



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
SEDE CIUDAD UNIVERSITARIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**DESGASTE OCUPACIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE CUIDADOS
PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

T E S I S

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Alejandro Hernández Posadas

TUTORA PRINCIPAL

Dra. Leticia Ascencio Huertas

Instituto Nacional de Cancerología, Cuidados paliativos.

MIEMBROS DEL COMITÉ

Dr. Edgar Landa Ramírez

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Urgencias Médicas

Dra. Liliana Mey Len Rivera Fong

Instituto Nacional de Cancerología.

Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Carmen Lizette Gálvez Hernández

Instituto Nacional de Cancerología.

CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO, 2023



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.

Agradecimientos

A la **Facultad de Psicología** de la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme las bases de mis conocimientos para realizar una práctica basada en evidencia en Psicología Clínica.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT**, por la beca otorgada para realizar mis estudios, de agosto de 2018 a julio de 2020 (número de becario: 920181)

A **Areli**, gracias por apoyarme, aconsejarme y amarme en los momentos difíciles y tranquilos, siento que cuando estoy contigo evocas la mejor versión de mí, espero que la vida me permita seguir demostrándote mediante mis conductas lo mucho que te amo y estoy agradecido de que estés en mi vida. Te amo muchísimo.

A mi **Mamá**, gracias por tu apoyo, tus consejos y amor para convertirme en Psicólogo y una buena persona. Así mismo, quiero mencionar que cada que vez que me falte fuerza para continuar, encontraré fuerza en su ejemplo y sus consejos. En serio, gracias, por darme buenos momentos y fuertes cimientos, no con palabras huecas sino con el ejemplo.

A mi **Papá**, estuviste ausente en muchos momentos de mi vida, pero cuando decidiste volver a mi vida, me inspiraste y me diste un gran apoyo, quisiera que estuvieras hoy conmigo para que vieras en el hombre que me he convertido con tus consejos. Yo sé que hubieras preferido que destacara en medicina, pero desobedecerte me dio alegría, además de un techo, pero confieso que te echo de menos, yo creo que mi logro más completo es perder el miedo a ser yo y aun así ganarme tu respeto.

A mi **Hermana (Pan)**, te agradezco todo el amor, cariño y apoyo que me has brindado. Tú has sido y eres una parte importante de los logros que tengo, ya que sin tus enseñanzas y cuidados no hubiera podido llegar tan lejos. Hoy quiero decirte que a pesar de que algunas veces discutimos, nunca se te debe olvidar que te amo y que siempre estaré para ti, en las

buenas y en las malas.

A mis **Abuelos**, les agradezco todos los cuidados y amor que me han brindado. Son de las personas que más me han inspirado a seguir aprendiendo. Por ejemplo, mi abuelita con su amor, su paciencia y con su experiencia me ha enseñado que todas las acciones que uno hace las debe realizar con honestidad y humildad y mi abuelito me ha enseñado que todos los sueños y objetivos que quiero lograr se alcanzan con esfuerzo, terquedad e inteligencia. Los amo mucho.

A **Leticia Ascencio**, agradezco enormemente los consejos que me has brindado, tus observaciones sobre mi trabajo y, por encima de todo, gracias por inspirarme a convertirme en el tipo de profesional que anhelo ser.

A **mí**, nos volvimos el adulto que queríamos ser de chicos, aprendí que por más ceros de por medio, nuestra integridad va primero y quizás no sea más alto que ayer, pero tengo tanto que crecer.

Índice

RESUMEN:	6
ABSTRACT:	7
Introducción:.....	7
Capítulo 1. Desgaste Ocupacional en salud.....	11
1.1 Definición y modelos teóricos del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO).....	11
1.2 Epidemiología del desgaste ocupacional en profesionales de la salud	14
1.3 Variables moderadoras y mediadoras del SDO	17
1.4 Evaluación del desgaste ocupacional.....	20
1.5 Tratamiento para el desgaste ocupacional en profesionales de la salud	24
Capítulo 2. Desgaste ocupacional en Cuidados paliativos	29
2.1 Cuidados paliativos y desgaste ocupacional	29
2.2 Epidemiología del desgaste ocupacional en profesionales de Cuidados Paliativos ...	31
2.3 Intervenciones para el desgaste ocupacional en profesionales de la salud de cuidados paliativos	34
Capítulo 3. Desgaste Ocupacional durante la pandemia de la COVID-19.....	37
3.1 Desgaste ocupacional en médicos de cuidados paliativos durante la pandemia de la Covid-19	37
3.2 Telepsicoterapia durante la pandemia de la Covid-19.....	44
Capítulo 4. Planteamiento del problema	49
4.1 Pregunta de investigación	49
4.2 Justificación	50
4.3 Hipótesis	60
4.4 Objetivos de la investigación	61
4.4.1 Objetivo general	61
4.4.2 Objetivos específicos.....	61
Capítulo 5. Método	61
5.1 Diseño de la investigación	61
5.2 Criterios de selección.....	62
5.3 Universo de estudio	63
5.4 Selección de la muestra.....	63
5.5 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables.....	64
5.5.1 Variables Dependientes.....	64
5.5.2 Variables Independientes	65
5.6 Instrumentos.....	68
5.7 Procedimiento	69
5.8 Aspectos Éticos.....	74
5.9 Guías para reportar metodológicamente los estudios.	74

5.10 Escenario.....	74
Resultados.....	77
Discusión	83
Limitaciones.....	89
Bondades.....	90
Conclusión.....	91
Referencias	92
Apéndice 1.....	121
Apéndice 2.....	131

DESGASTE OCUPACIONAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-9

RESUMEN:

Antecedentes: El contexto asistencial de los profesionales de cuidados paliativos puede desarrollarles afectaciones en su salud como el síndrome de desgaste ocupacional (SDO). La pandemia de la COVID-19, agravó y agregó estresores asociados con la organización para atender pacientes y la baja calidad del equipo de protección personal; por lo que, se propuso atender estas necesidades a través de una intervención cognitivo conductual.

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de intervención mediante Telepsicoterapia basado en la TCC para la disminución de los síntomas del SDO en médicos residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19. **Método:** Estudio pre-experimental con pre y post prueba, diseño no probabilístico y propositivo, la muestra total fue de cinco residentes médicos de Cuidados Paliativos. Se aplicaron la Escalas: EMEDO, IDARE y BDI. Se analizaron los datos a partir de la prueba de contrastación de rangos de Wilcoxon para contrastar el pre y post prueba. **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de desgaste ocupacional ($z = -3.00, p = .571$), el agotamiento emocional ($z = -1.00, p = .125$), despersonalización ($z = -13.00, p = .170$) e insatisfacción con el logro personal ($z = -0.00, p = .098$), sintomatología depresiva ($z = 1.00, p = .423$), ansiedad estado ($z = 4.00, p = .416$) y ansiedad rasgo ($z = 6.50, p = .892$). **Conclusión** Los resultados obtenidos no mostraron eficacia en la disminución del SDO y síntomas emocionales; probablemente porque las variables relacionadas con la organización influyeron significativamente en los resultados, ya que los procesos y protocolos de atención en salud eran poco claros, con constantes cambios y ambigüedades ante la incertidumbre de la pandemia del COVID-19; sin embargo la intervención a través de la tele-psicoterapia permitió apoyar psicológicamente a los residentes de cuidados paliativos frente a la pandemia.

Palabras clave: Síndrome de desgaste ocupacional, cuidados paliativos, residentes médicos, Telepsicología, Covid-19.

BURNOUT IN HEALTH PROFESSIONALS IN PALLIATIVE CANCER CARE DURING THE COVID-9 PANDEMIC

ABSTRACT:

Background: The care context of palliative care professionals can develop health impairments such as occupational burnout syndrome (ODS). The COVID-19 pandemic aggravated and added stressors associated with the organisation of patient care and the low quality of personal protective equipment; therefore, it was proposed to address these needs through a cognitive-behavioural intervention. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a CBT-based telepsychotherapy intervention programme in reducing ODS symptoms in palliative care residents during the COVID-19 pandemic. **Method:** Pre-experimental study with pre- and post-test, non-probabilistic and purposive design, the total sample was five palliative care medical residents. The following scales were applied: EMEDO, IDARE and BDI. The data were analysed using the Wilcoxon signed-rank test to contrast the pre- and post-test. **Results:** No statistically significant differences were found in the level of occupational burnout ($z = -3.00$, $p = .571$), emotional exhaustion ($z = -1.00$, $p = .125$), depersonalisation ($z = -13.00$, $p = .170$) and dissatisfaction with personal achievement ($z = -0.00$, $p = .098$), depressive symptomatology ($z = 1.00$, $p = .423$), state anxiety ($z = 4.00$, $p = .416$) and trait anxiety ($z = 6.50$, $p = .892$). **Conclusion:** The results obtained did not show efficacy in the reduction of ODS and emotional symptoms; probably because the variables related to the organisation significantly influenced the results, since the processes and protocols of health care were unclear, with constant changes and ambiguities in the face of the uncertainty of the COVID-19 pandemic; however the intervention through telepsychotherapy allowed emotional support to palliative care residents in the face of the pandemic.

Key words: Occupational burnout syndrome, palliative care, medical residents, Telepsychology, Covid-19.

Introducción:

El síndrome de desgaste ocupacional (SDO) es el resultado del estrés crónico en donde el individuo no cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento para que se adapte funcionalmente al contexto laboral. Dicho síndrome se caracteriza por presentar tres dimensiones, las cuales son: a) el agotamiento emocional entendido como los sentimientos de falta de energía o agotamiento, b) la despersonalización señalada como el aumento de la dificultad de concentración con respecto al trabajo y/o sentimientos negativos al respecto al trabajo y la c) Insatisfacción con el logro personal.

Específicamente, la prestación de servicios en el área de cuidados paliativos puede llevar al personal de salud al desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional, ya que las condiciones contextuales a las que están expuestas son mayormente aversivas en contraste con otras áreas; por ejemplo, es común que se den malas noticias, se esté expuesto al dolor, sufrimiento y la muerte en pacientes que están al final de la vida, el consumo de anestésicos y analgésicos como estrategia de evitación.

A partir de lo reportado en la literatura y de la evaluación de detección de necesidades psicológicas que se hace de manera recurrente en el servicio, se planeó y diseñó una intervención cognitivo conductual manualizada para disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas del SDO. Sin embargo, la implementación de la intervención se cruzó temporalmente con el inicio de la pandemia de la Covid-19; por lo que, se tuvo que reestructurar la intervención presencial a Telepsicoterapia en sintonía con las recomendaciones de la secretaría de la salud.

Es importante mencionar que, la pandemia de la covid-19 influyó en los resultados de la intervención como se verá más adelante, por el momento crítico de la pandemia, ya

que los equipos de salud no estaban preparados y no existía una estrategia fija para la demanda de atención, el riesgo de infección y las medidas requeridas para evitar el contagio por la desorganización esperada de los organismos de la salud.

En el presente trabajo se busca resolver la pregunta si ¿la intervención de la terapia cognitivo conductual manualizada mediante Telepsicoterapia será efectiva para disminuir el desgaste ocupacional en Médicos Residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19?; por lo que, se señalará a continuación cómo se estructuró la tesis de grado.

En el primer capítulo de la tesis se aborda qué es el Síndrome de desgaste ocupacional, los modelos teóricos, su prevalencia, las consecuencias hacia el personal de la salud y las variables moderadoras y mediadoras que aumentan la aparición del SDO, con el fin de contextualizar cómo el síndrome de desgaste ocupacional afecta la calidad de vida de los profesionales de la salud.

En segundo capítulo se aborda el impacto del SDO en los profesionales de cuidados paliativos; así como, la epidemiología, las cualidades específicas del área que aumentan la probabilidad de desarrollarlo y las intervenciones que han sido eficaces para disminuirlo, con la finalidad de justificar a partir de la literatura el uso de intervenciones efectivas para la reducción de la intensidad y frecuencia del SDO en los profesionales de cuidados paliativos.

El tercer capítulo no se tenía planeado como tal, ya que no se pensó en primera instancia que la intervención fuera mediante Telepsicoterapia en contexto de pandemia; sin embargo, el proyecto se adaptó considerando las recomendaciones de la secretaría de la salud y la evidencia; por lo que, se abordó en este capítulo el impacto de la pandemia de la

Covid-19 en los profesionales de cuidados paliativos. Así como, las recomendaciones de la evidencia al aplicar la Telepsicoterapia.

Posteriormente, en el trabajo se describe el método y los resultados, que fueron verificados por las guías TREND para reportar estudios cuasiexperimentales. Por último, en la discusión se abordará cómo la pandemia de la Covid-19 influyó en los resultados de la intervención cognitiva conductual en residentes de cuidados paliativos para disminuir el SDO y cuáles son los aportes del estudio y las consideraciones a mejorar en futuros experimentos.

