



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención en sanitarios españoles con síndrome de *burnout* durante la COVID-19  
(PISEB).

*Intervention program with burnout health professionals during COVID-19.*

María Lázaro Magdalena.

737808.

Grado en Psicología, Campus Teruel.

Pilar Martín Hernández

Grado en Psicología, Campus Teruel.

2021-2022



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

## Índice.

Resumen/Abstract.....	3
Introducción.....	5
Objetivos.....	8
Beneficiarios/as.....	8
Materiales y métodos.....	9
Participantes.....	9
Instrumentos.....	9
Procedimiento.....	10
Diseño de las sesiones.....	11
Recursos humanos y materiales.....	15
Evaluación y resultados esperados.....	16
Conclusiones.....	16
Referencias.....	17
Anexos.....	21

### **Resumen.**

El síndrome de *burnout* es un fenómeno relevante, multicausal y complejo caracterizado por la despersonalización, el agotamiento emocional, y la falta de realización personal, que surge como resultado del estrés laboral crónico. El síndrome de *burnout* muestra una gran prevalencia en los sanitarios, habiéndose intensificado debido a la pandemia de la COVID-19. El programa que se detalla a continuación, diseñado con el objetivo de reducir la sintomatología de aquellos sanitarios en riesgo de padecer *burnout*, se basa en la terapia cognitivo-conductual y las técnicas de relajación, y procura, de manera específica, dotar de conocimientos a los sanitarios sobre qué es el *burnout*, cuáles son sus síntomas, consecuencias, factores de riesgo y de protección, qué relación tiene con la COVID-19 y cómo puede llegar a afectar a la salud mental. Con esto, se intenta mejorar la autorregulación cognitiva, las relaciones entre compañeros, la asertividad, la toma de decisiones, y la comunicación entre los mismos, dotando de herramientas a los participantes para que, a corto plazo, logren reducir el estrés y, a largo plazo, puedan prevenir situaciones similares.

*Palabras clave:* estrés laboral, *burnout*, covid-19, sanitarios, terapia cognitivo-conductual

### **Abstract.**

Burnout syndrome is a relevant, multicausal and complex phenomenon characterised by depersonalization, emotional exhaustion and lack of self-realisation resulting from chronic stress at work. A high incidence is shown in healthcare workers, intensified due to the covid-19 pandemic. The program detailed below, designed with the purpose of decreasing the symptomatology of those at risk of suffering from burnout, run by the cognitive behavioral therapy and relaxation techniques, aims to provide healthcare workers with the knowledge to identify what is burnout, its symptoms, consequences and risk and protection factors, why it is related to covid-19 and how it can affect their mental health. Thus, we aim to improve cognitive auto regulation, relationships and communication between co-workers, assertiveness and decision making. This way, the participants will be offered means to reduce stress in the short term and prevent similar situations in the long term.

*Keywords:* stress at work, burnout, covid-19, health professionals, cognitive behavioral therapy

## 1. Introducción.

A lo largo del siglo XX el estrés se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado con frecuencia, al trabajo y a la actividad laboral. El estrés laboral, al cronificarse, puede dar como consecuencia el desarrollo del denominado síndrome de *burnout*, también conocido como síndrome del desgaste profesional o, coloquialmente, como síndrome del trabajador quemado. Es un trastorno cada vez más conocido y diagnosticado en el ámbito hospitalario, catalogado hoy en día por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como riesgo laboral, aunque actualmente no se recogen en los manuales de diagnóstico de la CIE-10 o DSM-5 (Saborío y Hidalgo, 2015). En general, afecta a los profesionales que su trabajo cuenta con una filosofía humanista, es decir, profesiones que su trabajo requiere de contacto con otras personas. No solo afecta a la persona que lo sufre, sino también a los pacientes que requieren de su atención (Aceves, et al., 2006).

La definición más aceptada sobre el Síndrome de *Burnout* es la de Maslach en 1981, quien señala que el síndrome es una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional (es decir, una pérdida progresiva de la energía, sensaciones de sobreesfuerzo físico y desgaste por parte de los trabajadores), la despersonalización o cinismo (es decir, los trabajadores adoptan una actitud negativa como irritabilidad hacia sus pacientes o una pérdida de motivación por su trabajo) y la disminución del desempeño personal (es decir, existe en los trabajadores una tendencia a evaluarse negativamente tanto a sí mismos como al trabajo que desarrollan, caracterizado por un declive en el sentimiento de competencia y éxito en el trabajo). Estos tres factores están reflejados y son medidos a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, et al., 1996). Sin embargo, este instrumento no ha estado exento de problemas psicométricos. Por ello, en la actualidad, contamos con instrumentos más válidos y fiables que superan estas insuficiencias y permiten una evaluación adecuada (Gil-Monte, 2009).

