



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ENTRENAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE ESTRÉS EN
ENFERMERAS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. MARÍA DEL CARMEN ESTRADA ALVARADO

TUTORA PRINCIPAL

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
MTRA. CINTIA TAMARA SÁNCHEZ CERVANTES
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DRA. MA. DE LOURDES DIANA MORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA ESTADO DE MÉXICO, ENERO, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	3
Protocolo de investigación	
1. Estrés fisiológico	4
2. Estrés psicológico	5
3. Estrés crónico y su relación con la salud	6
4. Estrés laboral y factores desencadenantes.....	7
5. Estrés en personal de enfermería	9
6. Evidencia de intervenciones para reducir y prevenir estrés en personal de enfermería	10
Objetivo General y específicos	16
Fase 1: Validación del instrumento.....	18
Fase 2: Propuesta y aplicación del protocolo	29
Discusión.....	35
Reporte de Experiencia	
1. Breve contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México.....	39
2. Características de la sede	41
3. Ubicación del residente y actividades realizadas en la sede.....	47
4. Estadísticas de los pacientes atendidos.....	53
5. Competencias profesionales alcanzadas	58
6. Actividades académicas	59
7. Protocolo	60
8. Conclusiones y sugerencias	60
9. Referencias	61
Anexos	
1. Formato de adaptación de KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.	71
2. Instrumento de evaluación: KEZKAK Cuestionario de estresores en personal de enfermería	74
3. Consentimiento informado	76
4. Datos demográficos	77
5. Cartas descriptivas	78
6. Diapositivas empleadas en el taller.....	85
7. Manual de apoyo usado en el taller	97

Resumen

El personal de enfermería se expone diariamente a situaciones que pueden ser generadoras de estrés. Eso, puede reflejarse en el servicio otorgado a los pacientes, ausentismo y en la presencia de enfermedades cardiovasculares o de diabetes a edades tempranas. Las investigaciones dirigidas a reducir el estrés en personal de enfermería han mostrado eficacia con intervenciones de cohorte cognitivo-conductual, sin embargo, estas muestran deficiencias en aspectos como no contar con instrumentos validados y estandarizados para la población. Así el presente trabajo tuvo como objetivo validar un instrumento de estrés percibido en personal de enfermería, analizar los resultados obtenidos y presentar una propuesta de protocolo de intervención. Se contó con la participación de 298 estudiantes de enfermería para validar el instrumento KEZKAK, el cual mostró ser válido y confiable para medir el estrés percibido con 35 reactivos agrupados en seis factores. Para la aplicación del protocolo se contó con la participación de seis enfermeras del servicio de medicina interna, se presentan los resultados obtenidos de cuatro de seis sesiones, debido a que tuvo que ser suspendido por contingencias de salud por la COVID 19, se analizan y discuten los resultados y dificultades en contraste con la teoría e investigaciones previas.

Palabras clave: Estrés percibido, estrés laboral, personal de enfermería, intervención psicológica.

La primera parte de la presente tesis está dedicada al protocolo de investigación, cuyo objetivo fue validar un instrumento de estrés percibido en personal de enfermería, analizar los resultados obtenidos y presentar una propuesta de protocolo de intervención cognitivo conductual para la reducción de estrés percibido en personal de enfermería. Se comienza con la descripción del marco teórico donde se aborda la definición de estrés desde un punto fisiológico y psicológico, sus repercusiones en la salud y en el personal de enfermería y la evidencia de las intervenciones psicológicas que han logrado reducir el estrés. Se continúa con la descripción del proceso de validación en población mexicana de un instrumento para la detección de estrés percibido en personal de enfermería. Enseguida se describe una propuesta de intervención cognitivo conductual para la reducción de estrés percibido. Finalmente se abordan los resultados obtenidos, puntualizando su relevancia en contraste con las dificultades presentadas y la literatura con la que se cuenta hasta el momento.

En la segunda sección se describe el reporte de experiencia, en el que se muestra un panorama general acerca de la sede, los servicios y las diferentes actividades realizadas durante mi estancia en el Hospital Juárez de México. En este mismo apartado se presenta la productividad alcanzada que permite observar con mayor detalle las actividades del residente en medicina conductual en el servicio de Medicina Interna. Finalmente se concluye con la evaluación del programa de maestría con residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

1. Estrés fisiológico

El concepto de estrés ha sido entendido de diferentes maneras, y en realidad, no hay una única y consensuada definición de éste. Este tópico se ha abordado desde una perspectiva fisiológica cuando Canon (1929) observó una respuesta de ataque-huida automática que presentaban los organismos en defensa de estímulos externos o internos amenazantes; éstos activan el sistema nervioso simpático y el endocrino, provocando así una elevación de adrenalina y noradrenalina en la sangre, junto con una elevación de la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el azúcar en sangre, la tasa respiratoria y el movimiento de la sangre desde la piel hacia los músculos.

Selye (1956) desde ese mismo punto de vista, aporta la identificación del estrés desde leyes biológicas con base en experimentos con animales, que eran expuestos a estímulos nocivos (visuales, auditivos, olfativos, táctiles, térmicos o combinados), lo cual definió como el Síndrome General de Adaptación (*GAS* por sus siglas en inglés) que consistía en tres etapas:

- 1) Reacción de alarma (pelear o huir) en respuesta a un factor de tensión que activa el sistema nervioso autónomo.
- 2) Etapa de adaptación o resistencia que ocurre mientras el cuerpo se aclimata y ajusta al factor de estrés.
- 3) Fatiga o agotamiento, si la tensión persiste por mucho tiempo, a los cuales se le agregan factores residuales que pueden llevar a la enfermedad y su progresión.

Dentro de este síndrome, introdujo el término *estresor* para el estímulo que activa la reacción de alarma. Y la diferenciación entre dos tipos de estrés:

- 1) *Eustrés*: Es cognitivo, está asociado con la preocupación por los demás y es compatible con la salud del individuo.
- 2) *Distrés*: Es destructivo y perjudicial para la salud (Selye, 1974 como se citó en Lazarus, 2000).

2. Estrés psicológico

Por otro lado, desde un punto de vista psicológico, en el que se basa el presente protocolo, Lazarus y Folkman (1984 como se citó en Reynoso, Becerra & Lugo, 2019) consideran que los estímulos no son estresantes por sí mismos, sino que son una transacción entre el individuo y su ambiente la cual incluye tres evaluaciones:

- 1) *Evaluación primaria*: en ésta se distinguen las situaciones potencialmente amenazantes, benéficas o irrelevantes.
- 2) *Evaluación secundaria*: la persona examina los recursos de los cuales dispone para enfrentar la situación percibida como amenazante.
- 3) *Reevaluación*: se modifica la percepción original de la situación debido a las condiciones cambiantes del ambiente o a los cambios internos que se suscitan en él.

En este proceso, se enfatiza el papel activo de la persona, debido a que puede decidir que es estresante y una vez asumido el estímulo de origen, tiene la posibilidad de transformarlo mediante estrategias de afrontamiento (Peñacoba & Moreno, 1999; Lazarus, 2000) las cuales, son definidas como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman , 1986, p. 164). Cumpliendo así, con tres funciones que son: eliminar la fuente de estrés, modificar la fuente de éste con respuestas directas-activas y cambiar el significado psicológico, neutralizando así su carácter problemático y manteniendo tolerables las consecuencias emocionales del estrés (Hernández, Cerezo & López, 2007)

Así mismo, se identifican dos tipos de afrontamientos: el dirigido al problema que busca alterar la relación individuo-ambiente, manipulando el entorno y presentándose cuando la situación es evaluada como susceptible de cambio; y el afrontamiento dirigido a la emoción que busca regular la respuesta emocional que aparece como resultado de la situación estresante, teniendo lugar cuando se considera que no se puede hacer nada para alterar su relación con el entorno (Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento no es estático, ya que cambia en calidad e intensidad dependiendo de la situación y contexto, considera como correcto el que modifica la relación individuo-entorno para mejorarla (Reynoso & Seligson, 2005).

3. Estrés crónico y su relación con la salud.

El estrés adquiere relevancia al afectar la salud de las personas (Razali, 2008), particularmente se han descrito estudios que demuestran esta influencia en diferentes sistemas del organismo. Se pueden identificar dos situaciones, cuando es agudo y se presentan síntomas como taquicardia, palpitaciones, elevación de la presión arterial, hiperventilación, gastritis, colitis y tensión muscular que son parte de la actividad simpática. Y cuando el estrés es crónico, teniendo un efecto significativo en el sistema inmunitario, manifestando así una enfermedad (Razali, 2008).

Estudios realizados por Dos Santos y Tolstenko (2008) y Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez (2005) sugieren que tienen un papel importante los factores psicológicos en la etiología,

curso y pronóstico de las enfermedades crónicas, las cuales son las principales causas de muerte a nivel mundial.

➤ Estrés y enfermedades cardiovasculares

Cuando se analiza el estrés y su relación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, se identifican cambios fisiológicos correspondientes al estrés agudo, mientras que, en el estrés crónico es probable que se incremente el riesgo de sufrir arritmias, isquemia miocárdica e infarto de miocardio, en esta última afectación se ha encontrado que las personas que lo presentan muestran una elevada prevalencia de estrés en el trabajo, casa, financieramente y por acontecimientos de la vida en el último año (Smith & Blumenthal, 2011; Rozanski et. al., 1988; Ramachandrani et al., 2006).Estrés y diabetes

La presencia de estrés crónico en personas que están predispuestas a padecer diabetes puede constituir un elemento que precipita el desarrollo de la enfermedad (Piqueras et al., 2008). Al parecer, los estresores físicos o psicológicos pueden alterar las necesidades de insulina y así ser responsables en algunas ocasiones de episodios de pérdida de control, sobre todo, en niños diabéticos (Hernández, Puig, García, Marcel & Quesada, 2011).

➤ Estrés y obesidad

El estrés está asociado con la obesidad, ya que niveles elevados producen cambios en los patrones de alimentación (saltarse comidas, restricciones en el consumo e incluso atracones) y en la preferencia de alimentos (aumenta el consumo de apetecibles, generalmente los que contienen azúcar, grasos y sal). Algunos estudios clínicos muestran una asociación positiva y significativa entre eventos estresantes incontrolables y estados de estrés crónico con la adiposidad, ganancia de peso e índice de masa corporal. (Sinha & Jastreboff, 2013; Lucini & Pagani, 2012).

4. Estrés laboral y factores desencadenantes

El estrés laboral se conceptualiza como un conjunto de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador, con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados

directamente del trabajo o que con motivo de este pueden afectar la salud del trabajador (Kenny, Carlson, McGuigan & Sheppard, 2000).

Dolan, García y Díez (2005, como se citó en Durán, 2010) categorizan los factores desencadenantes de estrés en el ambiente laboral en tres niveles:

- 1) *Individuales*: considerando los aspectos personales cognitivos, conductuales y demográficos que influyen en la interpretación subjetiva
- 2) *Del entorno o extra organizativos*: comprendiendo factores políticos, económicos, sociales y familiares que repercuten en la persona (problemas conyugales, dificultades económicas, preocupación por el nivel de vida, problemas de salud, crisis financieras y sociales, entre otros).
- 3) *Organizativos*: incluye el ambiente físico (luz, ruido excesivo, disponibilidad y disposición del espacio físico, entre otros), individual (sobrecarga de trabajo, conflictos y ambigüedad de roles, responsabilidad), grupal, de supervisión (retroalimentación por parte de directivos) y organizativos (condiciones de la empresa, características de la jornada laboral, carga laboral, traslado al lugar de trabajo, entre otros).

El estrés laboral al afectar la salud mental y física de los trabajadores tiene repercusiones en la economía de las empresas y del país (Guic, Bilbao & Bertin, 2002). En México, si bien no se cuenta con datos estadísticos sobre las pérdidas económicas, las estimaciones suponen una pérdida aproximada de entre 5000 y 40000 millones de dólares al año (Cruz, López, Cruz & Llanillo, 2016).

Lo anterior, ha sido tomado en cuenta para que en México a partir del 22 de octubre del 2019 entrara en vigor la norma titulada NOM 035, que tiene como objetivo establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo para poder prevenir accidentes y enfermedades laborales (Gobierno de México, 2020).

5. Estrés en personal de enfermería.

Se calcula que actualmente a nivel mundial, cerca del 30% de los trabajadores sufre de estrés laboral crónico, considerándolo como uno de los riesgos en el trabajo más importantes en los profesionales sanitarios, debido al continuo contacto con personas que tienen sufrimiento (Hernández et al., 2007); de igual manera, éste se considera la segunda causa de baja laboral y se asocia con la principal razón de antecedentes patológicos, teniendo efectos como: ansiedad, fatiga, frustración, depresión, nerviosismo, efectos fisiológicos sobre la salud como los previamente mencionados (Mamani, Obando, Uribe & Vivanco, 2007).

De los profesionales más afectados por esto son los enfermeros y enfermeras, ya que si bien cuentan con conocimientos teóricos y prácticos para poder desarrollar su labor con pacientes, asumen otras responsabilidades del trabajo, y muchas veces éstas están afectadas por la presencia excesiva de ruidos, la iluminación defectuosa, espacio inadecuado o insuficiente, falta de personal y material para atender adecuadamente el servicio, sobrecarga de trabajo, gran número de pacientes, falta de comunicación, información insuficiente o inadecuada con respecto a los pacientes (Blanco, 2004).

La práctica de la enfermería ofrece muchas satisfacciones a quienes la ejercen; a su vez, la situación laboral en la que están insertos estos profesionales hace que la incidencia del estrés sea mayor que en otras profesiones. El trabajo de un enfermero implica mucha responsabilidad. Mantiene contacto con los pacientes y sus familiares, con el dolor y también con los problemas organizacionales. Todos estos factores contribuyen a que la enfermería sea considerada como una profesión altamente estresante (Escribà, Más, Cárdenas, Burguete & Fernández, 2000).

Se considera que esta profesión requiere, además de concentración y responsabilidad, un control emocional para enfrentar tales eventos o condiciones estresantes propios de la labor, previniendo así factores de riesgos y con ello, la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión a temprana edad; e incluso síndromes como el burnout (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010). Ya que esto repercute a su vez en la relación terapéutica con pacientes, el nivel de atención que brindan y su capacidad para reflexionar sobre su práctica (Stewart & Terry, 2014).

Además, se ha demostrado que el estrés está presente desde su formación académica, donde las prácticas clínicas son un componente indispensable en su formación, pues gracias a ellas se generan y se fortalecen las habilidades y competencias con las que debe contar el estudiante para poder aprobar un semestre, llegar a graduarse y en un futuro ejercer. El estrés generado en este contexto académico y clínico marca su formación, ya que pueden afectar su aprendizaje (Sánchez, 2015).

El estrés en el contexto hospitalario para el personal de enfermería puede variar de acuerdo con la antigüedad y el tipo de servicio, así como otros factores relacionados con el grado de responsabilidad, conflictos y ambigüedad de rol (Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005). En México se comprobó que el personal de enfermería con jornadas laborales irregulares tiene mayores factores de estrés debido al cambio fisiológico alterado que presentan (Martínez & López, 2005). Siendo los principales estresores la carga de trabajo, seguido de la muerte y el sufrimiento de los pacientes (Cortaza & Torres, 2014).

6. Evidencia de intervenciones para reducir y prevenir estrés en personal de enfermería

Una vez que se ha descrito la conceptualización del estrés y su repercusión en la salud del personal de enfermería, se puede abordar cual es la intervención psicológica con mayor evidencia en esta población para reducir el estrés.

En una revisión sistemática que incluyó 136 estudios, con el fin de realizar una descripción general y síntesis de la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo con el objetivo de mejorar la salud, el bienestar y los resultados relacionados con el trabajo de las enfermeras. Se encontró que las intervenciones dirigidas a la dieta, la composición corporal, la actividad física o el estrés tienen más probabilidades de tener resultados positivos para la salud y/o el bienestar de las enfermeras. Así mismo, se identificó que la evidencia metodológicamente más sólida (estudios de control aleatorizado) estuvo disponible para la composición corporal y el estrés. Y la que contó con menor probabilidad de eficacia fueron los enfoques educativos y los cambios organizacionales, probablemente porque requieren soluciones más complejas, incluidos cambios en el entorno laboral (Stanulewicz et al., 2020).

Así mismo Marine, Ruotsalainen, Serra y Verbeek (2015) realizaron una revisión sistemática enfocada en evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas específicamente a prevenir el estrés en personal de salud, encontrando que el entrenamiento cognitivo-conductual, así como la relajación mental y física, reducen el estrés moderadamente, en comparación con ninguna intervención o con intervenciones basadas en aromaterapia, masajes, cambios organizacionales o medicina homeópata. No obstante, de los 58 estudios encontrados, ninguno mostró evidencia de alta calidad.

Otro estudio al respecto es el ensayo controlado aleatorizado con 108 enfermeras realizado por Günüşen y Üstün (2010), fue el que tuvo menor riesgo de sesgo y mayor confiabilidad en la revisión sistemática de Marine et al. (2015). Este estudio tenía como objetivo comparar el efecto de un grupo de apoyo con una intervención de estrategias de afrontamiento (psicoeducación de estrés y de estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, modificación de distorsiones cognitivas y solución de problemas) en el agotamiento percibido por personal de enfermería. Se utilizó como medida en el pre test, post test y seis meses el Inventario de Agotamiento de Maslach. Como resultado no se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto al agotamiento emocional ($F(1, 987), P=0.14$) y en los grupos con el tiempo de interacción ($F(1, 784), P = 0,13$), lo que indicó que ambas intervenciones no reducen el agotamiento. Aunado a ello, se encontró que en el post test hubo una reducción del agotamiento emocional del burnout y a los seis meses un aumento.

Marine et. al (2015) concluyen como área de oportunidad el generar estudios aleatorios con al menos 120 participantes y preferiblemente con intervención de un solo componente; tener períodos de seguimiento de al menos un año para asegurarse de que los resultados de la intervención sean duraderos; validar los principales instrumentos de medición y solo contar con una medida de estrés para evitar resultados falsos positivos basados en medidas de resultados múltiples.

Siguiendo esta lógica Shariatkhah, Farajzadeh y Khazae (2017) apoyan la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) para reducir el estrés en personal de enfermería con los datos encontrados con su estudio cuasi experimental con un grupo control, que tenía como objetivo determinar los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre el estrés laboral de un grupo

de 40 enfermeras. Durante ocho sesiones de dos horas cada semana, emplearon técnicas de relajación muscular progresiva, psicoeducación, respiración diafragmática, distorsiones cognitivas, relajación autógena, afrontamiento eficaz e ineficaz. Usaron la escala de estrés en el servicio hospitalario (HSS) para tomar medidas de pre test y post test dos meses después de la intervención. Los resultados mostraron que en el grupo de intervención hubo una disminución significativa en las puntuaciones medias generales de estrés y sus dimensiones ($P < 0,05$). Y hubo un aumento en el grupo control en las puntuaciones medias de estrés junto con la sobrecarga de roles y las dimensiones del turno de trabajo.

Hay otros estudios que apoyan la eficacia de la TCC. Por ejemplo, en Irlanda, Moeini, Hazavehei, Hosseini, Aghamolaei y Moghimbeigi (2011) emplearon un programa de cinco sesiones con técnicas de relajación muscular progresiva y solución de problemas para reducir el estrés laboral en 29 enfermeras en comparación con un grupo control, el cual no contó con ninguna intervención. La herramienta de recolección de datos fue un cuestionario autoadministrado que incluía características demográficas y la escala de estrés de enfermería (NSS) que se aplicó previo a la intervención y dos meses después. Los resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de estrés en comparación con el grupo control ($P < 0,001$).

Otra intervención que se suma a la eficacia de la TCC, es lo realizado en Israel, Orly, Rivka, Rivka y Dorit (2012) observaron que eran pocas las intervenciones llevadas a cabo para reducir estrés en personal de enfermería y realizaron una con el objetivo de ver el impacto que tenía un entrenamiento basado en TCC sobre el estrés y el estado de ánimo de 20 enfermeras en comparación de un grupo control de 16 participantes. Durante diez sesiones de cuatro horas usaron técnicas de respiración, entrenamiento en relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Emplearon la escala de estrés percibido (PSS) y el perfil de estados de ánimo (POMS) para medir al inicio del estudio y cuatro meses después de finalizar la intervención. Se encontró un aumento significativo en su estado de ánimo y una disminución significativa en el estrés percibido en comparación con el grupo control. No obstante, agregan la necesidad de contar con muestras más grandes.