Capítulo 1. Desgaste Ocupacional en salud

1.1 Definición y modelos teóricos del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO)

El síndrome de desgaste ocupacional (SDO) (en inglés Burnout) es definido, por la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11), como el resultado del estrés crónico en donde el individuo no cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento para que se adapte funcionalmente al contexto laboral (CIE-11, 2019). Este síndrome se caracteriza por tres dimensiones, las cuales son:

- Agotamiento emocional: Sentimientos de falta de energía o agotamiento.
- Despersonalización: Aumento de la dificultad de concentración con respecto al trabajo y/o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo.
- Insatisfacción con el logro personal.

El SDO surgió como resultado de la experiencia y observaciones que realizó Freudenberg en 1974 en los profesionales de la salud que voluntariamente atendían a personas con consumo de sustancia en St. Mark's en California; notó, durante su estancia en la clínica, que los profesionales presentaban agotamiento emocional y una pérdida considerable en la motivación y el compromiso por sus actividades laborales, lo cual generó que fuese reconocido como pionero en la descripción de los primeros indicios del SDO, siendo galardonado con una medalla de oro, por sus descubrimientos, por la Asociación Psicológica Americana (Schaufeli et al., 2009).

Más tarde, Maslach y sus colaboradores, al analizar los estilos de afrontamientos y las estrategias cognitivas de profesionales de recursos humanos, identificaron que éstos presentaban agotamiento emocional, percepciones negativas a su logro y competencia

profesional, como resultado de contextos aversivos laborales; el resultado final de este síndrome en los trabajadores se denominó síndrome de desgaste ocupacional o, en inglés, burnout (Maslach, 1971; Maslach, 1974; Maslach, 1979; Pines & Maslach, 1978). Más adelante, Maslach & Jackson (1981) y Maslach & Schaufeli (1993) mencionan que es un síndrome multidimensional que va más allá de simple fatiga o cansancio en el trabajo. La evidencia ha señalado tres dimensiones, las cuales eran: el agotamiento emocional, la despersonalización (aumento de la dificultad de concentración con respecto al trabajo y/o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo) y la reducción del logro profesional.

Algunos autores como Gil Monte & Peiro han señalado que existen tres grupos principales de modelos para describir el desgaste ocupacional (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, & Peiro, 1999), los cuales son:

- Los modelos elaborados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo recogen las ideas de Albert Bandura y se basan en los siguientes principios:
 - Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, las cuales se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas.
 - La creencia del individuo determinará el desempeño y la facilidad o la dificultad para conseguir sus objetivos y generará ciertas reacciones emocionales.
- Los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social que se basan en los principios de la teoría de la equidad o de la conservación de recursos, cuyo principio es:

- El origen del síndrome surge en las percepciones de falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.
- Los modelos elaborados desde la teoría organizacional caracterizados porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas.

Cabe mencionar que, la investigación que se realizó se basó en los modelos de Albert Bandura debido a que tienen congruencia con la filosofía del conductismo metodológico, la cual se basa en un método de investigación que analiza lo que se puede observar en lo que la gente hace, dice y sus reacciones fisiológicas y que, en función de esas conductas visibles, se pueden representar los mecanismos mentales a partir de la fórmula E-O-R (estímulo, organismo, respuesta), donde «E» representa los inputs sensoriales del ambiente interno o externo, «O» representa el organismo (conjunto de esquemas, creencias, actitudes, constructos, rasgos, entre otras) y la «R» se refiere a las respuestas de los individuos (Pérez-Álvarez, 2004).

La filosofía del conductismo metodológico respalda la intervención llamada Terapia Cognitivo Conductual, la cual es estándar de oro en cuanto al tratamiento para múltiples condiciones de la salud similares al SDO; por ejemplo, es el primer nivel de evidencia para el trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático; por lo que, se buscará implementar dicha intervención que ha demostrado ser efectiva en el SDO (Ewing et al., 2015; Kriston et al., 2014; Sareen, 2014).

1.2 Epidemiología del desgaste ocupacional en profesionales de la salud

Existe evidencia consistente sobre la presencia del desgaste ocupacional en los profesionales de la salud de cuidados paliativos; por ejemplo, se ha señalado en diversas revisiones sistemáticas que el desgaste ocupacional se presenta en más del 50% de los profesionales de la salud (West et al., 2018). Al respecto, Roteinstein et al. (2018), evaluaron en una revisión sistemática la prevalencia del desgaste ocupacional en 109, 628 médicos de 45 países y el 67% presentaba desgaste ocupacional, el 72% tenía agotamiento emocional, el 68.1% presentaba despersonalización y el 63.2% de insatisfacción con el logro personal.

Por otro lado, una revisión sistemática mostró que la prevalencia del desgaste ocupacional en médicos residentes, va del 35.1 al 51%; siendo de mayor prevalencia en los radiólogos, neurólogos, anestesiólogos, pediatras, y cirujanos generales (Low et al., 2019; Rodrigues et al, 2018), en donde las especialidades de áreas críticas o de urgencias presentan mayor prevalencia del desgaste ocupacional, debido principalmente al contacto con el sufrimiento de los pacientes y la familia, situaciones de vida o muerte y mayores responsabilidades administrativas (Rodrigues et al., 2018; West et al., 2018; Low et al., 2019).

En Latinoamérica, se encontró en un estudio transversal de 11,530 profesionales de la salud hispanohablantes, cuyos resultados primarios reportan una prevalencia muy alta en las consecuencias adversas provocadas por el síndrome de desgaste ocupacional, particularmente en términos de deterioro personal y familiar, ya que el aumento de la despersonalización y el agotamiento emocional incrementaba la probabilidad de realizar un

evento adverso y presentar absentismo con intención de abandono de la profesión (Suñer-Soler et al., 2014).

En una revisión sistemática realizada por Tan et al. (2020), se reportó que 11.286 profesionales de la salud alcanzaron los umbrales de agotamiento, ya que el nivel de baja realización personal y profesional y el agotamiento emocional alcanzaban el 79,7% y el 75,3%, respectivamente; por lo que, se propuso que las estrategias de mitigación deben dirigirse a todos los niveles del sistema de salud, con el fin de abordar y mejorar los factores protectores y las conductas de autocuidado para una salud psicológica óptima.

Por su parte, Denning et al. (2020) encontraron que, de 3.537 profesionales de la salud del Reino Unido, Polonia y Singapur, el 67% presentaron desgaste ocupacional, el 20% ansiedad y el 11% depresión. Así mismo, se señaló que la sintomatología se agrava por factores como la percepción de seguridad, el género, la función laboral, la redistribución y los problemas de la salud psicológica.

En México, se han realizado varios estudios para evaluar el impacto del SDO en los profesionales de la salud, como el realizado por Landa et al. (2017) con 74 profesionales de la salud, en que los niveles de desgaste ocupacional en áreas críticas oscilaban en el 66%, Por otro lado, Hernández-García, (2018) encontró en 150 profesionales de la salud mental que el 35.8% tenía altos niveles de desgaste ocupacional, el cual se relacionaba con el sexo, la antigüedad en la institución y el turno laboral que tenían los profesionales de la salud. Al respecto, Castañeda-Aguilera & García-Alba de García (2022), buscaron determinar la prevalencia del síndrome de desgaste ocupacional y las variables asociadas en médicos especialistas, para ello se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante un censo de 540 médicos especialistas de tres Hospitales Regionales. Se utilizó el

cuestionario autoadministrado Maslach Burnout Inventory-Servicios Humanos para evaluar el SDO, donde los resultados demostraron que el 45,9% lo presentaba. Concluyendo que existen factores moderadores que aumentan la probabilidad de incrementar la intensidad del desgaste ocupacional, como son la sobrecarga de trabajo, la inexperiencia en el entorno laboral y el apoyo social reducido.

A pesar de que el SDO es un síndrome relacionado con el trabajo que se reconoce cada vez más como un factor crítico que afecta a los médicos y a sus pacientes, existe una variabilidad sustancial en las estimaciones de prevalencia del SDO entre los médicos en ejercicio y una marcada variación en las definiciones de SDO, los métodos de evaluación y la calidad de los estudios (Aguilera & García-Alba de García, 2022; Denning et al., 2020; Rotenstein et al., 2018).

Por otro lado, los resultados encontrados en una revisión sistemática elaborada por Rotenstein et al. (2018) resaltaron que la prevalencia global del SDO osciló entre los que no lo presentaron hasta quienes lo reportaron en el 80%, del agotamiento emocional fluctuó entre la ausencia y 86%, de la despersonalización varió entre los que no lo presentaron y 89% y respecto a la baja realización personal va desde la ausencia hasta el 87%. Debido a las incoherencias en las definiciones y los métodos de evaluación del SDO en los distintos estudios, no se pudieron determinar de forma fiable las asociaciones entre SDO y sexo, edad, geografía, tiempo, especialidad y síntomas depresivos. Por lo tanto, se buscará en la investigación utilizar una definición congruente con la evidencia como es la establecida por la CIE-11 (2019) y el instrumento que cumpla con mejores propiedades psicométricas, en México, para evaluar el SDO (como se establece más adelante en el apartado de Evaluación del desgaste ocupacional).

1.3 Variables moderadoras y mediadoras del SDO

La presencia del SDO (Síndrome de Desgaste Ocupacional) en médicos residentes puede ejercer una influencia perjudicial en diversos niveles, los cuales abarcan tanto el ámbito personal como el profesional y tienen un impacto significativo en diferentes aspectos de su vida y bienestar, las cuales son (West et al., 2018):

- **Afectaciones individuales:** Se asocian con la alteración de la calidad de vida del profesional de la salud emocional y física; por ejemplo, las personas con desgaste ocupacional tienden a desarrollar sintomatología ansiosa y depresiva, trastornos del ánimo y de ansiedad, cefaleas, náuseas, enfermedades cardiovasculares, aislamiento de relaciones interpersonales, cansancio crónico, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cutáneas y alérgicas, fatiga, insomnio, hipertensión arterial, problemas gastrointestinales y trastornos del sueño (Cholongitas & Pipili, 2010; Esquivel-Molina et al., 2007; Long et al., 2013; Pagnin et al., 2014; Williams et al., 2019; Rosen et al., 2006).
- **Afectaciones a la organización:** tienen un impacto en el funcionamiento administrativo, económico y organizacional de la empresa; algunos de los factores asociados al desgaste ocupacional son el aumento del ausentismo, renuncias del personal, errores administrativos, disminución de la higiene del personal y del área de trabajo y pérdidas económicas que, en los Estados Unidos Americanos, ascienden a 7,600 dólares, por médico que presenta desgaste ocupacional (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Bronkhorst et al., 2015; Han et al., 2019; Hill et al., 2016; Mehta et al., 2016; Parola et al., 2017).

Afectaciones a terceros: tienen un impacto en la calidad de la atención a los pacientes; algunos factores asociados al desgaste ocupacional son la aparición de los eventos adversos, malas prácticas, baja percepción de los pacientes en la calidad de la atención recibida, abusos y negligencia a pacientes (Garcia et al., 2019; Kamal et al., 2016; Pavelková & Bužgová, 2015; Williams et al., 2019). La evidencia científica ha identificado que el SDO se asocia con múltiples variables, las cuales tienden a modificar la intensidad o la ocurrencia del síndrome; y se han establecido dos categorías de la interacción de las variables con una variable dependiente: variables moderadoras y variables mediadoras.

Las variables moderadoras son aquellas que modulan la intensidad con la que se presenta el desgaste ocupacional; por ejemplo, la sobrecarga de trabajo, la cultura organizacional, la interferencia del trabajo en otras actividades, la demanda emocional del hogar, la interacción con el paciente, el contacto con el sufrimiento y muerte del paciente, las vacaciones y los familiares (CIE-11, 2019; Pavelková & Bužgová, 2015; Samson & Shvartzman, 2018).

Al respecto, West et al. (2018) encontraron que, cuando los médicos están en ambientes y procesos de trabajo ineficientes, laboran largas jornadas de trabajo y en áreas críticas, presentan conflictos familiares y perciben pérdida del control en las situaciones, los síntomas del SDO aumentarán de tres a nueve veces su intensidad, que los que no presentan dichas condiciones.

Por otra parte, las variables mediadoras son aquellas que representan el mecanismo o proceso que genera la presencia del síndrome del desgaste ocupacional en médicos, las cuales se dividen en dos categorías (Sampieri et al, 2018):

- Variables no modificables como el sexo, la edad, el lugar de residencia, el número de hijos, el ingreso económico y los insumos del hospital (Verweij et al., 2017; Samson & Shvartzman, 2018; West et al., 2018).
- Variables modificables como las conductas de autocuidado; por ejemplo, tiempo de descanso y sueño, actividad física, alimentación balanceada, relaciones interpersonales saludables y estrategias de afrontamiento adaptativas (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Rizo-Baeza et al., 2018; Msen & Orem, 2003).

