



# Trabajo Fin de Grado

## **Eficacia del Protocolo Unificado Grupal en la Mejora de Habilidades de Regulación Emocional en Personal Sanitario en el Contexto de Pandemia por la COVID-19**

Autora

Miriam Murillo Vitalla (NIA: 756201)

Director

Jorge J. Osma López

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel, Universidad de Zaragoza.

Teruel, 2021

## Índice

1. Resumen
2. Palabras clave
3. Abstract
4. Introducción
5. Método
  1. Participantes
  2. Instrumentos
  3. Procedimiento
    1. Análisis estadísticos
6. Resultados
7. Discusión
8. Referencias
9. Anexos

## Resumen

A raíz de la pandemia ocasionada por el Covid-19 el personal sanitario español ha incrementado la demanda de recursos y medios, incluida la atención psicológica para poder hacer frente a la situación a la que se han visto sometidos. Por ello en este estudio se ha investigado la eficacia del protocolo unificado en formato preventivo para la mejora de habilidades de regulación emocional en el personal sanitario. El estudio estuvo formado por 27 participantes, todas mujeres, profesionales de la salud en el Hospital Comarcal de Vinaròs. El diseño del estudio ha sido un ensayo clínico aleatorizado con dos condiciones, una experimental, que recibirá el programa de prevención, y otra control de lista de espera. Las participantes de ambos grupos tendrán que rellenar, antes de empezar el programa y una vez finalizado este, una serie de escalas que miden diferentes constructos emocionales. Los resultados obtenidos muestran que no hay diferencias significativas en el momento pre-test entre ambas condiciones y sí hay diferencias de mejora estadísticamente significativas entre el pre-post del grupo experimental en la escala de depresión del DASS-21. En cuanto a las diferencias entre grupos en el post-test no se encontraron diferencias significativas. Los resultados preliminares obtenidos parecen indicar la utilidad del programa preventivo en la mejora clínica de las participantes, aunque será necesario aumentar la muestra y realizar seguimientos a más largo plazo para determinar si se producen cambios significativos gracias a la intervención y se mantienen a lo largo del tiempo.

*Palabras clave:* Personal sanitario, Covid-19, transdiagnóstico, trastornos emocionales, protocolo unificado, prevención.

## Abstract

As a result of the covid-19 pandemic, Spanish health workers have increased the demand for resources and means, including psychological care to cope with the situation to which they have been subjected. Therefore, this study has investigated the effectiveness of the unified protocol in preventive format for the improvement of emotional regulation skills in health personnel. The study consisted of 27 participants, all women, health professionals at the Vinaròs Regional Hospital. The study design has been a randomized clinical trial with two conditions, one experimental, which will receive the prevention program, and another waiting list control. The participants of both groups will have to fill out, before starting the program and once it is finished, a series of scales that measure different emotional constructs. The results show that there are no significant differences at the time of pre-test between both

conditions and there are statistically significant differences of improvement between the pre-post experimental group on the DASS-21 depression scale. As for the differences between groups in the post-test were not found significant differences. The preliminary results obtained seem to indicate the usefulness of the preventive program in the clinical improvement of the participants, although it will be necessary to increase the sample and carry out longer-term follow-ups to determine if significant changes occur thanks to the intervention and are maintained over time.

***Keywords:** Healthcare personnel, Covid-19, Transdiagnostic, Emotional disorders, Unified protocol.*

## **Introducción**

La situación de pandemia provocada por la Covid-19, que tuvo lugar a principios de 2020 y que ha seguido presente en el 2021, ha tenido un gran impacto a todos los niveles (sanitarios, económicos y sociales) en todo el mundo. En España, la pandemia ha provocado un elevado número de víctimas mortales y un colapso de los servicios sanitarios. La nación tuvo que asumir una cuarentena domiciliaria cambiando así radicalmente el estilo de vida que se conocía (BOE, 2020). Estas circunstancias han causado un importante cambio en la vida cotidiana de las personas, no solo por el riesgo de contagio y sus efectos sobre la salud física, sino también por la presión psicológica asociada a ellos (Parrado-González y León-Jariego, 2020).

La actual pandemia provoca en la población importantes efectos psicológicos, sobre todo en los grupos más vulnerables y en los más expuestos, más concretamente en el personal sanitario, que a menudo se enfrenta a una gran sobrecarga de trabajo, en condiciones psíquicamente exigentes, y con la sensación de disponer de pocos medios y apoyos para abordarlo (Santamaría et al., 2020). La gran mayoría de los profesionales sanitarios han tenido que hacer frente a acontecimientos potencialmente traumáticos, como la muerte de pacientes o la toma de decisiones en contextos en los que las opciones terapéuticas estaban y continúan estando limitadas (Erquicia et al., 2020). Algunos de los factores estresantes que están afectando a estos profesionales en la actual situación son: (1) la vulnerabilidad de exposición a una posible infección; (2) la preocupación por contagiar a alguien cercano; (3) la sensación de falta de protección; (4) los largos e intensos turnos de trabajo y (5) la presión asociada a la toma de decisiones con grandes implicaciones éticas (Erquicia et al., 2020).