En la India, Light y Bincy (2012) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de investigar el efecto de una intervención cognitivo conductual para reducir el estrés percibido en 30

enfermeras. Durante seis sesiones semanales de dos horas cada una, se usaron técnicas de respiración, relajación muscular progresiva, entrenamiento en asertividad y gestión del tiempo. Usaron el inventario de estrés laboral de Schaefer y Moos para tener medidas pre test y post test. Los resultados mostraron que el estrés se redujo significativamente. Estos autores sugieren que este tipo de intervenciones se vuelvan recurrente al menos cada año o seis meses para tener la oportunidad de prevenir la aparición de burnout y reforzar los conocimientos aprendidos durante la intervención.

La eficacia de la TCC y las áreas de oportunidad mencionadas, son apoyadas por estudios donde se emplean técnicas para reducir el estrés y ver su efecto en otras variables, como el realizado por Sargazi, Foroughameri, Miri y Farokhzadian (2018) quienes tomaron en cuenta el entrenamiento de inoculación al estrés para evaluar su impacto en la competencia profesional de 70 enfermeras psiquiátricas de Irán. Durante tres sesiones de cuatro horas cada semana, emplearon psicoeducación de estrés y sus consecuencias, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, solución de problemas y gestión del tiempo. Se tomaron medidas con el inventario de competencias para enfermeras (CIRN) antes y un mes después de la intervención, encontrando que se informaban puntuaciones más altas en su competencia profesional en comparación con los del grupo control, especialmente en atención clínica y relaciones interpersonales. No obstante, ven como área de oportunidad el contar con estudios futuros con un seguimiento a largo plazo y una mayor población.

Otro ejemplo es lo llevado a cabo por Terp, Hjärthag y Bisholt (2019) quienes realizaron un estudio en Suiza donde el objetivo fue investigar el efecto de una intervención para reducir el estrés en la autoeficacia y autoestima a corto y largo plazo de 117 estudiantes de enfermería. A través de una intervención grupal basada en TCC de diez sesiones donde se empleó psicoeducación sobre estrés y distrés, reestructuración cognitiva, fundamentos teóricos de terapia de aceptación y compromiso y comunicación afectiva. Evaluaron los efectos de la intervención con la escala de competencia para el manejo del estrés (SMCS) que es una escala visual análoga desarrollada para el estudio, la escala de autoeficacia general (GSE) y la escala de autoestima de Rosenberg (RSE). Los resultados indicaron un aumento significativo en la percepción del control del estrés que se mantuvo al año; un aumento, aunque no significativo en la autoeficacia; y con la autoestima no se

mostró un aumento inmediato, sino hasta el año, aunque no fue significativo. Los autores identifican que estos resultados pueden deberse a limitaciones con las evaluaciones e instrumentos utilizados. Así como problemas con el muestreo debido a que los estudiantes de enfermería que recibieron el entrenamiento presentaban problemas con el tiempo para poder asistir.

Alkha, Soh, Mukhtar, Peng y Anshasi (2020) presentaron resultados similares que apoyan la eficacia de la TCC para reducir el estrés al realiza una revisión sistemática con el propósito resumir y evaluar la calidad metodológica de los estudios de intervenciones para el manejo del estrés en enfermeras de cuidados intensivos y críticos. Encontraron doce estudios publicados entre 2011 y 2019 donde se muestra que, en comparación con la condición de control, el entrenamiento de habilidades cognitivo-conductuales y la intervención basada en la atención plena son las más efectivas para reducir el estrés. Y agregan que las investigaciones futuras deben centrarse en estudios metodológicamente sólidos mediante el cegamiento de los evaluadores de resultados, el uso de un diseño de estudios de control aleatorizados con un grupo de control activo, el uso de herramientas de evaluación estandarizadas y el informe de suficientes detalles sobre los eventos adversos relacionados con la intervención.

Por otro lado, la supervisión clínica y la capacitación en intervenciones psicológicas para afrontar el sufrimiento y agotamiento también ha mostrado evidencia de reducir el estrés, agotamiento y promover el bienestar. Sin embargo, ha sido de baja calidad debido a que la mayoría de los estudios tienen problemas con la validez por no contar con herramientas de evaluación validadas, tener muestras pequeñas, no contar con significancia estadística y no presentar información demográfica (Stewart & Terry, 2014).

Una revisión sistemática sobre las características de las publicaciones sobre burnout y estrés en México que incluyó 64 estudios con 3801 participantes mostró que más de 90% de ellos son de diseño observacional-transversal y la mayoría con niveles de análisis que pueden ser vulnerables al efecto de variables extrañas. Dejando como área de oportunidad tomar en cuenta características sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, aspectos laborales, antigüedad en el puesto, especialidad, turno) que han demostrado relación con la variable de interés; definir claramente la versión utilizada y el origen de su adaptación/traducción de los instrumentos usados; ante los puntos de corte y desviación estándar, sugieren contar con medidas de la población

específica a medir; y por último, recomiendan el cálculo y reporte de consistencia interna o fiabilidad en cada muestra, así como estimar, en la medida de lo posible, análisis factoriales de validez de constructo, pues son necesarias más evidencias de la eficacia psicométrica de las escalas para medir el estrés y/o síndrome de burnout en nuestro país (Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014).

Respecto a los alcances de las intervenciones dirigidas a la reducción de estrés en el personal de enfermería, en la literatura, se han encontrado variables que comprometen su efectividad. Estas hacen referencia a factores metodológicos y de viabilidad tales como: el tiempo reducido que tienen para realizar sus labores, los imprevistos que pueden surgir con los pacientes, el poco apoyo otorgado por autoridades para este tipo de intervenciones y la falta de lugares donde poder llevarlos a cabo, lo que limita la existencia y asistencia a talleres (Ruotsalainen, Serra, Marine & Verbeek, 2008; Ruotsalainen, Verbeek, Mriné & Serra, 20016). Esto puede ser explicado porque la carga laboral en México es mayor que en otros países, ya que actualmente el personal de enfermería que cubre los servicios hospitalarios es insuficiente, por cada 1000 habitantes hay dos enfermeras, esto se encuentra por debajo del estándar de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), lo que aumenta la carga de trabajo y no permite brindar la atención adecuada que requieren los pacientes, favoreciendo el aumento de estrés y burnout (Ramírez, Dávalos, Ochoa & Rubilar, 2017).

Con base en la literatura revisada se observa evidencia sobre la terapia cognitivo-conductual como la que ha mostrado mayor beneficio para el personal de enfermería, permitiendo la adopción de actitudes y conductas útiles para poder reducir el estrés percibido. Sin embargo, la evidencia no es contundente y se identifica como área de oportunidad el realizar estudios aleatorios con mayor población, identificar e informar de variables demográficas relacionadas con el estrés, contar con instrumentos validados para la población y tener periodos de seguimiento (Alkha et al., 2020; Marine et al., 2006; Moeini et al., 2011; Stanulewicz et al., 2020; Stewart & Terry, 2014).

La carga de trabajo es uno de los factores que contribuyen al incremento de estrés, en hospitales de tercer nivel, es plausible suponer que el personal de enfermería tenga cargas

importantes de trabajo y estrés. Ejemplo de ello, es el Hospital Juárez de México, quien otorga aproximadamente 100 000 servicios de atención médica al año (Martínez, 2018).

En dicho hospital solo se ha llevado a cabo un protocolo para reducir el estrés del personal de enfermería, a cargo del Instituto Politécnico Nacional en el cual tenían por objetivo conocer los niveles de estrés y comparar cinco tipos de intervenciones (acupuntura, fármacos de acupuntura, acupuntura placebo, terapia psicológica y administración de medicamento), sin embargo, los datos de este proyecto no se encuentran publicados aún (Excelsior, 2018).

Tomando en cuenta la escasez de protocolos de intervención, la baja calidad de los resultados o la poca confiabilidad de los instrumentos que no cuentan con la validación necesaria, se vuelve importante desarrollar intervenciones de calidad que cuenten con instrumentos validados para la población (Said & Khen, 2018).

Objetivo General

Validar un instrumento de estrés percibido en personal de enfermería, analizar los resultados obtenidos y presentar una propuesta de protocolo de intervención.

Objetivos Específicos

1. Validar una escala de estrés coherente con el modelo de Lazarus y Folkman (1984) y adecuada para el personal de enfermería.
2. Analizar los resultados obtenidos de la validación.
3. Proponer una intervención para reducir la puntuación de estrés percibido en personal de enfermería.
4. Evaluar el nivel de estrés percibido previo y posterior a la intervención propuesta.
5. Identificar variables demográficas asociadas al estrés percibido en el personal de enfermería.
6. Identificar el tamaño del efecto de la intervención propuesta mediante la d de Cohen.

Procedimiento

Para poder cumplir con los objetivos el procedimiento fue dividido en dos fases, enfocando la primera en validar un instrumento confiable para la población (objetivos específicos uno a tres) y en la segunda el proponer, aplicar y analizar una intervención cognitivo conductual para reducir el estrés percibido (objetivos específicos cuatro a siete).

Fase 1: Validación del instrumento.

El instrumento por validar fue KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas realizado por Zupiria, Uranga, Alberdi y Barandiaran (2003) quienes, lo elaboraron a partir de identificar la necesidad de un instrumento que evaluara el efecto de estresores particulares de la profesión, tomando como estrés la definición dada por Lazarus (1984).

Está compuesto por 41 ítems, los cuales, reflejan distintas situaciones potencialmente estresantes a las que pueden enfrentarse el personal de enfermería en el contexto hospitalario. Para cada ítem se establecieron cuatro respuestas en una escala tipo Likert: nada (0), algo (1) bastante (2) y mucho (3). Y originalmente cuenta con los siguientes factores: falta de competencia, contacto con el sufrimiento, relación con tutores y compañeros, impotencia e incertidumbre, no controlar la relación con el enfermo, implicación emocional, dañarse en la relación con el enfermo, el enfermo en búsqueda de relación íntima y sobrecarga. En su validación original mostró tener una alta consistencia interna (α de Cronbach=.95) y una considerable fiabilidad (0,72 a los 2 meses y 0,68 a los 6 meses).

Participantes

Para la validación del instrumento KEZKA, en el presente protocolo, se contó la participación de 298 estudiantes mexicanas de entre 19 y 27 años de los últimos semestres de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI); 75% se identificaban con el sexo femenino y 25% con el masculino, el 98% de ellos eran solteros y el 2% casados, solo el 3% tenían un hijo, todos contaban con al menos un semestre de prácticas hospitalarias.

Procedimiento

Se comenzó con un proceso de adaptación del instrumento, teniendo como objetivo que fuera equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio en distinta cultura (Dunckley, Hughes, Addington & Higginson, 2003). El primer paso fue contar con la participación de tres expertos en medicina conductual y dos en enfermería, que identificaron las modificaciones pertinentes a realizar empleando el formato que se muestra en el Anexo 1. A partir de ellas, se elaboró la versión del instrumento a validar que se muestra en el Anexo 2.

Se aplicó el instrumento a 300 estudiantes de enfermería y se tomaron datos demográficos al inicio del semestre escolar con el apoyo de la jefa de la Carrera y los profesores en las aulas de la universidad. Los participantes fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios de inclusión: ser estudiante de enfermería y contar con al menos un semestre de prácticas hospitalarias. Cada uno de los participantes aceptó participar voluntariamente.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo el análisis de las propiedades psicométricas de la escala. Se comenzó realizando un análisis factorial exploratorio (AFE) por el método de extracción de componentes principales. El criterio para la rotación de factores fue retener aquellos con autovalores superiores a la unidad. La elección del método para la rotación se basó en las correlaciones entre los reactivos, por lo que se adoptó el criterio de Kaiser (método de rotación Varimax). Con base en lo anterior se seleccionaron los reactivos cuya carga factorial fuese mayor o igual a .40; de esta manera, se identificaron las categorías propuestas por los autores originales.

Para determinar el número de factores que componían la escala se consideró en primer lugar la claridad conceptual de cada factor y que incluyeran un mínimo de tres reactivos.

Como se puede observar en la Tabla 1, en el factor uno “Falta de competencias”, agrupó 7 reactivos (2, 3, 4, 5, 6, 7, 16), el cual explicó el 12.83% de varianza total explicada.

El factor dos “Contacto con el sufrimiento” agrupó siete reactivos (9, 10, 14, 18, 27, 31, 39), el cual explicó el 22.45% de la varianza total explicada.

El factor tres “Sobrecarga” agrupó ocho reactivos (1, 29, 32, 34, 35, 36, 38, 41), el cual explicó el 31.96% de la varianza total explicada.

El factor cuatro “Dañarse en la relación con el enfermo” agrupó cinco reactivos (13, 15, 17, 20, 26), el cual explicó el 39.41% de la varianza total explicada.

El factor cinco “Relación con compañeros” agrupó cuatro reactivos (12, 19, 25, 28), el cual explicó el 46.14% de la varianza total explicada.

El factor seis “No controlar la relación con el enfermo” agrupó cuatro reactivos (21, 24, 30, 33), el cual explicó el 52.80% de la varianza total explicada.

El factor siete “El enfermo en búsqueda de relación íntima” agrupó dos reactivos (37, 40), el cual explicó el 57.28% de la varianza total explicada. Por lo que se procedió a eliminarlos.

El factor ocho “Implicación emocional” agrupó dos reactivos (22, 23). Por lo que se procedió a eliminarlos ya que no cumplían con el mínimo de ítems y no tenían porcentaje en la varianza total explicada. Lo mismo pasó con el factor nueve “impotencia e incertidumbre”, el cual agrupó solo dos reactivos (8, 11), por lo que fueron eliminados.

Tabla 1.

Ponderación de los reactivos para el análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del instrumento KEZKAK.

Reactivo	Factores								
	Falta de competencias	Contacto con el sufrimiento	Sobrecarga	Dañarse en la relación con el enfermo	Relación con compañeros	No controlar la relación con el enfermo	El enfermo en búsqueda de relación íntima	Implicación emocional	Impotencia e incertidumbre
1. No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo	.317	.159	<u>.473</u>	-.110	.274	.301	-.079	-.234	-.010
2. Hacer mal mi trabajo y perjudicar la salud o la vida del paciente	<u>.810</u>	.097	.143	.252	.023	.066	.049	-.037	.065
3. Sentir que no puedo ayudar al paciente	<u>.732</u>	.117	.189	.172	.097	.040	.005	.141	.131
4. Afectar emocionalmente al paciente	<u>.812</u>	.108	.047	.163	.083	.091	.150	.096	.051
5. No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes	<u>.753</u>	.132	.190	.087	.160	.128	.055	.116	.087
6. Hacer daño físico al paciente	<u>.739</u>	.189	.062	.293	-.001	.111	.137	-.068	-.009
7. No saber cómo responder al paciente	<u>.690</u>	.112	.080	.052	-.022	.154	.128	.216	-.018
8. Que me afecten las emociones del paciente	.300	.438	.031	-.157	.004	.117	.020	.179	<u>.531</u>
9. Tener que dar malas noticias	.329	<u>.654</u>	-.034	.084	.011	.085	.003	.082	.207
10. Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento (físico, emocional, familiar, et.)	.086	<u>.439</u>	.073	.098	.123	.435	-.089	.287	.173
11. Que el paciente me trate mal	.090	.176	.303	.208	.157	.158	.153	-.070	<u>.647</u>
12. La relación con otros profesionales de la salud.	.068	.020	.276	-.079	<u>.676</u>	.023	-.039	.029	.198
13. Contagiarme de alguna enfermedad a través del paciente.	.265	.173	.050	<u>.714</u>	.027	.139	.036	.019	-.005

14. Que un paciente que estaba mejorando su salud comience a empeorar	.284	<u>.507</u>	.257	.353	.052	.169	.039	.171	.115
15. Picarme con una aguja contagiada	.366	.188	.130	<u>.622</u>	.089	.041	.218	.048	.161
16. Confundirme de medicación	<u>.532</u>	.171	.167	.524	.147	-.067	.189	.158	-.042
17. "Meter la pata"	.414	.194	.283	<u>.477</u>	.091	-.046	.128	.238	.079
18. Ver morir a un paciente	.056	<u>.710</u>	.106	.156	.182	-.033	.051	.129	.232
19. La relación con la jefa de servicio	.065	.093	.097	.158	<u>.781</u>	.064	.025	.009	-.030
20. Encontrarme en alguna situación sin saber que hacer	.307	.133	.404	<u>.461</u>	.114	.036	.051	.187	.082
21. Implicarme emocionalmente con el paciente	.155	.380	.027	.090	.081	<u>.478</u>	.097	.077	.298
22. Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante	.152	.140	.127	.105	.155	.146	.034	<u>.689</u>	-.044
23. No poder ayudar a todos los pacientes	.242	.224	.118	.157	.035	.103	.141	<u>.714</u>	.105
24. Que el paciente no me respete	.108	.101	.171	.184	.244	<u>.436</u>	.397	.156	.348
25. La relación con autoridades del hospital	.128	.095	.123	.163	<u>.658</u>	.310	.145	.063	.050
26. Recibir la denuncia de un paciente	.262	.070	.176	<u>.589</u>	.081	.275	.286	.167	-.023
27. Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo	.134	<u>.729</u>	.162	.168	.128	.136	.240	.070	-.001
28. La relación con compañeros de enfermería	.013	.132	.244	-.006	<u>.767</u>	-.016	.113	.135	-.027
29. Encontrarme ante una situación de urgencia	.109	.191	<u>.579</u>	.178	.318	-.025	-.036	.154	.060
30. Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse	.073	.260	.410	.195	.085	<u>.510</u>	-.099	.162	-.112

31. Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	.169	<u>.541</u>	.279	.152	.154	.292	.205	.006	-.300
32. Tener que realizar procedimientos que le causan dolor al paciente	.162	.379	<u>.506</u>	-.008	-.035	.318	.086	.150	.014
33. No saber cómo "marcar distancia" con el paciente	.229	.096	.106	.039	.105	<u>.637</u>	.318	.087	.047
34. Tener que trabajar con pacientes que se comporten agresivamente	.065	.023	<u>.431</u>	.248	.052	.408	.401	.028	.217
35. La sobrecarga de trabajo	.167	.002	<u>.515</u>	.144	.206	.257	.081	-.026	.105
36. Recibir órdenes contradictorias	.185	.055	<u>.628</u>	.120	.212	.113	.189	-.107	.104
37. Que un enfermo se me insinúe	.179	.192	.107	.093	.105	.145	<u>.704</u>	-.001	.124
38. No encontrar al médico cuando la situación lo requiere	.019	.221	<u>.631</u>	.051	.075	.106	.290	.202	-.001
39. Tener que estar con un paciente terminal	.091	<u>.685</u>	.293	.081	.038	.084	.185	.046	-.070
40. Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo	.188	.157	.134	.206	.023	.039	<u>.784</u>	.122	-.038
41. Las diferencias entre lo que se aprende en clase y lo que se realiza en el hospital	.138	.125	<u>.677</u>	.132	.232	-.097	.026	.179	.067
Porcentaje de la varianza explicado	12.83	22.45	31.96	39.41	46.14	52.80	57.28	-	-
Porcentaje total de la varianza explicada.					60.51				

Nota: Factor de ponderación subrayado. Carga Factorial > .40. El método de extracción fue por medio de análisis de componentes principales. El método de rotación fue varimax con normalización de Kaiser.

Se realizó un análisis de la consistencia interna de cada factor a través del alfa de Cronbach, como se muestra en la Tabla 2, donde todos fueron mayores a .50. En suma, se obtuvo un instrumento válido y confiable, integrado por 35 reactivos, mismos que se agruparon en seis factores y de acuerdo con su contenido se nombraron: falta de competencias, contacto con el sufrimiento, sobrecarga, dañarse en la relación con el enfermo, relación con compañeros y no controlar la relación con el enfermo.

Tabla 2.

Consistencia interna de los siete factores y de la escala total.