1.4 Evaluación del desgaste ocupacional

Existen múltiples instrumentos para evaluar el desgaste ocupacional en profesionales de la salud; por ejemplo, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) ha sido considerado como el estándar de oro y uno de los instrumentos más populares. El instrumento cuenta con 22 reactivos y tiene una escala tipo Likert de una escala de seis. Así mismo, está compuesta por 3 subescalas, las cuales son: despersonalización con cinco reactivos, agotamiento emocional con nueve reactivos y logro profesional con ocho reactivos (Maslach et al., 1997; Rotenstein et al., 2018). Sin embargo, el inventario ha presentado múltiples deficiencias psicométricas, contextuales y culturales; debido, principalmente, a que fue desarrollado con base en observaciones clínicas y no mediante un proceso psicométrico estructurado; por lo que, los reactivos son arbitrarios, los puntos de corte no son clínicamente válidos en la cultura mexicana y no cumple con características psicométricas adecuadas para esta población, tales como: sensibilidad, especificidad, validez de contenido, estructural, de constructo y de criterio (Bianchi et al., 2014; Hernández-Vargas et al., 2011; Rotenstein et al., 2018, Schaufeli, 2003).

Es importante mencionar que, en una revisión sistemática de instrumentos de medición, elaborada por Shoman et al. (2021), se demostró, mediante los Estándares basados en el Consenso para la selección de la lista de verificación de Instrumentos de Medición de Salud (COSMIN), la evaluación de las nueve propiedades psicométricas básicas: validez de contenido, validez estructural, consistencia interna, confiabilidad, error de medición, validez de criterio, validez transcultural/invariancia de medición, prueba de hipótesis y capacidad de respuesta. Ante lo cual, el Inventario de Burnout de Maslach

(MBI), el Inventario Psicológico de Burnout (PBI) y la Evaluación de Burnout (BM), han mostrado validez de constructo y confiabilidad muy baja.

Basado en los criterios de graduación de la evidencia llamados Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (Terwee et al., 2018), existen cuatro niveles para la calidad de la evidencia: muy baja, baja, moderada y alta. Al evaluar la calidad de la evidencia para la validez de un instrumento, utilizando el GRADE, el riesgo de sesgo, la consistencia, la confiabilidad y la precisión de los estudios disponibles para cada instrumento deben considerarse conjuntamente; por lo que, se comienza asumiendo que la calidad de la evidencia de los estudios es alta, pero va disminuyendo su calidad dependiendo del riesgo de sesgo, inconsistencia e imprecisión (Guyatt et al., 2008). Basado en estos criterios, los instrumentos como el MBI, BM y el PBI tienen baja calidad en la validez y confiabilidad en seis de las ocho propiedades psicométricas, aun cuando han sido validados en muchos países y a pesar de ser considerados, en muchos países, como el estándar de oro en la evaluación del desgaste ocupacional (*Tabla 1*) (Mokkink et al., 2010; Shoman et al., 2021).

Tabla 1.

Evaluación de la calidad metodológica de los instrumentos de diagnóstico del síndrome de desgaste ocupacional.

Propiedades psicométricas	Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach et al., 1981)	Evaluación de Burnout (BM) (Malakh-Pines <i>et al.</i> , 1981)	Inventario Psicológico de Burnout (PBI) (Ackerley et al., 1988)	Inventario de Burnout de Oldenburg (OLdenburg) (Demerouti et al., 2001)	Inventario de Burnout de Copenhagen (OLBI) (Kristensen et al., 2005)	Inventario de Burnout de Copenhagen (CBI) (Kristensen et al., 2005)				
	Calificación final	Calidad de la evidencia	Calificación final	Calidad de la evidencia	Calificación final	Calidad de la evidencia				
Validez de contenido	±	Muy baja	-	Muy baja	–	Muy baja	+	Moderada/Baja	+	Moderada
Validez estructural	+	Moderada	-	Muy baja	+	Moderada	+	Moderada/Baja	-	Muy baja
Consistencia interna	+	Alta	+	Moderada	–	Muy baja	+	Moderada	+	Moderada
Confiabilidad	-	Muy baja	+	Moderada	–	Muy baja	–	Muy baja	-	Muy baja
Evaluación del error	-	Muy baja	-	Muy baja	–	Muy baja	–	Muy baja	-	Muy baja
Validez de Criterio	-	Muy baja	-	Muy baja	–	Muy baja	–	Muy baja	-	Muy baja
Validez de Constructo	-	Muy baja	-	Muy baja	–	Muy baja	+	Moderada/Baja	+	Moderada
Sensibilidad	-	Muy baja	-	Muy baja	–	Muy baja	–	Muy baja	-	Muy baja

Nota: ±, la evaluación de la propiedad psicométrica fue inconsistente; +, la valoración de la propiedad psicométrica fue suficiente; - la valoración de la propiedad psicométrica fue insuficiente.

Con base en los resultados anteriores, se realizó una revisión de instrumentos que tuvieran al menos, cinco criterios, de acuerdo con el reporte Cosmin, en México, se desarrolló como una escala válida y prometedora para medir el burnout: la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), la cual fue desarrollada mediante criterios transculturales y puntos de corte clínicamente válidos que permiten hacer clasificaciones y diagnósticos individuales para el síndrome de desgaste ocupacional, cumpliendo con los criterios de una buena sensibilidad, especificidad, validez de contenido, estructural, de constructo y de criterio en médicos residentes (Uribe, 2010; Uribe, 2016; Landa-Ramírez et al., 2017; Vidal et al., 2020).

Así mismo, la EMEDO al igual que otras escalas que evalúan el SDO desarrolladas por autores como Gil-Monte (2005) y Maslach (2001), consideran tres principales componentes: disminución emocional, despersonalización e insatisfacción de logro, independientemente de otros posibles factores.

1.5 Tratamiento para el desgaste ocupacional en profesionales de la salud

El agotamiento laboral tiene consecuencias muy negativas tanto para los médicos, el sistema de salud y los pacientes. Se ha establecido una conexión entre el agotamiento en los médicos y diversos problemas, como una disminución en la satisfacción laboral, dificultades en las relaciones personales, abuso de sustancias, depresión y hasta suicidio (van der Heijden et al., 2008; Wurm et al., 2016).

En las instituciones de atención médica, el agotamiento está asociado con una menor productividad, una alta tasa de rotación de personal y jubilaciones anticipadas (Dewa et al., 2014a, Dewa et al., 2014b). Lo más importante es que el agotamiento puede resultar en un aumento de errores médicos, una reducción en la calidad de atención al paciente y una menor satisfacción por parte de este último (Wallace et al., 2009). Por lo tanto, no es sorprendente que cada vez se considere más el bienestar de los médicos como un indicador de calidad en la prestación de atención médica (West et al., 2016).

Se ha señalado que tanto las estrategias individuales como las estructurales u organizacionales son intervenciones efectivas para reducir el desgaste ocupacional en médicos residentes, según la evidencia. Sin embargo, West et al. (2016) sugieren que se deben establecer soluciones combinadas tanto a nivel individual como organizacional para lograr mejoras aún mayores en el bienestar del personal médico.

Una revisión sistemática realizada por Panagioti et al. (2017) con 1550 residentes de medicina, reportaron que las intervenciones organizacionales compuestas del entrenamiento en habilidades de liderazgo y comunicación obtuvieron el efecto estandarizado de media de -0.45 ; 95%, con un intervalo de, -0.62 a -0.28 , a diferencia de las intervenciones psicológicas compuestas por entrenamiento en manejo del estrés, habilidades sociales y

entrenamiento en relajación, las cuales reportaron un $SMD = -0.18$; 95%, CI -0.32 a -0.03 . Concluyeron que las intervenciones organizacionales tienen mayor eficacia que las psicológicas. sin embargo, existe imprecisión para dar recomendaciones clínicas eficaces (Intersección de la regresión de Egger $-0,28$, $SE = 0,16$, $p = 0,11$).

Las intervenciones basadas en la medicina conductual (campo de la investigación en el que intervienen múltiples disciplinas relacionadas con el desarrollo y la integración de los conocimientos biomédicos y conductuales relevantes para la salud física y los problemas psicológicos y la aplicación de estos conocimientos, con el fin de diseñar, implementar y evaluar intervenciones para recuperar la salud y reducir la incapacidad en problemas de relevancia social, a través de diferentes teorías (Dekker et al., 2017), han demostrado tener una gran evidencia, debido a que han demostrado grandes aportes en la prevención y manejo del Desgaste ocupacional.

Dentro de los sistemas de atención de la salud, los países de bajos y medianos ingresos reportan mayores niveles de sobrecarga laboral y desgaste ocupacional, los cuales afectan la productividad y la eficiencia de los trabajadores de la salud; en particular en países de bajos ingresos, por el apoyo institucional y las condiciones del sistema de salud; por lo cual, es importante tomar en cuenta las condiciones organizacionales como el clima, la estructura y el apoyo organizacional, ya que éstas determinarán la eficacia de la intervención psicológica (Dugani et al., 2018).

Por otro lado, una revisión sistemática de intervenciones organizacionales para reducir el SDO, elaborada por De Simone et al. (2021), señaló que las intervenciones dirigidas a la organización se asociaron con una reducción moderada en la puntuación de SDO; las intervenciones individuales dirigidas al médico se asociaron con una pequeña reducción en la puntuación de SDO; las intervenciones dirigidas a la organización redujeron más la

despersonalización que las intervenciones dirigidas al médico y las intervenciones dirigidas a la organización se relacionaron con mayor mejora de la realización personal que las intervenciones dirigidas al médico.

Es importante señalar que el personal médico podría obtener importantes beneficios de las intervenciones para reducir el síndrome de desgaste ocupacional, especialmente de las estrategias organizativas, al considerar que el SDO tiene su origen en cuestiones relacionadas con el entorno de trabajo y la cultura organizativa (West al., 2016).

Se ha reportado que las intervenciones conductuales individuales en profesionales de la salud han sido también efectivas para la disminución del desgaste ocupacional; por ejemplo, en la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados y cuasiexperimentales elaborados por Aryankhesal et al. (2019), se demostró que el 50% de las intervenciones tuvieron un impacto positivo en el SDO de los médicos y el 67% un impacto positivo en el SDO de las enfermeras. La mayoría de las intervenciones fueron similares en médicos y enfermeras, pero su eficacia varió dependiendo de la profesión, dichas intervenciones se describen a continuación (Aryankhesal et al., 2019):

- Las intervenciones basadas en equipos y programas participativos tuvieron un efecto no significativo y no se observó una relación significativa entre el apoyo de los superiores y la mejora del bienestar psicológico del personal, lo que indica que la mejora de la salud mental y de los síntomas de depresión puede deberse a una comunicación adecuada y a la participación de las enfermeras al mismo nivel, y no sólo a la relación con sus superiores (Aryankhesal et al., 2019; Weight et al., 2013).
- Las intervenciones psicosociales mejoraron significativamente los índices de SDO. La formación del personal de enfermería, con una gama más amplia de

intervenciones, ayuda a los enfermeros a tener actitudes más positivas hacia los pacientes. Aunado que, las intervenciones como el yoga y la meditación, y las intervenciones de mindfulness produjeron un aumento significativo del autocuidado y una reducción significativa del agotamiento emocional, el estrés y el SDO entre médicos y enfermeras (Aryankhesal et al., 2019; Linzer et al., 2015; Oman et al., 2006).

- Los programas e intervenciones basadas en línea mejoraron significativamente la salud mental y redujeron los síntomas de depresión en el personal (Aryankhesal et al., 2019; Contratto et al., 2017).
- El uso de métodos mixtos demostró tener un efecto significativo en la reducción del SDO de médicos y enfermeras (Aryankhesal et al., 2019; Weight et al., 2013).

Cabe resaltar que, se ha demostrado que las estrategias individuales combinadas con las estructurales u organizacionales establecen mejoras aún mayores en el bienestar del personal médico, que sólo aplicar intervenciones individuales u organizacionales (West et al., 2016). Prueba de ello, se señala la revisión sistemática realizada por Panagioti et al. (2017), en dónde participaron 1550 residentes de medicina, reportó que las intervenciones organizacionales, compuestas por el entrenamiento en habilidades de liderazgo y comunicación, obtuvieron el efecto estandarizado de media de - 0.45; 95%, con un intervalo de, -0.62 a -0.28, a diferencia de las intervenciones psicológicas, compuestas por entrenamiento en manejo del estrés, habilidades sociales y entrenamiento en relajación, las cuales reportaron un SMD = -0.18; 95%, CI -0.32 a -0.03. Concluyeron que las intervenciones organizacionales tienen mayor eficacia que las psicológicas. Sin embargo,

existe imprecisión para dar recomendaciones clínicas eficaces (Intersección de la regresión de Egger $-0,28$, $SE = 0,16$, $p = 0,11$), siendo la recomendación principal combinar los tipos de intervenciones para mejorar el bienestar del personal de la salud.