Gil-Monte (2005) definió al síndrome de *burnout* (SQT), tal y como le llamaremos a partir de ahora, como una respuesta psicológica al estrés laboral, de carácter interpersonal y emocional, que se caracteriza por un deterioro cognitivo debido a la pérdida de la ilusión por el trabajo; un deterioro afectivo debido al agotamiento físico y emocional, y por la aparición de conductas negativas hacia las personas que deben ser tratadas por los profesionales que sufren el síndrome. A todos estos síntomas, Gil-Monte (2006) añade el sentimiento de culpa. Todo esto es recogido en

el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), cuestionario que surge como alternativa a las insuficiencias, ya comentadas en el MBI.

Por tanto, al SQT se le conoce como un síndrome multicausal y complejo que se puede describir como un desequilibrio percibido entre las demandas laborales, la capacidad de control, las aspiraciones de la persona y la realidad de sus condiciones de trabajo, que generan una reacción individual. Todo esto, unido a un sentimiento de sobreesfuerzo, origina un desgaste por exceso de activación que puede manifestarse de formas diversas (Merino Revilla, 2021).

No solo está presente el estrés, sino también variables como el aburrimiento, la crisis en el desarrollo de la carrera profesional, las pobres condiciones económicas, la sobrecarga laboral, la falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. Sumado a esto podemos encontrar factores de riesgo como variables personales (edad, sexo, variables familiares (como tener o no hijos); variables de personalidad (ser impaciente, hiperexigente o perfeccionista); variables relacionadas con una inadecuada formación profesional (como excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional); variables laborales (como bajos salarios, sobrecarga de trabajo o el escaso trabajo en equipo); variables sociales (como alta consideración familiar, social y profesional, así como un alto status económico); variables del entorno laboral físico (baja iluminación, escasa ventilación o exceso de ruido) (Torres, 2018) y variables ambientales (muerte de un familiar, divorcios, nacimiento de hijos...) (Saborío y Hidalgo, 2015)

Es innegable que la aparición de la COVID-19 ha marcado un antes y un después en la historia de la humanidad desde el pasado 11 de marzo de 2020 donde la OMS estableció el virus de la COVID-19 como pandemia global. En España el número de contagios hoy por hoy asciende de los 11,3 millones de casos confirmados desde el inicio de la pandemia con más de 102.000 fallecidos (Ministerio de Sanidad, 2022). En este contexto, los profesionales de la salud se han visto especialmente expuestos en la primera línea de la pandemia haciendo que su calidad de vida se haya puesto en gran riesgo (Lluch, et al., 2022). Entre los factores más dañinos para los sanitarios algunos autores han destacado la falta de acceso a equipos de protección adecuados y el agotamiento por el uso de éstos a lo largo de la jornada laboral, la sensación de tener un apoyo inadecuado (Liu, 2020), largas jornadas de trabajo y cambios inesperados en el tipo de trabajo, abandono de sus casas para evitar contagiar a sus familiares, la falta de acceso a información actualizada (Rajkumar, 2020), incertidumbre y preocupación por los pacientes (Cai, 2020).

Estudios tales como el de Sang et al., (2020) señalaron que médicos y enfermeras sufrieron altos niveles de problemas en salud mental durante la pandemia y, en consecuencia, pudieron desarrollar varios síntomas psicológicos y trastornos de salud mental (Rajkumar, 2020). El estudio ya clásico de Lai, et al., (2020) en 1257 trabajadores de 34 hospitales en China, encontró que el 50,4% de los participantes presentaba síntomas de depresión, 44,6% de ansiedad, 35% de insomnio y 71,5% de distrés. Autores como Galli, et al., (2020) señalan además que sobre el 9,6% al 51% de los sanitarios informaron de síntomas de TEPT. Como conclusión, los profesionales de la salud que estuvieron en primera línea mostraron una asociación elevada con el riesgo probable de desarrollar trastornos psiquiátricos (Galli, et al., 2020)

Los gestores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el SQT es formar al personal para conocer sus manifestaciones, considerar programas que fomenten la adquisición de conocimientos e incorporar estrategias de intervención a (1) nivel individual, es decir, tener en cuenta aspectos cognitivos de autoevaluación de los profesionales y las estrategias cognitivo-conductuales que éstos desarrollan para eliminar o disminuir la fuente de estrés y neutralizar las consecuencias negativas; (2) nivel grupal, es decir, potenciar las habilidades sociales y el apoyo social; y (3) nivel organizacional, es decir, eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que fomentan el desarrollo del SQT. Lo más efectivo sería combinar los tres niveles (Gil-Monte, 2005).