Factor	α de Cronbach
1	0.90
2	0.84
3	0.82
4	0.81
5	0.78
6	0.69
7	0.70
Escala total	0.93

Se realizó el cálculo de la consistencia interna total de la escala, obteniendo un coeficiente total de 0.934, que demuestra la confiabilidad del instrumento.

La Tabla 3 muestra los baremos que se obtuvieron para conocer el nivel de estrés total, mediante su percentil y su rango mínimo y máximo.

Tabla 3.

Puntajes correspondientes para cada nivel de estrés.

Nivel de estrés	Puntaje
Bajo	8 – 47
Medio	48 – 66
Alto	67 – >97

Nota: Baremos obtenidos mediante su percentil y rango (n=298).

Mediante el mismo procedimiento se obtuvieron para cada factor sus baremos, mostrados en la Tabla 4, donde además se agrega los ITEMS reordenados de cada uno.

Tabla 4.

Puntajes correspondientes al nivel de estrés de cada factor y sus ítems acordes con la versión final.

Factor e ITEMS	Puntajes		
	Bajo	Medio	Alto
Falta de competencias (2, 3, 4, 5, 6, 7 y 16)	0 a 8	9 a 16	17 a 21
Contacto con el sufrimiento (8, 9, 12, 16, 23, 27 y 34)	0 a 8	9 a 13	14 a 21
Sobrecarga (1, 25, 28, 30, 31, 32, 33 y 35)	1 a 11	12 a 15	16 a 24
Dañarse en la relación con el enfermo (11, 13, 15, 18 y 22)	0 a 8	9 a 13	14 a 22
Relación con compañeros (10, 17, 21 y 24)	0 a 4	5 a 6	7 a 12
No controlar la relación con el enfermo (19, 20, 26 y 29)	0 a 3	4 a 6	7 a 11

Nota: Baremos obtenidos mediante su percentil y rango (n=298).

Para poder calificar el instrumento se tiene que contabilizar las respuestas de cada ítem, donde “nada” equivale a 0, “algo” a 1, “bastante” a 2 y “mucho” a 3. La versión final del instrumento que fue empleada en el protocolo se encuentra en el Anexo 2.

Análisis de resultados

A partir de la versión final del instrumento KEZKA, se obtuvieron los resultados de los 298 estudiantes de enfermería, donde se pudo observar que el 29% presentaban estrés alto, 40% medio y 31% bajo.

La Figura 1 muestra la frecuencia en que fue reportado el estrés en diferentes condiciones, observándose que fue mayor en el factor de sobrecarga y falta de competencia.

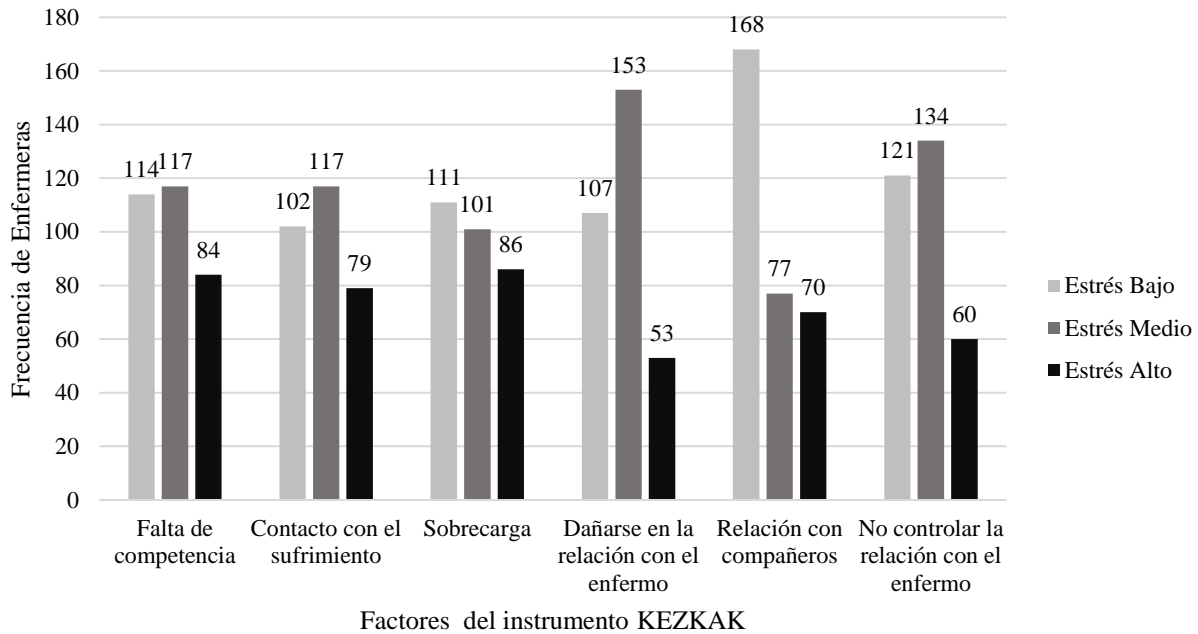


Figura 1.- Frecuencia de enfermeras que tuvieron niveles de estrés bajo, medio y alto en cada factor del instrumento KEZKAK.

Para conocer si existía relación entre las variables demográficas que fueron edad, tiempo de prácticas, semestre que cursaban y número de hijos, se aplicó un r de Pearson que solo mostró relación significativa con el semestre que cursaban, como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5.

Correlación de Pearson de variables demográficas y nivel de estrés del instrumento KEZKAK en su versión final.

Variable Demográfica	Estrés (n=28)	
Edad	Correlación de Pearson	.039
	Sig. (bilateral)	.506
Semestre	Correlación de Pearson	-.149*
	Sig. (bilateral)	.010
Tiempo de prácticas profesionales en hospital	Correlación de Pearson	.062
	Sig. (bilateral)	.287

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Posteriormente se realizó un *r* de Pearson para conocer la correlación entre los factores del instrumento (falta de competencia, contacto con el sufrimiento, sobrecarga, dañarse en la relación con el enfermo, relación con compañeros y no controlar la relación con el enfermo) y el semestre como se muestra en la Tabla 6, evidenciando que hay una correlación significativa negativa con falta de competencias ($r = -0.173$), sobrecarga ($r = -0.165$) y dañarse en la relación con el enfermo ($r = -0.121$), lo que nos habla de que a mayor semestre menor será el estrés en estos factores.

Estos resultados coinciden con estudios que han tenido como objetivo conocer las principales fuentes de estrés durante el periodo de prácticas clínicas, donde se ha encontrado que el desconocimiento ante una determinada situación clínica, el riesgo de dañar o dañarse con el paciente, las limitaciones de tiempo, la falta de cortesía del personal sanitario y las inconsistencias en indicaciones, son las principales fuentes de estresores, las cuales, disminuyen conforme pasa el tiempo (Collados & García, 2012; Moya et al., 2013; López & López, 2011; Labrague et al., 2017; Wallace, Bourke, Tormoehlen & Poe, 2015).

Tabla 6.

Correlación de Pearson del nivel de estrés en el instrumento KEZKAK en su versión final y sus factores.

Factor		Semestre (n=298)
Falta de competencias	Correlación de Pearson	-.173**
	Sig. (bilateral)	.003
Contacto con el sufrimiento	Correlación de Pearson	-.058
	Sig. (bilateral)	.316
Sobrecarga	Correlación de Pearson	-.165**
	Sig. (bilateral)	.004
Dañarse en la relación con el enfermo	Correlación de Pearson	-.121*
	Sig. (bilateral)	.037
Relación con compañeros	Correlación de Pearson	-.047
	Sig. (bilateral)	.419
No controlar la relación con el enfermo	Correlación de Pearson	-.051
	Sig. (bilateral)	.380

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados presentados evidencian dos situaciones, la primera es que hay estrés en niveles altos en al menos 29% de las estudiantes de enfermería y si bien se encontró que a menor semestre es mayor el estrés, es decir, que éste va disminuyendo conforme avanzan en la carrera. Es un punto para retomar ya que la evidencia nos dice que esto puede interferir con su aprendizaje, que posteriormente podría verse reflejado en competencias laborales (Rudman & Gustavsson, 2012).

La segunda situación es que el instrumento nos permite conocer las áreas en las que hay mayor estrés, que en este caso fueron sobrecarga, falta de competencias y contacto con el sufrimiento lo que puede ser disminuido con intervenciones tempranas preventivas efectivas para contrarrestar el desarrollo del estrés y agotamiento desde el inicio de la educación en enfermería (Stewart & Terry, 2014).

Fase 2: Propuesta y aplicación del protocolo

Para diseñar el protocolo se tomaron en cuenta las técnicas que más evidencia reportan para la reducción de estrés que son: psicoeducación de estrés y sus efectos, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, solución de problemas, habilidades de sociales (asertividad) y administración del tiempo (Alkha et al., 2020; Marine et al., 2006; Gracia & Vallejo, 2014; Moeini, et al., 2011; Murillo, 2019; Sargazi et al., 2018; Shariatkhah et al., 2017; Stanulewicz et al., 2020; Stewart & Terry, 2014; Terp, Hjärthag & Bisholt, 2019). Dichas técnicas se dividieron en seis sesiones de una hora como se muestra en las cartas descriptivas en el Anexo 5.

Definición de variables

Variable independiente: Intervención cognitivo conductual.

Definición conceptual: Programa estructurado que emplea técnicas de modificación de conducta basadas en la ciencia conductual y la terapia cognitiva con el objetivo de modificar los diferentes factores que influyen en la problemática (Zayfert & Black, 2008).

Definición operacional: Psicoeducación sobre estrés, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, solución de problemas y organización del tiempo.

Variable dependiente: Estrés

Definición conceptual: La relación entre la persona y el ambiente, cuando en esta relación las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales se realiza una evaluación que incluye dos procesos, el primero denominado la evaluación primaria y el segundo al que se le conoce como la evaluación secundaria. A través de la evaluación primaria la persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. La situación será calificada de estresante cuando implica amenaza, desafío, pérdida o daño. Al considerar la situación como estresante, se sigue con la evaluación secundaria en donde la persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, además de la posible eficacia de dichas estrategias y las consecuencias de su utilización (Lazarus & Folkman, 1984).

Definición operacional: Niveles con valores de referencia altos (67-97) de estrés en el instrumento KEZKAK adaptado a enfermeras mexicanas.

Participantes

Se incluyeron seis enfermeras del servicio de medicina interna del turno matutino del Hospital Juárez de México, tres de ellas eran casadas y tres solteras, con una edad promedio de 35 años y un tiempo de laborar en la institución de seis años, ninguna contaba con otro trabajo.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería adscrito del Hospital Juárez de México del servicio de Medicina Interna de ambos turnos.
- Presencia de niveles de estrés altos (67-97) al momento de la evaluación con el instrumento KEZKAK.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes de enfermería
- Personal de enfermería rotante o de otros servicios.
- Personal que lleve un proceso psicológico individual.
- Personal que obtenga niveles bajos o intermedios en el instrumento KEZKAK.

Criterios de Eliminación:

- Personal de enfermería que no cumpla con la asistencia al 80% de las sesiones.

Instrumentos

Para medir la percepción de estrés se empleó el instrumento KEZKAK previamente validado.

Materiales

- Hoja de consentimiento informado
- Constancia de participación
- Instrumentos
- Proyector y equipo de cómputo
- Formato de datos demográficos

Escenario

Se contó con dos escenarios debido a la falta de lugares para poder llevarse a cabo talleres, estos fueron, el aula de juntas perteneciente a la jefatura de enfermería y el consultorio del servicio de salud mental que fue adaptado para poder realizar las sesiones.

Procedimiento general

Contacto con los participantes

Durante esta fase se contactó con la Jefa de Enfermería, se planteó la realización del taller y se realizó un listado del personal de enfermería que contaba con los criterios de inclusión. De igual manera, se acordaron las fechas, horarios y tiempo de las sesiones.

Evaluación e intervención

Se comenzó el taller con la entrega del consentimiento informado (Anexo 3) para proseguir con el llenado del formato de datos demográficos (Anexo 4) y la aplicación del instrumento KEZKAK (Anexo 2) para conocer el nivel de estrés percibido por las enfermeras del servicio de medicina interna; éste fue calificado y solo fueron tomados en cuenta los resultados de las enfermeras que contaron con niveles de estrés altos y las que no cumplieron con este criterio, se mantuvieron en el taller, pero los resultados no fueron tomados en cuenta. Durante esta misma sesión se llevó a cabo psicoeducación de estrés y sus repercusiones en la salud.

En la sesión dos se enseñó y se practicaron técnicas de relajación (respiración diafragmática y relajación muscular progresiva). Para la sesión tres se enseñó el objetivo y pasos de la técnica de solución de problemas con base en situaciones específicas del servicio. En la sesión cuatro se dio seguimiento a la aplicación de solución de problemas y se comenzó con psicoeducación de comunicación asertiva.

Por contingencias de salud relacionadas a la COVID 19 se tuvo que suspender el taller y quedó pendiente la práctica de habilidades de comunicación asertiva y el enseñar técnicas de administración de tiempo, correspondientes a la sesión cinco y seis.

Las diapositivas empleadas en el taller se encuentran en el Anexo 6 y el manual que complementó las sesiones en el Anexo 7.

Posevaluación y retroalimentación

En la sesión siete se planteó realizar la aplicación del instrumento KEZKAK, para conocer los niveles de estrés percibidos posteriores a la intervención y la participación de las enfermeras para dar retroalimentación al taller, sin embargo, esto no pudo realizarse.

Resultados

El taller tuvo que ser suspendido en la sesión cuatro por contingencias de salud; por tanto, solo se presentan a continuación los resultados obtenidos en la sesión uno y a partir de ellos se realiza un análisis de las modificaciones que se podrían hacer con lo observado y registrado.

Para la aplicación del cuestionario se contó con la participación de 17 enfermeras, de las cuales, seis presentaban niveles de estrés altos al momento de la intervención, cinco niveles medios y seis niveles bajos, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7

Puntajes totales obtenidos y nivel de estrés de cada participante en el instrumento KEZKAK.

Participante	Puntaje	Nivel de estrés
1	74	Alto
2	18	Medio
3	67	Alto
4	46	Medio
5	62	Bajo
6	23	Medio
7	52	Bajo
8	89	Alto
9	33	Medio
10	75	Alto
11	56	Bajo
12	70	Alto
13	77	Alto
14	55	Bajo
15	24	Medio
16	43	Medio
17	51	Bajo

Nota: Alto= 67 a 97; Medio= 48 a 66; Bajo 8 a 47

A partir de los resultados obtenidos, fueron seleccionados los participantes 1, 3, 8, 10, 12 y 13 por mostrar puntajes de estrés altos, a continuación, se presenta el análisis de cada uno de los factores en la Tabla 8.

Se puede observar que en el factor uno “falta de competencia” solo el participante 10 obtuvo un nivel medio de estrés y los cinco restantes alto.

Para el factor dos “Contacto con el sufrimiento” solo el participante 12 obtuvo un nivel medio de estrés y los cinco restantes alto.

En el factor tres “sobrecarga”, el participante 12 y tres obtuvieron un nivel medio de estrés y los restantes alto.

En el factor 4 “dañarse en la relación con el enfermo” todos obtuvieron niveles medios de estrés.

En el factor 5 “relación con compañeros”, el participante ocho y 13 obtuvieron niveles altos de estrés y el resto valores medios.

Por último, el factor seis “no controlar la relación con el enfermo”, solo el participante tres obtuvo un nivel medio de estrés y el resto altos.

Tabla 8

Puntajes obtenidos de cada participante en los seis factores del instrumento KEZKAK.

Participante	Factores					
	Falta de competencias	Contacto con el sufrimiento	Sobrecarga	Dañarse en la relación con el enfermo	Relación con compañeros	No controlar la relación con el enfermo
1	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>17</u>	13	5	<u>7</u>
3	<u>19</u>	<u>15</u>	13	11	4	5
8	<u>20</u>	<u>19</u>	<u>21</u>	13	<u>8</u>	<u>8</u>
10	16	<u>14</u>	<u>19</u>	13	6	<u>7</u>
12	<u>18</u>	13	14	13	5	<u>7</u>
13	<u>19</u>	<u>14</u>	<u>18</u>	11	<u>7</u>	<u>8</u>

Nota: Los puntajes de estrés altos se encuentran subrayados y sombreados, los medios solo sombreados y los bajos sin sombreados y sin subrayar.

Aun cuando no fue posible concluir el taller y realizar la post evaluación, se pueden rescatar la evidencia clínica obtenida de los comentarios que se hicieron durante las sesiones tomadas. En la sesión dos donde se trabajó con técnicas de relajación, al explicarlas y ejecutarlas comentaron que *“el aprender a regular mis signos vitales es algo que hubieran preferido aprender desde la universidad, ya que sería útil para mí y los pacientes”*(sic. pac.). Aunado a esto, comentaban que ya habían escuchado hablar de las técnicas por talleres que se han llevado a cabo en sus servicios para los pacientes, pero no las identificaban como una herramienta que les fuera útil a ellas.

Por otro lado, en la sesión tres dedicada a trabajar con la técnica de solución de problemas, las situaciones que se expusieron para trabajar estaban relacionadas con considerar no tener control de su tiempo debido a los inconvenientes que se pueden presentar como la ausencia de sus compañeras, hacerse cargo de una cantidad mayor de pacientes o tener más de un paciente grave a su cargo. Otro tema que se expuso con frecuencia fue el tener que enfrentar a familiares ante situaciones dónde el paciente fallece o se encuentra delicado, ya que, perciben no saber la manera de actuar ante ello y desconocían que dichas situaciones se pueden canalizar al personal de salud mental o medicina conductual.

Esta última situación coincide con lo que muestra el cuestionario respecto a un mayor estrés por la percepción de falta de competencias, el contacto con el sufrimiento y el no controlar la relación con el enfermo.

Consideraciones por modificar en la propuesta de intervención

El protocolo se detuvo en la cuarta sesión, logrando proporcionar psicoeducación sobre el estrés y sus consecuencias, entrenar en respiración diafragmática, relajación muscular, solución de problemas e iniciar con habilidades sociales, faltando la administración del tiempo. Tomando en cuenta esto y los resultados previamente descritos, se proponen las siguientes modificaciones para ser tomadas en cuenta en futuras intervenciones, con profesionales de la enfermería.

La primera consideración es agregar al inicio de todas las sesiones, ejercicios de respiración diafragmática o relajación muscular progresiva, con el objetivo de reforzar su uso al

terminar jornadas laborales para poder disminuir la presión y ritmo de trabajo con el que a sesiones.

En segundo lugar, tomando en cuenta que la percepción de poco control sobre su tiempo es un tema constante en el grupo de aplicación y de validación del instrumento. Se sugiere comenzar el taller con técnicas de administración del tiempo y posteriormente con solución de problemas y habilidades sociales.

Finalmente, con base en que uno de los factores con mayor frecuencia de estrés alto fue “contacto con el sufrimiento”. Se sugiere ampliar la red de apoyo entre personal de salud, por medio de la orientación sobre la función que puede tener el psicólogo en situaciones de estrés, así como la manera de canalizarlo a los diferentes servicios de salud mental, teniendo más herramientas para disminuir o canalizar el estrés ante este tipo de situaciones.

Discusión

El objetivo del presente protocolo fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual, en la reducción de estrés percibido en personal de enfermería con un instrumento validado para la población. Se puede decir que no se alcanzó a cubrir por contingencias de salud relacionadas al COVID 19, sin embargo, se logró alcanzar los siguientes objetivos específicos: validar una escala de estrés coherente con el modelo de Lazarus y Folkman (1984) y adecuada para el personal de enfermería; realizar el análisis estadístico correspondiente para la validación; analizar los resultados obtenidos de la validación; proponer una intervención para reducir el estrés percibido en personal de enfermería; evaluar el estrés previo a la intervención e identificar variables demográficas asociadas a este.

Quedó pendiente de concluir la intervención, evaluar el estrés percibido al finalizarla e identificar el tamaño del efecto. Sin embargo, esta pausa asociada al COVID 19, nos permitió observar puntos a mejorar y sobre todo evidenciar la necesidad de este tipo de intervenciones para poder contar con personal de salud bien equipado para manejar los casos que se presenten en hospitalización de manera efectiva.

