28	0,61		
	Cuartil 4	65	3,70	0,53		
	Pacientes	291	3,69	0,57		

Tabla 134: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para dimensiones del SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala PHLMS

Dimensión	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
SQ_Objetivo	Pacientes	Cuartil 1	0,60237	0,000
		Cuartil 2	0,38360	0,000
		Cuartil 3	0,57241	0,000
		Cuartil 4	0,10634	1,000
SQ_Subjetivo	Pacientes	Cuartil 1	0,43333	0,000
		Cuartil 2	0,15439	0,770
		Cuartil 3	0,27325	0,005
		Cuartil 4	-0,10268	1,000
SQ_Total	Pacientes	Cuartil 1	0,50846	0,000
		Cuartil 2	0,25626	0,008
		Cuartil 3	0,40621	0,000
		Cuartil 4	-0,00978	1,000

Tabla 135: Comparativa para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala PHLMS para profesionales

Ítem	Grupo	N	Media	DE	F	p
SQ_1	Cuartil 1	77	3,34	0,80	6,049	0,000
	Cuartil 2	64	3,27	0,90		
	Cuartil 3	85	3,20	0,84		
	Cuartil 4	65	3,38	0,84		
	Pacientes	291	3,63	0,86		
SQ_2	Cuartil 1	77	3,14	0,58	3,656	0,006
	Cuartil 2	64	3,36	0,70		
	Cuartil 3	85	3,22	0,59		
	Cuartil 4	65	3,51	0,77		
	Pacientes	291	3,40	0,72		
SQ_3	Cuartil 1	77	2,91	0,91	16,292	0,000
	Cuartil 2	64	2,94	0,64		
	Cuartil 3	85	2,79	0,60		
	Cuartil 4	65	3,29	0,93		
	Pacientes	291	3,44	0,84		
SQ_4	Cuartil 1	77	3,29	0,89	12,173	0,000
	Cuartil 2	64	3,52	1,02		
	Cuartil 3	85	3,61	0,90		
	Cuartil 4	65	4,20	0,59		
	Pacientes	291	3,78	0,80		
SQ_5	Cuartil 1	77	2,45	1,15	21,607	0,000
	Cuartil 2	64	2,89	0,89		
	Cuartil 3	85	2,49	1,14		
	Cuartil 4	65	3,37	1,02		
	Pacientes	291	3,25	0,74		
SQ_6	Cuartil 1	77	2,78	0,75	24,625	0,000
	Cuartil 2	64	3,11	0,72		
	Cuartil 3	85	2,88	0,85		
	Cuartil 4	65	3,49	0,77		
	Pacientes	291	3,62	0,89		
SQ_7	Cuartil 1	77	2,78	0,62	24,086	0,000
	Cuartil 2	64	2,92	0,67		
	Cuartil 3	85	2,78	0,85		
	Cuartil 4	65	3,05	0,78		
	Pacientes	291	3,49	0,84		
SQ_8	Cuartil 1	77	3,30	0,74	11,638	0,000
	Cuartil 2	64	3,59	0,68		
	Cuartil 3	85	3,49	0,78		
	Cuartil 4	65	3,88	0,86		
	Pacientes	291	3,90	0,85		
SQ_9	Cuartil 1	77	2,90	0,82	7,348	0,000
	Cuartil 2	64	3,00	0,80		
	Cuartil 3	85	2,94	0,96		
	Cuartil 4	65	3,29	1,17		
	Pacientes	291	3,35	0,80		

Tabla 135: Comparativa para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala PHLMS para profesionales (continuación)