No solo es importante la intervención sino también la prevención. Por lo general, las estrategias de prevención se clasifican en primarias, secundarias o terciarias. El objetivo de la prevención primaria, dirigida a todos los trabajadores, es reducir los factores de riesgo, mientras que el objetivo de la prevención secundaria, dirigida aquellos con riesgo a sufrir SQT, es mejorar el modo en que la persona responde a esos factores estresantes. Finalmente, el objetivo de la prevención terciaria se centra en el tratamiento (Schaufeli, 2006).

Muchos son los autores que intentan buscar el mejor tratamiento psicoterapéutico para el SQT. Schaufeli (2006) destacaba aquellos programas centrados en el individuo (como la terapia cognitivo-conductual (TCC), el aprendizaje de técnicas de relajación y la evaluación cognitiva) y aquellos centrados en la organización, centrados en la mejora en calidad y/o cantidad de trabajo (como el rediseño del puesto o la mejora del ambiente laboral físico). Por otro lado, Torres (2018) se centró en las intervenciones psicoterapéuticas con mayor fiabilidad en enfermeras que sufren SQT. Estas se pueden dividir en intervenciones con sujeto activo, como TCC, *mindfulness*,

técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades comunicativas y de gestión de tiempo, y la mejora de la autoeficacia) y con sujeto pasivo, es decir, intervenciones a nivel organizacional centradas en la mejora de la formación de los trabajadores y el fomento de un ambiente laboral favorable. Más recientemente, autores como Bendau, et al., (2021) se centran en las intervenciones a nivel institucional, estableciendo que el apoyo desde la organización, además de los hábitos de autocuidado a nivel individual, ayudan a mitigar el SQT. Klatt, et al., (2022) señalan que las intervenciones basadas en el *mindfulness* han tenido buenos resultados a la hora de reducir el SQT en sanitarios, además de aumentar los niveles de resiliencia y compromiso con el trabajo.

Todos los autores concluyen que se necesita más investigación futura (Amanullah, et al., 2020). Se requieren de estudios prospectivos y confiables sobre la salud mental de los profesionales de la salud, así como medidas para proteger su salud mental a corto y largo plazo (Bendau, et al., 2021). Por tanto, como se ha expuesto, la situación laboral del personal sanitario derivada de la COVID-19 supone un factor de riesgo para sufrir SQT (Lozano-Vargas, 2021).

## **2. Objetivos del programa.**

El **objetivo general** es reducir el estrés laboral y su sintomatología en los sanitarios españoles en riesgo de padecer *burnout* debido a la situación sanitaria de la COVID-19.

Los **objetivos específicos** son:

- (1) Conocer qué es el estrés laboral o *burnout*, sus síntomas, los factores de riesgo y de protección.
- (2) Conocer las consecuencias de la COVID-19 en la salud mental de los sanitarios.
- (3) Identificar las situaciones laborales que nos conducen a un aumento de ansiedad y buscar alternativas y estrategias cognitivo-conductuales para reducir el estrés.
- (4) Llevar a cabo estas estrategias fuera del ámbito de la intervención.

## **3. Beneficiarios**

*Beneficiarios/as directos.*

Los/as beneficiarios/as de este programa de intervención serán los profesionales sanitarios que trabajan en contexto de COVID-19.

*Beneficiarios/as indirectos.*

De manera indirecta, las personas que se podrían beneficiar de este programa serían los familiares, pacientes y compañeros de trabajo de las personas en riesgo de padecer SQT.

## 4. Material y método

### 4.1. Participantes.

Los grupos estarán formados con un máximo de 20 participantes, divididos en dos grupos de 10 participantes cada uno. Al primer grupo (Grupo intervención) se les aplicará el programa y al segundo grupo (Grupo control) sólo se les administrará los cuestionarios de la primera sesión.

Este programa está diseñado para que llegue al máximo de personal sanitario. Los participantes deben ser trabajadores en activo en Aragón, hombres y mujeres, de edades comprendidas entre los 25 y los 65 años en hospitales o ambulatorios con titularidad de servicio público.

Los criterios de exclusión del programa sería una puntuación mayor a 34 en el CESQT (ya que puntuaciones entre 34 y 66 se consideran puntuaciones medias y puntuaciones mayores a éstas se considera SQT alto por lo que se debería de derivar al profesional pertinente) (consultar baremos CESQT).

### 4.2. Instrumentos.

En primer lugar, utilizaremos una **escala sociodemográfica**, creada específicamente para el desarrollo de la intervención, que aporte conocimiento sobre los participantes acerca de la edad, el estado civil, el lugar de nacimiento y residencia, el puesto de trabajo actual, la experiencia laboral, el tipo de contrato, las posibilidades de hacer horas extras, si han estado activos durante la pandemia de la COVID-19, si han tenido que coger baja por ello y cuántos días o meses estuvieron de baja, y si han padecido la enfermedad (Anexo 1).