El haber tomado en cuenta las recomendaciones hechas en la literatura (Alkha et al., 2020; Marine et al., 2015; Juárez et al., 2014) para poder validar un instrumento adecuado a la

población, en este caso el KEZKAK cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas realizado por Zupiria et al. (2003), es un avance y punto de partida para poder conocer de manera objetiva el estrés percibido, así como los factores en donde es mayor.

Dentro de los resultados obtenidos, si bien no son equivalentes las muestras de la población que se empleó para la validación del instrumento (298 participantes) y con la que se comenzó a aplicar el protocolo (seis participantes), se pueden observar algunas similitudes como, el hecho de que en ambas poblaciones el factor “falta de competencias” obtuvo mayores niveles de estrés alto, esto coincide con lo reportado en la literatura en algunos servicios como cuidados paliativos (Gélinas, Fillion, Robitaille & Truchon, 2012) o cuidados intensivos (Espinosa, Young, Symes, Haile & Walsh, 2010), y los datos obtenidos nos acercaría a una generalización sobre esta variable que tendríamos que tomar en cuenta para prevenir desde la formación académica.

El segundo factor con mayor estrés fue en el caso de los estudiantes “sobrecarga” seguida de “contacto con el sufrimiento”. Y en el personal de enfermería “contacto con el sufrimiento” y “no controlar la relación con el enfermo”. Tomando en cuenta esto y que el contacto con el sufrimiento es un tema recurrente en los ejercicios llevados a cabo en el taller, valdría la pena tener intervenciones para poder disminuirlo, ya que, es un tema que no se puede quitar del ambiente laboral porque es parte de la profesión, pero si se puede disminuir el sufrimiento por ello, lo cual ya ha mostrado evidencia en revisiones sistemáticas como la realizada por Stewart y Terry (2014).

Otra similitud que se encontró fue que en ambos casos se mostró, que el factor que obtuvo niveles de estrés más bajos fue “dañarse en la relación con el enfermo”, lo cual, se puede asumir que desde el inicio de la carrera es un riesgo que se adopta al estar en contacto con personas que tiene alguna enfermedad. Sin embargo, con la pandemia de la COVID 19 que actualmente estamos atravesando, este factor podría pasar incluso a ser de los principales estresores, porque la evidencia de los estudios sobre COVID-19 y otros brotes de enfermedades respiratorias infecciosas refleja una gran preocupación entre las enfermeras por la salud personal o familiar

ante el contacto directo con un virus potencialmente mortal y el estrés de equilibrar esta preocupación con las obligaciones éticas de continuar brindando atención (Cai et al., 2020)

Durante la aplicación del protocolo, evaluación e intervención se presentaron dos principales dificultades que fueron el no contar con un espacio para poder llevar a cabo el taller y el coordinar con la jefatura de enfermería los horarios para que pudieran asistir las participantes sin descuidar sus labores cotidianas. Dichas situaciones se vieron reflejadas en que el grupo de intervención fuera pequeño y en ocasiones llegaran tarde por cumplir con las demandas laborales. Esto coincide con los problemas observados en revisiones sistemáticas que muestran que la mayoría de los estudios en el sector salud son con una población reducida, lo que obstaculiza la generalización de sus resultados (Orly, et al., 2012; Stewart & Terry, 2014; Juárez et al., 2014; Alkha et al., 2020). Aunado a que, en estadísticas de la OCDE el personal de enfermería mexicano tiene una sobrecarga de trabajo que no permite llevar a cabo actividades fuera de sus responsabilidades laborales (Ramírez et al., 2017).

Sobre esta misma línea, Marine et al. (2006) comentan que las características de los estudios que se necesitan para comenzar a generalizar resultados es que sean aleatorios y con al menos 120 participantes, sin embargo, ante la carga de trabajo que se presenta en el sector, esto se ve limitado para llevarse a cabo y se tendría que contar con mayor apoyo por parte de los administrativos para poder generar investigación alrededor de este sector, como lo realizado en otros países como Suiza (Terp et al., 2019) o Iran (Sargazi et al., 2018).

En cuanto al estrés, se tiene que retomar la definición dada por Lazarus y Folkman (1984) donde es una transacción entre el individuo y el ambiente, lo cual, lleva a pensar que no se puede quedar solo en modificar el afrontamiento del individuo, también debe agregarse cambios en la organización. Ya que, el objetivo no es adaptarlos a un entorno perjudicante, sino que desarrollen y pongan en marcha conductas para cambiarlo. Estos cambios organizacionales no han mostrado evidencia de alta calidad para reducir el estrés, sin embargo, es parte esencial de poder lograr un mejor ambiente de trabajo y reducir el estrés (Stanulewics et al., 2020).

Ante la situación sanitaria actual por la que atraviesa el mundo se podría pensar en la posibilidad de movilizar este taller a un formato online donde se pueda facilitar el acceso desde casa en horarios flexibles. Este tipo de intervenciones ha mostrado evidencia de producir mejores

resultados que el estándar que no lo emplea, ya que, tiene como ventaja un doble vínculo entre el mundo virtual y el real, que facilita la evaluación constante en ambos mundos mediante el seguimiento de su estado emocional y de comportamiento en el contexto de tareas desafiantes, y se puede otorgar retroalimentación continuamente para mejorar las habilidades. Ejemplo de ello es lo realizado por Eysenbach et al. (2014) quienes realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar la eficacia de una intervención que empleaba tecnología para el control y prevención de estrés psicológico en un grupo de enfermeras y maestros. Donde a través de 10 sesiones, dos por semana, empleaban una intervención basada en inoculación al estrés que utilizaba un mundo virtual con escenarios experienciales de situaciones críticas para desarrollar habilidades de afrontamiento y mejorar su autoeficacia.

El estudio realizado por Hersch et al. (2016) quienes aplicaron un programa basado en la web para proporcionar a las enfermeras las herramientas que necesitan para abordar el estrés relacionado con la profesión. El ensayo controlado aleatorizado se realizó con 104 enfermeras en cinco hospitales de Virginia y un hospital en Nueva York, encontrando que los participantes del grupo del programa experimentaron reducciones significativamente mayores que el grupo de control en la escala de estrés de enfermería. Aunado a la evidencia de su eficacia, este tipo de intervenciones permite a los participantes realizarlo en los momentos más convenientes para ellos, lo que contribuye a la aceptabilidad y satisfacción general de la intervención (Dutton & Kozachik, 2020).

El apoyo institucional y psicológico para las enfermeras es básico para poder conservar su salud a corto y largo plazo, así como favorecer un mejor trato con pacientes y personal hospitalario. Fomentar un bienestar psicológico requiere de intervenciones en diferentes momentos iniciando desde su formación para poder generar mejores estrategias de afrontamiento y acción antes los diferentes contextos a los que se pueden enfrentar.

Así mismo, la presente tesis y el protocolo realizado por el Instituto Politécnico Nacional (Excelsior, 2018), aperturan un tema que podría ser considerado por el Hospital Juárez de México para mejorar la salud de su personal y la atención otorgada a los pacientes, sobre todo antes situaciones de emergencia como la que actualmente atravesamos con la pandemia de la COVID 19.

REPORTE DE EXPERIENCIA

Breve contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México

La OMS (2018) menciona que el 71% de los decesos durante el año 2018 fue por enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes), colocándose hasta el día de hoy como la principal causa de muerte a nivel mundial. El incremento en el diagnóstico de estas enfermedades ha resultado en una mayor atención al trabajo multidisciplinar, entre los que se encuentra el de la Medicina Conductual.

Durante muchos años las enfermedades eran entendidas desde un modelo biomédico que excluía factores sociales, psicológicos y conductuales, viendo a la enfermedad como una dimensión diferente y sin relación a los comportamientos asociados al estilo de vida (Arredondo, 1992). Sin embargo, en los años 70s se comenzó a cuestionar este modelo gracias al estudio y análisis sobre la mortalidad a lo largo de los años. Por un lado, Omran (1971) encontró un aumento en las enfermedades degenerativas o causadas por el hombre, y una disminución en los decesos por enfermedades infecciosas resultando en la teoría de la “transición epidemiológica”. Por su parte, Lemer (1973, como se citó en Frenk, Lozano & Bobadilla, 1991) incluyó en ese análisis factores sociales y elementos de la concepción a lo que llamó “transición de la salud”.

Ambas teorías no son independientes, la transición de la salud incluye a la epidemiológica, definiéndola como el proceso de cambio en las condiciones de salud de una población, incluidos los patrones de enfermedad, invalidez y muerte. (Frenk, Lozan & Bobadilla, 1991).

Por otro lado, una de las críticas más severas que recibió el modelo biomédico, se dio a partir de una crisis en psiquiatría que se extendió a la medicina en general, donde se buscaban otras maneras, más allá de lo bioquímico, para explicar el proceso de salud-enfermedad. Derivado de lo anterior, Engel (1997) propuso el modelo biopsicosocial cuyo objetivo era estudiar al ser humano como una unidad biológica, con mente y la capacidad de sentir, percibir y pensar, además de ser parte de un contexto social, permitiendo la distinción entre el proceso patológico y la percepción que tiene el paciente respecto a su enfermedad.

Tanto las investigaciones realizadas por Lemer (1973 como se citó en Frenk et al., 1991) y Engel (1997), como las observaciones que se realizaron al modelo biomédico en conjunto con un aumento de enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos que estaban asociadas a estilos de vida sedentarios, llevó a que tanto médicos como psiquiatras realizaran reuniones orientadas a la búsqueda de alternativas de solución (Enelow & Henderson, 1976). A partir de estos hechos, los médicos reconocieron la importancia del papel del comportamiento en la patogenia de la enfermedad, ya que el comportamiento puede ser estudiado y modificado, y con ello la probabilidad de reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad técnicamente era posible (Reynoso, 2014).

Al demostrarse la importancia de trabajar con un modelo biopsicosocial y del trabajo en el cambio de conducta de los individuos, se comenzó con la aplicación de procedimientos experimentales destinados a proporcionar a un organismo, a través de un indicador sensorial externo información inmediata y precisa de una o varias de sus funciones biológicas, conocido como biorretroalimentación (Vila, 1980). Lo anterior, permitió el comienzo para la formalización de medicina conductual.

Los primeros estudios clínicos en los que se aplicó el nuevo procedimiento se publicaron en los 70's, en donde por primera vez apareció el nombre de medicina comportamental, haciendo referencia a la retroalimentación biológica como alternativa terapéutica en algunos trastornos como migrañas, epilepsia y arritmias cardíacas. Lo anterior, confrontó el saber médico tradicional y generó la necesidad de demostrar los alcances y las limitaciones de este tipo de estrategias terapéuticas (Ganong, 1973; Guyton, 1973).

Es en 1970 cuando se formaliza oficialmente medicina conductual con su primer congreso en Estados Unidos, definiéndola como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes (Schwartz & Weiss, 1978).

Por su parte, en México durante los años 60s el desarrollo de medicina conductual se dio a partir de la fundación del Análisis de la Conducta en la Universidad Veracruzana, dando así, impulso a una psicología científica. Formalizándose con la inserción en 1970 del psicólogo en

ámbitos hospitalarios como una subespecialización dónde no solo realizaba observación, sino intervención (Rodríguez, 2010).

Ya formalizada medicina conductual como especialidad y con la Ley General de Salud publicada en 1984, se permitió al psicólogo realizar investigaciones e intervenciones en áreas destinadas a la medicina. Como consecuencia de esto, la UNAM ofreció el primer programa de formación a nivel posgrado, el plan de maestría en ese momento sólo certificaba las competencias adquiridas a partir de la investigación y profesionalización en programas de residencias (Rodríguez, 2010).

Para 1980 se comenzaron a realizar intervenciones dentro del campo de la medicina conductual a cargo de Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz, quienes aplicaron el biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas paresias y tipos de epilepsia (Alcaraz, 1977; Alcaraz, Castro-Velázquez, De la Cruz & Del Valle, 1981; Gallegos & Torres Torrija, 1983; Gallegos, Medina, Espinoza & Bustamante, 1987 como se citaron en Rodríguez, 2010).

Rodríguez (2010) afirma que las contribuciones de medicina conductual en México han sido científicas, tecnológicas y de intervención de equipos interdisciplinario, reuniendo así diferentes disciplinas científicas con el objetivo de tener acciones que puedan permitir acceder a una mejor calidad de vida a la población mexicana y enfrentar los principales retos de la atención a la salud.

Características de la sede

Características de la sede: Ubicación

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional, No. 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C. P. 07760, Ciudad de México como se observa en la Figura 2.

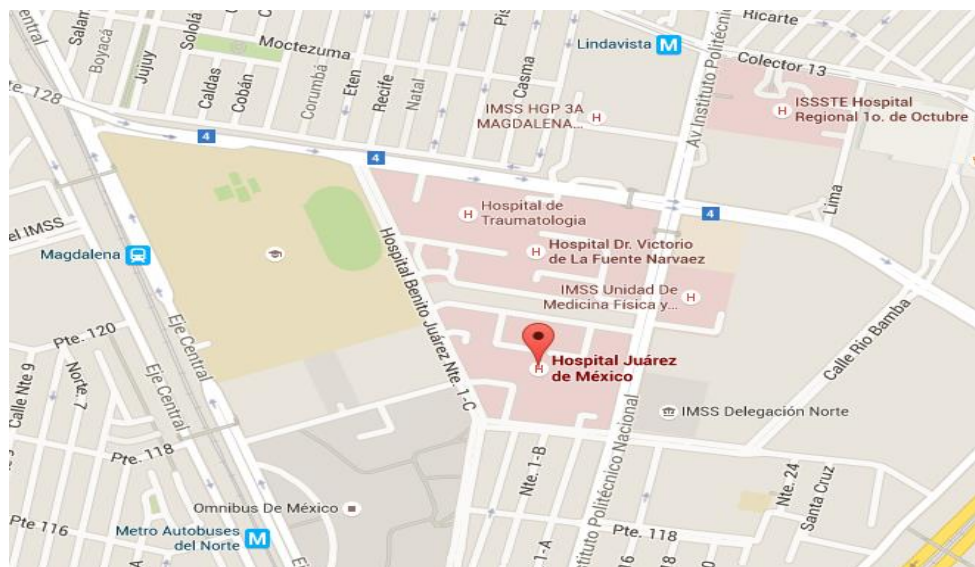


Figura 2 Ubicación actual del Hospital Juárez de México obtenido de Secretaría de Salud, 2016.

Características de la sede: antecedentes/historia.

La historia del Hospital Juárez de México (HJM) según el Manual de Organización específico del Hospital Juárez de México (Secretaría de Salud, 2016) está ligada a la historia del país. Fue fundado en agosto de 1847, por orden del ayuntamiento de la ciudad para ser utilizado como hospital de campaña durante la invasión de Estados Unidos a nuestro país y éste fue conocido como “nosocomio”. Más tarde, en 1872, cambió su nombre a Hospital Juárez como homenaje póstumo al presidente Benito Juárez y con el paso del tiempo fue adquiriendo prestigio en el campo de la cirugía.

En 1985, a raíz del terremoto del mismo año y con el objetivo de seguir sirviendo a la sociedad, las instalaciones de hospital se modificaron, dividiéndose en cuatro pequeñas unidades conocidas como Juárez I a IV. Cuatro años más tarde, se reunieron estas unidades, surgiendo el nuevo HJM, contando con 400 camas censables distribuidas en las especialidades de un hospital de tercer nivel. Actualmente operando con 44 servicios médicos y tres unidades clínicas; cuenta con 47 especialidades médicas y una Dirección de Investigación y Enseñanza con seis servicios (Secretaría de Salud, 2016).

Algunos logros del HJM son que en 1999 inauguró la Clínica de Diabetes y el primer centro de fármaco vigilancia. Un año después abrió la clínica de Terapia Familiar. Y en 2001 dio apertura la Clínica de VIH (Secretaría de Salud, 2016).

Por su parte, en el campo de la enseñanza, el HJM se ha caracterizado por formar recursos humanos altamente calificados en las especialidades médicas con que cuenta; además de diseñar, ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad; dado que esta función sustantiva es muy importante en un hospital-escuela. Además, cuenta con la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2016).

Aunado a lo anterior, el HJM impulsa la investigación básica, clínica y experimental en las especialidades con que cuenta. La investigación desarrollada desde el 2009 tiene como prioridad la vinculación con las enfermedades crónico-degenerativas. Promoviendo y realizando reuniones y eventos de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, celebrando convenios con instituciones afines (Secretaría de Salud, 2016).

Todo estos esfuerzos e impulsos que ha mostrado durante años el hospital por seguir capacitándose y generando recursos humanos en el ámbito de la salud, lo han llevado a en la actualidad a tener cierto nivel de atención, el cual es descrito a continuación.

Características de la sede: nivel de atención.

El HJM es clasificado como un centro de excelencia para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, clasificando en segundo y tercer nivel de atención, con cobertura nacional (Secretaría de Salud, 2018).

El objetivo del HJM es desarrollar investigación biomédica, clínica, quirúrgica y socio médica, educativa y experimental en salud con altos estándares de calidad; así como formar profesionales de la salud con capacidad diagnóstica y terapéutica con visión humanística y ética que contribuya al desarrollo del conocimiento científico del país y que pueda ser aplicada en la mejora de la atención médica de alta especialidad (Secretaria de Salud, 2018).

Las funciones del HJM según la Secretaria de Salud (2018) son:

- Planear, organizar y evaluar los programas y actividades de investigación y enseñanza que se realizan en el hospital para contribuir a la administración adecuada de los recursos humanos, materiales y financieros asignados.
- Informar a la Dirección General y a las instancias coordinadoras sobre los resultados de los programas y actividades de investigación y enseñanza, para contribuir a la rendición de cuentas.
- Establecer en coordinación con las áreas sustantivas y de apoyo los programas de enseñanza capacitación y docencia al personal médico, técnico, administrativo, de enfermería y paramédico del hospital, para que el conocimiento impartido y con enfoque humanitario permita mejorar los procesos de atención médico - quirúrgica, orientados a la satisfacción del paciente y su familia.
- Establecer convenios de cooperación e intercambio de investigación y enseñanza con instituciones de Salud y Enseñanza Superior a nivel Nacional e Internacional para que se incremente la calidad de la investigación y enseñanza coordinada por esta área.
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad relacionada con residencias médicas, campos clínicos e internado de pregrado, así como la Ley General de Salud en materia de investigación, para contribuir al mejoramiento de la calidad.
- Coordinar la programación, seguimiento y evaluación de la investigación y enseñanza que se desarrolla en el hospital, para asegurar el cumplimiento del programa de trabajo de la Dirección de Investigación y la Unidad de Enseñanza.
- Promover y apoyar la difusión de los avances y resultados de la investigación a través de artículos científicos difundidos en revistas indizadas de Nivel I al V citadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y la presentación de trabajos en foros científicos para contribuir con un nuevo conocimiento que sirva a la sociedad.
- Dirigir las actividades en el hospital de las comisiones de Investigación, Ética, Bioseguridad, comisiones internas y grupos de trabajo en materia de investigación para regular la investigación clínica, biomédica y socio médica.

- Proponer, en coordinación con la Dirección Médica, estrategias que promuevan y vinculen el desarrollo de la investigación clínico-quirúrgica para que se aplique en la atención médica.
- Coordinar de manera conjunta con la Dirección de Planeación Estratégica el seguimiento y avance de la investigación y enseñanza que se desarrolla en el hospital, para asegurar el cumplimiento del programa de trabajo y la rendición de cuentas.
- Planear y organizar con la Dirección General y en coordinación con la Dirección de Administración, la obtención de recursos humanos, materiales y financieros de esta Dirección, para estar acordes con los programas y metas del hospital.
- Proponer e impulsar los mecanismos y fuentes alternativas de financiamiento para la sustentabilidad del modelo de operación incrementando los recursos financieros para la investigación y la enseñanza.

La visión del HJM es ser un Centro Hospitalario de vanguardia en la investigación, primordialmente clínica, que genere progreso en la atención médica y estimule la aplicación del conocimiento y la investigación educativa. Tiene como objetivo general promover actividades internas y acciones externas que generen investigación, que permitan que el Hospital se proyecte en el ámbito de la investigación clínica por su vinculación con la atención médica.