Numerosos estudios han documentado que la primera ola de la pandemia se ha asociado

a un incremento de la depresión, la ansiedad, el insomnio y el burnout en el personal sanitario, entre otros efectos psicológicos adversos (Alonso et al., 2020). Se ha evidenciado que los signos y síntomas experimentados se asocian con sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, taquipnea, sudoración excesiva, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para detener la mente o para pensar en otra cosa, problemas gastrointestinales y la necesidad de evitar la situación que nos genera la ansiedad (Ferrán y Barrientos-Trigo, 2021). Cabe destacar que se ha observado un incremento de la prevalencia del “Síndrome de burn-out” en los profesionales sanitarios. Este síndrome ha sido definido por la presencia de: (1) cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; (2) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y (3) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional (Carrillo-Esper et al., 2012). Todo ello constituye un factor de vulnerabilidad para manifestar síntomas físicos o emocionales que se han vinculado con un incremento en el riesgo de cometer errores en el desempeño del trabajo de los sanitarios (Esquivel-Acevedo et al., 2020).

En este sentido, los propios profesionales han sido conscientes de la problemática y esto ha puesto de manifiesto la necesidad de ofrecerles recursos y apoyo, especialmente en esta situación en la que son el recurso más valioso con el que se cuenta (Ferrán y Barrientos-Trigo, 2021). Es vital proporcionar apoyo a través de medios directos que faciliten los equipos interdisciplinarios incluyendo a profesionales de la salud mental (Chen et al., 2020). Algunas medidas que podrían reducir la ansiedad derivada del desconocimiento y la incontabilidad de determinados peligros son: la comunicación clara, limitación de horas de turno, suministro de zonas de descanso, acceso amplio, normas detalladas sobre el uso y cuidado de los equipos de protección y un entrenamiento especializado de la atención de pacientes con la covid-19 (Pappa et al., 2020). Además, intervenciones psicológicas breves podrían ser también esenciales para aumentar la resistencia psicológica y fortalecer así la capacidad de los sistemas sanitarios (Bao et al., 2020).

Ya se han realizado algunas intervenciones para reducir el malestar psicológico en personal sanitario en España. La mayoría de ellas incluyen psicoeducación, técnicas cognitivo-conductuales y mindfulness, y han demostrado eficacia para la mejora de las habilidades de regulación emocional y para prevenir la incidencia de trastornos emocionales (Priede et al., 2021).

En los últimos años, el enfoque transdiagnóstico en la Psicología Clínica ha permitido identificar las dimensiones compartidas en las personas con trastornos emocionales y, entre ellas, destaca el neuroticismo, causante y mantenedor de los problemas en la regulación emocional característica en estas personas (Brown y Barlow, 2009). El grupo del Dr. Barlow ha desarrollado un programa psicológico para entrenar habilidades de regulación emocional y reducir así la vulnerabilidad de estas personas, a este programa se le conoce como Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (PU; Barlow et al., 2019). El PU es un tratamiento protocolizado, a la vez que versátil, por lo que facilita su aplicación pudiéndolo aplicar en formato grupal o individual, modificar el número de sesiones, el orden de sus módulos, etc. (Barlow et al, 2019).

Gran cantidad de estudios reconocen cada vez más la necesidad de prevenir para evitar la aparición de los trastornos emocionales (Council, 2009). En este sentido, se ha demostrado que el PU puede adaptarse al formato preventivo, por ejemplo, Bentley et al. (2018) encontraron una disminución de la incidencia y una mejora en la adaptación y el manejo de emociones en población adolescente con una sola sesión preventiva. Por su parte, Sauer-Zavala et al. (2021), demostraron la viabilidad y aceptabilidad de un programa preventivo para los trastornos emocionales basado en el PU en estudiantes universitarios. Los resultados del estudio de Gómez-Romero et al. (2018), en estudiantes universitarios también, remarcan la importancia de desarrollar programas preventivos dedicados a mejorar habilidades personales, en especial, la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento.

El actual estudio quiere demostrar que, gracias a una intervención psicológica preventiva centrada en la mejora de la regulación emocional (basada en el PU), se producirá una mejora en el estado emocional y en la calidad de vida del personal sanitario. Para ello se plantean las siguientes hipótesis: (1) El grupo control y el grupo experimental no mostrarán diferencias antes del comienzo de la intervención en las medidas administradas ni en características sociodemográficas; (2) Se obtendrán mejoras estadísticamente significativas en todas las variables a favor del grupo experimental tras la intervención.