Capítulo 2. Desgaste ocupacional en Cuidados paliativos

2.1 Cuidados paliativos y desgaste ocupacional

La tendencia epidemiológica señala que las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer, trastornos neurocognitivos, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, terminan discapacitando a las personas; por lo que, es indispensable que se atiendan aquellas necesidades inherentes a la salud que deterioran la calidad de vida y de muerte de los individuos (Department of Health and Ageing Staff, 2010).

Existe un campo de la salud denominado cuidados paliativos, que busca proporcionar las condiciones idóneas para mantener la calidad de vida en los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas de orden físico, psicosocial o espiritual, inherentes a una enfermedad potencialmente mortal o crónica-degenerativa. Así mismo, previenen y alivian el sufrimiento a través de la detección temprana, evaluación y el tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas que generen displacer (Lynch et al., 2013; OMS, 2020).

Es importante tomar en cuenta una realidad: a nivel mundial, se estima que cada año 40 millones de personas necesitan servicios de cuidados paliativos, y el 78% de ellas viven en países de ingresos bajos y medianos, según la OMS (2020). Por lo tanto, la implementación de cuidados paliativos desempeña un papel fundamental en la aplicación de medidas que alivien el sufrimiento en esta población. Algunos ejemplos incluyen la generación de políticas públicas para garantizar el acceso a opioides en países con recursos limitados, la adecuada definición de las responsabilidades de los profesionales de la salud y la implementación de acciones para el control de síntomas (Cruz-Oliver, 2017; Lynch et al., 2013).

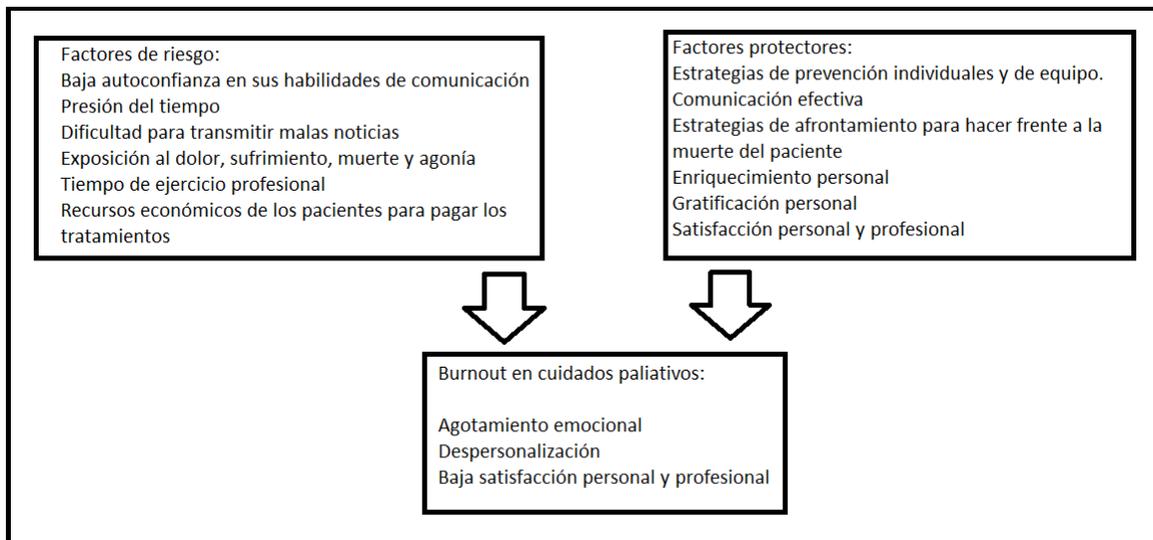
La prestación de cuidados paliativos puede llevar al personal de salud a un agotamiento físico, psicológico y emocional, con la aparición del desgaste ocupacional, asociado, principalmente, a que se deben tomar múltiples decisiones bioéticas, la mayoría de las cuales están relacionadas con: (1) la autonomía del paciente y el cumplimiento de las voluntades anticipadas; (2) la eutanasia y el suicidio asistido; (3) la retención o retirada de tratamientos (como la hidratación o la nutrición); y (4) la decisión de no reanimar. (Pereira et al., 2011).

En las unidades de cuidados paliativos existen factores de protección para el desarrollo del desgaste ocupacional como: la cantidad y calidad del tiempo para dedicar a los pacientes y a las familias, las estrategias de afrontamiento orientadas a la resignificación y orientación al problema ante la muerte de un paciente, la construcción de un sentimiento de comprensión sobre la muerte de los pacientes, el enriquecimiento personal, la gratificación y la satisfacción personal y profesional, la alimentación, la higiene de sueño y el ejercicio (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Parola et al., 2017; Pereira et al., 2011).

Por otro lado, se presentan factores de riesgo como: la falta de confianza en las habilidades de comunicación, la dificultad para dar malas noticias, el tratar constantemente el dolor, el sufrimiento, la muerte y con los pacientes que están al final de la vida, la exposición sistemática ante las características del servicio de cuidados paliativos, el consumo de anestésicos y analgésicos y los recursos económicos bajos del paciente para pagar los tratamientos (*Figura 1*) (Pereira et al., 2011).

Figura 1.

Factores protectores y de riesgo asociados con el desarrollo o prevención del síndrome de desgaste ocupacional de los profesionales de cuidados paliativos.



2.2 Epidemiología del desgaste ocupacional en profesionales de Cuidados Paliativos

Existe evidencia consistente sobre la presencia del desgaste ocupacional en los profesionales de la salud de cuidados paliativos; en una revisión sistemática realizada por Parola et al. (2016), se reporta que el 17.3% de 8 estudios transversales con 1406 trabajadores de la salud de cuidados paliativos presentaba SDO. Específicamente, el agotamiento emocional lo presentó el 19.5% (n=451) de enfermeras, el 15.9% (n=327) de trabajadores sociales y el 12.9% (n=418) de médicos. En cuanto a la despersonalización, se encontró que lo tenía el 8.2% (n=451) de enfermeras, el 7.3% (n=172) de los médicos y el 2.8% (n=327) de los trabajadores sociales. Por último, en la insatisfacción del logro personal se encontró que el 41.2% (n=481) en médicos, el 17.3% (n=451) en enfermeras y el 10.1% (n=327) de trabajo social.

Recientemente, Diixhoorn et al. (2021) realizaron una revisión sistemática en donde se incluyeron 59 estudios de diseño observacional transversales de la prevalencia de desgaste ocupacional en profesionales de cuidados paliativos. Los resultados muestran que los niveles de desgaste ocupacional oscilaron entre el 3% y el 66%, pero la calidad de sus estudios fue bastante controversial por el sesgo de selección, confusión y detección.

En México se realizó un estudio multicéntrico con 69 enfermeras de cuidados paliativos en el que se reporta la presencia de agotamiento emocional en el 37.3%, síntomas de despersonalización en el 33.1% y el 37.8% tiene baja realización personal (Rizo-Baeza et al., 2018). Otro estudio elaborado por Alderete-Aguilar & Ascencio-Huertas (2015) genera un precedente importante, ya que se midieron los niveles de desgaste ocupacional en el Instituto Nacional de Cancerología de México, el mismo contexto en donde se realizó esta investigación. Los evaluados fueron 30 profesionales de la salud de la unidad de cuidados paliativos y los resultados obtenidos mostraron que el 43% presentaba niveles medios de desgaste ocupacional, de los cuales, el 40% presenta niveles altos de agotamiento emocional, 23.4% niveles altos de despersonalización y 53.3% niveles bajos de realización personal. Así como una relación positiva y estadísticamente significativa entre el estilo de afrontamiento orientado a la evitación y el desgaste ocupacional.

Específicamente, los datos derivados de una actividad asistencial dirigida a los profesionales “seminario de reflexión” realizada de forma mensual para prevenir e intervenir en problemas de salud mental en profesionales de la salud del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (2020) señalaron que, de nueve residentes de paliativos, tres presentaban desgaste ocupacional, tres presentaban agotamiento emocional, el cinco tenían despersonalización y siete presentaron

insatisfacción con el logro personal. Así mismo, se reportó que tres tenían buena capacidad de autocuidado y seis tenían baja capacidad (*Apéndice 1*).

En el estudio realizado por Parola et al. (2017) se menciona que la prevalencia del SDO puede verse influida por sesgos confusionales asociados con la interpretación y la medición del instrumento; por ejemplo, el sesgo de detección se da cuando el evento de resultado se busca e identifica con diferente rigor, métodos o criterios en la medición.

Es evidente es que los profesionales de cuidados paliativos requieren de la atención psicológica para poder disminuir las alteraciones ocasionadas a su persona, la organización y a terceros. Por lo cual, es necesario contar con adecuados instrumentos de evaluación que nos permitan desarrollar intervenciones específicas para cada la población, con el fin de tratar, comprender y determinar la naturaleza del problema; de modo que, el diseño de intervenciones a nivel individual y organizacional son indispensables para los profesionales de dicha rama de la salud (Parola et al., 2016).

2.3 Intervenciones para el desgaste ocupacional en profesionales de la salud de cuidados paliativos

En el contexto actual, donde la psicología basada en evidencia ha adquirido gran importancia en los sistemas de atención y en la formulación de políticas públicas, es fundamental tener en cuenta la investigación, la experiencia clínica y las características individuales del paciente para lograr los mejores resultados. Bajo este paradigma, al diseñar una intervención para reducir el desgaste ocupacional, es necesario considerar los principios regulatorios del comportamiento, el análisis de casos y las técnicas que han demostrado ser más efectivas según la literatura (Cuello-García & Pérez-Gaxiola, 2015; Glasziou et al., 2003; Straus et al., 2019).

Dentro de las intervenciones que han demostrado tener mayor nivel de evidencia se encuentra que: relajación, expresión emocional, apoyo social, solución de problemas, entrenamiento en comunicación; (Floriana et al., 2019; Gehart et al., 2016; Metha et al., 2016; Özbaz et al., 2016; Popa-Velea et al., 2019; Potash et al., 2014; Sansó et al., 2015).

Sansó et al. (2018), reportaron un cuasiexperimento de pre y post evaluación con 36 participantes durante 6 semanas con una duración de dos horas por sesión, en las cuales se abordó la psicoeducación, la escucha efectiva y la escritura reflexiva, dando como resultado el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y la expresión emocional para disminuir el desgaste ocupacional. El diseño del estudio es considerado por el Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) (2011) como segundo nivel de evidencia, de acuerdo con los niveles de evidencia de intervenciones. A continuación, se presentan algunos de los estudios que cuentan con mayor nivel de evidencia científica de acuerdo con el CEBM.

En el primer nivel de evidencia se identificó un ensayo controlado aleatorizado con diseño paralelo, donde el grupo experimental y el grupo control tenía en cada brazo 34 participantes, se realizó una intervención que duró diez sesiones semanales, con una duración de dos horas, y estuvo compuesta de grupos de discusión, técnicas de relajación, solución de problemas y entrenamiento en comunicación y lo que se encontró fue que se fortalecieron las estrategias de afrontamiento para disminuir el desgaste ocupacional (Özbaz et al., 2016).

Dos estudios identificados pertenecen al segundo nivel de evidencia, los cuales son el realizado por Potash et al. (2014) que consistió en un estudio cuasiexperimental con pre y post evaluación, donde el grupo experimental estaba compuesto por 69 participantes y el grupo de comparación estaba integrado por 63 participantes. La intervención se realizó semanalmente, por seis semanas, con una duración de tres horas y retomó técnicas de relajación, imaginación guiada, creación artística, escritura reflexiva y grupos de discusión. Los resultados fueron que el desgaste ocupacional disminuyó, ya que la intervención permitió a los participantes la oportunidad de introspección de sí mismo y la resignificación a través del apoyo social.

Otro estudio fue realizado por equipo de Popa-Velea et al. (2019) que generó un estudio cuasiexperimental con evaluación pre y post con seguimiento de un mes. El grupo experimental estaba compuesto por 31 participantes y el de comparación tenía 38 participantes, donde en el grupo experimental se les facilitó la expresión emocional y grupos de discusión para disminuir el desgaste ocupacional.

En el cuarto nivel de evidencia se encuentran tres estudios, el elaborado por Gehart et al. (2016) que reportan un estudio pre-experimental con pre y post con seguimiento de un mes, con 21 participantes, el cual es considerado cuarto nivel de evidencia. La intervención

duró diez sesiones semanales de dos horas y estuvo compuesta por técnicas de expresión emocional, meditación, entrenamiento en comunicación y acciones comprometidas a valores. La discusión del artículo menciona que el desgaste ocupacional disminuyó debido a las estrategias de comunicación, el reconocimiento emocional y el compromiso a una vida llena de significado y valores. Otro estudio fue el realizado por Metha et al. (2016) que desarrollaron un diseño pre-experimental con evaluación pre y post con 15 participantes, la intervención se realizó, semanalmente, durante ocho sesiones de una hora y estuvo compuesta de técnicas de relajación, meditación y solución de problemas; se encontró que la toma de perspectiva, el aumento de autoeficacia y las técnicas de relajación disminuyen el desgaste ocupacional.