Sus objetivos específicos son:

- Implementar mecanismos efectivos de seguimientos de protocolos.
- Acortar los tiempos de revisión de protocolos por las comisiones de la Dirección de Investigación.
- Establecer compromisos de productividad con los integrantes de los laboratorios de Investigación.
- Fortalecer el equipamiento y mantenimiento de la unidad de Investigación.
- Capacitar a prospectos de investigación.
- Formalizar convenios con otras dependencias, centros de investigación y universidades.

Como se puede observar el HJM cuenta con objetivo de desarrollo en varias áreas, teniendo como consecuencia la ejecución de diferentes funciones. Las cuales pueden ser delimitadas en varias divisiones.

Características de la sede: servicios de la sede.

El HJM cuenta con seis divisiones con diferentes servicios que son (Secretaría de Salud, 2018):

- Cirugía
- Medicina
- Pediatría
- Gineco-Obstetricia
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
- Dirección médica
- Calidad de atención

La División de Cirugía con los servicios de anestesiología, angiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y reconstructiva, endoscopia, medicina física y rehabilitación, neurocirugía, oftalmología, oncología, ortopedia, otorrinolaringología, trasplantes y urología.

La División de Pediatría con los servicios de cirugía pediátrica, neonatología, pediatría médica, urgencias pediátricas y unidad de terapia intensiva pediátrica.

La División de Gineco-Obstetricia con los servicios de biología de la reproducción, ginecología y obstetricia

Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento en donde se encuentra anatomía patológica, banco de sangre, laboratorio clínico, medicina nuclear, neurofisiología clínica y radiología e imagen.

La Dirección Médica con los servicios de Homeopatía, Toxicología y la Unidad de Vigilancia, Epidemiológica e Infectología.

La División de Medicina con los servicios de Alergia e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Hematología, Medicina interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Preconsulta, Psiquiatría, Reumatología y Salud Mental Comunitaria.

Al existir varias divisiones y servicios, cada uno cuenta con diferentes demandas, organización y autoridades. A continuación, se presenta el servicio dónde se realizó todo el trabajo el residente en medicina conductual durante su estancia en el HJM.

Ubicación del residente en la sede

El residente realizó la residencia en el servicio de Medicina Interna, el cual es una especialidad que se encarga de la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención (Reyes, 2006).

El servicio de medicina interna está conformado como se muestra en la Figura 3, por la jefa de servicio, la Dra. Lizbeth Becerril Mendoza quien es responsable del área. Los cuatro médicos adscritos: Dra. Edith Flores, Dr. Rafael Machorro, Dra. Claudia García y Dr. Fausto González. Cada adscrito tiene la función formativa de los residentes de la especialidad de Medicina Interna, quienes realizan rotaciones por todos los servicios cada dos meses. A cargo de ellos se encuentran los internos quienes son encargados de funciones administrativas/médicas y rotan cada dos semanas. Por último, se ubican los estudiantes y servicio social.

Por su parte, el servicio de salud mental, como se muestra en la Figura 3, está conformado por la jefa de servicio que es la Mtra. Michelle Charlier Kuri y los adscritos, entre los que se encuentra la Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes que actualmente es la encargada directa de la supervisión de los residentes de medicina conductual.

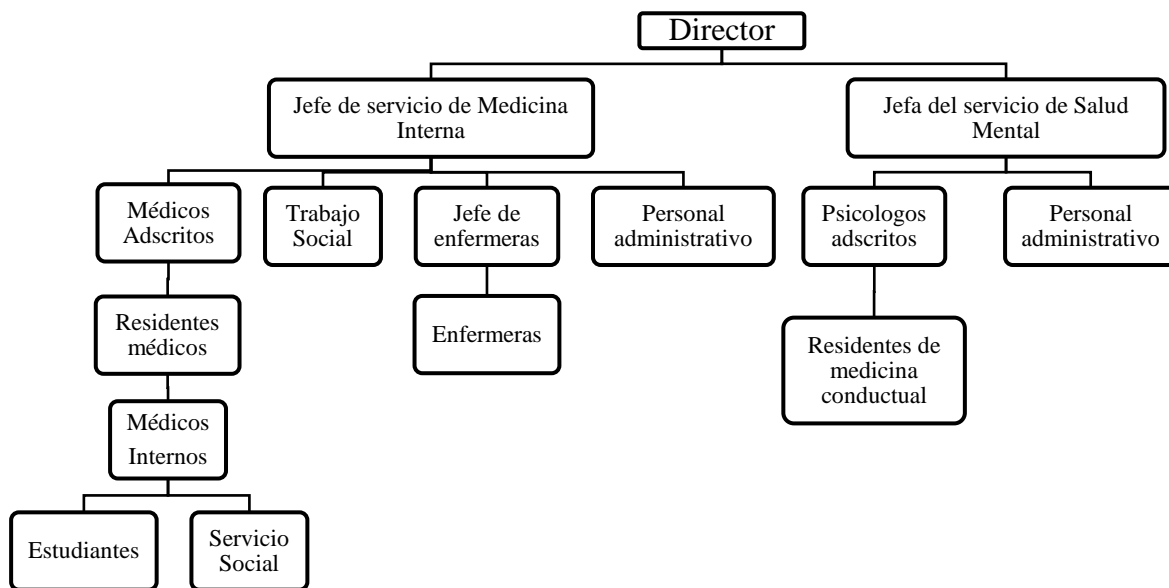


Figura 3. Organigrama del servicio de medicina interna dentro del HJM. Elaboración propia.

El tipo de intervención psicológica que se dio fue en los diferentes niveles de intervención: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación/remisión o enfermedad terminal. Sin embargo, la atención en hospitalización estaba mayoritariamente enfocada al prediagnóstico y diagnóstico, mientras en consulta externa al tratamiento.

Los principales padecimientos que atendió el residente fueron: diabetes y sus complicaciones como pie diabético, hipo e hiper glucemias, infección de tejidos blandos, entre otras, y los padecimientos agudos como neumonías o infecciones en vías respiratorias, urinarias o gastrointestinales.

Dentro de estos padecimientos, las afectaciones psicológicas variaban en función de recursos psicológicos para afrontar y resolver problemas, evaluación de la enfermedad y su tratamiento, concepción individual de la enfermedad, etcétera (Bravo, 2014).

Durante los meses de enero a junio del 2019, se contaba con cinco psicólogos en el servicio de medicina interna, tres residentes de segundo año y dos de primer año, estando a cargo de la supervisión *in situ* del Dr. Ricardo Gallardo. Siendo amplia la cobertura de atención y las actividades estaban distribuidas de la siguiente manera.

✓ Pase de visita en las salas de hospitalización:

Esta actividad se realizaba los lunes, martes, jueves y viernes, en un horario aproximadamente de ocho a once de la mañana con los doctores adscritos, a excepción del Dr. González, con quien se hacía la excepción los martes y jueves, realizándolo de 6:30 am a 10:30 am. Se rotaba cada mes con un adscrito.

Durante esta actividad se detectaban a los pacientes o familiares que requerían intervención psicológica inmediata, además de que se realizaba seguimientos con los que se había trabajado previamente.

✓ Asistencia a consulta externa:

El objetivo de esta actividad era monitorear el progreso de pacientes que habían estado hospitalizados o que solo asistieran a consulta externa, identificando el estado emocional, adherencia y algunos factores que intervinieran en la enfermedad para que pudieran ser valorados y citados en consulta externa de medicina conductual. Esto se realizaba al menos dos horas a la semana.

✓ Preparación para procedimientos médicos:

Al ser un servicio de diagnóstico, se llevaban a cabo procedimientos médicos invasivos como parte del protocolo de estudios (por ejemplo, colocación de catéter, realización de biopsias, aspirados de médula ósea, etc.), donde la función del residente era trabajar la disminución de ansiedad mediante ejercicios de relajación (respiración diafragmática, relajación autógena e imaginación guiada), psicoeducación y distracción cognitiva.

✓ Realización de notas.

Después de cualquier intervención se realizaban notas en los expedientes de los pacientes atendidos, el tipo de nota dependía de la intervención que se hubiera realizado. Si era una entrevista de primera vez con el paciente la nota elaborada debía ser de primera vez en un estilo SOAP y en caso de ser con familiar era informativa. Posterior a la primera sesión, se realizaban únicamente notas de seguimiento con observaciones de la sesión y del tratamiento. Otro tipo de nota era la de

resumen, la cual era utilizada en caso de llevar un trabajo extenso con el paciente y ser solicitada por personal médico, realizando un resumen de lo trabajado.

En todas las notas, se elaboraba una descripción sociodemográfica del paciente y posteriormente se redactaba de acuerdo con el Modelo SOAP que consiste en:

- Subjetivo. Se presenta la información reportada por el usuario, en forma literal.
- Objetivo. Se incluye impresión física, aliño e higiene, orientación en las tres esferas, lenguaje, procesos cognitivos de atención, concentración y memoria, afecto y estado de ánimo, alteraciones censo-perceptuales o motoras, inteligencia promedio, contenido de pensamiento, locus de control, estilo de afrontamiento, redes de apoyo, noción y consciencia de enfermedad.
- Análisis. Se brinda una impresión diagnóstica, basada en criterios clínicos y del DSM IV-TR y los resultados de los instrumentos psicométricos, en caso de haberse aplicado.
- Plan. Se incluyen las acciones que se llevaron a cabo durante la sesión, así como aquellas sugeridas o recomendadas para las sesiones de seguimiento.

Por otro lado, se encuentran las actividades académicas las cuales eran:

✓ Sesiones de caso clínico:

Esta actividad se llevaba a cabo cada miércoles y se turnaba la participación de los residentes para presentar un caso clínico, el cual es la descripción ordenada tanto de los acontecimientos que ocurren a un paciente en el curso de una enfermedad, como de los datos complementarios proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, el tratamiento empleado y la evolución del paciente. Esto con tres objetivos principales que eran:

- Aprender de compañeros más experimentados, así como de su propio trabajo, evaluando situaciones concretas de los pacientes.
- Contribuir a cambiar y mejorar la práctica clínica.
- Reconocer nuevas enfermedades o problemáticas.

✓ Supervisión in situ:

Como ya se mencionó, la supervisión in situ era llevada a cabo por el Dr. Ricardo Gallardo, quien revisaba y firmaba todas las notas realizadas. Y asistía y participaba en los casos clínicos y sesiones bibliográficas.

✓ Supervisión académica:

Los miércoles se acudía a supervisión académica junto con los compañeros residentes asignados a Hematología y Trasplantes. En este espacio se buscaba la consolidación grupal y personal de conocimientos y habilidades teórico-metodológicas del residente de Medicina Conductual, acorde a las demandas de cada servicio. Esto se lograba con apoyo del supervisor académico, quien moderaba la revisión de literatura especializada, identificación de necesidades y propuestas de solución del servicio asignado, así como el diagnóstico psicológico de los pacientes. Otra de las funciones de este espacio era la revisión de casos clínicos, los cuales debían cumplir con criterios preestablecidos.

✓ Sesión bibliográfica:

A esta actividad se acudía los viernes y se revisaba algún artículo de interés para el área, siendo coordinado por el supervisor *in situ*.

Ubicación del residente en la sede: reorganización.

A partir de junio del 2019 se comenzó una nueva etapa para Medicina Conductual en el HJM, donde esto implicó los siguientes cambios:

- Cambio de supervisor in situ, del Dr. Ricardo Gallardo Contreras por la Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes como titular y la Mtra. Michelle Charlier Kuri como adjunta.
- Unificación de la supervisora académica en todos los servicios a cargo de la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo y la Mtra. Cristina Bravo González.
- Unión de Medicina Conductual con la Unidad de Salud Mental Comunitaria.
- La asignación de un solo residente al servicio de Medicina Interna.

Las actividades del residente se modificaron, manteniendo algunas con adecuaciones y eliminando otras. Las que se mantuvieron con adecuaciones son las que se observan en la Tabla 9. Y fue agregada la supervisión *in situ* todos los días de 7 a 8 am donde se revisaban casos clínicos, se elaboran o revisaban notas del día y se trabaja en conjunto actividades que se tuvieran que llevar a cabo por parte de salud mental. De igual manera, fue agregado los miércoles de 11:00 am a 12:00 pm clases en donde se revisan las implicaciones psicológicas en las enfermedades crónico-degenerativas.

Tabla 9.

Modificaciones en las actividades del residente en medicina conductual en el servicio de Medicina Interna.

Actividad	Adecuación
Pase de visita en las salas de hospitalización.	Al existir cuatro médicos adscritos y solo un residente de medicina conductual, en los meses de julio a diciembre del 2019, el pase se realizó los lunes con la Dra. Flores, el martes con el Dr. González, jueves con la Dra. Martínez y viernes con la Dra. García, en un horario de ocho a once de la mañana. Atendiendo a los pacientes o familiares del médico con quien se hiciera el pase y de existir una crisis en pasillo de algún otro médico, a esta se le daba prioridad. De enero a marzo del 2020 la atención de pacientes fue distribuida entre tres psicólogas debido al ingreso de las residentes de primer año al servicio.
Realización de notas.	Las notas eran realizadas por el residente y supervisadas por la Mtra. Cintia Sánchez en un horario de 1:00 pm a 2:30 pm a excepción de los miércoles. De igual manera, en este horario eran supervisados casos clínicos. Se eliminó el uso de notas de resumen y se realizaron adecuaciones a la nota SOAP, como el orden en que se presenta, dejando al final el análisis y agregando el pronóstico psicológico reservado o favorable.
Sesiones de caso clínico.	Esta actividad se conjuntó con los estudiantes de licenciatura y maestría de la Universidad de Londres, pasando cada quince días a exponer un residente de Medicina conductual los miércoles de 12 am a 1 pm.
Supervisión académica.	La supervisión se llevaba cabo los miércoles de nueve a once am por parte de la Mtra. Cristina Bravo y la Mtra. Maetzin Ordaz. Realizando sesiones bibliográficas, revisión de casos clínicos, protocolos de investigación y reporte de experiencia profesional; así como la supervisión de materiales solicitados por la supervisora <i>in situ</i> o el servicio de salud mental.

Nota: Elaboración propia.

Estadísticas de los pacientes atendidos

La Maestría desde varias generaciones atrás ha mostrado particular interés en registrar y reportar la cantidad de pacientes, ya que, esto permite conocer el desempeño del residente y las particularidades del servicio.

A continuación, se presenta la descripción de los datos estadísticos referentes a la población atendida de enero 2019 a marzo del 2020 en el servicio de Medicina Interna. En total se realizaron 445 intervenciones psicológicas con 273 pacientes, siendo casi la misma mitad de hombres y mujeres atendidas como se muestra en la Figura 4.

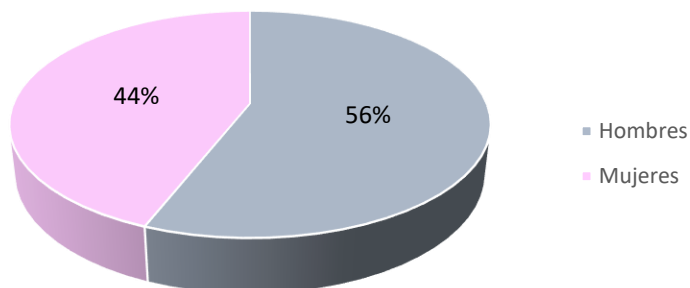


Figura 4. Porcentaje de pacientes atendidos por sexo.

Referente a los datos demográficos de la población, el rango de edad de los pacientes fue de 12 a 89 años, siendo la edad promedio 44 años. Su estado civil, la mayoría de los pacientes reportó estar soltero (43%) o casado (40%) y los menos recurrente fueron divorciado (6%), viudo (5%), unión libre (5%) y separados (1%). Sobre su lugar de residencia de los pacientes la mayoría eran locales (81%), es decir, de la Ciudad de México o del Estado de México.

Por otro lado, la modalidad de atención a los pacientes fue en su mayoría en consultas de primera vez (61%) y el resto subsecuente (39%) como se observa en la Figura 5.

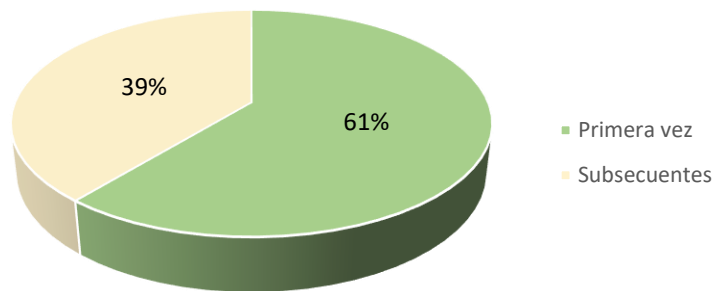


Figura 5. Porcentaje de modalidad de atención a los pacientes atendidos.

Como ya se mencionó, la Residencia en el servicio de Medicina Interna otorga atención psicológica en consulta externa y hospitalización dependiendo de las demandas del servicio y de las actividades propias del residente. Durante este periodo, la mayor atención se concentró en hospitalización (97%) como observa en la Figura 6.

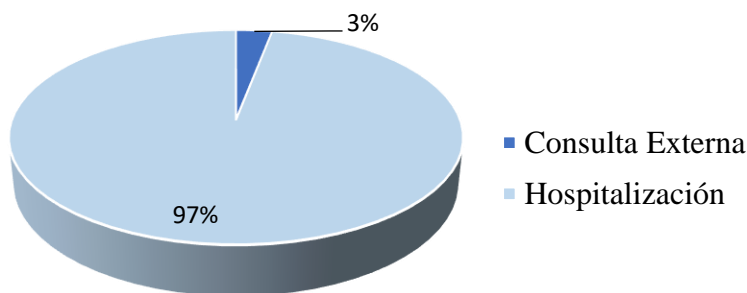


Figura 6. Porcentaje de área de atención de los pacientes atendidos.

Si bien el 97% de la atención psicológica fue para pacientes del servicio de medicina interna, el 3% restante fue para el servicio de ortopedia, pediatría, reumatología, cardio y ginecología a través de interconsultas.

Los diagnósticos médicos de la población atendida variaron como se muestra en la Tabla 10, el mayor porcentaje de atención fue para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada (pie diabético, cetoacidosis, hiper e hipoglucemias), síndrome consuntivo, neumonía adquirida en la comunidad, infección de vía urinarias y sagrado de tubo digestivo. El resto de los diagnósticos incluidos en la categoría “otros” corresponde a padecimientos que tuvieron una frecuencia menor a cuatro casos, como trombosis venosa profunda, meningitis, enfermedad renal crónica, encefalopatía, etc.

Tabla 10.

Diagnósticos médicos presentados por los pacientes atendidos.

Diagnóstico médico	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo 2	75%
Síndrome Consuntivo	8%
Neumonía adquirida en la comunidad	3%
Infección de Vías Urinarias	1%
Sangrado de Tubo Digestivo	1%
Otros con -1%	12%

Nota: Elaboración propia

Los diagnósticos psicológicos identificados en su mayoría se relacionan con factores psicológicos que afectan algún aspecto de la hospitalización o de la enfermedad. Se observa en la Tabla 11 que el que presentó mayor porcentaje de ocurrencia es síntomas de ansiedad que afectan el curso de la enfermedad, reacción de estrés aguda y déficit de información que afectan el estado físico. Y los que se encuentran en la categoría de otros, fueron los menos frecuentes con menos de cuatro casos de ocurrencia como duelo patológico, trastorno depresivo mayor, episodio depresivo, síndrome de abstinencia, trastorno disociativo, entre otros.

Tabla 11.

Diagnósticos psicológicos presentados por los pacientes atendidos.