Por todo lo comentado anteriormente, se considera relevante ofrecer recursos psicológicos al personal sanitario, considerándolo un grupo de alto riesgo. Se hace necesario la aplicación del PU para la prevención de los posibles trastornos emocionales que pueda desarrollar esta población tan altamente afectada por la pandemia de COVID-19.

## **Método**

## Participantes

La población de estudio estuvo formada por 29 participantes, todas ellas personal sanitario del Hospital Comarcal de Vinaròs que quiso participar en el programa de manera voluntaria. Se tuvieron que eliminar 2 participantes del estudio por no rellenar algunos cuestionarios, lo que finalmente dejó una muestra compuesta por 27 sanitarias. La muestra estaba formada totalmente por mujeres, con una media de edad de 45,66 años y una desviación típica de 7,71. El resto de información sociodemográfica puede consultarse en la tabla 1 en anexos.

## Instrumentos

### Medidas primarias:

- Escala General de Gravedad e Interferencia de la Depresión (ODSIS; Bentley et al., 2014; Osma et al., 2019). Consta de 5 ítems y evalúa la gravedad e interferencia de los síntomas de depresión. Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (“Nada”) hasta 5 (“mucho”). El alfa de Cronbach en esta escala fue de 0.92.
- Escala General de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad (OASIS; Norman et al., 2006; Osma et al., 2019). Consta de 5 ítems y evalúa la gravedad e interferencia de los síntomas de ansiedad. Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (“Nada”) hasta 5 (“Mucho”). El alfa de Cronbach en esta escala fue de 0.85.
- Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995. Validada al castellano por Bados et al., 2005). Consta de 21 ítems y evalúa estados emocionales negativos que son la depresión, la ansiedad y el estrés. Utiliza la escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos que va desde 0 (“Nada aplicable en mí”) hasta 3 (“Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo”). La consistencia interna para la subescala de estrés fue de 0.8, para la de ansiedad 0.60 y para la de depresión 0.89. La fiabilidad total de la escala fue de 0.87.
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Hervás y Jódar, 2008). Consta de 28 ítems y evalúa la desregulación emocional. Utiliza la escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (“Casi nunca”) hasta 5 (“Casi siempre”). La consistencia interna para la atención fue de 0.79, para la confusión 0.62, para la aceptación 0.84, para el funcionamiento 0.80 y para la regulación de 0.90. La fiabilidad total de la escala fue de 0.90.

### Medidas secundarias:

- Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988; Sandín et al., 1999). Consta de 20 ítems y evalúa el estado afectivo de la persona. Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (“Nada o casi nada”) a 5 (“Muchísimo”). La Consistencia interna del afecto positivo fue de 0.93 y del afecto negativo de 0.85.
- Escala Breve de Resiliencia (BRS; Smith et al., 2008. Validada al castellano por Rodríguez-Rey et al., 2016). Consta de 6 ítems y evalúa el grado de resiliencia de la persona. Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (“Totalmente desacuerdo”) hasta 5 (“Totalmente de acuerdo”). La consistencia interna de la escala fue de 0.79.
- Inventario de Burnout de Maslach (MBI; Maslach et al., 1996. Validada al castellano por Moreno-Jiménez et al., 2011). Consta de 22 ítems y evalúa el estado psicopatológico de sujetos normales. Utiliza la escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos que va desde 0 (“Nunca”) hasta 6 (“Todos los días”). La consistencia interna de la subescala agotamiento fue de 0.91, de la subescala realización personal fue de 0.6 y de la subescala despersonalización 0.68. Este inventario en total conto con una fiabilidad de 0.76
- Escala Revisada de Impacto de Eventos (IES-R; Weiss y Marmar, 1977. Validada al castellano por Báguena et al., 2001). Consta de 22 ítems y evalúa el grado de sufrimiento provocado por un evento vital. Utiliza la escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (“Nunca”) hasta 4 (“Siempre”). La consistencia interna de la intrusión fue de 0.90, de la hiperactividad fue 0.89 y de la evitación 0.86.
- European Quality of Life (EuroQol; Brooks, 1996. Validada al castellano por Badia et al., 1999). Evalúa cinco dimensiones de salud: la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Conto con un alfa de Cronbach de 0.75.
- Opinión sobre la satisfacción. Cuestionario creado *ad hoc* para evaluar la satisfacción del programa recibido y como este les ha servido de ayuda para regular sus emociones de manera adaptativa y qué técnicas son las que más han influido. Este cuestionario conto con una consistencia interna de 0.74. Ver cuestionario 1 en anexos.

## **Procedimiento**

El estudio se lleva a cabo en el Hospital Comarcal de Vinaròs (Castellón). Las participantes formaban parte de la plantilla de profesionales sanitarios de enfermería y auxiliares de enfermería de dicho hospital. La supervisora de enfermería ofreció la información sobre el estudio a todos los miembros de la unidad y, aquellas personas interesadas en participar, firmaron el documento de confidencialidad, consentimiento informado y el documento de protección de Datos de Carácter Personal.