Ítem	Grupo	N	Media	DE	F	p
SQ_10	Cuartil 1	77	2,83	0,71	18,974	0,000
	Cuartil 2	64	3,30	0,68		
	Cuartil 3	85	3,12	0,86		
	Cuartil 4	65	3,58	0,86		
	Pacientes	291	3,59	0,75		
SQ_11	Cuartil 1	77	3,49	0,74	2,554	0,038
	Cuartil 2	64	3,84	0,91		
	Cuartil 3	85	3,78	1,00		
	Cuartil 4	65	3,97	0,87		
	Pacientes	291	3,75	0,97		
SQ_12	Cuartil 1	77	3,58	0,78	3,317	0,011
	Cuartil 2	64	3,81	0,94		
	Cuartil 3	85	3,75	0,84		
	Cuartil 4	65	4,06	0,83		
	Pacientes	291	3,89	0,87		
SQ_13	Cuartil 1	77	3,42	0,98	11,848	0,000
	Cuartil 2	64	3,91	0,90		
	Cuartil 3	85	3,56	1,05		
	Cuartil 4	65	3,97	0,88		
	Pacientes	291	4,10	0,85		
SQ_14	Cuartil 1	77	3,66	0,64	3,761	0,005
	Cuartil 2	64	3,56	0,79		
	Cuartil 3	85	3,42	0,86		
	Cuartil 4	65	3,63	0,63		
	Pacientes	291	3,78	0,83		
SQ_15	Cuartil 1	77	3,44	0,88	15,859	0,000
	Cuartil 2	64	3,61	0,70		
	Cuartil 3	85	3,45	0,75		
	Cuartil 4	65	3,85	0,59		
	Pacientes	291	3,99	0,71		
SQ_16	Cuartil 1	77	3,29	0,72	12,875	0,000
	Cuartil 2	64	3,61	0,75		
	Cuartil 3	85	3,44	0,84		
	Cuartil 4	65	4,14	0,90		
	Pacientes	291	3,74	0,77		
SQ_17	Cuartil 1	77	2,78	0,74	30,169	0,000
	Cuartil 2	64	3,34	0,76		
	Cuartil 3	85	3,01	0,88		
	Cuartil 4	65	3,66	0,76		
	Pacientes	291	3,72	0,80		
SQ_18	Cuartil 1	77	3,82	0,76	4,582	0,001
	Cuartil 2	64	4,16	0,70		
	Cuartil 3	85	4,09	0,83		
	Cuartil 4	65	4,20	0,59		
	Pacientes	291	3,92	0,68		

Tabla 136: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala PHLMS

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_1	Pacientes	Cuartil 1	0,288	0,088
		Cuartil 2	0,360	0,024
		Cuartil 3	0,425	0,001
		Cuartil 4	0,241	0,403
SQ_2	Pacientes	Cuartil 1	0,256	0,040
		Cuartil 2	0,039	1,000
		Cuartil 3	0,175	0,401
		Cuartil 4	-0,109	1,000
SQ_3	Pacientes	Cuartil 1	0,531	0,000
		Cuartil 2	0,502	0,000
		Cuartil 3	0,652	0,000
		Cuartil 4	0,148	1,000
SQ_4	Pacientes	Cuartil 1	0,491	0,000
		Cuartil 2	0,261	0,240
		Cuartil 3	0,165	1,000
		Cuartil 4	-0,423	0,002
SQ_5	Pacientes	Cuartil 1	0,796	0,000
		Cuartil 2	0,360	0,046
		Cuartil 3	0,757	0,000
		Cuartil 4	-0,118	1,000
SQ_6	Pacientes	Cuartil 1	0,836	0,000
		Cuartil 2	0,506	0,000
		Cuartil 3	0,733	0,000
		Cuartil 4	0,123	1,000
SQ_7	Pacientes	Cuartil 1	0,716	0,000
		Cuartil 2	0,573	0,000
		Cuartil 3	0,718	0,000
		Cuartil 4	0,449	0,000
SQ_8	Pacientes	Cuartil 1	0,605	0,000
		Cuartil 2	0,310	0,057
		Cuartil 3	0,410	0,000
		Cuartil 4	0,027	1,000
SQ_9	Pacientes	Cuartil 1	0,454	0,001
		Cuartil 2	0,351	0,038
		Cuartil 3	0,409	0,002
		Cuartil 4	0,058	1,000
SQ_10	Pacientes	Cuartil 1	0,760	0,000
		Cuartil 2	0,294	0,059
		Cuartil 3	0,473	0,000
		Cuartil 4	0,006	1,000
SQ_11	Pacientes	Cuartil 1	0,259	0,297
		Cuartil 2	-0,091	1,000
		Cuartil 3	-0,024	1,000
		Cuartil 4	-0,217	0,892