Diagnóstico psicológico	Porcentaje
Factor psicológico (síntomas de ansiedad) que afecta el curso de la enfermedad	18 %
Reacción de estrés aguda	15 %
Factor psicológico (déficit de información) que afectan el estado físico	9 %
Factor psicológico (síntomas de ansiedad) que afecta estancia hospitalaria	8 %
Factor psicológico (déficit de información) que afecta el curso de la enfermedad	8 %
Factor psicológico (sintomatología depresiva) que afecta el curso de la enfermedad	5 %
Factor psicológico (estilo de afrontamiento) que afecta el curso de la enfermedad	3 %
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	3 %
Incumplimiento terapéutico	3 %
Factor psicológico (síntomas de ansiedad) que afecta protocolo de estudios	3 %
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	2 %
Trastorno somatomorfo	2 %
Factor psicológico (déficit de información) que afecta la estancia hospitalaria	2 %
Trastorno de ansiedad	1 %
Trastorno adaptativo	1 %
Otros con -1% de ocurrencia	11 %

Nota: Elaboración propia

La modalidad de atención se muestra en la Figura 7 en donde se observa que fue mayor de manera individual (64%) y de atención a familiares (30%). La menos recurrente fue conjuntado individual y familiar (6%).

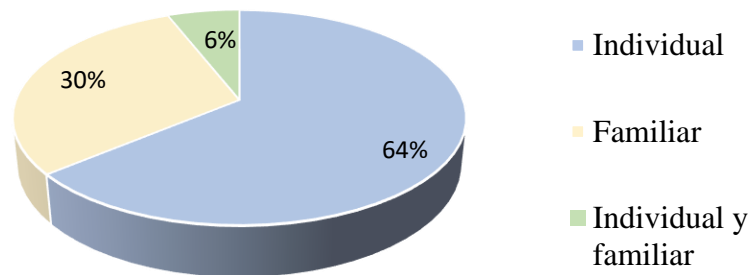


Figura 7. Porcentaje de la modalidad de atención de los pacientes atendidos.

En la Figura 8 se puede observar la clase de atención psicológica que se otorgó a los pacientes, la cual fue en su mayoría fue entrevista inicial e intervenciones.

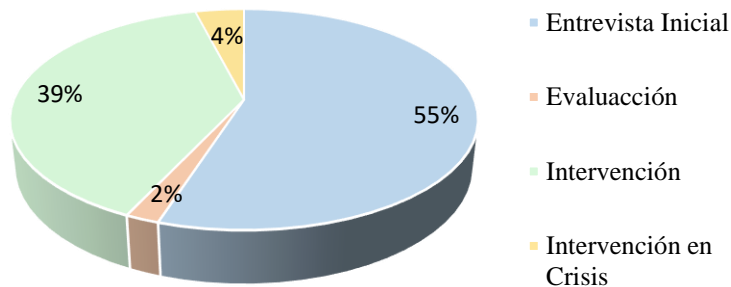


Figura 8. Porcentaje de la clase de atención psicológica de los pacientes atendidos.

Por último, las técnicas psicológicas se muestran en la Tabla 12, en donde se observa que la más recurrente fue la psicoeducación y orientación, seguido de elementos de terapia cognitiva y respiración pasiva. En la categoría de otros se encuentran las técnicas que presentaron una frecuencia menor a diez como activación conductual, control de estímulos, balance decisonal, manejo de contingencias, detención de pensamientos, entre otras.

Tabla 12.

Técnicas de intervención psicológicas empleadas en los pacientes atendidos.

Técnicas de intervención psicológica	Porcentaje %
Psicoeducación	26 %
Orientación	20 %
Elementos de terapia cognitiva	9 %
Respiración pasiva	7 %
Distracción cognitiva	5%
Distracción instrumental	4%
Solución de Problemas	4%
Respiración diafragmática	4%
Información	3%
Componentes de relación (incluye escucha activa)	3%
Otros	15%

Nota: Elaboración propia.

Competencias profesionales alcanzadas

El objetivo de cursar una maestría es lograr la especialización de conocimientos y competencias propias del campo aplicado. Durante los dos años de la Residencia de Medicina Conductual, el alumno desarrolla conocimientos, habilidades, experiencias y competencias para tratar con enfermos, familiares y cuidadores, evaluando conductas, desarrollando estrategias de intervención favorecedoras de la resolución de problemas psicológicos y del trabajo en equipos multidisciplinarios de salud (Reynoso, 2014). Con base en lo anterior, se considera que se alcanzaron competencias profesionales en diversos rubros, algunos de ellos, descritos a continuación.

Actividades diarias

Dentro de estas actividades se encuentra realizar el pase de visita en hospitalización junto con el personal médico, consulta externa del servicio de medicina conductual, interconsultas,

elaboración de notas y registro de productividad. Las cuales construyen un puente entre la teoría y la práctica y permitieron alcanzar competencias como:

- ✓ Entendimiento de terminología y procesos médicos.
- ✓ Adaptabilidad para intervenir en diversos contextos hospitalarios (hospitalización, consulta externa, procedimientos médicos invasivos).
- ✓ Eficacia para identificar problemas psicológicos de los pacientes que afectan la enfermedad o estancia hospitalaria.
- ✓ Habilidades de comunicación con personal médico.
- ✓ Desarrollo de intervenciones que favorezcan la adherencia al tratamiento médico.

Las actividades diarias al ser supervisadas por el supervisor *in situ* permiten desarrollar habilidades y capacidades necesarias para la labor dentro de un hospital de tercer nivel. Dicha supervisión al estar a cargo del Dr. Gallardo permitió aprender sobre trámites administrativos y el punto de vista psiquiátrico dentro de las enfermedades crónicas. Por otro lado, cuando ésta estuvo a cargo de la Mtra. Cervantes, se agregó el mejoramiento de técnicas de intervención y se amplió el conocimiento sobre los demás servicios (geriátrica, oncopediátrica, ginecología, oncología, hematología, trasplantes y clínica del dolor).

Por último, dentro de las actividades diarias se encuentra la enseñanza y orientación del servicio a los compañeros de primer año, así como la supervisión de notas. Lo cual, me permitió desarrollar habilidades de enseñanza y trabajo en equipo.

Actividades académicas

Las actividades académicas dieron cabida a la adquisición de habilidades de redacción de notas clínicas en formato SOAP para integración a expediente clínico, la estructuración de casos clínicos, mejora de habilidades de búsqueda de información para presentación de artículos y la elaboración de programas de intervención.

Por otro lado, las sesiones bibliográficas llevadas a cabo durante la supervisión *in situ* del Dr. Gallardo, contribuyeron a la búsqueda de información y comprensión de lectura, lo cual favorecía la actualización de las intervenciones basadas en evidencia. Y las llevadas a cabo por la Mtra. Cervantes aportaron una ampliación del conocimiento a otros servicios donde el residente no llevaba a cabo su labor cotidiana.

Respecto a la supervisión académica se lograron mejorar habilidades de redacción, comprensión de textos, organización y mejoramiento de intervenciones.

Protocolo

El protocolo permitió el desarrollo de búsqueda de evidencia científica para poder ofrecer las mejores intervenciones posibles. Así como la incursión en el diseño de material psicoeducativo y registros para éste. Y al tratarse de conseguir la población, permitió desarrollar habilidades sociales con personal de enfermería y administrativos para poder organizar la fecha y lugar de los talleres.

Conclusiones y sugerencias

El programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual tiene como principal objetivo el desarrollo de capacidades para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud. Se considera que dichas capacidades se lograron desarrollar en el servicio de Medicina Interna.

Como sugerencia se considera el mantenimiento de la supervisión a protocolos desde la inserción al hospital ya que esto puede traer consigo mejores proyectos, con la ayuda y análisis de profesoras y compañeros. Así como el seguimiento propuesto por la Mtra. Cervantes para atender interconsultas de otros servicios y mantenerse todos actualizados con una idea general de las enfermedades o peculiaridades de cada servicio.

Respecto al servicio se sugiere darle seguimiento a la propuesta por la jefa de servicio por llevar a cabo talleres para mejorar la comunicación interna entre residentes, adscritos y personal del servicio de manera periódica acorde a la rotación de los residentes o personal.

Por último, la apertura de espacios físicos para la atención de consulta externa de medicina conductual favorecería la intervención a un mayor número de pacientes, ya que, si bien se contó con el consultorio de rehabilitación, este no era suficiente en ocasiones debido a la demanda de pacientes.

Referencias

- Alkhalaf, J., Soh, K., Mukhtar, F., Peng, O. & Anshasi, H. (2020). Stress management interventions for intensive and critical care nurses: A systematic review. *Nursing in critical care*, 25(2), 84-92. doi: 10.1111/nicc.12489
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saú de Publica*, 8, 254-261. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csp/1992.v8n3/254-261/>
- Blanco, G. (2004). Estrés laboral y salud en las enfermeras instrumentistas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 27(1), 29-35. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-04692004000100006&script=sci_arttext
- Bravo, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso & A. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 43-64). México: Qartuppi
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, 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, e924171-1. doi: 10.12659/MSM.924171
- Canon, W. (1929). *Body changes in pain, hunger, fear and rage*. Nueva York: Appleton. (2a ed.). 1278-1293.
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2010). The burnout syndrome: Historical evolution since the employment context to the sports field. *Anales De Psicología*, 26(1), 169-180. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/92171>
- Collados, J., & García, N. (2012). Riesgo de estrés en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Revista Científica de Enfermería*, 4 (10), 120-134. doi: 10.14198/recien.2012.04.02

- Cortaza, L., & Torres, M. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz. México. *Rev. iberoam. educ. invest. enferm.(Internet)*, 20-26. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29301?lang=es>
- Dos Santos, R., & Tolstenko, L. (2008). Contribución familiar en el control de la hipertensión arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 871-876. doi: 10.1590/S0104-11692008000500012
- Dunckley, M., Hughes, R., Addington, J. M., & Higginson, I. (2003). Translating clinical tools in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 420-426. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02821.x
- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1(1), 71-84. Recuperado de: <http://euaem1.uaem.mx/handle/123456789/1974>
- Dutton, S., & Kozachik, S. (2020). Evaluating the Outcomes of a Web-Based Stress Management Program for Nurses and Nursing Assistants. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 32–38. doi: 10.1111/wvn.12417
- Eysenbach, G., Wolters, M., Mclay, R., Gaggioli, A., Pallavicini, F., Morganti, L., ... Baruffi, M. (2014). Experiential virtual scenarios with real-time monitoring (interreality) for the management of psychological stress: a block randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(7), e167. doi: doi.org/10.2196/jmir.3235
- Enelow, A. & Henderson, J. (1976). The coronary risk factor problem: A behavioral perspective. *Preventive medicine*, 5(1), 128-148. doi: 10.1016/0091-7435(76)90016-5
- Engel, G. (1997). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Escribà, V., Más, R., Cárdenas, M., Burguete, D., & Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. *Rev. Rol enferm*, 506-511. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-34249>

- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical care nursing quarterly*, 33(3), 273-281. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d91424
- Excelsior (8 de octubre 2018) *IPN reducir estrés en trabajadores del hospital Juárez* (consultado el 09 de septiembre del 2020). Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/08/08/1109737>
- Frenk, J., Lozano, R. & Bobadilla, J. L. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111, 485-496. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16560>
- Ganong, W. F. (1973). Biogenic amines, sympathetic nerves, and renin secretion. In *Federation proceedings*, 7(32), 1782-1797. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4146284/>
- Gobierno de México. (2020). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención*. Recuperado de <https://www.gob.mx/stps/articulos/norma-oficial-mexicana-nom-035-stps-2018-factores-de-riesgo-psicosocial-en-el-trabajo-identificacion-analisis-y-prevencion>
- Gracia, S. y Vallejo, M. (2014). *Implementación de un taller para manejar el estrés con técnicas cognitivo-conductuales en empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.* (tesis de licenciatura). Recuperado de tesis UNAM.
- Gélinas, C., Fillion, L., Robitaille, M., & Truchon, M. (2012). Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the intensive care unit. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 44(1). Recuperado de: <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2337>
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., & Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11(2-3), 281-290. Recuperado de https://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil_archivos/Articulos/2005_Ansiedad_y_Estres.pdf

- Guic, E., Bilbao, M. & Bertin, C. (2002). Occupational stress and health in a sample of Chilean executives. *Revista médica de Chile*, 130(10), 1101-1112. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12491827/>
- Günüşen, N. & Üstün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International nursing review*, 57(4), 485-492. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00808.x
- Guyton, A. C. (1973). Cardiac output and its regulation. *Circulatory physiology*, 7 (23), 353-371. Recuperado de: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10005250379/>
- Hernández, E., Cerezo, R. & López, M. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161-166. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073h.pdf>
- Hernández, J., Puig, M., García, P., Marcel, E., & Quesada, M. (2011). Estrés oxidativo y diabetes mellitus. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 58(1), 4-15. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27843>
- Hersch, R. K., Cook, R. F., Deitz, D. K., Kaplan, S., Hughes, D., Friesen, M. A., & Vezina, M. (2016). Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied Nursing Research*, 32, 18–25. doi: 10.1016/j.apnr.2016.04.003
- Juárez, A., Idrovo, Á. J., Camacho, A., & Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam142j.pdf>
- Kenny D., Carlson J., McGuigan F. & Sheppard J. (2000). Stress and health: research and clinical applications. *Harwood Academic Publishers*. 375-39. doi: 10.1080/00029157.2003.10403533

- Labrague, L., McEnroe-Petitte, D. M., Gloe, D., Thomas, L., Papathanasiou, I. & Tsaras, K. (2017). A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *Journal of Mental Health, 26*(5), 471-480. doi: 10.1080/09638237.2016.1244721
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Descleé de Brouwer.
- Light, I. & Bincy, R. (2012). Effect of stress management interventions on job stress among nurses working in critical care units. *Nursing Journal of India, 103*(6), 269. Recuperado de <https://europepmc.org/article/med/23923598>
- López, F., & López, M. J. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y enfermería, 17*(2), 47-54. doi: 10.4067/S0717-95532011000200006
- Lucini, D., & Pagani, M. (2012). From stress to functional syndromes: An internist's point of view. *European journal of internal medicine, 23*(4), 295-301. doi: 10.1016/j.ejim.2011.11.016
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub5.
- Martínez, C. (2018). Secretaria de Salud Hospital Juárez de México 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México, 67*(3), 136-138. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2000/ju003g.pdf>
- Martínez, C., & López, G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en medicina familiar, 7*(1), 6-9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/507/50770103.pdf>

- Mamani, A., Obando, R., Uribe, A. & Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. 3(1), 50-57. Recuperado de: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/543>
- Moeini, B., Hazavehei, S., Hosseini, Z., Aghamolaei, T. & Moghimbeigi, A. (2011). The Impact of Cognitive-Behavioral Stress Management Training Program on Job Stress in Hospital Nurses: Applying PRECEDE Model. *Journal of Research in Health Sciences*, 11(2), 114–120. Recuperado de <http://eprints.hums.ac.ir/3658/>
- Moya, M., Larrosa, S., López, C., López, I., Morales, L., & Gómez, Á. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 12(31), 232-253. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/administracion5.pdf>
- Murillo, S. (2019). Propuesta para reducir el estrés: intervención basada en la terapia racional emotiva (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Tesis UNAM.
- Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 4 (49), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo?* Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/18/es/>
- Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied Nursing Research*, 25(3), 152–157. doi: 10.1016/j.apnr.2011.01.004
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y estrés* 5, (1), 61-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186719>
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1). Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/16>

- Ramachandruni, S., Fillingim, R. B., McGorray, S. P., Schmalfluss, C. M., Cooper, G. R., Schofield, R. S., & Sheps, D. S. (2006). Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise-or adenosine-induced ischemia. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(5), 987-991. doi: 10.1016/j.jacc.2005.10.051
- Ramírez, M., Dávalos, A., Ochoa, R. & Rubilar, D. (2017). Estresores laborales del personal de enfermería de un Hospital de Alta Especialidad en México. *Revista de Enfermería Neurológica*, 16(1), 25-35. Doi: 10.37976/enfermeria.v16i1.233
- Razali, M. (2008). Life evento, stress and illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15 (4): 9-18. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341916/>
- Reyes, H. (2006). ¿Qué es medicina interna? *Revista Médica de Chile*, 134(10), 1338-1344. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001000020&script=sci_arttext&tlng=p
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-26). México: Qartuppi
- Reynoso, L. (2014). El trabajo de los psicólogos especializados en medicina conductual en México. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/264001348_El_trabajo_de_los_psicologos_especializados_en_medicina_conductual_en_Mexico
- Reynoso, L., Becerra, A. & Lugo, I. (2019). Estrés: trastorno de estrés agudo (TEA) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). En L. Reynoso, A. Becerra & I. Lugo (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos*. (pp. 15- 34). Hermosillo: Qartuppi. doi: 10.29410/QTP.19.02
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R., & Sánchez, J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista*

- Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537304.pdf>
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Mriné, A. & Serra, C. (2016). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Sao Paulo Medical Journal*, 134(1), 92. doi: 10.1590/1516-3180.20161341T1
- Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A., & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(3), 169-178. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/40967705>
- Rozanski, A., Bairey, C. N., Krantz, D. S., Friedman, J., Resser, K. J., Morell, M., & Berman, D. S. (1988). Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 318(16), 1005-1012. doi: 10.1056/NEJM198804213181601
- Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. *International journal of nursing studies*, 49(8), 988-1001. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010
- Sánchez, D. (2015). Estrés en estudiantes de enfermería: una revisión sistemática. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(1), 119-133. Recuperado de: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/332>
- Sargazi, O., Foroughameri, G., Miri, S., & Farokhzadian, J. (2018). Improving the professional competency of psychiatric nurses: Results of a stress inoculation training program. *Psychiatry research*, 270, 682-687. doi: 10.1016/j.psychres.2018.10.057

- Said, Z. & Khen, G. (2018). A review on mindfulness and nursing stress among nurses. *The International Journal of Counseling and Education*, 3(1), 1-13. doi: 10.23916/0020170211740
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-251. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00846677>
- Secretaría de Salud. (2016). *Manual de Organización específico del Hospital Juárez de México*. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/comeri/DG_DA_COMERI_013_2017_MOE_HJM_2016_COMERI.pdf
- Secretaría de Salud. (2018). *Portal del Hospital Juárez de México*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>
- Selye, H. (1956). The Birth of the G.A.S. En *The stress of life* (pp. 29-54). New York: McGraw Hill.
- Shariatkhah, J., Farajzadeh, Z., & Khazaei, K. (2017). The Effects of Cognitive-Behavioral Stress Management on Nurses' Job Stress. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(5), 398–402. doi: doi.org/10.4103/1735-9066.215683
- Smith, P. & Blumenthal, A. (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms and treatment. *Revista Española de Cardiología*, 64 (10): 924-933. doi: 10.1016/j.rec.2011.06.003
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological psychiatry*, 73(9), 827-835. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.01.032>
- Stewart, W., & Terry, L. (2014). Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nursing Standard*, 28(34). Recuperado de <https://insights.ovid.com/nursing-standard/nust/2014/04/230/reducing-burnout-nurses-care-workers-secure/51/00002311>

- Stanulewicz, N., Knox, E., Narayanasamy, M., Shivji, N., Khunti, K., & Blake, H. (2020). Effectiveness of Lifestyle Health Promotion Interventions for Nurses: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 17. doi: 10.3390/ijerph17010017
- Terp, U., Hjärthag, F., & Bisholt, B. (2019). Effects of a cognitive behavioral-based stress management program on stress management competency, self-efficacy and self-esteem experienced by nursing Students. *Nurse educator*, 44(1), E1-E5. doi: 10.1016/j.rec.2011.06.003
- Vila, J. (1980). Biofeedback y autorregulación. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 6, 11-12.
- Wallace, L., Bourke, M., Tormoehlen, L. & Poe, V. (2015). Perceptions of clinical stress in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 91-98. Recuperado de: <https://www.degruyter.com/view/journals/ijnes/12/1/article-p91.xml>
- Zayfert, C. & Black, C. (2008). Terapia cognitivo conductual para el tratamiento del PTSD. En K. Rendón (Ed.), *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. (pp. 1-9). México: Manuel Moderno.
- Zupiria, X., Uranga, M, Alberdi, J., & Barandiaran, M. (2003). KEZKAK: a new bilingual questionnaire to measure nursing students' stressors in clinical practice. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 37-50. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000100007&lng=es&tlng=en.

Anexo 1- Formato de adaptación de KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas de Zupiria Gorostidi, X., Uranga Iturriotz, M. J., Alberdi Erize, M. J., y Barandiaran Lasa, M. (2003).