No se establecieron criterios de exclusión, siendo los criterios de inclusión: formar parte de la plantilla de profesionales sanitarios del hospital, estar en servicio activo, tener fluidez en el idioma en el que se aplicará el programa (en este caso en Castellano y/o Valenciano), y poder asistir a todas las sesiones de evaluación e intervención. Posteriormente, los dos psicólogos del hospital enviaron el protocolo de evaluación pre-programa (con códigos asignados a cada participante) a la supervisora quién los repartió a cada participante. Después de rellenarlos, los psicólogos enviaron a la supervisora el listado de participantes con la asignación aleatoria (realizada a través del programa informático Randomizer por parte de un investigador independiente) a cada condición del estudio, así como el calendario de las sesiones al grupo experimental.

El grupo experimental, formado por 13 participantes será el que reciba el programa que consiste en una adaptación del PU adaptado a formato preventivo y breve, este consistirá en cinco sesiones, una a la semana, de dos horas cada una. Las sesiones las llevarán a cabo la psicóloga y el psicólogo del hospital en el salón de actos del hospital donde se garantiza las medidas de seguridad sanitaria para la realización de sesiones grupales. Se establecieron dos grupos, uno de mañana y otro de tarde para facilitar la compatibilidad horaria del personal.

El grupo control lista de espera, formado por 14 participantes, se podrá beneficiar del tratamiento preventivo una vez el grupo experimental lo haya recibido. Tras cinco semanas esperando realizarán de nuevo la evaluación psicológica antes de empezar el programa.

El estudio plantea la evaluación pre-programa y post-programa en ambas condiciones experimentales y una serie de seguimientos, al mes, 3 y 6 meses (los datos de los seguimientos no se ofrecerán en este trabajo).

El programa preventivo está formado por 5 sesiones, en cada una de ellas se entrenarán unas habilidades diferentes, son las siguientes: (1) Análisis de experiencias emocionales en esta sesión se trabajará la detección de la respuesta emocional de cada participante (2) Vivir el presente para facilitar el manejo emocional en esta se trabaja la conciencia emocional y el mindfulness. (3) Gestión de preocupaciones, incertidumbre y miedo ¿Qué hacer o no hacer?, aquí se trabaja la flexibilización cognitiva mediante las conductas emocionales vs las alternativas (4) Autocuidados; como mantener actividades reforzantes y significativas en pandemia donde se clarifican los valores y se programan actividades agradables. (5) Habilidades comunicacionales en esta última se entrena la asertividad en la comunicación con pacientes

## **Análisis estadístico**

El análisis de datos se lleva a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statics versión 22 para Windows (IBM Corp., IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. IBM Corp., New York, 2016). En primer lugar, para las características sociodemográficas de los participantes se llevaron a cabo estadísticos descriptivos. Se realizaron pruebas de normalidad a través de la prueba Shapiro-Wilk ya que la muestra estaba formada por menos de 30 participantes. Se hicieron análisis de comparación de medias a través de T Student para las variables que seguían una distribución normal ( $p > 0.05$ ). Para las variables no paramétricas ( $p < 0.05$ ) se realizaron análisis a través de la prueba U de Man Whitney. Tanto en las pruebas paramétricas como en las no paramétricas se compararon las puntuaciones iniciales en ambos grupos para ver si existían diferencias a nivel basal. Después se compararon medias pre-post en el grupo experimental y grupo control.

Se compararon el post entre el grupo experimental y el grupo control para ver si existían diferencias. Se realizaron pruebas Chi cuadrado para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas de las variables sociodemográficas entre el grupo control y el grupo experimental. Por último, se calculó la media de satisfacción con el programa preventivo del grupo experimental mediante estadísticos descriptivos.

## **Resultados**

Una vez realizadas las pruebas de normalidad Shapiro-Wilk estas mostraron que las variables OASIS, DASS-21 ansiedad, PANAS tanto positivo como negativo, DERS, BRS, MBI, IES-R y seguían una distribución normal ( $p > .05$ ), mientras que las variables ODSIS, DASS-21 estrés, DASS-21 depresión, la salud percibida no seguían una distribución normal ( $p < .05$ ).

Se realizó la comparación de puntuaciones pre entre el grupo control y el experimental y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p < .05$ ).

Después se compararon las puntuaciones pre y post-programa para ver cómo habían evolucionado en cada grupo. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en el grupo experimental en las variables DASS-21 depresión ( $Z = -2.20$ ,  $p = .027$ ), MBI ( $t = -1.02$ ,  $p = .032$ ), En el grupo control se observó mejoras estadísticamente significativas en DASS-21 estrés ( $Z = -2.04$ ,  $p = .040$ ).