Por otro lado, Forianna et al. (2019) desarrollaron un estudio pre-experimental con evaluación pre y post con 18 participantes. La intervención duró diez sesiones semanales y estuvo compuesta por instigación emocional, estímulos visuales, grupos de discusión y simbolización, y en la que se concluye que la expresión emocional fue lo que disminuyó el desgaste ocupacional y sus componentes.

Capítulo 3. Desgaste Ocupacional durante la pandemia de la COVID-19

3.1 Desgaste ocupacional en médicos de cuidados paliativos durante la pandemia de la Covid-19

La Covid-19 ha sido definida como una enfermedad viral generalmente caracterizado por fiebre alta, tos, disnea, resfriado, tremor persistente, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, una nueva pérdida del gusto y / o del olfato y otros síntomas de una neumonía viral (CDC, 2020). Los síntomas más comunes son: fiebre, tos, diarrea y fatiga (Rothe et al., 2020; Wang et al., 2020). El periodo de incubación del SARS-CoV-2 fue de 1 a 12 días, siendo la mediana del periodo de incubación de 4 días (Rothe et al., 2020; Wang et al., 2020). Así mismo, se ha encontrado que la tasa de infección o el número medio de personas infectadas por un individuo (R_0) fue de 2,75 en el caso de la pandemia de SARS (2003), el valor R_0 del ébola de 2014 se situó en el rango de 1,51 a 2,53, el de la influenza H1N1 (2009) fue de 1,46 a 1,48, en el caso del MERS, fue de alrededor de 1 y el valor R_0 actual del SARS-CoV-2 se estimó en un rango de 1,5-3,5; por lo que, se estima que se mantenga el contagio hasta el 2030 y, por consecuencia, se mantendrán los problemas económicos y estructurales ocasionados por la pandemia (Caycho-Rodríguez et al., 2021; Yesudhas et al., 2021).

La evidencia ha demostrado que las gotas respiratorias son las principales vías de transmisión del SARS-CoV-2, ya que puede ser transmitido a una persona sana si entra en contacto con la persona infectada o con alguna de sus pertenencias, incluyendo la ropa, las superficies u otros objetos. Sin embargo, la transmisión puede ser evitada manteniendo una distancia de 2 metros entre dos personas, el uso de mascarillas al salir a la calle y el aislamiento de las personas infectadas (Rothe et al., 2020; Wang et al., 2020).

La amenaza de este virus aumentó exponencialmente la carga de trabajo del personal de la salud y un riesgo en la mortalidad de la población; tal es así que a mediados de noviembre del 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que, al menos, 570, 000 profesionales de la salud se habían contagiado y que habían muerto, al menos, 2,500 por la enfermedad, lo cual se llegó a considerar como una condición de guerra (OPS, 2020; Yesudhas et al., 2021).

Se agregaron diferentes estresores en la pandemia que pusieron en riesgo la salud mental de los profesionales de la salud: la incertidumbre de la magnitud, la duración y los efectos resultantes de la crisis, las preocupaciones asociadas al nivel de preparación de la organización para atender a los pacientes y la baja calidad del equipo de protección personal han generado niveles sin precedentes de ansiedad asociada a la pérdida de salud y la vida del personal y sus personas amadas (Albott et al., 2020; Shanafelt et al., 2020). Lo que aumentó la probabilidad de que la calidad de vida del individuo disminuyera y, por ende, afectara su desempeño personal y profesional; dando lugar a alteraciones físicas y emocionales como: distrés corporal, el síndrome de desgaste ocupacional, la irritabilidad, las dificultades para dormir, disminución de la calidad en las relaciones interpersonales, aumento la probabilidad de abuso de sustancias, la sintomatología ansiosa y depresiva, los trastornos del ánimo y de ansiedad, las cefaleas, las náuseas, las enfermedades cardiovasculares, el aislamiento de relaciones interpersonales, el cansancio crónico, la dislipemia, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, cutáneas y alérgicas, la fatiga, el insomnio, la hipertensión arterial, los problemas gastrointestinales y los trastornos del sueño, lo cual disminuye la eficacia de los estilos de afrontamiento y genera dificultades en el desempeño laboral (Benedek et al., 2007; Rosen, et al., 2006; Esquivel-Molina et al.,

2007; Cholongitas & Pipili, 2010; Long et al., 2013; Pagnin et al., 2014; Shanafelt et al., 2020; Williams et al., 2019).

Por lo cual, desarrollar e implementar programas que fortalezcan los factores protectores para prevenir el desarrollo del desgaste profesional permitirá, no solo cuidar al personal, sino a la organización y a los pacientes, siendo la intervención de vital conveniencia para el sector público y los profesionales de la salud (Albott et al., 2020; Shanafelt et al., 2020).

En un contexto de pandemia, los trabajadores de la salud experimentaron un importante malestar psicológico; al respecto, Chigwedere et al. (2021) realizaron una revisión sistemática, de los cuales el 45% de los estudios se centraron en el SARS, el 37% en el COVID-19, el 9% en el MERS, el 5% en el Ébola, el 3% en el H1N1 y 1% en el H7N9, señalando que los comunes denominadores, durante la exposición de los trabajadores de la salud en las pandemias, son: la depresión (con prevalencia del 22%), la ansiedad (con prevalencia del 22%), el insomnio (con prevalencia del 38%) y el trastorno de estrés postraumático (con prevalencia del 41%) (Pappa et al., 2020; Wu et al., 2021); por lo cual, es imperativo que se proporcione un apoyo psicológico adecuado a los profesionales de la salud, durante y después de estos sucesos extraordinariamente angustiantes.

La pandemia de la COVID-19 impacto de múltiples formas, a los profesionales de la salud, ya que estos se han expuesto a un alto riesgo de infección a través de la exposición directa al virus en su lugar de trabajo y al estrés que esto conlleva. Se han incrementado la prevalencia del SDO y se han exacerbado los problemas de salud mental en los trabajadores de la salud en primera línea en la atención a pacientes por Covid-19 (Da Silva & Neto, 2020).

En una revisión sistemática realizada por el equipo de Da Silva & Neto (2020), se mostró que los profesionales de la salud que tuvieron un mayor nivel de exposición directa al contagio de la Covid-19, excedió la adaptación emocional del sujeto y como resultado, generó problemas de salud mental. Varias revisiones sistemáticas realizadas reportaron que los profesionales de la salud presentaron depresión (13.5% a 44.7%), ansiedad (12.3% al 35.6%), insomnio (33.8% al 38.9%), estrés postraumático (7.4% al 37.4%) y SDO (43.3%) (Alshekaili et al., 2020; Sanghera et al., 2020; Salari et al., 2020; Pappa et al., 2020; Zhang et al., 2020).

En México, se realizó un estudio observacional analítico por parte de Robles et al. (2020) cuyo objetivo fue identificar los trastornos psicológicos en los profesionales de la salud al inicio de pandemia del COVID-19, participaron 3,720 profesionales que participaron en la atención de pacientes en la primera línea. Los resultados revelaron que un 36.2% de los médicos residentes presentaron síntomas de depresión, un 9.7% tuvo alto riesgo de sufrir desgaste ocupacional y un 15.9% presentó síntomas de ansiedad, que fueron incrementándose de forma considerable ante las difíciles e inciertas condiciones derivadas de la pandemia.

Con respecto a las áreas críticas en la atención del COVID-19 como cuidados paliativos, medicina interna, urgencias médicas, los profesionales de la salud presentaron los peores resultados en salud mental en comparación con las que especialidades no críticas, además de alteraciones en el control de los ciclos de sueño y vigilia y el aumento en los niveles de ansiedad (Alshekaili et al., 2020, Santabárbara et al., 2021).

Aunado a las condiciones aversivas que conllevó la pandemia, los profesionales de la salud, de todas partes del mundo, presentaron un agotamiento físico y emocional sin precedentes por las implicaciones de la segunda y tercera oleada de la pandemia, el nuevo

virus mutante contagioso, el aumento del número de muertes y la lentitud en el despliegue de las vacunas (Kaushik, 2021).

La evidencia denotó la necesidad de que los equipos de trabajo fueran monitoreados por equipos de salud mental durante la pandemia y más allá de su conclusión, para implementar programas que evalúen, detecten y promuevan la salud mental y las condiciones de trabajo adecuadas en los profesionales de la salud; desde garantizar el equipo de protección médica, el descanso del personal y los tratamientos orientados a promover el bienestar psicológico dirigidos a mejorar la resiliencia en el individuo mediante la modificación del contexto y de su conducta (De Kock et al., 2021; Lai et al., 2020).

Así mismo, se puso en relieve la importancia de los servicios de apoyo de salud mental para los profesionales de la salud de áreas críticas, como son los residentes de cuidados paliativos, debido a que los trabajadores de la salud de áreas críticas, en general, han estado laborando en condiciones donde presentan mayor probabilidad de contagio, hay mayor prevalencia de muerte de los pacientes e incidencia en la gravedad de los casos que ya eran delicados al combinarse con la Covid-19 (Denning et al., 2020)

Por lo que, fue indispensable desarrollar intervenciones orientadas a mejorar y prevenir afecciones psicológicas; al respecto se han señalado cinco categorías principales (Ripp et al., 2020; Sotile et al., 2020):

- Resiliencia y autocuidado: Intervenciones orientadas al fortalecimiento del apoyo social y estrategias para mantener una calidad de vida y de la salud óptima.
- Grupo de apoyo emocional: Intervenciones orientadas al desarrollo de grupos de apoyo emocional, facilitados por psicólogos y/o psiquiatras que proporcionen apoyo emocional y apoyo espiritual.

- Intervenciones psicológicas breves: Sistema de soporte telefónico, programas de apoyo al empleado y ayuda proporcionada por el gobierno para el desarrollo de atención emocional
- Intervenciones psicológicas a largo plazo: Difusión y tratamiento por instituciones psiquiátricas y servicios de salud mental con trabajadores basados en evidencia.
- Manejo de crisis: Intervenciones y apoyo, las 24 horas del día, para crisis de pánico y crisis emocionales, desarrolladas por equipos de salud mental especializada en urgencias.

Por otro lado, se ha destacado una desigualdad y brecha grande en el ámbito de la salud; especialmente, en las especialidades de cuidados intensivos y enfermedades infecciosas, ya que presentan la tasa más alta de agotamiento, lo cual genera preocupación de que el profesional con SDO poner en peligro la asistencia sanitaria, la seguridad de los pacientes y a ellos mismos (Kaushik, 2021).

Ante la evidencia, es de gran relevancia atender el agotamiento de los profesionales de la salud; ya que, además de afectar la calidad de vida del profesional impacta en la recuperación de la pandemia, ya que dicho agotamiento predispone a los trabajadores a abandonar su profesión u optar por una jubilación temprana y disminuir el número de profesionales de la salud que enfrenten los problemas de salud (Kaushik, 2021).

La actual respuesta de los gobiernos internacionales, las organizaciones académicas y los hospitales ha consistido en la promoción y generación de políticas proactivas, el desarrollo de liderazgo crítico y la financiación para los programas de prevención del SDO, en donde se ha remarcado que dichos programas no sólo deben abordar el síndrome de

desgaste ocupacional grave, sino que se deben promover medidas para mejorar el bienestar de los profesionales de la salud (Kaushik, 2021).

Es importante mencionar que, para evitar cualquier desconexión en la evolución de las políticas, los responsables políticos deberían colaborar estrechamente con la comunidad de investigación biomédica y de ciencias de la conducta para comprender los conocimientos científicos sobre el desgaste ocupacional y sus implicaciones, con el fin de financiar programas de prevención, dado que los profesionales de la salud son una parte indispensable del crecimiento económico y la capacidad de recuperación del sistema de salud (Kaushik, 2021).

La COVID-19 obligó al personal de salud mental a dar un salto significativo en nuestro uso de la tecnología, principalmente por dos razones: la comodidad y la lógica financiera, y debido a que la forma de transmisión del virus dificulta la intervención cara a cara, los servicios remotos son una opción en la búsqueda de estabilidad emocional durante la pandemia. Al respecto, Zaçe et al. (2021) , De Kock, et al (2022) y Dominguez-Rodriguez et al (2022) mencionan que se desarrollaron intervenciones psicológicas digitales para mejorar estrategias organizacionales, de apoyo entre pares y personales., tanto a profesionales de la salud que trabajan dentro o fuera de un hospital; a saber, médicos, enfermeras, técnicos o administrativos.

3.2 Telepsicoterapia durante la pandemia de la Covid-19

Las directrices de distanciamiento social y las exigencias de la salud pública relacionadas con las consecuencias del brote de una enfermedad infecciosa como lo fue la pandemia de la Covid-19, han generado que las interacciones entre las personas sean menos viables y deseables (Webster, 2020). Así mismo, se ha señalado que a muchos de los pacientes les resulta mucho más fácil acceder a la atención en Telesalud cuando ésta se presta a distancia, especialmente, en aquellos que son cuidadores, carecen de transporte fiable y residen en zonas rurales. En estos casos, los pacientes pueden asistir a las sesiones terapéuticas sin las cargas asociadas a la obtención de guarderías, la búsqueda de transporte, o soportar largos desplazamientos; por lo que, los terapeutas han adoptado rápidamente la tele psicoterapia para satisfacer las necesidades de sus pacientes (Hoffman, 2020; Markowitz et al., 2021; Swartz, 2021; Webster, 2020; Weightman, 2020).