En segundo lugar, utilizaremos la **Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)**. Es un instrumento compuesto por 20 ítems valorados en una escala Likert de 5 puntos (0=nunca; 1=raramente/algunas veces al año; 2=a veces/algunas veces al mes; 3=frecuentemente/algunas veces por semana; 4=muy frecuentemente/todos los días). Los ítems se distribuyen en las siguientes escalas: Ilusión por el trabajo (IT) formada por 5 ítems (fiabilidad  $\alpha=.94$ ); desgaste psíquico (DP) formada por 4 ítems (fiabilidad  $\alpha=.87$ ); indolencia (IN) formada por 6 ítems (fiabilidad  $\alpha=.89$ ); (4) culpa (C) formada por 5 ítems (fiabilidad  $\alpha=.84$ ). A partir de una puntuación de 34 se cumplen los criterios para el SQT (Gil- Monte, 2011) (Anexo 2).

En tercer lugar, utilizaremos el **Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)**, un instrumento de autoinforme con una escala Likert de 5 puntos (0=nunca;1=casi nunca; 2=de vez en cuando;



3=a menudo; 4=muy a menudo). Esta escala demostró una adecuada confiabilidad (consistencia interna,  $\alpha=.81$  y test-retest,  $r=.73$ ), validez (concurrente) y sensibilidad) (Cohen, et al., (1983) traducida y validada al español por Remor, (2006) (Anexo 3).

En cuarto lugar, utilizaremos el **Coronavirus Anxiety Escala (CAS)**, en la cual se evalúa cómo de frecuente en las últimas dos semanas se han sentido síntomas de ansiedad relacionados con la COVID-19. Está compuesta por 5 ítems valorados en una escala Likert de 5 puntos (0=nada; 1=raramente o menos de uno o dos días; 2= varios días; 3=más de 7 días; 4=cerca de todos los días durante dos semanas). Cada ítem mide un componente de la ansiedad: sensación de mareo (M) (fiabilidad  $\alpha=.76$ ); alteración de sueño (S) (fiabilidad  $\alpha=.83$ ); inmovilidad tónica (I) (fiabilidad  $\alpha=.74$ ); disminución de apetito (A) (fiabilidad  $\alpha=.85$ ); y malestar abdominal/náuseas (N) (fiabilidad  $\alpha=.88$ ) (Lee, 2020), traducida y validada al español por Caycho-Rodríguez, et al, (2020) (Anexo 4).

Por último, llevaremos a cabo una **encuesta de satisfacción**, también de elaboración propia, para así poder conseguir un *feedback* por parte de los participantes creando, además, un espacio de sugerencias para poder mejorar el programa en el futuro (Anexo 5).

#### 4. 3. Procedimiento

El presente programa es distribuido en los hospitales y ambulatorios públicos de Aragón para ofrecer una herramienta a los sanitarios, los cuales son informados de las condiciones del programa, criterios de exclusión, objetivos, temas a tratar y la programación del mismo. Los participantes serán distribuidos en dos grupos (control e intervención) para poder comparar los resultados el uno con el otro.

Es importante informar en todo momento a los participantes de la confidencialidad de los datos a utilizar y los fines que estos tienen para la investigación.

#### 4. 4. Diseño de las sesiones.

El programa tendrá una duración de 10 semanas con una sesión grupal por semana de 2 horas aproximadamente cada sesión, a excepción de las sesiones 2 y 3 que serán repartidas en una misma semana en dos días distintos. Este programa será llevado a cabo de manera presencial cumpliendo con las medidas sanitarias establecidas debido a la COVID-19 (uso de mascarillas, grupos burbuja, distancia de seguridad, ventilación...). Se llevará a cabo en una sala proporcionada

por el hospital o ambulatorio donde se desarrolle el programa con los muebles indispensables suficientes. Si fuera necesario llevar a cabo las sesiones de manera no-presencial debido a algún tipo de incidencia, éstas se desarrollarían por Google Meet o Zoom.

La tabla 1 ofrece el cronograma y breve descripción de las 10 sesiones. Todas las sesiones irán acompañadas de un periodo de reflexión de 10 minutos aproximadamente al final de la misma.

**Tabla 1.**

*Sesiones, contenido, duración*

Sesiones	Contenido	Duración
Sesión 1	Presentación al grupo, sesión informativa, consentimiento informado y cuestionarios	2 horas
Sesión 2-3	¿Qué es el burnout? Síntomas, consecuencias, factores de riesgo y de protección. COVID-19, salud mental y autoestima.	4 horas
Sesión 4	Identificación de situaciones laborales negativas, pensamientos negativos, filtros cognitivos y alternativas	2 horas
Sesión 5	Técnicas de relajación.	2 horas
Sesión 6	Hábitos saludables	2 horas
Sesión 7	Habilidades sociales, asertividad	2 horas
Sesión 8	Toma de decisiones, trabajo en equipo	2 horas
Sesión 9	Cierre, repaso y reflexiones	2 horas
Sesión 10	Cuestionarios, discusiones y despedida	2 horas

**Sesión 1.** Presentación al grupo, sesión informativa, consentimiento informado y cuestionarios.

Objetivos: (1) Presentar a los/as psicólogos/as encargados del programa; (2) Distribuir y firmar el consentimiento informado; (2) Presentar los objetivos del programa; (3) Presentar el contenido del programa; (4) Administrar los cuestionarios (CESQT, CAS y CEP).