Por último, se compararon las puntuaciones post entre el grupo experimental y control, no encontrándose diferencias entre ambos ( $p < .05$ ). En cuanto a los resultados de la prueba Chi

cuadrado para las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p < .05$ ).

En cuanto a la satisfacción con el programa las participantes puntuaron una media de 8,4 sobre 10.

El resto de resultados se pueden ver en la Tabla 2 en anexos.

## **Discusión**

El presente estudio pretende analizar la efectividad de un tratamiento transdiagnóstico, el PU de Barlow y colaboradores (2015), adaptándolo a un formato de prevención, compuesto por 5 sesiones, en una muestra de personal sanitario en el contexto de pandemia por la COVID-19.

En cuanto a las hipótesis planteadas en este estudio, en primer lugar, esperábamos que el grupo control y el grupo experimental no mostraron diferencias antes del comienzo del programa de prevención en las medidas administradas ni en características sociodemográficas. Esta hipótesis se ha cumplido, puesto que los resultados han demostrado que la aleatorización ha permitido que los grupos sean homogéneos en estas variables no encontrándose diferencias antes del comienzo del curso.

En cuanto a la segunda hipótesis, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las puntuaciones post, asumiendo así el rechazo de la hipótesis del estudio. Una posible explicación a no encontrar diferencias entre los grupos puede deberse a la falta de entrenamiento en las habilidades que se trabajaron en las sesiones. También podría haberse debido a que, en el grupo control, puede haberse experimentado una disminución de la presión hospitalaria a lo largo de las semanas, lo que podría influir en su grado de bienestar.

Sin embargo, al analizar las puntuaciones pre-post si que se han encontrado mejoras en el grupo experimental en niveles de depresión, en niveles de sintomatología ansiosa, en niveles de malestar psicológico y dentro de este viéndose una mejora en las puntuaciones de las subescalas de depresión, obsesión compulsión y en somatización. En cuanto al Burnout se ha encontrado que aumenta significativamente una vez administrado el programa preventivo en el grupo experimental, puede deberse a un aumento de la presión asistencial por la COVID-19 y que eso haya derivado en una mayor carga laboral, o quizá también a que el personal sanitario ha sido más consciente a lo largo de las sesiones de la importancia de gestionar adaptativamente las emociones y la necesidad de solucionar los problemas. A pesar

de ese ligero aumento, con la práctica de las habilidades, se espera que las puntuaciones disminuyan en los seguimientos posteriores.

En cambio, los resultados del grupo control solo proporcionaron diferencias estadísticamente significativas pre-post en indicadores de estrés, ya que estos disminuían, esto puede deberse a una disminución de la presión sanitaria ya que desde que se administran los cuestionarios pre hasta los cuestionarios post pasan cinco semanas. También puede deberse al conocimiento de que en un breve periodo de tiempo van a participar en el taller de regulación emocional, y esto puede tener un impacto positivo en el nivel de estrés.

En términos de aceptabilidad, los profesionales sanitarios que recibieron el programa preventivo indicaron que estaban muy satisfechos. La retroalimentación cualitativa fue positiva en todos los participantes, por ejemplo, “Se debería hacer en todos los hospitales”, “Lo recomendaría a personas que conozco” “me ha encantado muy recomendable”, con alguna sugerencia en cuanto al aumento de sesiones y mayor tiempo para entrenar las habilidades. Esto es relevante dado que la investigación reciente ha demostrado que las enfermeras y los médicos son generalmente reacios a participar en intervenciones psicológicas durante el COVID- 19 y casi la mitad de ellos no están interesados en participar en cualquier recurso estructurado de bienestar (Priede et al., 2021).

Sin embargo, el compromiso con el programa preventivo por parte de los profesionales sanitarios en general fue bajo ya que ellos mismos asumieron que no habían entrenado ni practicado las habilidades lo suficiente, esto indica que deberían tomarse una serie de medidas para controlar y aumentar el interés de los participantes, por ejemplo, pedir a los participantes que entre cada sesión completen un registro donde aparezca una situación en la que hayan puesto en práctica alguna de las habilidades aprendidas.

Este estudio también presenta una serie de limitaciones. Podemos destacar como limitación que la muestra esta totalmente formada por mujeres y que esto no permite la generalización de los resultados. Debemos tener en cuenta a este respecto que la literatura refleja que el personal sanitario es un sector altamente feminizado (Castellanos-Torres et al., 2021). Otra de las limitaciones observadas en el estudio es que la muestra era pequeña, lo que podría explicar la falta de significación en las diferencias en los resultados entre grupos. Otra limitación destacable en el estudio ha sido la falta de entrenamiento por parte de los participantes, ellos mismos lo manifestaron verbalmente al psicólogo y psicóloga de los respectivos grupos y en los cuestionarios de satisfacción.