La tele psicoterapia ha sido definida como la psicoterapia realizada por un terapeuta en un lugar distinto al del paciente mediante una tecnología de comunicación bidireccional que permite la interactividad en tiempo real en las modalidades de audio, audiovisual y texto, en donde se considerarán aspectos médico-legales, cuestiones clínicas, como la ética, la confidencialidad, la selección de pacientes y la técnica terapéutica (Biagianti et al., 2021; Brooks et al., 2020; DiGiovanni et al., 2004; Hawryluck et al., 2004; Kaplan, 1997).

En una revisión elaborada por Poletti et al. (2021) los resultados muestran que, a pesar del escepticismo de los terapeutas y del público, la telepsicoterapia es una alternativa digna de confianza que se puede adoptar y que puede utilizarse eficazmente para la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático. Es importante mencionar que, se deben salvaguardar ciertos criterios como: la seguridad de las aplicaciones sanitarias, ayudar a los pacientes a

acceder de forma pragmática a un espacio privado en casa, animar a los profesionales a utilizar la videoconferencia (en lugar del teléfono) para ofrecer terapia a distancia y aumentar la disponibilidad de recursos electrónicos gratuitos a los grupos vulnerables (Boldrini et al., 2020; Geller, 2021; Inkster et al., 2020; Simon, 2020)

El Grupo de Trabajo Conjunto para el Desarrollo de Guías de Telepsicología para Psicólogos (2013) desarrollaron *Directrices para la práctica de la telepsicología*, las cuales fueron elaboradas para abordar el campo en expansión de la provisión de servicios psicológicos, ampliamente conocido como Telepsicología, que establecen que los psicólogos deben:

- Adoptar medidas razonables para asegurar su competencia tanto en el uso de las tecnologías empleadas como en comprender el posible impacto de dichas tecnologías en sus clientes, pacientes, supervisados y otros profesionales.
- Asegurar el cumplimiento de los estándares éticos y profesionales en la atención y práctica desde el inicio y a lo largo de la prestación de servicios de Telepsicología.
- Obtener y documentar el consentimiento informado que aborda de manera específica las preocupaciones particulares relacionadas con los servicios de Telepsicología que ofrecen. Por lo que deben estar familiarizados con las leyes, regulaciones y requisitos organizativos aplicables que rigen el consentimiento informado en este campo.
- Realizar esfuerzos razonables para salvaguardar y preservar la confidencialidad de los datos y la información concerniente a sus clientes o pacientes, e informar a sus clientes sobre los posibles riesgos adicionales de pérdida de

confidencialidad asociados al uso de las tecnologías de telecomunicaciones, en caso de que existan.

- Adoptar medidas razonables para asegurar la existencia de salvaguardias de seguridad que protejan los datos y la información de sus clientes/pacientes contra el acceso o la divulgación no intencional.
- Gestionar los datos, la información y las tecnologías utilizadas de manera que facilite la protección contra el acceso no autorizado, así como asegurar una eliminación segura y apropiada de los mismos.
- Tomar en cuenta las problemáticas particulares que pueden surgir con los instrumentos de evaluación y los enfoques diseñados para su aplicación en persona al brindar servicios de Telepsicología.
- Familiarizarse y cumplir con todas las leyes y regulaciones pertinentes al ofrecer servicios de Telepsicología a clientes/pacientes a través de fronteras jurisdiccionales e internacionales.

Por otro lado, Airaldi (2020), en su *Guía de buenas prácticas en intervenciones basadas en Telepsicología*, buscó establecer los lineamientos que promueven una intervención óptima, en relación con el espacio físico y las condiciones tecnológicas.

A partir de la evidencia a favor sobre el uso de la Telepsicoterapia y el establecimiento de los lineamientos de buenas prácticas de los psicoterapeutas, los investigadores han diseñado múltiples modelos para aplicarse durante la pandemia de la Covid-19 en pacientes hospitalizados, después del alta, durante las fases de remisión y recuperación, así como a supervivientes de dicha enfermedad infectocontagiosa. Por ejemplo, en un estudio realizado

por Biagiante et al. (2021), se identificaron cinco macro-áreas clínicas en la literatura que rigen la implementación de dichas intervenciones en Tele psicoterapia, las cuales son:

- Síntomas traumáticos y postraumáticos, principalmente para aquellos que han experimentado la hospitalización o son familiares de pacientes hospitalizados (Cai et al., 2020; Kaseda & Levine, 2020).
- Para los familiares de pacientes COVID-19, sufrimiento que tiene su origen en el duelo (Landa-Ramírez et al., 2020).
- Adaptación y reorientación funcional debido a complicaciones o secuelas somáticas (Ran et al., 2020).
- Reorientación de la identidad tras la experiencia traumática (Halldorsdottir et al., 2021).
- Síntomas psiquiátricos desencadenados y/o exacerbados por la experiencia COVID-19 (Castellini et al., 2020; Belz et al., 2021).

Específicamente, en profesionales de la salud también se han elaborado intervenciones psicológicas mediante telepsicoterapia que ha demostrado buenos resultados en problemas de salud mental durante la pandemia de la Covid-19. Un ejemplo claro, fue el estudio Robles et al. (2022), donde aplicó terapia cognitivo conductual breve, remota y manualizada para disminuir la intensidad de la ansiedad, depresión y los síntomas somáticos. La muestra del estudio estuvo compuesta por 26 participantes, donde los principales resultados demostraron que la intervención tuvo un efecto significativo (coeficientes delta de Cohen ≥ 1) para cada uno de los desenlaces; por lo tanto, se llega a la conclusión de que la telepsicoterapia basada en TCC es una forma de tratamiento factible,

clínicamente valiosa y aceptable en profesionales de la salud durante la pandemia de la Covid-19.

Por otro lado, en un reporte de caso elaborado por Nishihara et al. (2022) para disminuir la fatiga por compasión, se señaló que las intervenciones en Telepsicoterapia permiten desempeñar estrategias efectivas y eficaces que pueden implementar los profesionales de la salud durante la atención de casos graves de COVID-19 para disminuir la posibilidad de desarrollar un evento adverso en su salud mental. Por lo que actualmente, siguen los esfuerzos de atención a los residentes que están y estuvieron expuestos a la Covid-19, como es el caso una propuesta realizada en México por Domínguez-Rodríguez et al. (2022), cuyo objetivo principal fue evaluar la factibilidad y utilidad de una intervención psicológica multicomponente en línea para trabajadores de la salud en México durante COVID-19; la llevó a cabo mediante una plataforma de internet y se conformó por nueve módulos nucleares y tres módulos complementarios, con el fin reducir la ansiedad, los síntomas depresivos, el agotamiento y la fatiga por compasión y aumentar la calidad de vida, la calidad del sueño, el autocuidado y sus habilidades para dar malas noticias.

Es importante mencionar que la pandemia por Covid-19 al ser un evento inesperado, no se encontraron estudios con diseños experimentales de intervenciones psicológicas en línea para disminuir el desgaste ocupacional en profesionales de cuidados paliativos. Por lo que, ante esta carencia se diseñó a partir de la evidencia encontrada una intervención grupal de la terapia cognitivo conductual manualizada mediante Telepsicoterapia para disminuir el desgaste ocupacional en Médicos Residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19.

Capítulo 4. Planteamiento del problema

Ante la necesidad de encontrar técnicas y programas de intervención eficaces y basadas en evidencia para la reducción del desgaste ocupacional en médicos residentes de cuidados paliativos, se realizó la siguiente pregunta de investigación:

4.1 Pregunta de investigación

Se utilizó el sistema PIO (P= Población, I= Intervención y O= Desenlace o Resultado) para delimitar la pregunta de investigación que se quiere resolver, este sistema ha demostrado evidencia para la búsqueda focalizada y sistematizada de la delimitación del problema en investigaciones analítico-observacionales, experimentales y de revisión; por lo cual se utilizó dicha metodología en esta investigación (Cuello-García & Pérez-Gaxiola, 2015; Glasziou et al., 2003; Straus et al., 2019) (*Tabla 2*)

Tabla 2.

Elaboración de la pregunta PIO

Pregunta PIO	
Población	Médicos residentes de Cuidados paliativos
Intervención	Terapia Cognitivo Conductual
Resultado	Desgaste ocupacional

Una vez que se delimitó los componentes de la pregunta PIO, se utilizaron los ejemplos para formular preguntas de investigación cuando se utiliza la pregunta PIO, la cuál fue la siguiente: ¿I será efectiva para disminuir O en P?

4.2 Justificación

El desgaste ocupacional afecta la salud de los médicos residentes de cuidados paliativos, entre las manifestaciones más comunes se encuentran la sintomatología ansiosa y depresiva, los trastornos del ánimo y de ansiedad, las cefaleas, las náuseas y las enfermedades cardiovasculares. Además, también se ha observado que los profesionales pueden experimentar aislamiento en sus relaciones interpersonales, cansancio crónico, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades cutáneas y alérgicas, fatiga, insomnio, hipertensión arterial y los problemas gastrointestinales (Rosen, Gimotty, Shea & Bellini, 2006; Esquivel-Molina et al., 2007; Cholongitas & Pipili, 2010; Long, Bogossian & Johnston, 2013; Pagnin et al., 2014; Williams, Rathert, & Buttigieg, 2019).

El desgaste ocupacional también tiene un impacto en el ámbito organizacional, dado que se ha establecido una asociación entre los síntomas de desgaste ocupacional y diversas consecuencias negativas. Estas incluyen un aumento en el ausentismo laboral, renunciaciones del personal, errores administrativos, una disminución en la higiene tanto personal como en el entorno de trabajo, y pérdidas económicas considerables. En Estados Unidos, se estima que cada médico que experimenta desgaste ocupacional genera pérdidas económicas que ascienden a 7,600 dólares (Bronkhorst, Tummers, Steijn & Vijverberg, 2015; Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Hill, Dempster, Donnelly & McCorry, 2016; Mehta et al., 2016; Parola et al., 2017; Han et al., 2019).

Además, se han observado consecuencias adversas para terceros, donde las alteraciones relacionadas con el desgaste ocupacional aumentan la probabilidad de cometer eventos adversos, llevar a cabo prácticas inadecuadas, generar una baja percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida, así como ocasionar abusos y negligencia

hacia los pacientes; por lo que, es de vital importancia realizar intervenciones basadas en evidencia para prevenir y tratar el deterioro del SDO (Pavelková & Bužgová, 2015; Kamal et al., 2016; Garcia et al., 2019; Williams, Rathert, & Buttigieg, 2019).

La psicología basada en evidencia ha adquirido una relevancia crucial en los sistemas de atención y la formulación de políticas públicas. Este enfoque se fundamenta en la consideración de la investigación, la experiencia clínica y las características individuales del paciente, con el objetivo de obtener los mejores resultados posibles. Bajo este paradigma, es esencial desarrollar intervenciones efectivas para reducir el desgaste ocupacional en los profesionales de la salud que trabajan en el servicio de cuidados paliativos. Estas intervenciones deben tener en cuenta los principios regulatorios de la conducta, la formulación de casos y las técnicas que han demostrado ser más eficaces según la literatura especializada; por lo que, a partir de la pregunta PIO se realizó una búsqueda en diez bases de datos científicas del 18 de septiembre del 2019 al 16 de octubre del 2019 para el desarrollo de la intervención y el manual que la respaldara (Anexo 1), las cuales fueron: Clase Unam, Cinahl, Pubmed, EBM reviews - Cochrane database of systematic reviews, Epistemonikos, LILACS, Medline, Pubmed, Psycinfo, Scielo y Web Science.

Así mismo, para acceder a la información se utilizaron los siguientes Encabezados médicos (Medical Subject Headings por sus siglas en inglés, MESH) y palabras clave (Text words por sus siglas en inglés, Tw); por ejemplo, para la búsqueda de información en bases anglosajonas se utilizó la siguiente combinación: (((Palliative care [MESH]) OR (End life care [Tw])) AND ((Health profesional [MESH]) OR (Health providers [MESH]) OR (Health perssonel [Tw]))) AND ((Psychotherapy [MESH]) OR (Outcomes treatment [MESH]) OR

((Counseling [MESH]) OR (Psychosocial interventions [Tw])) AND ((Burnout, psychological [MESH]) OR (Burn out [Tw]) OR (Bur-out [Tw])).