Estimado Juez: Usted ha sido seleccionado para rectificar la correcta adaptación del presente cuestionario a personal de enfermería que evalúa el estrés percibido en diferentes áreas. El cual se compone de 9 factores que son: falta de competencia, contacto con el sufrimiento, relación con compañeros, impotencia e incertidumbre, no controlar la relación con el enfermo, implicación emocional, dañarse en la relación con el enfermo, el enfermo busca una relación íntima y sobrecarga. Esto a través de un total de 41 reactivos.

Edad: _____ Sexo: M () H () Escolaridad: _____ Cargo que desempeña: _____

Definición: Lazarus y Folkman definen el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos”. Para estos autores el estrés deja de ser un estímulo o una respuesta fisiológica o emocional, para convertirse en un proceso en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la interacción dinámica de dos procesos básicos: la valoración cognoscitiva que cada persona hace sobre las demandas ambientales, y las estrategias de afrontamiento con que cuenta para hacer frente a dichas demandas.

A continuación, se presentan la **propuesta de instrucciones:**

Edad: _____ **Sexo:** Femenino Masculino **Semestre que cursa:** _____

¿Qué tiempo llevas realizando prácticas profesionales en hospital? _____

¿En qué servicios? _____

Estimado participante, el presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre el nivel de estrés laboral que le genera el trabajo que realiza en el servicio donde usted lleva acabo sus prácticas profesionales. En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones. Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que usted nos brinda es anónima y confidencial.

A continuación, se presentan algunas oraciones, que describen situaciones propias del ejercicio profesional, nos interesa saber que tanta preocupación le han ocasionado o le ocasionarían en caso de ocurrir; siendo las respuestas:

Nada	Algo	Bastante	Mucho

Reactivo de Zupira, Uranga, Alberdi y Barandiran (2003)	Reactivo propuesto	Observaciones
1.- No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo.	No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo.	
2.- Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente.	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente.	
3.- Sentir que no puedo ayudar al paciente.	Sentir que no puedo ayudar al paciente.	
4.- Hacer daño psicológico al paciente.	Hacer daño psicológico al paciente.	
5.-No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes.	No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes.	
6.- Hacer daño físico al paciente.	Hacer daño físico al paciente.	
7.- No saber cómo responder al paciente.	No saber cómo responder al paciente.	
8.- Que me afecten las emociones del paciente.	Que me afecten las emociones del paciente.	
9.- Tener que dar malas noticias.	Tener que dar malas noticias.	
10.- Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento.	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento.	
11.- Que el paciente me trate mal.	Que el paciente me trate mal.	
12.- La relación con los profesionales de la salud.	La relación con los profesionales de la salud.	
13.- Contagiarme a través del paciente.	Contagiarme de alguna enfermedad a través del paciente.	
14.- Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar.	Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar.	
15.- Pincharme con una aguja infectada.	Picarme con una aguja infectada.	
16.- Confundirme de medicación.	Confundirme de medicación.	
17.- «Meter la pata».	“Meter la pata”	
18.- Ver morir a un paciente.	Ver morir a un paciente.	
19.- La relación con el profesor responsable de prácticas de la escuela.	La relación con la jefa de servicio del piso.	
20.- Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer.	Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer.	
21.- Implicarme demasiado con el paciente.	Implicarme demasiado con el paciente.	
22.- Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante.	Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante.	
23.- No poder llegar a todos los pacientes.	No poder ayudar a todos los pacientes.	

24.- Que el paciente no me respete.	Que el paciente no me respete.	
25.- La relación con la venia.	La relación con autoridades del hospital.	
26.- Recibir la denuncia de un paciente.	Recibir la denuncia de un paciente.	
27.- Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo.	Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo.	
28.- La relación con los compañeros estudiantes de enfermería.	La relación con los compañeros de enfermería.	
29.- Encontrarme ante una situación de urgencia.	Encontrarme ante una situación de urgencia.	
30.- Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse.	Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse.	
31.- Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia.	Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia.	
32.- Tener que realizar procedimientos que duelen al paciente.	Tener que realizar procedimientos que le causan dolor al paciente.	
33.- No saber cómo «cortar» al paciente.	No saber cómo “marcar distancia” con el paciente.	
34.- Tener que trabajar con pacientes agresivos.	Tener que trabajar con pacientes agresivos.	
35.- La sobrecarga de trabajo.	La sobrecarga de trabajo.	
36.- Recibir órdenes contradictorias.	Recibir órdenes contradictorias.	
37.- Que un enfermo del otro sexo se me insinúe.	Que un enfermo del otro sexo se me insinúe.	
38.- No encontrar al médico cuando la situación lo requiere.	No encontrar al médico cuando la situación lo requiere.	
39.- Tener que estar con un paciente terminal.	Tener que estar con un paciente terminal.	
40.- Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo.	Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo.	
41.- Las diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas.	Las diferencias entre lo que se aprende en clase y lo que se realiza en el hospital.	

Anexo 2- Instrumento de evaluación: KEZKAK Cuestionario de estresores en personal de enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL



Edad: _____ **Sexo:** Femenino Masculino **Semestre que cursa:** _____

Edo. Civil: _____ **No. De hijos:** _____

En total ¿Qué tiempo que llevas realizando prácticas profesionales en hospital?: _____

¿En qué servicios? _____

Estimado participante, el presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre el nivel de estrés laboral que le genera el trabajo que realiza en el servicio donde usted lleva a cabo su práctica profesional. En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones. Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que usted nos brinda es anónima y confidencial.

A continuación, se presentan algunas oraciones, que describen situaciones propias del ejercicio profesional, nos interesa saber que tanto le han afectado o le afectarían emocionalmente en caso de ocurrir, siendo las respuestas:

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo.				
2. Hacer mal mi trabajo y perjudicar la salud o la vida del paciente.				
3. Sentir que no puedo ayudar al paciente.				
4. Afectar emocionalmente al paciente.				
5. No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes.				
6. Hacer daño físico al paciente.				
7. No saber cómo responder al paciente.				
8. Tener que dar malas noticias.				
9. Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento(físico, emocional, familiar, etc.).				
10. La relación con otros profesionales de la salud.				
11. Contagiarme de alguna enfermedad a través del paciente.				
12. Que un paciente que estaba mejorando su salud comience a empeorar.				

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
13. Picarme con una aguja infectada.				
14. Confundirme de medicación.				
15. “Meter la pata”				
16. Ver morir a un paciente.				
17. La relación con la jefa de servicio del piso.				
18. Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer.				
19. Implicarme emocionalmente con el paciente.				
20. Que el paciente no me respete.				
21. La relación con autoridades del hospital.				
22. Recibir la denuncia de un paciente.				
23. Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo.				
24. La relación con los compañeros de enfermería.				
25. Encontrarme ante una situación de urgencia.				
26. Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse.				
27. Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia.				
28. Tener que realizar procedimientos que le causan dolor al paciente.				
29. No saber cómo “marcar distancia” con el paciente.				
30. Tener que trabajar con pacientes que se comporten agresivamente.				
31. La sobrecarga de trabajo.				
32. Recibir órdenes contradictorias.				
33. No encontrar al médico cuando la situación lo requiere.				
34. Tener que estar con un paciente terminal.				
35. Las diferencias entre lo que se aprende en clase y lo que se realiza en el hospital.				

Anexo 3-Consentimiento informado



Hospital Juárez de México
Unidad de Salud Mental-Medicina Conductual



Consentimiento informado

La Universidad Nacional Autónoma de México, la Maestría en Medicina Conductual y la Unidad de Salud Mental del Hospital Juárez de México, a través de la Jefatura de Enseñanza y de Pregrado del Hospital Juárez de México (HJM) está llevando a cabo una investigación que tiene por objetivo disminuir los niveles de estrés percibidos en personal de enfermería.

Su participación es completamente voluntaria y no afectará su trabajo; los datos que proporcione son absolutamente confidenciales y se utilizarán únicamente con fines estadísticos y de investigación, por lo que se le invita a contestar honestamente a las afirmaciones que se presentan en este cuestionario.

Si está de acuerdo en participar, por favor anote su nombre completo y firma en los espacios que se encuentran a continuación.

Yo _____ enfermera del Hospital Juárez de México, con fecha de _____, acepto participar en el taller de **Entrenamiento cognitivo conductual para control de estrés en enfermeras**, a cargo de la Psicóloga María del Carmen Estrada Alvarado, comprendiendo que consiste en completar el cuestionario de evaluación y en la participación en todas las sesiones del taller, las cuales consisten en información sobre estrés y el desarrollo de habilidades para disminuirlo. Así mismo, comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y que mis resultados no afectarán ni ahora ni en el futuro mi trabajo dentro del HJM.

Firma _____

¡Gracias por su participación!

Anexo 4- Datos demográficos



Hospital Juárez de México Unidad de Salud Mental-Medicina Conductual



Datos demográficos

INSTRUCCIONES: Favor de completar los datos que a continuación se solicita. No deje espacios en blanco. Gracias por su participación.

FOLIO:

Edad: _____ Sexo: F (___) M (___)

Estado Civil: Soltero (___) Casado (___) Divorciado (___) Viudo (___)

No. De Hijos: _____ Edades: _____

Servicio donde labora _____ Turno: Matutino (___) Nocturno(___)

Mixto (___)

Tiempo que tiene de laborar en el servicio: _____ años _____ meses Horas de trabajo: _____

No. De pacientes por día en el servicio: _____ No. De enfermeras por turnos: _____

Tiempo que emplea en trasladarse a la institución: _____

¿Cuenta con otro trabajo? ¿Cuál? _____

Anexo 5- Cartas descriptivas

Sesión 1 “¿Qué es el estrés?”						
Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
5 min	Que conozcan el objetivo del taller y las reglas de este.	Información	Dar a conocer que el objetivo del taller es reducir los niveles de percepción de estrés	Escucha activa	N/A	-Presentación con objetivos del taller. -Proyector y equipo de cómputo
15 min	Que identifiquen la importancia de aplicar el instrumento de percepción de estrés KEZKAK, así como, que lo contesten junto con sus datos estadísticos.	Aplicación	Se pedirá que lean y firmen el consentimiento informado. Se continuará con la sensibilización acerca de la importancia de contar con una evaluación sincera antes de comenzar el taller, pidiendo que contesten el instrumento KEZKA, el cual mide la percepción de estrés en personal de enfermería, así como algunos datos demográficos del participante.	Contestar el consentimiento informado, el cuestionario KEZKAK y la hoja de datos demográficos	N/A	-Instrumento KEZKA -Hoja de datos demográficos -Consentimiento informado
25 min	Identificar que es el estrés y las repercusiones que tiene en su salud. Así como los principales estilos de afrontamiento.	Psicoeducación	Explicar el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), así como las consecuencias que tienen a corto y largo plazo en nuestra salud.	Escucha activa	N/A	-Presentación con explicación de estrés y afectaciones. -Video “El estrés explicado por Disney”

15 min	Identificar las situaciones que le generan estrés en su servicio.	Listado de situaciones	Explicar la importancia de partir de la identificación de situaciones que generan estrés en su servicio.	Realizar la actividad “¿Qué te causa estrés?”, donde deberán enlistar 3 situaciones que se presentan frecuentemente que les generen estrés.	Continuar la actividad “Abre los ojos al estrés” anotando al menos 3 situaciones que identifiquen en la semana que les generen estrés. La cual se explicará que será retomada en la sesión 3.	-Cuadernillo de actividades
Sesión 2 “Respuesta fisiológica”						
Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
10 min	Recordar el modelo de estrés con el objetivo de comenzar a trabajar con la respuesta fisiológica.	Repaso	Se recordará el modelo trabajado en la sesión anterior y se explicará que se comenzará a trabajar con el control de la respuesta fisiológica.	Participación con lo trabajado en la sesión pasada, así como la exposición de las situaciones que lograron identificar como fuentes de estrés durante la semana.	N/A	Presentación con el modelo de estrés.
	Realizarán respiración diafragmática e identificarán el efecto que tiene en los signos vitales, empleándolos como	Respiración diafragmática	Se les explicará la importancia de comenzar con controlar la respuesta fisiológica, haciendo énfasis en la ayuda que tiene en esto la respiración diafragmática.	En la actividad “¿Cómo manipulo mis signos vitales?” registrar sus signos vitales, practicar la	Realizar este tipo de respiración en su servicio al menos una vez al día, registrando en la actividad “Manipulemos	-Baumanómetro -Oxímetro -Presentación con modelo de la respiración.

25 min	retroalimentación biológica.		<p>Antes de comenzar, se les pedirá que, en parejas, se tomen sus signos vitales y los registren en la actividad 2.</p> <p>Enseguida, se les pedirá que se sienten de la manera más cómoda y se modelará cómo realizar este tipo de respiración. Al finalizar se pedirá que nuevamente se tomen los signos vitales y se comparen los resultados.</p>	respiración diafragmática y volver a registrar sus signos.	nuestros signos en el trabajo”.	-Cuadernillo de actividades
25 min	Realizará relajación muscular progresiva, identificándola como un ejercicio de liberación de tensión.	Relajación muscular progresiva	<p>Se enseñará el concepto de tensión-distensión.</p> <p>Se realizará la relajación por pares, comenzando por miembros inferiores y terminando por los músculos de la cara.</p>	Ejecución de relación muscular progresiva	Realizar un ejercicio de relajación muscular progresiva, después del trabajo al llegar a casa. Registrando en la actividad “Relaja el cuerpecito...”	-Cuadernillo de actividades
Sesión 3 “Solución de problemas”						
Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
10 min	Revisar los registros de “Manipulemos nuestros signos en el trabajo” y “Relaja el cuerpecito” para conocer las dificultades que se	Repaso	Retomar los ejercicios realizados durante la semana.	Participación con sus experiencias sobre la respiración diafragmática y la relajación muscular	N/A	N/A

	presentaron y los efectos que lograron identificar.			realizados durante la semana.		
50 min	Que identifiquen la técnica de solución de problemas y sean capaces de llevarla a cabo en las situaciones identificadas como estresantes.	Solución de problemas	Se realizará la actividad “Pongamos soluciones a los problemas” al mismo tiempo que se irá explicando paso a paso la técnica de solución de problemas con alguna de las situaciones identificadas en la actividad “Abre los ojos al estrés”.	Retomar sus situaciones de la actividad “Abre los ojos al estrés” para contestar la actividad “Pongamos soluciones a los problemas”.	Realizar la técnica de solución de problemas en al menos 3 situaciones durante la semana y registrarlas en la actividad “Tomando soluciones en el hospital”.	Presentación de la técnica de solución de problemas. Hoja de actividad Lápices
Sesión 4 “Seguimiento a solución de problemas e inicio de comunicación asertiva”						
Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
40 minutos	Monitorear la ejecución de llevar a cabo la técnica de solución de problemas en el hospital, así como apoyar en las dificultades que pudieron presentarse.	Solución de problemas	Revisar los registros de la actividad “Tomando soluciones en el hospital”, contando con la participación de un ejemplo de cada participante.	Participación.	N/A	Pizarrón Plumones
20 minutos	Que las participantes identifiquen los tipos de comunicación	Habilidades sociales	Explicar los tres tipos de comunicación existentes.	Escucha activa.	Realizar durante la semana la actividad “Ojo a cómo nos	Presentación con tipos de comunicación.

	existentes (agresiva, asertiva y pasiva), así como identificar en el contexto hospitalario situaciones donde se presenten esto y el efecto que tiene en la interacción.	(comunicación asertiva)			comunicamos” donde registrarán una situación donde identifiquen comunicación pasiva, asertiva y agresiva.	
--	---	-------------------------	--	--	---	--

Sesión 5 “Comunicación asertiva”

Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
60 min	Que las participantes identifiquen y practiquen técnicas de asertividad.	Habilidades sociales (comunicación asertiva)	Exponer técnicas de asertividad	En diadas, trabajar con la actividad “Ojo a cómo nos comunicamos”, para poder pasar al frente y realizar rol playing empleando alguna de las estrategias expuestas de asertividad, enfocándolo a 3 tipos de situaciones: con el paciente, con personal de salud y entre ellas.	N/A	Presentación con técnicas de asertividad

Sesión 6 “Organización del tiempo”

Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
10 min	Repasar las técnicas aprendidas hasta el momento.	Repaso	Retomar el modelo de estrés con el objetivo de resaltar que hemos generado, a través del taller, más herramientas con las que cuentan.	Escucha activa	N/A	Presentación con modelo de estrés y técnicas empleadas a lo largo del taller.
50 minutos	Que las participantes planeen su día priorizando actividades en su servicio.	Administración del tiempo	Explicar la importancia del tiempo y la distribución de este, explicando que es una percepción que se puede ver afectada por algunas de nuestras acciones (ladrones del tiempo), las cuales pueden tener soluciones, sobre las cuales se trabajará en la sesión. Posteriormente se trabajará en conjunto para lograr una planificación de sus actividades a través de identificar la diferencia entre importante y urgente, así como el orden en que debería llevarse a cabo, para lo cual se usaran marca textos de tres tipos de colores para poder identificar y organizar las actividades.	Realizar la planeación de su día, siguiendo el acrónimo RORE (recabar, organizar, realizar, evaluar).	N/A	Marca textos Plumas Calendario
Sesión 7 “Cierre del taller”						
Tiempo	Objetivo Particular	Técnica o procedimiento	Actividad del terapeuta	Actividad del participante	Actividad en casa/hospital	Materiales
10 min	Aplicar el instrumento KEZKA	Aplicación de instrumentos	Explicar el objetivo de la aplicación de instrumento.	Contestar el cuestionario	N/A	Instrumento KEZKA

	como medida de post intervención.					
10 min	Recibir retroalimentación por parte de las participantes.	Retroalimentación	Explicar que, para mejorar el taller en futuras ocasiones, es importante recibir su retroalimentación.	Participación	N/A	N/A
10 min	Otorgar a las participantes un reconocimiento por formar parte del taller y haberlo concluido.	N/A	Entregar reconocimientos.	N/A	N/A	Reconocimiento

Anexo 6- Diapositivas empleadas en el taller

EL ESTRÉS NO ES PARTE DEL
UNIFORME...
BAJÉMOSLE 2 RAYITAS.



Lic. En Psic. María del Carmen Estrada Alvarado
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
Posgrado en Medicina Conductual UNAM
Unidad de Salud Mental

1

Pautas para el taller



Puntualidad



Participación



Respeto



Confidencialidad



Atención



Compromiso

2

Objetivos del taller

Disminuir niveles de estrés percibidos



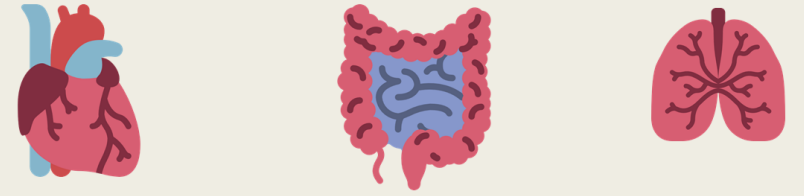
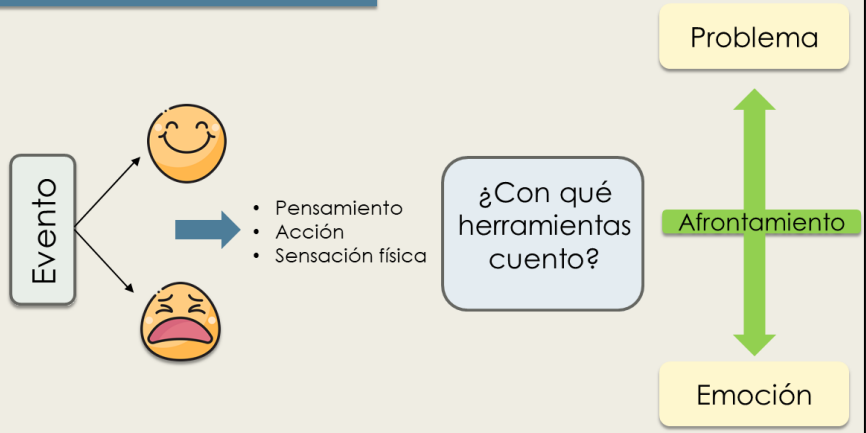
- Identificar que es el estrés y los efectos que tiene en nuestra salud.
- Generar estrategias adaptativas para afrontar demandas específicas del servicio.

3

Realización de cuestionarios



¿Qué es el estrés?