Como podemos observar en diferentes estudios, el entrenamiento en habilidades de regulación emocional hace que se desarrollen estrategias de afrontamiento ante situaciones de

estrés, como la resolución de conflictos emocionales (Mosquera Ruiz, 2017). Esto nos hace pensar que con una mejora en el entrenamiento de las habilidades las participantes del grupo experimental podrían haber mejorado su regulación emocional en comparación con las del grupo control. Como última limitación encontramos que se desconocía y no se tenía acceso a la información acerca de la presión asistencial a la hora de realizar el estudio. Sería de interés añadirlo en futuras investigaciones ya que ha podido afectar a los resultados del estudio.

En cuanto a las futuras líneas de investigación sería interesante realizar el programa de prevención en diferentes hospitales con el objetivo de generalizar los resultados y poder analizar otros aspectos de interés como, por ejemplo, si las características sociodemográficas influyen en las habilidades de regulación emocional. Como se ha dicho anteriormente, sería de interés que los participantes pudieran entrenar estas habilidades y comprobar si mejoran en comparación con el grupo control, para ello, se plantea el registro de la práctica de las habilidades y la necesidad de incluir evaluaciones de seguimiento a los 2,4 y 6 meses para ver cómo evolucionan las puntuaciones en el tiempo y demostrar que los efectos del programa son duraderos a largo plazo. También debería ampliarse la muestra para comprobar si los resultados llegan a ser estadísticamente significativos, se debería incluir hombres en el estudio, aunque haya menor número de trabajadores masculinos dentro de la sanidad pública, con el objetivo de analizar si también se pueden beneficiar de la intervención.

Una de las ideas que se sugirió por más de la mitad de las participantes fue un aumento de sesiones del programa preventivo ya que se habían quedado con ganas de más e incluso de repasar algunos contenidos más a fondo como la comunicación asertiva con el paciente y la resolución de conflictos.

Por todo lo expuesto anteriormente, este estudio aporta información relevante sobre la aplicación de un programa de prevención basado en el Protocolo Unificado aplicando en una población en riesgo, como es el personal sanitario, que muchas veces tiene que hacer frente a grandes cargas de trabajo que conllevan niveles de estrés, ansiedad y depresión altos. Los resultados preliminares de este estudio han mostrado que con el programa de prevención las participantes pueden desarrollar habilidades de regulación emocional y mejorar índices que influyen en el bienestar. Por todo ello, es necesario la realización de un mayor número de estudios en el futuro que analicen si esta intervención aumenta las habilidades de regulación emocional y previene del desarrollo de trastornos emocionales en este sector específico de población.

## Referencias

- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonès, E., Campos, M., Cura-González, I. D., y Emparanza, J. I. (2020). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Arritxabal, I. E., Soler, Á. G., Da Silva, A. I., Artola, E. U., González, I. L., Veiga, P. D. y Lezaun, J. J., Y. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 206–212.
- Atocha Abad, M. F., y Chiriboga Heredia, J. J. (2017). *Aplicación de la escala DASS-21 para comparar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de salud de dos hospitales públicos de segundo nivel, durante el periodo de mayo a junio de 2017*. PUCE.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., y Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina clínica*, 112, 79-85.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683.
- Báguena, M.J., Villarroya, E., Beleña, Á., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada del impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(44), 581-604.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., y Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37–e38.
- Barlow, D., Sauer-Zavala, S., Farchione, T., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., y Castellano-Robbins, C. (2018). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (2 ed.): Manual del terapeuta* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad, 2019). Madrid: Alianza Editorial.

- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2018). Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 42(5), 781–805. <https://doi.org/10.1177/0145445517734354>
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2020). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 37(1), 53–72. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6).
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256.
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., y Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579–584.
- Castellanos-Torres, E., Mateos, J. T., y Chilet-Rosell, E. (2021). *COVID-19 en clave de género*. SciELO Public Health.
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 101852.
- Council, N. R. (2009). *A new biology for the 21st century*. The National Academies Press, Washington, DC.
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., y Vega, D. (2020). Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Medicina Clínica (English Edition)*, 155(10), 434–440.
- Esquivel-Acevedo, J. A., Sánchez-Guerrero, O., Ochoa-Palacios, R., Molina-Valdespino, D., & Muñoz-Fernández, S. I. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de

- riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127–136.
- Ferrán, M. B., y Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: El impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*, 31, S35–S39.
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Trallero, J. T., Montes-Hidalgo, J., y Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18–23.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139–156.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995a). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sidney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). MBI: Maslach burnout inventory. Sunnyvale, CA: CPP, Incorporated.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., y Escobar Redonda, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y estrés*, 7(1), 69-78.
- Mosquera Ruiz, K. S. (2017). *Implementación de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) para mejorar la regulación emocional de conductores reincidentes de la ciudad de Quito*. Quito.
- Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245–249.  
<https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Osma, J., Castellano Badenas, C., Crespo Delgado, E., y Fermoselle Esclapez, E. (2015). *Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales*.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S., Bentley, K., y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment

scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9–18.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>