En cambio, para la búsqueda en bases iberoamericanas se utilizó la siguiente combinación: (((Cuidados paliativos [MESH]) OR (Cuidado al final de vida [Tw])) AND ((Profesionales de la salud [MESH]) OR (Personal de la salud [Tw])) AND ((Psicoterapia [MESH]) OR (Resultados del tratamiento [MESH]) OR (Consejería [MESH]) OR (Intervenciones psicosociales [Tw])) AND ((Burnout [MESH]) OR (Desgaste profesional [Tw]) OR (Desgaste ocupacional [Tw]))).

Los criterios de selección usados para la recolección de los datos fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de la salud de cuidados paliativos
- Desgaste ocupacional como variable primaria y secundaria
- Cualquier diseño experimental

Criterios de exclusión

- Otras especialidades médicas que no sean CP
- Estudios analíticos observacionales
- Estudios que tengan profesionales de CP y otras especialidades

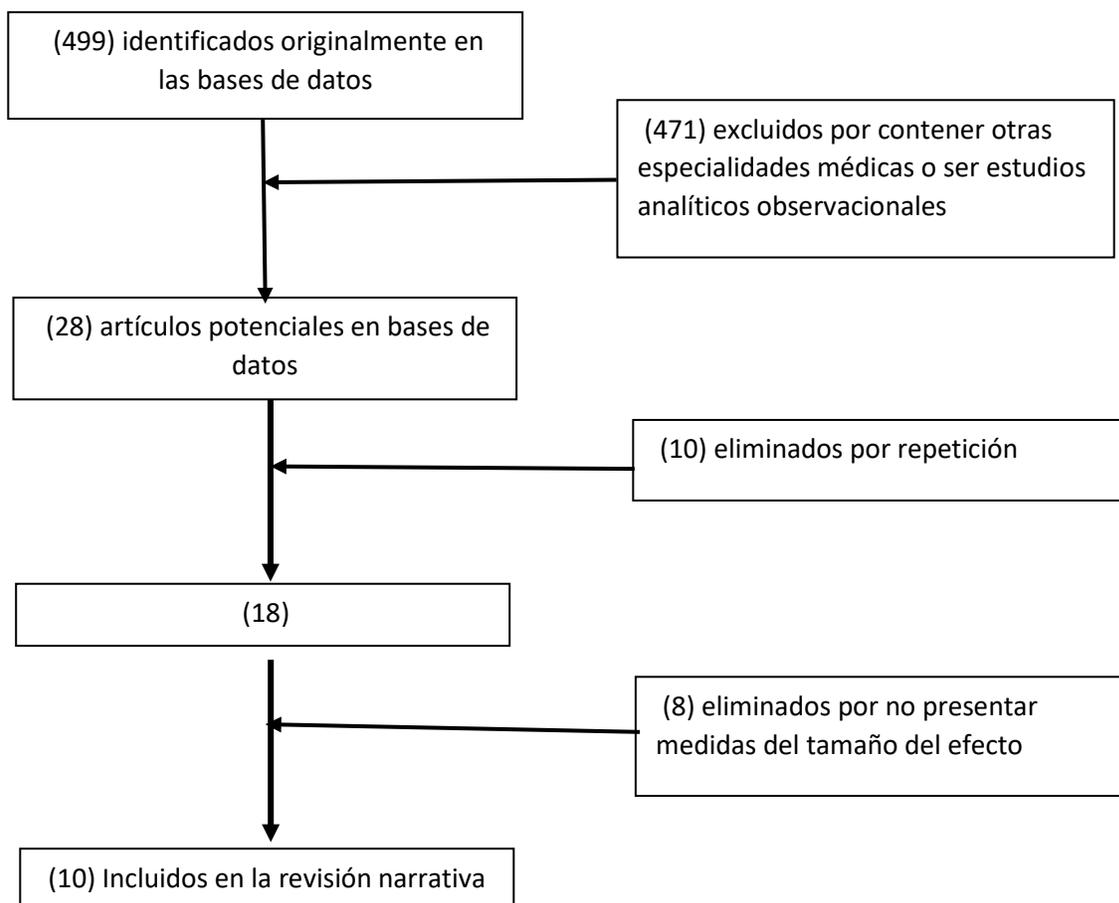
Criterios de eliminación

- No reportar medidas de tamaño del efecto
- Estudios repetidos

Al inicio de la búsqueda se encontraron en total 468 estudios en bases anglosajonas y 31 en bases iberoamericanas, de los cuales se excluyeron 471 por contener otras especialidades médicas o ser estudios analíticos observacionales dando como resultado 28 artículos potenciales. Así mismo, se eliminaron 18 artículos por estar repetidos o no contener medidas del tamaño del efecto dando como resultados 10 estudios incluidos al finalizar *(Figura 2)*.

Figura 2.

Diagrama del proceso de selección de los artículos incluidos en la revisión de la literatura.



Los resultados de la revisión en la literatura, resumidos en la *Tabla 3*, remarcan que los componentes que tenían mayor efectividad en las intervenciones para disminuir el desgaste ocupacional en profesionales de la salud de cuidados paliativos fueron las técnicas de relajación, técnicas de expresión emocional, técnicas orientadas a fortalecer el apoyo social, reestructuración cognitiva, solución de problemas, actividades orientadas a valores y entrenamiento en comunicación (Floriana et al., 2019; Gehart et al., 2016; Klein et al.,

2019; Metha et al., 2016; O'Mahony et al., 2016; Özbaz et al., 2016; Potash et al., 2014; Podgurski et al., 2019; Popa-Velea et al., 2019; Sansó et al., 2018)..

Así mismo, se encontró que las recomendaciones principales para que la efectividad del tratamiento aumentara fue la modificación del clima organizacional, la atención periódica, la generación de espacios para implementar las estrategias, el fortalecimiento de conductas de autocuidado e intervenciones que no fueran sólo informativas; por lo cual, se diseñó una intervención que tomara todas las recomendaciones encontradas en la literatura bajo el marco de la Terapia Cognitivo conductual y así potenciar la eficacia de la intervención durante la pandemia (Floriana et al., 2019; Gerhart et al., 2016; Klein et al., 2019; Metha et al., 2016; O'Mahony et al., 2016; Özbaz et al., 2016; Potash et al., 2014; Podgurski et al., 2019; Popa-Velea et al., 2019; Sansó et al., 2018).

Es importante mencionar que, no se integraron las intervenciones organizacionales a pesar de su fuerte respaldo en la evidencia (De Simone et al., 2021), debido a la negativa expresada por el servicio de realizar cambios organizacionales, tanto en el clima organizacional como en la estructura y apoyo organizacional.

Tabla 3.

Extracción de datos de la revisión narrativa para la elaboración de la intervención

Artículo	Método	Intervención	Resultados
Potash et al., 2014	Estudio cuasiexperimental con pre y post evaluación, el cual el grupo experimental estaba compuesto de 69 participantes y el grupo de comparación estaba integrado de 63 participantes.	La intervención se realizó semanalmente por seis semanas con una duración de tres horas y retomó técnicas de relajación, imaginación guiada, creación artística, escritura reflexiva y grupos de discusión.	Los resultados encontrados fue que el desgaste ocupacional disminuyó, ya que la intervención permitió a los participantes la oportunidad de introspección de uno mismo y la resignificación a través del apoyo social.
Sansó et al., 2018	Estudio cuasiexperimental con pre y post evaluación, el cual estuvo integrado por 36 participantes.	La intervención se realizó durante 6 semanas con una duración de dos horas, las cuales se abordó la psicoeducación, escucha efectiva y escritura reflexiva	Los resultados encontrados fueron el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y la expresión emocional para disminuir el desgaste ocupacional.

Gehart et al., 2016	Estudio preexperimental con pre y post con seguimiento de un mes con 21 participantes	La intervención duró diez sesiones semanales de dos horas y estuvo compuesta por técnicas de expresión emocional, meditación, entrenamiento en comunicación y acciones comprometidas a valores.	Los resultados señalan que el desgaste ocupacional disminuyó debido a las estrategias de comunicación, el reconocimiento emocional y el compromiso a una vida llena de significado y valores.
Metha et al., 2016	Estudio pre-experimental con evaluación pre y post con 15 participantes.	La intervención se realizó semanalmente durante ocho sesiones de una hora y estuvo compuesta de técnicas de relajación, meditación y solución de problemas	Se encontró es que la toma de perspectiva, el aumento de autoeficacia y las técnicas de relajación disminuyen el desgaste ocupacional.
O'Mahony et al., 2016	Estudio pre-experimental con evaluación pre y post de 13 participantes	La intervención con una duración de nueve sesiones semanales de dos horas e incluía grupos de discusión, psicoeducación, ejercicios de comunicación y atención plena.	Los resultados demostraron que no disminuyó el desgaste ocupacional por las dificultades que se encuentran al no poder modificar el clima organizacional, ya que disminuye la eficacia y el mantenimiento del efecto a lo largo del tiempo y no tener la disposición de practicar las habilidades aprendidas

Özbaz et al., 2016	Ensayo controlado aleatorizado con diseño paralelo, en el cual el grupo experimental tenía 34 participantes y el grupo control con 34 participantes.	La intervención duró diez sesiones semanales con una duración de dos horas y estuvo compuesta de grupos de discusión, técnicas de relajación, solución de problemas y entrenamiento en comunicación.	Los resultados muestran que se fortalecieron las estrategias de afrontamiento para la disminución del desgaste ocupacional.
Floriana et al., 2019	Estudio pre-experimental con evaluación pre y post con 18 participantes.	La intervención duró diez sesiones semanales y estuvo compuesta por instigación emocional por estímulos visuales, grupos de discusión y la simbolización de lo visto.	Los investigadores resaltan que la expresión emocional fue lo que disminuyó el desgaste ocupacional y sus componentes.
Klein et al., 2019	Estudio preexperimental con evaluación pre y post de 15 participantes con una duración de tres sesiones de 90 minutos durante dos semanas	La intervención consistió en repartir información sobre la promoción de las conductas de autocuidado,	La intervención no mostró ser eficaz, ya que las intervenciones sólo fueron informativas, sino que permitieron la generación de conductas y estrategias para prevenir el desgaste ocupacional.

Podgurski et al., 2019	Estudio pre-experimental con evaluación pre y post con un seguimiento a los 7 meses con 29 participantes y duró 5 sesiones mensuales de una hora.	Los componentes de la intervención consistieron en el entrenamiento en atención plena, meditación y la escritura reflexiva	Los resultados mencionan que las intervenciones deben ir dirigidas al fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento del sujeto y a modificar factores organizacionales. Así como, garantizar la periodicidad de la atención y obtener un criterio de dominio de la conducta que están desarrollando.
Popa-Velea et al., 2019	Estudio cuasiexperimental con mediciones repetidas (4 evaluaciones) de dos grupos, un grupo experimental conformado por 31 médicos y el grupo de comparación con 38.	La intervención consistió en un grupo balint de expresión emocional, la cual tuvo una duración de dos años.	Los resultados mencionan que no mejoraron las puntuaciones de estrés percibido y baja realización personal.

Se planeó y diseñó una intervención cognitivo conductual grupal manualizada para disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas del SDO.

Sin embargo, ante la confirmación oficial de la pandemia del covid-9 en México por parte de la secretaria de salud en México la implementación de la intervención, se tuvo que reestructurar la intervención presencial a Telepsicoterapia en sintonía con las recomendaciones emitidas por la OMS, la OPS y secretaría de la salud federal, quedando de la siguiente manera la pregunta de investigación: ¿Cuál será la efectividad de la intervención grupal de la terapia cognitivo conductual manualizada mediante Telepsicoterapia para disminuir el desgaste ocupacional en Médicos Residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19?

4.3 Hipótesis

H_1 = Será efectiva la intervención grupal de la terapia cognitivo conductual manualizada mediante Telepsicoterapia para disminuir los niveles de desgaste ocupacional, sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y estado en Médicos Residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19.

H_0 = No será efectiva la intervención grupal de la terapia cognitivo conductual manualizada mediante Telepsicoterapia para disminuir los niveles de desgaste ocupacional, sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y estado en Médicos Residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19.

4.4 Objetivos de la investigación

4.4.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención manualizada cognitivo conductual mediante Telepsicoterapia para la disminución de la intensidad de los síntomas del desgaste ocupacional, sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y estado en Médicos Residentes de Cuidados paliativos durante la pandemia COVID-19.

4.4.2 Objetivos específicos

- Diseñar una intervención manualizada cognitivo conductual basada en evidencia durante la pandemia COVID-19.
- Describir las variables sociodemográficas de los médicos residentes del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología
- Describir el desgaste ocupacional, sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y estado de los médicos residentes del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología durante la pandemia COVID-19.

Capítulo 5. Método

5.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo con alcance explicativo, estudio experimental, pre-experimento con pre-prueba y post prueba (Hernández-Sampieri et al., 2018). El diseño que se utilizó fue de un solo grupo de sujetos y se mide la variable dependiente en dos intervalos de tiempo específico, los cuales son antes y después de la implementación de la Variable Independiente (Bono-Cabré, 2012). La elección del diseño se basó por la necesidad urgente que se requería en la atención de problemas de salud

mental reportado por los residentes durante el inicio de la pandemia de la Covid-19; por lo que, al ser una intervención exprés no se optó por diseños con mayor nivel de evidencia como los N=1 o SCED (CEBM, 2011).