La presentación al grupo que llevarán a cabo los/as profesionales encargados de la misma contará con material de oficina tales como un portátil, un proyector, una pantalla y material de escritura. Esta presentación comenzará con las explicaciones sobre quiénes son los profesionales y por qué están aquí, explicarán los objetivos y el contenido del programa a través de una presentación en *power point* pasando, a continuación, el consentimiento informado de política de datos a los participantes y los tres cuestionarios dichos anteriormente. Una vez terminada esta parte comenzaremos con una dinámica de presentación llamada “Gente a gente” (Anexo 6).

**Sesión 2- 3.** ¿Qué es el *burnout*? Síntomas, consecuencias, factores de riesgo y de protección.

Objetivos: (1) Conocer qué es el burnout, sus síntomas, consecuencias y factores de riesgo y de protección.

Esta segunda sesión se hará por vía *power point* donde encontraremos información sobre el *burnout*. Esta información podrá ser distribuida en formato físico a los participantes para que pueda ser leída al salir de la misma. A continuación, se llevará a cabo la dinámica “¿Hablamos?” donde compartiremos las diferentes experiencias laborales negativas en relación con las vivencias de la pandemia entre los asistentes (Anexo 7). Con esta dinámica queremos crear un espacio seguro para los participantes donde puedan compartir experiencias o vivencias durante la pandemia dentro o fuera del hospital o ambulatorio y cómo estas vivencias han afectado a sus vidas.

**Sesión 2- 3.** COVID-19, salud mental y autoestima.

Los objetivos son (1) Conocer qué es COVID-19; (2) Conocer y observar el impacto que ha tenido en nuestra salud mental y autoestima.

Utilizaremos formato *power point* para dar un repaso a la historia de la COVID-19 en nuestro país. A continuación, hablaremos del impacto que ha tenido éste en nuestra salud mental y en la autoestima de los sanitarios. A continuación, llevaremos a cabo la dinámica “James” donde veremos el vídeo “La historia de James”, después mostraremos en el proyector y repartiremos en formato físico una serie de mitos y realidades sobre la salud mental, recordando así que aquellas personas que sufren un problema mental no están solas, abriendo un espacio de reflexión donde se les pedirá a los participantes que opinen o dialoguen con los profesionales sobre el tema.

Seguidamente, llevaremos a cabo la segunda dinámica: “AutoYo”, en la cual hablaremos del impacto que ha tenido el COVID-19 en nuestra autoestima y la importancia de ésta. Con estas dinámicas queremos conseguir un espacio seguro y confiable para los participantes (Anexo 8).

**Sesión 4.** Identificación de situaciones laborales negativas, pensamientos negativos, filtros cognitivos y alternativas.

Objetivos: (1) Conocer qué es  $A+B \rightarrow C$ ; (2) Conocer los diferentes filtros cognitivos; (3) Identificación de situaciones laborales negativas; (4) Identificación de los pensamientos negativos que surgen a raíz de esas situaciones laborales negativas; (5) Búsqueda de alternativas a dichos pensamientos;

Se les proporcionará a los participantes folios con los diferentes filtros cognitivos existentes y otro folio en blanco para que puedan identificar una situación negativa y pasar por los diferentes filtros los pensamientos negativos surgidos a raíz de ese acontecimiento negativo comenzando así la dinámica “Pensarnos” (Anexo 9).

Antes de la finalización de la sesión comunicaremos a los asistentes que la próxima sesión necesitarán traer ropa cómoda para poder llevarla a cabo. Haremos una pequeña introducción sobre la siguiente actividad.

**Sesión 5.** Técnicas de relajación.

Objetivos: (1) Conocer qué es la técnica de relajación progresiva, para qué sirve y para qué les puede ayudar; (2) Ponerla en práctica tanto dentro como fuera del programa consiguiendo así una reducción de la tensión muscular.

Para esta quinta sesión necesitaremos una sala proporcionada por el hospital o ambulatorio con suficiente espacio donde podamos colocar material de gimnasio (esterillas, colchonetas, altavoces para poner música relajante...). El material sobre la técnica de relajación progresiva será distribuido en formato físico. A continuación, se llevará a cabo la dinámica “Relajación progresiva” (Anexo 10).