Tabla 136: Prueba *post-hoc* de Bonferroni para ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes según categorización en cuartiles de la escala PHLMS (continuación)

Ítem	(I) PHLMS_Cat	(J) PHLMS_Cat	Diferencia de medias (I-J)	p
SQ_12	Pacientes	Cuartil 1	0,309	0,051
		Cuartil 2	0,081	1,000
		Cuartil 3	0,141	1,000
		Cuartil 4	-0,168	1,000
SQ_13	Pacientes	Cuartil 1	0,681	0,000
		Cuartil 2	0,190	1,000
		Cuartil 3	0,532	0,000
		Cuartil 4	0,127	1,000
SQ_14	Pacientes	Cuartil 1	0,114	1,000
		Cuartil 2	0,214	0,492
		Cuartil 3	0,353	0,003
		Cuartil 4	0,146	1,000
SQ_15	Pacientes	Cuartil 1	0,552	0,000
		Cuartil 2	0,384	0,001
		Cuartil 3	0,546	0,000
		Cuartil 4	0,147	1,000
SQ_16	Pacientes	Cuartil 1	0,457	0,000
		Cuartil 2	0,133	1,000
		Cuartil 3	0,307	0,017
		Cuartil 4	-0,396	0,003
SQ_17	Pacientes	Cuartil 1	0,942	0,000
		Cuartil 2	0,378	0,006
		Cuartil 3	0,710	0,000
		Cuartil 4	0,060	1,000
SQ_18	Pacientes	Cuartil 1	0,106	1,000
		Cuartil 2	-0,232	0,174
		Cuartil 3	-0,170	0,510
		Cuartil 4	-0,276	0,045

Tabla 137: Diferencia de medias para dimensiones e ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes, para profesionales por debajo del percentil 50 de la escala PHLMS

Dimensión/Ítem	Grupo	N	Media	DE	t	p
SQ_Objetivo	< Percentil 50	141	2,98	0,50	8,887	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,58		
SQ_Subjetivo	< Percentil 50	141	3,54	0,59	4,706	0,000
	Pacientes	291	3,85	0,65		
SQ_Total	< Percentil 50	141	3,29	0,48	7,054	0,000
	Pacientes	291	3,69	0,57		
SQ_1	< Percentil 50	141	3,30	0,84	3,643	0,000
	Pacientes	291	3,63	0,86		
SQ_2	< Percentil 50	141	3,24	0,64	2,199	0,028
	Pacientes	291	3,40	0,72		
SQ_3	< Percentil 50	141	2,92	0,79	6,126	0,000
	Pacientes	291	3,44	0,84		
SQ_4	< Percentil 50	141	3,39	0,95	4,408	0,000
	Pacientes	291	3,78	0,80		
SQ_5	< Percentil 50	141	2,65	1,06	6,817	0,000
	Pacientes	291	3,25	0,74		
SQ_6	< Percentil 50	141	2,93	0,75	7,898	0,000
	Pacientes	291	3,62	0,89		
SQ_7	< Percentil 50	141	2,84	0,65	8,106	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,84		
SQ_8	< Percentil 50	141	3,43	0,73	5,671	0,000
	Pacientes	291	3,90	0,85		
SQ_9	< Percentil 50	141	2,94	0,81	4,956	0,000
	Pacientes	291	3,35	0,80		
SQ_10	< Percentil 50	141	3,04	0,74	7,154	0,000
	Pacientes	291	3,59	0,75		
SQ_11	< Percentil 50	141	3,65	0,84	1,054	0,292
	Pacientes	291	3,75	0,97		
SQ_12	< Percentil 50	141	3,69	0,86	2,315	0,021
	Pacientes	291	3,89	0,87		
SQ_13	< Percentil 50	141	3,64	0,97	5,005	0,000
	Pacientes	291	4,10	0,85		
SQ_14	< Percentil 50	141	3,62	0,71	2,067	0,040
	Pacientes	291	3,78	0,83		
SQ_15	< Percentil 50	141	3,52	0,81	6,238	0,000
	Pacientes	291	3,99	0,71		
SQ_16	< Percentil 50	141	3,43	0,75	3,940	0,000
	Pacientes	291	3,74	0,77		
SQ_17	< Percentil 50	141	3,04	0,80	8,389	0,000
	Pacientes	291	3,72	0,80		
SQ_18	< Percentil 50	141	3,97	0,75	0,658	0,511
	Pacientes	291	3,92	0,68		