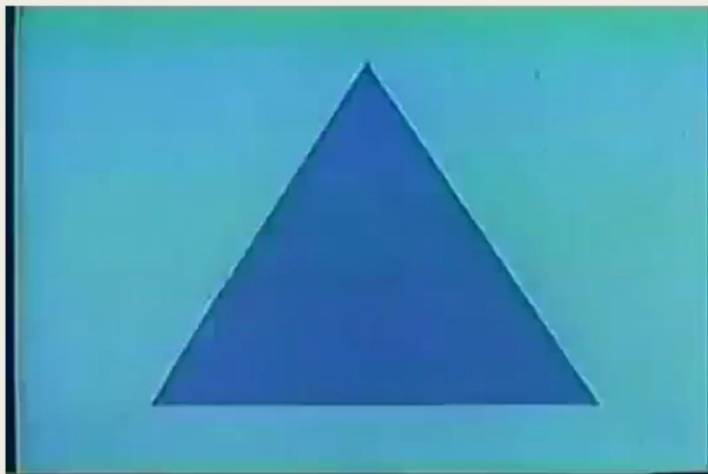


El corazón late más rápido. Se eleva la presión arterial.
 Aumentan los movimientos intestinales y acidez estomacal.
 La respiración se torna agitada.

Hipertensión arterial sistémica Úlceras gástricas Diabetes Mellitus

¿Qué hace el estrés en mi cuerpo?

6



7

Ejemplo





Abre los ojos al estrés

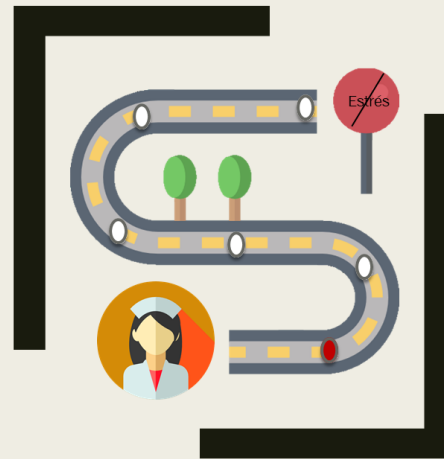
Durante esta semana, observa 3 situaciones que consideres estresantes. Puedes tomar las siguientes preguntas como guía: ¿Dónde estaba? ¿Quién estaba involucrado? ¿Qué pasó?

1 _____

2 _____

3 _____

9



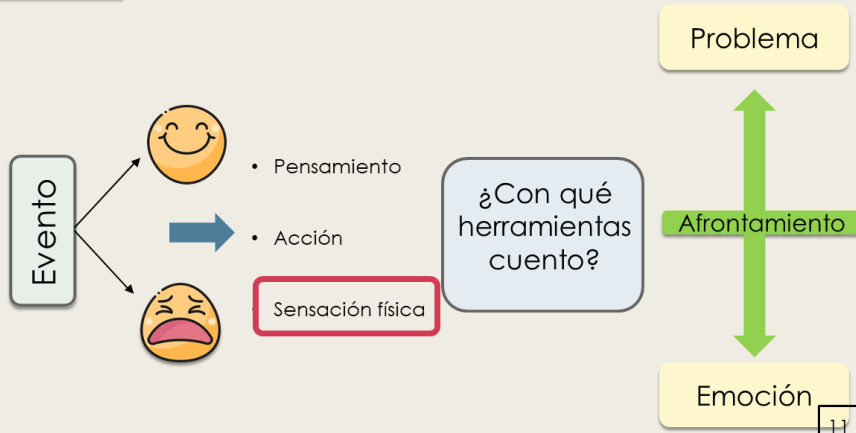
GRACIAS POR COMENZAR ESTE CAMINO JUNTOS....

RECUERDA QUE SI QUEREMOS RESULTADOS DIFERENTES, TENEMOS QUE HACER COSAS DIFERENTES.

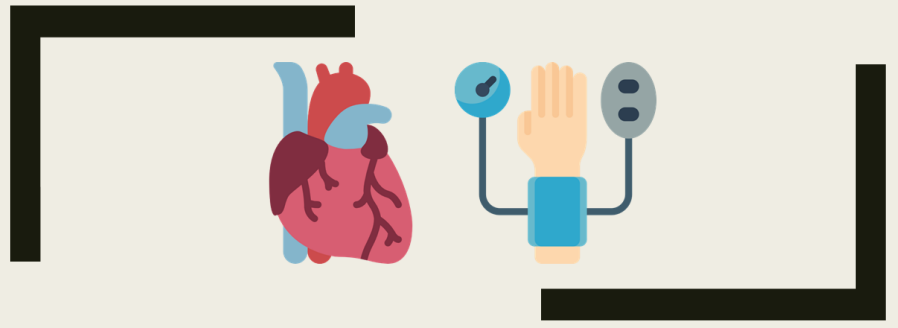
Nos vemos la próxima

12

Estrés



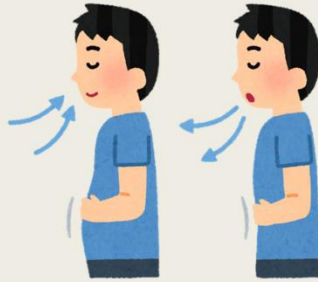
11



ANTES DE COMENZAR, VAMOS A MEDIR NUESTROS SIGNOS VITALES

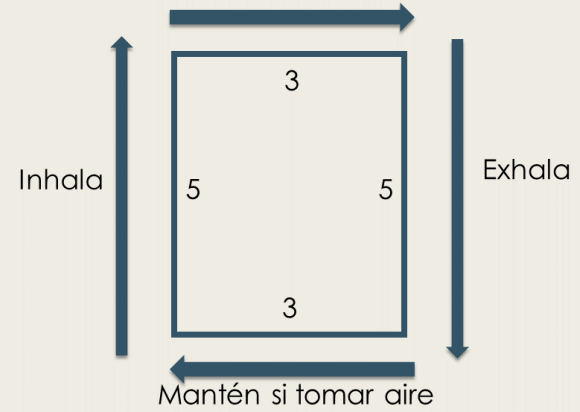
Respuesta fisiológica

Respiración
diafragmática

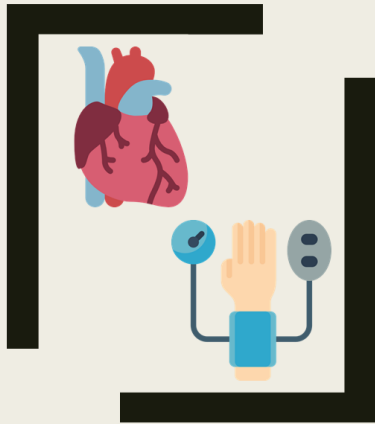


13

Mantén si expulsar



14



VOLVAMOS A MEDIR
NUESTROS SIGNOS
VITALES

**COMPAREMOS QUÉ
PASÓ**

15

Respuesta fisiológica



Tensión



Distensión

Relajación
muscular
progresiva

16



Manipulemos nuestros signos en el trabajo

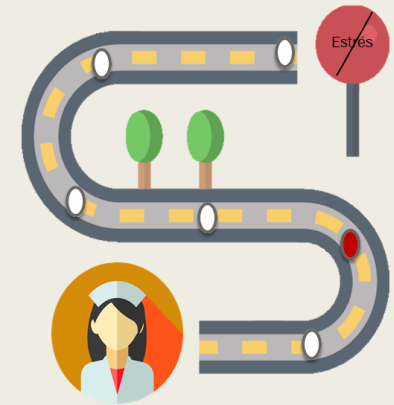


Relaja el cuerpecito...

17

**RECUERDA
REALIZAR LO
APRENDIDO...**

**DAREMOS NUEVOS
PASOS PARA
LLEGAR A NUEVOS
RESULTADOS**



Nos vemos la próxima

18



Manipulemos nuestros signos en el trabajo



Relaja el cuerpecito...

19

Respuesta conductual



**Solución de
Problemas**

Retomemos nuestra actividad
“Abre los ojos al estrés “

20



1

Orientación hacia el problema

¿Cómo veo el problema?

21

2

Define el problema

¿Cuál es el problema?
¿Quién está involucrado?



22

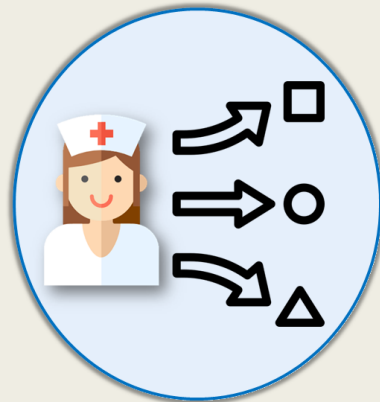
3

Generación de alternativas

¿Qué opciones tengo para solucionarlo?

Genera alternativas sin juzgarlas o criticarlas.

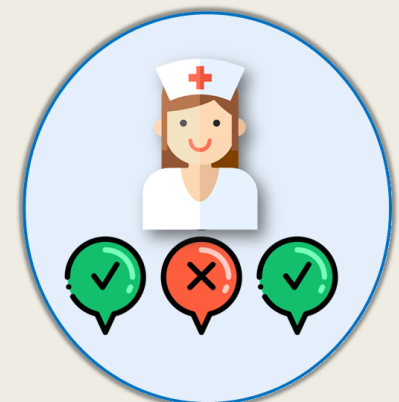
23



4

Toma de decisiones

¿Qué ventajas y desventajas tiene cada una?



24



5

Revisar los resultados

¿Es lo que esperaba?
o ¿Puedo mejorar algo?

25



Tomando soluciones en el hospital

Define el problema

Solución	Ventaja	Desventaja

¿Funcionó esta elección? o ¿Qué puedo cambiar?

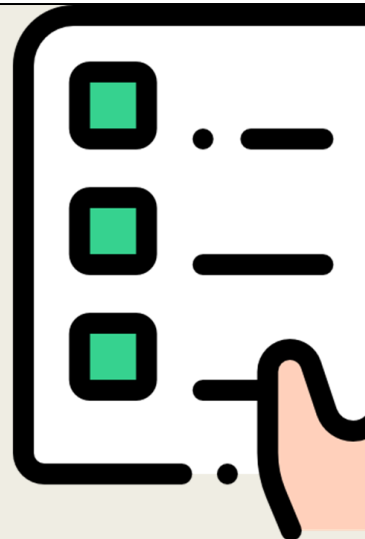
26



TU COMPROMISO
CON LAS
ACTIVIDADES, ES LO
QUE NOS LLEVARÁ
A LA META

Nos vemos la próxima

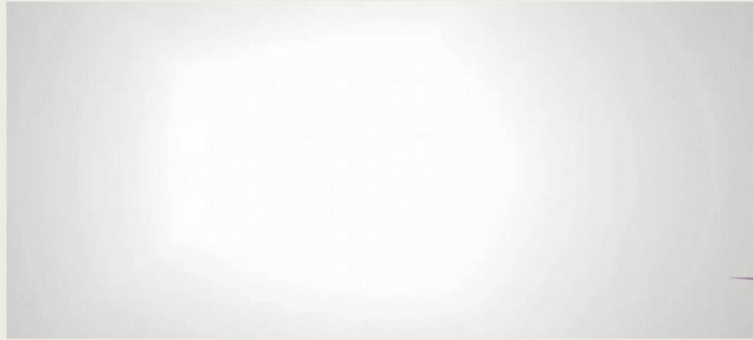
27



TOMANDO
SOLUCIONES EN
EL HOSPITAL

28

Respuesta conductual



29

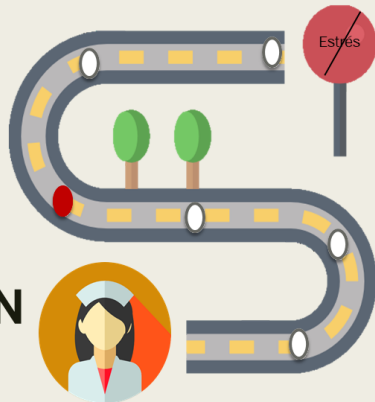
Ojo a cómo nos comunicamos

Tipo de comunicación	Situación
Pasiva	
Asertiva	
Agresiva	

30

YA CASI
LLEGAMOS A LA
META...

RECUERDA QUE
ESTAMOS AQUÍ
PARA APRENDER EN
CONJUNTO



Nos vemos la próxima

31

¿Cómo soy asertivo?



32

¿Cuáles son los elementos de un diálogo asertivo



- D**escriba la situación
- E**xpresa tu emoción
- P**lanea una solución
- A**cuerda con alguien

33

¿Cómo consigo ser asertiv@?



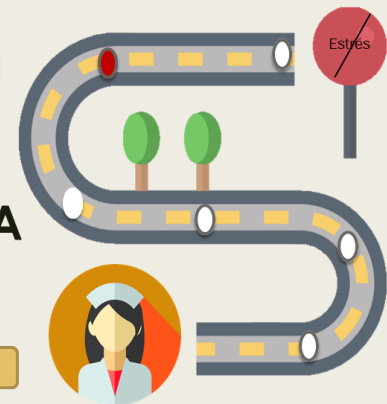
34

PRACTIQUEMOS

35

GRACIAS POR TU COMPROMISO, ESTAMOS POR LLEGAR A LA META

Nos vemos la próxima



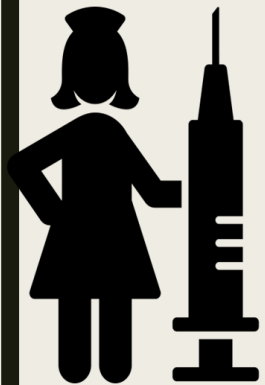
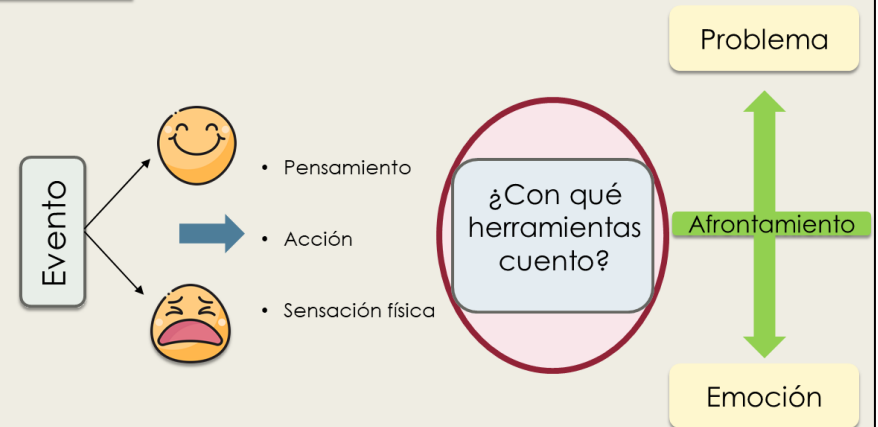
36



ORGANICEMOS NUESTRO TIEMPO

37

Estrés



- ✓ Conocer qué es el estrés
- ✓ Respiración
- ✓ Relajación
- ✓ Solución de problemas
- ✓ Asertividad
- Organización del tiempo

Ladrones del tiempo



Crear que el cerebro puede almacenar todo.



Considerar todo prioritario, nos puede sabotear



¿Identificas otro ladrón?

Horarios no reales



Realizar varias acciones a la vez puede llevarnos el doble de tiempo



40

¿Cómo detenemos al ladrón?



Anota todo, convierte un cuaderno o aplicación en tu mejor aliado



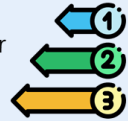
Prioriza y diferencia entre lo importante y urgente.



Considera el tiempo que realmente tienes, tomando en cuenta momentos de comer u otros.



Enfócate en realizar una tarea a la vez.



41

LLEVÉMOSLO A CABO



Recopilar
Organizar
Realizar
Evaluar

42

Recopilar



Anotemos todas las actividades que tenemos que hacer en un día

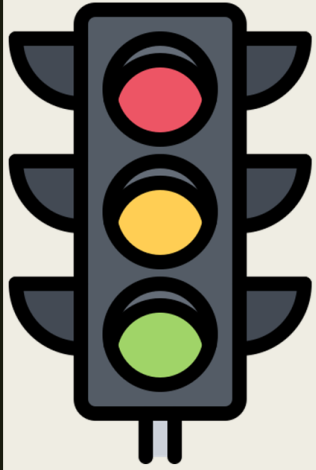
43

Organizar

	Urgente	No urgente
Importante	DETENTE HAZLO AHORA	PREVEN, DESTINA hora para hacer
No importante	LIBERA DELEGA ¿Quién pueda hacerlo por mí?	ELIMINAR Borrar por completo

Elaboró

Lic. en Psic. María del Carmen Estrada Alvarado



Detente, hazlo ahora
Importante-Urgente

Prevén, destina.
Importante-No urgente

Libera, delega
No importante- Urgente

45

Realizar



Realiza en el orden que planeaste.

Recuerda **ENFOCARTE** en una tarea a la vez y **ELIMINAR** los mayores **LADRONES DE TIEMPO** posibles

46

Evaluar

¿Mis acciones me acercan a mis objetivos?




47

La Unidad de Salud Mental y Medicina Conductual, agradecen tu compromiso



48

Anexo 7- Manual de apoyo usado en el taller.



El estrés no es parte del uniforme...

Bajémosle 2 rayitas

ELABORÓ

Lic. En Psic. María del Carmen Estrada Alvarado
 Posgrado en Medicina Conductual UNAM
 Hospital Juárez de México - Unidad de Salud Mental



Supervisó

Dra. Rosalva Cabrera Castañón
 Coordinadora de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE)

Mtra. Cintia Sánchez Cervantes
 Adscrita de la Unidad de Salud Mental del Hospital Juárez de México

Mtra. María Cristina Bravo González
 Supervisora académica de la maestría en Medicina Conductual en FES Iztacala UNAM

Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo
 Supervisora académica de la maestría en Medicina Conductual en FES Iztacala UNAM

Elaborado en la maestría de medicina conductual FES Iztacala UNAM 2020

¿Qué te causa estrés?

Describe 3 situaciones que te han generado estrés en tu servicio

- _____
- _____
- _____

Abre los ojos al estrés

Durante esta semana, observa 3 situaciones que consideres estresantes. Puedes tomar las siguientes preguntas como guía: ¿Dónde estaba? ¿Quién estaba involucrado? ¿Qué pasó?

- _____
- _____
- _____

1

¿Cómo manipulo mis signos vitales?

	SpO2	T.A.	P.A.
Antes			
Después			

Manipulemos nuestros signos en el trabajo

Ahora hagámoslo en nuestro servicio al menos una vez al día, registra la situación y como te ayudó.

Fecha	Situación	¿Cómo me ayudó el realizarlo o que efecto tuvo en mí?

2

¿Qué tan tens@ estoy?



Ahora realicemos la relajación muscular

¿Qué tan tens@ estoy ahora?



Relaja el cuerpecito...

Practica la relajación y en el siguiente cuadro anot@ dónde lo realizaste y qué tan tens@ te encontrab@s antes y después de esto.

Recuerda que necesitamos practicar para tenerlo como un arma a usar cuando se presente el estrés.

Día							
Antes							
Después							

3



Pongamos solución a los problemas

A continuación, realizaremos la solución de algún problema. Retoma alguna de las situaciones que hayas escrito en el ejercicio "Abre los ojos al estrés".

Comencemos por definir el problema

Ahora, escribe 3 posibles soluciones, sin juzgarlas, las analizaremos después.

- 1
- 2
- 3

Analicemos las ventajas y desventajas de cada una

Solución	Ventaja	Desventaja

¿Funcionó esta elección? o ¿Qué puedo cambiar?

4



Tomando soluciones en el hospital

1 Define el problema.

Solución	Ventaja	Desventaja

¿Funcionó esta elección? o ¿Qué puedo cambiar?

2 Define el problema

Solución	Ventaja	Desventaja

¿Funcionó esta elección? o ¿Qué puedo cambiar?

5



Tomando soluciones en el hospital

3 Define el problema

Solución	Ventaja	Desventaja

¿Funcionó esta elección? o ¿Qué puedo cambiar?



Ojo en cómo nos comunicamos

Tipo de comunicación	Situación
Pasiva	
Asertiva	
Agresiva	

6