**Sesión 6.** Hábitos saludables.

Objetivos: (1) Señalar la importancia de los hábitos saludables tales como la buena calidad de sueño, la buena alimentación, el autocuidado y el ejercicio físico; (2) Conocer la relación de éstos con nuestra salud mental.

En esta sesión se repartirán una serie de recomendaciones e información acerca de cada uno de los temas por individual y su relación con la salud mental, y se llevará a cabo la dinámica

“Hábitos”, en donde, entre todos, se creará un ejemplo de dieta saludable durante una semana (Anexo 11).

### **Sesión 7. Habilidades sociales y asertividad.**

Objetivos: (1) Favorecer y mejorar la comunicación asertiva y las habilidades sociales en el puesto de trabajo.

En esta sesión se informará a los participantes de la importancia de tener buenas habilidades sociales y buenas habilidades comunicativas, se identificarán los tipos de habilidades (básicas y complejas) en formato *power point* y se llevará a cabo la dinámica “Ser o no ser asertivo” (Anexo 12). Con esta dinámica conseguiremos aplicar los conocimientos teóricos básicos sobre la comunicación asertiva y ver cómo se pueden poner en práctica en una situación lo más real posible a través de un *role-playing*. El diálogo del mismo estará establecido con anterioridad por los profesionales del programa.

### **Sesión 8. Toma de decisiones y trabajo en equipo.**

Objetivos: (1) Conocer la importancia del trabajo en equipo y beneficios que éste puede traer; (2) Fomentar el trabajo en equipo dentro del hospital o ambulatorio; (3) Saber responder ante presiones laborales; (4) Practicar diferentes formas de actuar y (5) Fortalecer la autonomía personal.

Para comenzar esta sesión repartiremos información en físico acerca de la importancia del trabajo en equipo y los beneficios que éste puede conllevar. A continuación, llevaremos a cabo la dinámica “En el límite” donde trabajaremos la toma de decisiones en grupo, los procesos de comunicación, la cooperación, la ayuda y la igualdad; y la dinámica “A la isla desierta” donde trabajaremos el trabajo en equipo y a establecer prioridades (Anexo 13).

### **Sesión 9. Cierre, repaso y reflexiones.**

Objetivos: (1) Refrescar la información dada sobre el programa; (2) Compartir el proceso de aprendizaje de cada uno; (3) Facilitar la despedida; (4) Crear un espacio seguro, libre y de confianza para expresarse.

En esta penúltima sesión la empezaremos dando las gracias a todos los participantes, continuando así con una pequeña reflexión sobre cada una de las sesiones llevadas a cabo repasando conceptos e información básica e importante. Para terminar, llevaremos a cabo la dinámica “El recorrido experimentado” (Anexo 14).

### **Sesión 10. Cuestionarios, discusiones y despedida.**

Objetivo: (1) Pasar de vuelta los cuestionarios de la sesión 1.

En esta última sesión volveremos a repartir los cuestionarios dados en la sesión 1 recordando de nuevo los objetivos del programa. Daremos de nuevo las gracias a los participantes y nos despediremos con dos vídeos sobre la salud mental. Preguntaremos a los participantes cuál es la moraleja de los vídeos (Anexo 15).

## **5. Recursos materiales y humanos.**

Se precisa de dos psicólogos/as general sanitario con formación específica en estrés laboral y en terapia cognitivo-conductual y técnicas de ésta como recurso humano fundamental.

En cuanto a recursos materiales es importante disponer de un aula lo suficientemente amplia para respetar las medidas de seguridad (por ejemplo, la distancia de seguridad entre participantes) e higiene (por ejemplo, un termómetro digital para medir la temperatura antes de entrar en el aula, mascarillas quirúrgicas homologadas y gel hidroalcohólico) con sillas, mesas, una pizarra, un ordenador, un proyector y una pantalla, además de material de oficina indispensable tales como bolígrafos, folios, grapadora, lápices, goma, fundas de plástico... Toda la información que precisa de ser impresa en papel será dada ya a los participantes de este modo, siendo impresa por los mismos psicólogos/as que lleven a cabo el programa. Sin embargo, los materiales sanitarios, de mobiliario y de gimnasio (sillas, mesas, ordenador, pantalla, proyector, pizarra, esterillas y colchonetas) que se precisan serán otorgados por el hospital o ambulatorio donde se desarrolle el programa. El material de oficina será encargado por los profesionales que desarrollen el mismo.

Por otro lado, necesitaremos de una sala de mayor amplitud para llevar a cabo la sesión 5 en la cual precisamos de material de gimnasio tales como esterillas y colchonetas. Dicha sala deberá de contar además con un ordenador con entrada USB o similar. Esto último está explicado líneas abajo.

Todas estas salas son proporcionadas por el hospital o ambulatorio en el que se desarrolla el programa.