Tabla 138: Diferencia de medias para dimensiones e ítems SERVQHOS de profesionales y pacientes, para profesionales por encima del percentil 50 de la escala PHLMS

Dimensión/Ítem	Grupo	N	Media	DE	t	p
SQ_Objetivo	> Percentil 50	150	3,12	0,67	6,054	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,58		
SQ_Subjetivo	> Percentil 50	150	3,73	0,66	1,674	0,095
	Pacientes	291	3,85	0,65		
SQ_Total	> Percentil 50	150	3,46	0,61	3,827	0,000
	Pacientes	291	3,69	0,57		
SQ_1	> Percentil 50	150	3,28	0,84	4,010	0,000
	Pacientes	291	3,63	0,86		
SQ_2	> Percentil 50	150	3,35	0,69	0,727	0,467
	Pacientes	291	3,40	0,72		
SQ_3	> Percentil 50	150	3,01	0,80	5,225	0,000
	Pacientes	291	3,44	0,84		
SQ_4	> Percentil 50	150	3,87	0,83	1,102	0,271
	Pacientes	291	3,78	0,80		
SQ_5	> Percentil 50	150	2,87	1,17	4,140	0,000
	Pacientes	291	3,25	0,74		
SQ_6	> Percentil 50	150	3,15	0,87	5,283	0,000
	Pacientes	291	3,62	0,89		
SQ_7	> Percentil 50	150	2,89	0,83	7,156	0,000
	Pacientes	291	3,49	0,84		
SQ_8	> Percentil 50	150	3,66	0,83	2,882	0,004
	Pacientes	291	3,90	0,85		
SQ_9	> Percentil 50	150	3,09	1,06	2,854	0,005
	Pacientes	291	3,35	0,80		
SQ_10	> Percentil 50	150	3,32	0,89	3,359	0,001
	Pacientes	291	3,59	0,75		
SQ_11	> Percentil 50	150	3,86	0,95	1,114	0,266
	Pacientes	291	3,75	0,97		
SQ_12	> Percentil 50	150	3,89	0,85	0,079	0,937
	Pacientes	291	3,89	0,87		
SQ_13	> Percentil 50	150	3,74	1,00	3,924	0,000
	Pacientes	291	4,10	0,85		
SQ_14	> Percentil 50	150	3,51	0,77	3,234	0,001
	Pacientes	291	3,78	0,83		
SQ_15	> Percentil 50	150	3,62	0,71	5,228	0,000
	Pacientes	291	3,99	0,71		
SQ_16	> Percentil 50	150	3,74	0,93	0,027	0,978
	Pacientes	291	3,74	0,77		
SQ_17	> Percentil 50	150	3,29	0,89	5,142	0,000
	Pacientes	291	3,72	0,80		
SQ_18	> Percentil 50	150	4,14	0,73	3,084	0,002
	Pacientes	291	3,92	0,68		

Tabla 139: Diferencia de medias para las distintas escalas de los profesionales para los grupos formados según las distancias a los resultados SERVQHOS de los pacientes

Escala	Grupo	N	Media	DE	Z	p
MAAS	Grupo Control	267	4,43	0,72	6,940	0,000
	Selección	24	5,51	0,22		
PHLMS_Aceptación	Grupo Control	267	3,53	0,37	7,062	0,000
	Selección	24	4,20	0,29		
BCSQ	Grupo Control	267	3,16	0,83	2,262	0,024
	Selección	24	3,01	1,47		
BCSQ_Sobrecarga	Grupo Control	267	3,56	0,99	1,335	0,182
	Selección	24	3,34	1,38		
BCSQ_Falta de desarrollo	Grupo Control	267	3,50	1,24	2,616	0,009
	Selección	24	3,08	1,93		
BCSQ_Abandono	Grupo Control	267	2,41	1,04	0,238	0,812
	Selección	24	2,61	1,34		
SCS	Grupo Control	267	3,49	0,49	0,167	0,868
	Selección	24	3,45	0,57		
SQ_Objetivo	Grupo Control	267	3,03	0,58	2,300	0,021
	Selección	24	3,32	0,65		
SQ_Subjetivo	Grupo Control	267	3,62	0,63	2,173	0,030
	Selección	24	3,89	0,62		
SQ_Total	Grupo Control	267	3,36	0,55	2,409	0,016
	Selección	24	3,64	0,59		