- Osma, J., Suso-Ribera, C., Garcia-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sanchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernandez, A., y Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–10.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Parrado-González, A., y León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública*, 94(8), 1–16.
- Priede, A., López-Álvarez, I., Carracedo-Sanchidrián, D., y González-Blanch, C. (2021). Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 83–89.
- Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B., y Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: the unified protocol in mental health services. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 29–43
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., y Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), e101–e110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B., Cabré, G. J., González-Blanch, C., y de Investigación PsicAP, G. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 118–123

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51. <https://doi.org/ISSN 0214-9915>
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., y Gorrotxategi, M. P. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.
- Vázquez, F., Blanco, V., Torres, Á., Otero, P., y Hermida, E. (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 9–24.
- Watson, D., Clark, L., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.
- Weiss, D. S. y Marmar, C. H. (1997): The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp. 399-411). New York: The Guilford Press.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Buscar pensamientos alternativos (flexibilidad cognitiva).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

4. Identificar conductas de evitación emocional.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

5. Realizar acciones alternativas: autocuidados.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

6. Aprender habilidades comunicacionales.



4. ¿Te han ayudado los contenidos que has aprendido a hacer frente más eficazmente a tus problemas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

5. En conjunto ¿en qué medida estas satisfecha con el programa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

6. ¿En qué medida este programa te ha generado malestar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

7. ¿Hay algún otro contenido que crees que sería interesante incluir en el programa?
8. ¿Crees que hay algún contenido del programa que no es necesario abordar?
9. La duración del programa, 5 sesiones de 2 horas, ¿Crees que es suficiente?

10. Te dejamos a continuación un espacio para que puedas expresar cualquier cuestión acerca del programa:

Tabla 1.

*Características sociodemográficas de los participantes (N=27)*

	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo control</b>	<b>Total muestra</b>
<b>Estado Civil</b>			
<b>Pareja estable</b>	76,9% (n=10)	78,6% (n=11)	77,8% (n=21)
<b>Sin pareja estable</b>	23,1% (n=3)	14,3% (n=2)	18,5% (n=5)
<b>Viuda</b>	-	7,1% (n=1)	3,7% (n=1)
<b>Titulación</b>			
<b>Enfermería</b>	46,2% (n=6)	57,1% (n=8)	51,9% (n=14)
<b>Auxiliar de enfermería</b>	53,8% (n=7)	35,7% (n=5)	44,4% (n=12)
<b>Técnico especialista en anatomía patológica</b>	-	7,1% (n=1)	3,7% (n=1)
<b>Unidad de trabajo</b>			
<b>Planta COVID-19</b>	7,7% (n=1)	-	3,7% (n=1)
<b>Medicina interna A</b>	23,1% (n=3)	21,4% (n=3)	22,2% (n=6)
<b>Medicina interna B</b>	30,8% (n= 4)	28,6% (n=4)	29,6% (n=8)

<b>Urgencias</b>	-	14,3% (n=2)	7,4% (n=2)
<b>Cirugía COVID-19</b>	23,1% (n=3)	-	11,1% (n=3)
<b>UCI</b>	15,4% (n=2)	7,1% (n=1)	11,1% (n=3)
<b>Unidad de Hospitalización a domicilio</b>	-	14,3% (n=2)	7,4% (n=2)
<b>Anatomía patológica</b>	-	7,1% (n=1)	3,7% (n=1)
<b>ORL</b>	-	7,1% (n=1)	3,7% (n=1)
<b>Tipo de contrato</b>			
<b>Temporal</b>	46,2% (n=6)	42,9% (n=6)	44,4% (n=12)
<b>Fijo</b>	53,8% (n=7)	57,1% (n=8)	55,6% (n=15)
<b>Experiencia laboral</b>			
<b>2-5 años</b>	15,4% (n=2)	7,1% (n=1)	11,1% (n=3)

<b>Mas 5 años</b>	84,6% (n=11)	92,9% (n=13)	88,9% (n=24)
<b>Diagnostico psicológico</b>			
<b>Sí</b>	15,4%(n=2)	21,4%(n=3)	18,5% (n=5)
<b>No</b>	84,6%(n=11)	78,6%(n=11)	81,5% (n=22)
<b>En caso afirmativo ¿Qué diagnóstico?</b>			
<b>Depresión</b>	7,7%(n=1)	7,1%(n=1)	7,4% (n=2)
<b>Ansiedad</b>	-	14,3%(n=2)	7,4% (n=2)
<b>Trastorno mixto ansioso depresivo</b>	7,7%(n=1)	-	3,7 % (n=1)
<b>Exposición al virus</b>			
<b>Baja (0-3)</b>	7,7%(n=1)	7,1%(n=1)	7,4% (n=2)
<b>Media (4-6)</b>	23,1%(n=3)	14,3%(n=2)	18,5% (n=5)
<b>Alta (7-10)</b>	69,2%(n=9)	78,6%(n=11)	74,1% (n=20)