Como material audiovisual necesitaremos de presentaciones en formato *power point* dadas por los psicólogos/as encargados del programa, además de altavoces con puerto USB para llevar a cabo la sesión 5, en la cual se precisa de material en formato audio para llevar a cabo la técnica de relajación, también encargado por los psicólogos/as encargados del programa (Anexo 16).

## 6. Evaluación y resultados esperados.

La evaluación cuantitativa de la eficacia del programa se evaluará a través de una prueba *t de Student* en el programa *IBM SPSS* (versión 27). Primeramente, se comparan los resultados obtenidos en el grupo intervención (quienes han participado en el programa) con los del grupo control (que no han participado en el programa). A continuación, evaluaremos la eficacia a corto y largo plazo del programa a través de los resultados obtenidos tras comparar los resultados de los cuestionarios de la sesión 0 con los resultados de los mismos en la sesión 10 (c/p) y, de la misma manera, entre 6 y 12 meses después (l/p). Se espera, por tanto, que en ambos momentos temporales, el estrés laboral y su sintomatología hayan disminuido. Además, se analizará a través de un análisis de correlaciones, a través del mismo programa estadístico, cómo se relacionan los resultados de la escala CAS con la escala CESQT y CEP, ya que se espera que, a mayor puntuación en la escala CAS, mayor puntuación en estrés laboral (Ramos Salinas, 2022) y estrés percibido.

La evaluación cualitativa se realiza a través del *feedback* recibido con la escala de satisfacción con el programa con el objetivo de conocer los aspectos positivos y negativos que puede conllevar el programa y mejorarlo si estos últimos existen.

Por tanto, de manera general, se espera una disminución de los niveles de estrés laboral y estrés percibido de las escalas CESQT y CEP, además de una disminución de la fobia al COVID-19 en la escala CAS. Se espera, del mismo modo, que las estrategias cognitivo-conductuales disminuyan la sintomatología derivada del estrés laboral.

## 7. Conclusiones

Se ha destacado al ámbito de la salud como un contexto especialmente proclive a la presencia de síntomas de agotamiento físico y emocional, que caracterizan al síndrome de *burnout*, además del frecuente desequilibrio entre las exigencias externas, la presión social, las expectativas de los pacientes, la autoexigencia de los trabajadores y los recursos disponibles para cumplir eficientemente con los objetivos sanitarios. Dado que la emergencia sanitaria actual no ha cesado, es probable que aún no podamos evaluar adecuadamente su impacto específico en el desarrollo de *burnout* en los sistemas de salud. Sin embargo, la evidencia disponible hasta hoy recomienda desarrollar estrategias de prevención, intervención y seguimiento de las consecuencias y un cambio en las políticas de los gobiernos en torno a la Salud Pública. (Koppmann et al., 2021).

De este modo, y sabiendo todo lo anterior, se desarrolla este programa en formato presencial, el cual cuenta con el objetivo general de reducir el estrés laboral y su sintomatología en los sanitarios en riesgo de padecer *burnout* debido a la exposición a la situación sanitaria de la COVID-19 en los años 2020-2021-2022 y, como objetivos más específicos, otorgar a los participantes conocimientos acerca del *burnout*, su sintomatología, consecuencias y factores relacionados, además de llegar a reconocer situaciones laborales estresantes y llevar a cabo estrategias aprendidas en el programa para hacer frente a dichas situaciones.

Así pues, la implementación de técnicas cognitivo-conductuales tales como la relajación, la reestructuración cognitiva, el afrontamiento de manera asertiva de las situaciones laborales negativas, el entrenamiento en habilidades sociales, de la comunicación y del trabajo en equipo favorece el objetivo principal. El programa está centrado en estas técnicas y estrategias, esperando así, resultados favorables en disminución de estrés laboral y su sintomatología, el cual afecta, desde el inicio de la pandemia, entre el 26% al 76% del personal sanitario (Navinés, et al., 2021).

A pesar de que se esperan resultados alentadores, también se esperan dificultades a la hora de la aplicabilidad del programa puesto que, debido a la situación de pandemia que aún atravesamos, es posible que a algunos profesionales de la salud les sea difícil acudir a las sesiones debido a la jornada laboral que lleven a cabo o debido a algún contagio ya sea en el lugar de trabajo o en su ámbito social/familiar. Igualmente, el programa tendrá un formato *online* para cuando se registre algún tipo de incidencia para que, de esta manera, éste se pueda llevar a cabo con total normalidad. Otra de las dificultades que se pueden encontrar es que el presente programa de intervención es una propuesta por lo que no se tienen en cuenta factores económicos, políticos o legislativos que puedan dificultar el desarrollo del mismo.