Tabla 140: Variables sociodemográficas y laborales de tipo cuantitativo de los profesionales para los grupos formados según las distancias a los resultados SERVQHOS de los pacientes

Variable	Grupo	N	Media	DE	Z	p
Edad	Grupo Control	267	48,89	10,33	0,485	0,627
	Selección	24	49,08	11,77		
Número de hijos	Grupo Control	267	1,46	1,00	1,795	0,073
	Selección	24	1,08	1,02		
Personas que conviven en el domicilio	Grupo Control	267	2,72	0,99	1,639	0,101
	Selección	24	2,38	0,97		
Número de dependientes a cargo del profesional	Grupo Control	267	0,40	0,74	0,616	0,538
	Selección	24	0,29	0,62		
Tiempo de ejercicio	Grupo Control	267	303,08	124,52	0,027	0,979
	Selección	24	308,17	128,43		
Tiempo en el centro	Grupo Control	267	106,86	82,49	1,511	0,131
	Selección	24	122,50	68,53		
Tiempo en el servicio	Grupo Control	267	101,57	81,77	1,106	0,269
	Selección	24	110,83	72,65		

Tabla 141: Variables sociodemográficas y laborales de tipo cualitativo de los profesionales para los grupos formados según las distancias a los resultados SERVQHOS de los pacientes

Variable	Opción	Grupo Control		Selección		X ²	p
		N	%	N	%		
Sexo	Hombre	57	21,3%	9	37,5%	3,276	0,070
	Mujer	210	78,7%	15	62,5%		
Estado Civil	Soltero/a	36	13,5%	3	12,5%	1,052	0,591
	Casado/a	203	76,0%	20	83,3%		
	Separado/a	28	10,5%	1	4,2%		
	Viudo/a	0	0,0%	0	0,0%		
Descendencia	No	63	23,6%	9	37,5%	2,286	0,131
	Si	204	76,4%	15	62,5%		
Dependientes	No	197	73,8%	19	79,2%	0,334	0,564
	Si	70	26,2%	5	20,8%		
Ingresos	2	4	1,5%	0	0,0%	2,035	0,916
	3	17	6,4%	2	8,3%		
	4	12	4,5%	2	8,3%		
	5	71	26,6%	5	20,8%		
	6	126	47,2%	12	50,0%		
	7	31	11,6%	3	12,5%		
	8	6	2,2%	0	0,0%		
Profesión	Medicina	116	43,4%	10	41,7%	0,028	0,866
	Enfermería	151	56,6%	14	58,3%		
	Diplomatura	121	45,3%	11	45,8%		
Título académico	Grado	17	6,4%	0	0,0%	5,538	0,236
	Licenciatura	95	35,6%	10	41,7%		
	Máster	14	5,2%	3	12,5%		
	Doctorado	20	7,5%	0	0,0%		
Turnicidad o guardias	No	62	23,2%	8	33,3%	1,233	0,267
	Si	205	76,8%	16	66,7%		
Tipo de jornada	Jornada completa	245	91,8%	21	87,5%	0,707	0,702
	Jornada parcial	22	8,2%	3	12,5%		
Tipo de contrato	Sustitución	40	15,0%	5	20,8%	1,089	0,780
	Interinidad	26	9,7%	2	8,3%		
	Plantilla fija	195	73,0%	17	70,8%		
	Residente	6	2,2%	0	0,0%		
Nivel atención	Atención Especializada	133	49,8%	12	50,0%	0,000	0,986
	Atención Primaria	134	50,2%	12	50,0%		
Sector sanitario	Sector 2	144	53,9%	13	54,2%	0,000	0,982
	Sector 3	123	46,1%	11	45,8%		