---

**Infección COVID-19**


---

<b>Sí</b>	23,1%(n=3)	14,3%(n=2)	18,5% (n=5)
-----------	------------	------------	-------------

---

<b>No</b>	76,9%(n=10)	85,7%(n=12)	81,5% (n=22)
-----------	-------------	-------------	--------------

---

**Gravedad síntomas**


---

<b>Bajo</b>	23,1%(n=3)	14,3%(n=2)	18,5% (n=5)
-------------	------------	------------	-------------

---

<b>Medio</b>	-	-	-
--------------	---	---	---

---

<b>Alto</b>	-	-	-
-------------	---	---	---

---

**Infección algún familiar**


---

<b>Sí</b>	38,5% (n=5)	28,6% (n=4)	33,3% (n=9)
-----------	-------------	-------------	-------------

---

<b>No</b>	61,5% (n=8)	71,4% (n=10)	66,7% (n=18)
-----------	-------------	--------------	--------------

---

**Gravedad sintomatología familiar**


---

<b>Bajo</b>	15,4% (n=2)	7,1% (n=1)	11,1% (n=3)
-------------	-------------	------------	-------------

---

---

<b>Medio</b>	7,7% (n=1)	14,3% (n=2)	11,1% (n=3)
--------------	------------	-------------	-------------

---

<b>Alta</b>	7,7% (n=1)	7,1% (n=1)	7,4% (n=2)
-------------	------------	------------	------------

---

Tabla 2.

*Resultados de los análisis de las variables*

		<i>M (DT)</i>		Pre - Post		Comparación entre grupos Post – Experimental y Post control	
		PRE	POST	<i>t/Z</i>	<i>p</i>	<i>t/Z</i>	<i>p</i>
ODSIS	Grupo experimental	4.07 (4.60)	2.84 (3.41)	-1.55	.122	-1.00	.314
	Grupo control	4.35 (2.79)	3.85 (3.1)	-0.49	.623		
OASIS	Grupo experimental	4.38 (4.09)	3.30 (3.52)	1.81	.095	-1.14	.264
	Grupo control	5.92 (2.81)	4.71 (2.86)	1.50	.156		
AFECTO POSITIVO	Grupo experimental	30.46 (9.38)	31.46 (6.52)	-0.51	.617	0.78	.442
	Grupo control	27.85 (7.93)	27.71 (7.83)	0.09	.932		
AFECTO NEGATIVO	Grupo experimental	19.76 (7.25)	18.38 (6.51)	0.60	.556	0.48	.687
	Grupo control	20.07 (5.19)	17.57 (3.52)	1.81	.094		
DASS-21 ESTRÉS	Grupo experimental	6.61 (4.52)	4.54 (3.99)	-1.85	.065	-1.30	.193
	Grupo control	7.28 (3.52)	5.28 (2.09)	<b>-2.04</b>	<b>.040</b>		
DASS-21 ANSIEDAD	Grupo experimental	4.00 (3.56)	2.15 (1.95)	1.88	.084	-0.90	.378
	Grupo control	3.50 (1.70)	3.00 (2.83)	0.90	.382		

DASS-21 DEPRESIÓN	Grupo experimental	5.85 (5.80)	3.69 (5.02)	<b>-2.20</b>	<b>.027</b>	-1.15	.249
	Grupo control	5.00 (4.75)	4.14 (3.68)	-1.29	.195		
DERS	Grupo experimental	59.61 (18.26)	55.77 (18.73)	1.80	.098	-0.12	.903
	Grupo control	57.07 (15.29)	56.54 (12.41)	0.28	.780		
BRS	Grupo experimental	16.62 (5.14)	18.69 (5.06)	-1.84	.091	-0.05	.958
	Grupo control	17.57 (4.03)	18.78 (3.96)	-1.42	.178		
MBI	Grupo experimental	23.92(15.15)	28.23(10.72)	<b>-1.02</b>	<b>.032</b>	-0.38	.709
	Grupo control	29.78 (18.33)	30.21(15.86)	-0.09	.927		
IES-R	Grupo experimental	58.54 (11.31)	51.54 (13.77)	<b>3.37</b>	<b>.006</b>	-1.19	.244
	Grupo control	55.07 (10.72)	56.29 (5.46)	-0.48	.639		
Salud percibida	Grupo experimental	74.23 (18.12)	76.54 (17.37)	-0.55	.577	-0.07	.941
	Grupo control	77.85 (7.77)	79.28 (9.38)	-0.50	.617		