Para finalizar, sería interesante ampliar el programa ya no sólo a hospitales/ambulatorios públicos, sino también de ámbito privado y a nivel nacional para conseguir el mayor número de personal sanitario informado, otorgándoles herramientas para la mejora de la salud mental.

## 8. Referencias

Amanullah, S. y Ramesh Shankar, R. (2020). El impacto de COVID-19 en el agotamiento de los médicos a nivel mundial: una revisión. *Salud*, 8 (4), 421. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8040421>



- Bendau, A., Ströhle, A., y Petzold, M. B. (2021). Mental health in health professionals in the COVID-19 pandemic. In *Coronavirus Disease-COVID-19* (pp. 737-757). Springer, Cham. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-63761-3\\_41](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-63761-3_41)
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., y Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171. <https://doi.org/10.12659/MSM.924271>
- Caycho-Rodríguez, T., Miguel, V. L., José, C. L., Noé-Grijlva, M., Miguel, R. B., y Mario, V. V. (2020). Spanish translation and validation of a brief measure of anxiety by the COVID-19 in students of health sciences. *Ansiedad y Estrés*. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.001>
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. O. B. I. N. (1983). Perceived stress scale (PSS). *J Health Soc Beh*, 24, 285. <https://dx.doi.org/10.13072/midss.461>
- Galli, F., Pozzi, G., Ruggiero, F., Mameli, F., Cavicchioli, M., Barbieri, S., ... y Ferrucci, R. (2020). A systematic review and provisional metanalysis on psychopathologic burden on health care workers of coronavirus outbreaks. *Frontiers in psychiatry*, 1001. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.568664>
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (Burnout): desarrollo y estrategias de intervención. Recuperado el 21 de octubre de 2007, del sitio Web del Departamento de Justicia de Catalunya: [http://www.gencat.cat/justicia/temes/reinsercio\\_i\\_serveis\\_penitenciaris/centres/congres\\_penitenciaris/index.html](http://www.gencat.cat/justicia/temes/reinsercio_i_serveis_penitenciaris/centres/congres_penitenciaris/index.html).
- Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U., y Ocaña, J. I. S. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud mental*, 32(3), 205-214.
- Gil-Monte, P. R. (2011). CESQT Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Madrid: TEA Ediciones.

- Klatt, M., et al., (2022). Sustained resiliency building and burnout reduction for healthcare professionals via organizational sponsored mindfulness programming. *Explore*, 18(2), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.04.004>
- Koppmann, A., Cantillano, V. y Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32 (1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.009>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976. <http://doi.org/10.1001/jamannetworkopen.2020.3976>
- Lee, S. A., Mathis, A. A., Jobe, M. C., y Pappalardo, E. A. (2020). Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry research*, 290, 113112. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113112>
- Lee, S. A. (2020). Replication analysis of the coronavirus anxiety scale. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 33(3), 203-205. <http://doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00079>
- Liu, X., Chen, J., Wang, D., Li, X., Wang, E., Jin, Y., ... y Hou, X. (2020). COVID-19 outbreak can change the job burnout in health care professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1362. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.563781>
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P., y Sansó, N. (2022). El impacto de la pandemia de COVID-19 en el agotamiento, la fatiga por compasión y la satisfacción por compasión en el personal de atención médica: una revisión sistemática de la literatura publicada durante el primer año de la pandemia. En *Salud* (Vol. 10, No. 2, p. 364). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>
- Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84 (1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84il.3930>
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113. <http://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Merino Revilla, I. (2021). El síndrome de Burnout. Obtenido de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51797>
- Ministerio de Sanidad (18 de marzo de 2022). Actualización nº 583. Obtenido de <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., y Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina Clínica*, 157(3), 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Quevedo, M. T. D. P. (2015). Propiedades psicométricas del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA "JANG"*, 1(1), 92-103.
- Rajkumar, RP (2020). COVID-19 y salud mental: Una revisión de la literatura existente. *Revista asiática de psiquiatría*, 52,102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Ramos Salinas, R. A. (2022). Niveles de estrés laboral, ansiedad y depresión de los médicos frente al Covid19 en un establecimiento de salud, Tumbes 2021. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/82236>
- Saborío Morales, Lachinery Hidalgo Murillo y Luis Fernando. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32 (1), 119-124. Recuperado el 16 de mayo de 2022, de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es).
- Remor, E. (2006). Propiedades psicométricas de una versión española europea de la Escala de Estrés Percibido (PSS). *Revista Española de Psicología*, 9 (1), 86-93. <http://doi/10.1017/S1138741600006004>
- Schaufeli, W. B. (2006). Intervenciones sobre el síndrome de burnout. *El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales*. Valencia: Diputació de Valencia, 63-75.
- Torres Vargas, N. (2018). Síndrome de Burnout en la enfermería. Intervenciones para su prevención y disminución. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10810/27813>