Representación del Diseño de investigación:

G O1 (pre-test) X O2 (pos-test)

Donde,

G = Grupo

O = Observación u evaluación

X = Intervención

5.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Residente en el servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Residentes del curso de Alta Especialidad de Medicina Paliativa que tengan más de seis meses brindando sus servicios en Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal administrativo del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología

- Profesionales de la salud que no se encuentren realizando actividades asistenciales del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología
- Médicos y otros Profesionales de la salud de base (adscritos) del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Médicos residentes del curso de Alta Especialidad del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología que se encuentren recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico por alguna razón durante el periodo del estudio

Criterios de eliminación

- Aquellos participantes que no contesten las escalas completas en la pre- o post evaluación
- Aquellos participantes que contesten las escalas de forma incompleta en la pre o post evaluación
- Aquellos participantes que tengan más dos inasistencias en el programa de intervención

5.3 Universo de estudio

Residentes médicos de Alta especialidad en Medicina Paliativa del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología en el periodo comprendido entre febrero del 2020 a marzo del 2021.

5.4 Selección de la muestra

Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística y de forma propositiva o por conveniencia.

5.5 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables

5.5.1 Variables Dependientes

Definiciones conceptuales

Desgaste ocupacional: Resultado del estrés crónico en el cual el individuo no cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento para que se adapte funcionalmente al contexto laboral (CIE-11, 2019).

Ansiedad Rasgo (AR): Estado displacentero de miedo o aprensión que percibe el individuo la mayor parte del tiempo, que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación con la intensidad real de la situación (Spielberger & Díaz-Guerrero, 2002).

Ansiedad Estado (AE): Estado displacentero de miedo o aprensión que percibe el sujeto en un determinado punto en el tiempo y que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación con la intensidad real de la situación (Spielberger & Díaz-Guerrero, 2002).

Sintomatología depresiva: Compuesta por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, acompañado de la reducción de la energía que produce una disminución de la actividad (National Institute of Mental Health (NIMH), 2018; Jurado et al., 1998)

Definiciones operacionales

Desgaste ocupacional: Se midió a través de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). La escala está compuesta por 30 preguntas con una escala Likert de 6 valores que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se divide en cuatro

factores, nueve preguntas para agotamiento emocional, nueve para despersonalización y 12 para insatisfacción (Uribe-Prado, 2016).

Ansiedad Rasgo (AR): Se consideró a partir del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). La subescala está compuesta de 20 reactivos con una escala Likert de cuatro valores los cuales evalúan la frecuencia (Mucho, Bastante, Un poco y No en lo absoluto). La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80 (Silva et al., 2016; Spielberg & Díaz-Guerrero, 1975).

Ansiedad Estado (AE): Se evaluó a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). La subescala está compuesta de 20 reactivos con una escala Likert de cuatro valores los cuales evalúan la frecuencia (Casi nunca, Algunas veces, Frecuentemente y Casi siempre). La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80 (Silva et al., 2016; Spielberg & Díaz-Guerrero, 1975).

Sintomatología depresiva: Se obtuvo a partir del Inventario de depresión de Beck (BDI). La escala está compuesta por 21 afirmaciones que tienen una escala que oscila entre cero (ausencia de síntomas depresivos) a tres (síntomas severos) (Jurado et al., 1998).

5.5.2 Variables Independientes

Intervención cognitivo conductual.

La Terapia Cognitivo Conductual es una actividad terapéutica con el objetivo de la modificar la conducta instrumental, verbal, fisiológica y emocional, a partir del uso de mecanismos de la conducta, así como generar conductas incompatibles a las conductas desadaptativas del participante (Dobson & Dobson, 2009; Fernández et al., 2012). Así mismo, los supuestos que respaldan o rigen la intervención son (Dobson & Dobson, 2009):

- El acceso a hipótesis: el contenido y los procesos de nuestros pensamientos son accesibles, ya que con un apropiado entrenamiento y atención facilita que las personas sean conscientes de sus propios pensamientos.
- La mediación de hipótesis: se refiere a que nuestros pensamientos mediarán nuestras emociones y respuestas instrumentales en múltiples situaciones y contextos.
- El cambio de hipótesis: se refiere a que nosotros podemos modificar la forma en que respondemos a un evento si somos conscientes de nuestras cogniciones y la mediación con nuestras respuestas instrumentales y emocionales.

Tomado en cuenta un estudio expofeso realizado con el objetivo de analizar el desgaste ocupacional y las conductas de autocuidado de los profesionales de la salud en formación una generación previa (generación Marzo 2019- Febrero 2020) como parte de las actividades asistenciales del “Seminario de Reflexión” realizadas por equipo de Psicología Paliativa del Instituto Nacional de Cancerología; (*Apéndice 1*) a la búsqueda narrativa con mayor evidencia (Boldrini et al., 2020; Floriana et al., 2019; Gehart et al., 2016; Geller, 2021; Inkster et al., 2020; Metha et al., 2016; Özbaz et al., 2016; Popa-Velea et al., 2019; Potash et al., 2014; Robles et al., 2022; Sansó et al., 2015; Simon, 2020) se diseñó una intervención grupal con las técnicas cognitivo conductuales. Sin embargo, ante a la declaratoria de pandemia del COVID-19, la intervención se adaptó de tipo individual a grupal, y a formato virtual.

La intervención se impartió semanalmente durante nueve sesiones, cada sesión duró 60 minutos y se basó principalmente en los factores encontrados en la literatura que demuestran

mayor eficacia para disminuir el desgaste ocupacional (Dobson & Dobson, 2009; Fernández et al., 2012), los cuales son:

- El componente de psicoeducación: de acuerdo con la identificación y modificación de los síntomas del desgaste ocupacional y sus dimensiones (Fernández et al., 2012; Floriana et al., 2019; Caballo, 2015; Klein et al., 2019; O'Mahony et al., 2016; Sansó et al., 2018).
- El componente de relajación: se modeló y moldeó respiración diafragmática y relajación muscular progresiva para lograr la desactivación de los síntomas fisiológicos del estrés del paciente (Caballo, 2015; Fernández et al., 2012; Metha et al., 2016; O'Mahony et al., 2016; Özbaz et al., 2016; Potash et al., 2014).
- El componente de reestructuración cognitiva: se modeló y se moldeó detención del pensamiento, comprobación de la realidad y técnicas de reatribución, ya que permite obtener una descripción más precisa de los hechos reales e identificar qué otros factores están implicados en una situación (Caballo, 2015; Fernández et al., 2012; Podgurski et al., 2019; Popa-Velea et al., 2019).
- El componente de solución de problemas: se modeló y se moldeó el modelo de solución de problema para buscar la conducta que genere mayor adaptación y afrontamiento del problema a partir de la evaluación del problema y la generación de posibles soluciones (Caballo, 2015; Metha et al., 2016; Nezu & D'Zurilla, 2012; Özbaz et al., 2016; Sansó et al., 2018).
- El componente de entrenamiento en comunicación: se modeló y moldeó la técnica de comunicación asertiva a través del entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de presentar maneras más efectivas y apropiadas de afrontar el problema

(Caballo, 2015; Fernández et al., 2012; Gehart et al., 2016; O'Mahony et al., 2016; Özbaz et al., 2016).

- El componente de actividades orientadas a valores: se modeló y moldeó mediante la técnica de la Diana para determinar los valores de los pacientes y, a su vez, generar metas terapéuticas a corto y largo plazo (Hayes, Strosahl & Wilson, 2015; Gehart et al., 2016).

5.6 Instrumentos

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Elaborada y adaptada a la población mexicana por Uribe (2007). La escala está compuesta por 30 reactivos con una escala Likert de 6 valores que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se divide en 3 factores, nueve reactivos para agotamiento emocional ($\alpha = .78$), nueve para despersonalización ($\alpha = .77$) y 12 para insatisfacción ($\alpha = .86$). El resultado final es obtenido a partir de la sumatoria de los puntajes finales de cada factor de la subescala de burnout y éstas a su vez se consiguen a partir de la transformación de la desviación estándar individual respecto a la media poblacional. Su interpretación se obtiene a partir del puntaje final el cual equivale a uno de los cuatro niveles de burnout y se dividen en Desgaste Ocupacional sano, normal, en peligro y quemado. Su confiabilidad es buena ($\alpha = .89$).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Consiste en dos escalas independientes de autoevaluación del rasgo de ansiedad-personalidad (STAI-T) y la ansiedad de estado (STAI-S) (Spielberger et al., 1970). El instrumento fue calificado e interpretado en base a las indicaciones para la clasificación manual de muestras grandes para obtener puntajes T normalizados (0-100). El STAI ha demostrado propiedades

psicométricas adecuadas en diferentes contextos y varios idiomas, incluida la versión en español para México (Spielberger & Díaz Guerrero, 2002).

Inventario de depresión de Beck: Comprende 21 elementos de autoinforme para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos (Beck et al., 1961). La puntuación mínima es 0 y la puntuación máxima es 63, con puntuaciones más altas que indican una mayor gravedad de los síntomas (Jurado et al., 1998). El instrumento ha demostrado tener una validez y confiabilidad aceptables en la práctica clínica y de investigación, incluyendo la versión en español para México utilizada en el presente estudio (Jurado et al., 1998).

5.7 Procedimiento

Para llevar a cabo la intervención se diseñó el Manual del usuario de la Intervención cognitivo conductual en Profesionales de la Salud de Cuidados Paliativos, cuyo objetivo fue desarrollar estrategias y habilidades cognitivo conductuales para fortalecer las conductas de autocuidado y prevenir el desarrollo del desgaste ocupacional a través de aspectos principales: 1) fortalecer redes de apoyo, 2) prevenir o disminuir el desgaste ocupacional y 3) fortalecer las conductas de autocuidado, a través de la psicoeducación, técnicas de reestructuración cognitiva, relajación, solución de problemas, entrenamiento en comunicación y el aumento de actividades orientadas a valores (*Apéndice 2*).

Así como materiales psicoeducativos, de trabajo durante las sesiones y tareas en casa:

1. “Vamos a hablar de lo que sentimos en esta situación del COVID19”,
2. “Psicoeducación sobre el Desgaste Ocupacional”
3. “A modificar lo que pensamos”,
4. “Evidencia de lo que pensamos”,
5. “A solucionar problemas”,

6. “Modelo Detente, Enlentece Piensa y Actúa”,
7. “Aprendamos la relajación diafragmática” y
8. “Apoyándonos desde las personas que amamos”

Se realizó la invitación a los médicos residentes del Medicina Paliativa del Servicio de Cuidados Paliativos para participar en la intervención cognitivo conductual y se explicaron los objetivos y las metas del estudio y se les entregó el consentimiento informado para su lectura y si aceptaban participar firmaban el consentimiento informado.

A aquellos profesionales que aceptaron participar voluntariamente, se les envió un formulario de Google con las escalas para evaluar las condiciones previas de las variables dependientes, las escalas utilizadas fueron:

- Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Inventario de depresión de Beck (BDI)

Posteriormente, se implementó la intervención grupal manualizada virtual de 8 sesiones de forma semanal mediante una plataforma de telecomunicación debido a las medidas sanitarias. Cuya duración por sesión fue de 60 minutos En la Tabla 4 se muestra el contenido principal del programa de intervención.

Tabla 4.*Programa de intervención grupal manualizada*

Programa de intervención grupal manualizada	
Sesiones	Contenido
Primera sesión. Vamos a hablar de lo que sentimos en esta situación	Estableciendo objetivos Hablemos sobre las emociones durante la pandemia El invitado indeseable Orientando nuestra vida a una vida llena de valores
Segunda sesión. “Psicoeducación sobre el Desgaste Ocupacional	Resumen de la sesión anterior Desgaste ocupacional Desgaste ocupacional en nuestra vida
Tercera sesión. “A modificar lo que pensamos”	Comunicación asertiva Entrenando la comunicación asertiva
Cuarta sesión. “Evidencia de lo que pensamos”	Planteamiento del modelo ABC El martillo prestado
Quinta sesión. “A solucionar problemas”	Identificación de las distorsiones cognitivas Reestructurando pensamientos parte I Reestructurando pensamientos parte II
Sexta sesión. “Modelo Detente, Enlentece Piensa y Actúa”	Entrenando las técnicas de reestructuración cognitiva Solución de problemas I Delimitando metas SMART
Séptima sesión. “Aprendamos la relajación diafragmática	Detente, Enlentece, piensa y Actúa (DTPA) Auto instrucciones Relajación diafragmática
Octava sesión. “Apoyándonos desde las personas que amamos”	Metáfora de los anzuelos y cierre Fortaleciendo nuestro apoyo social

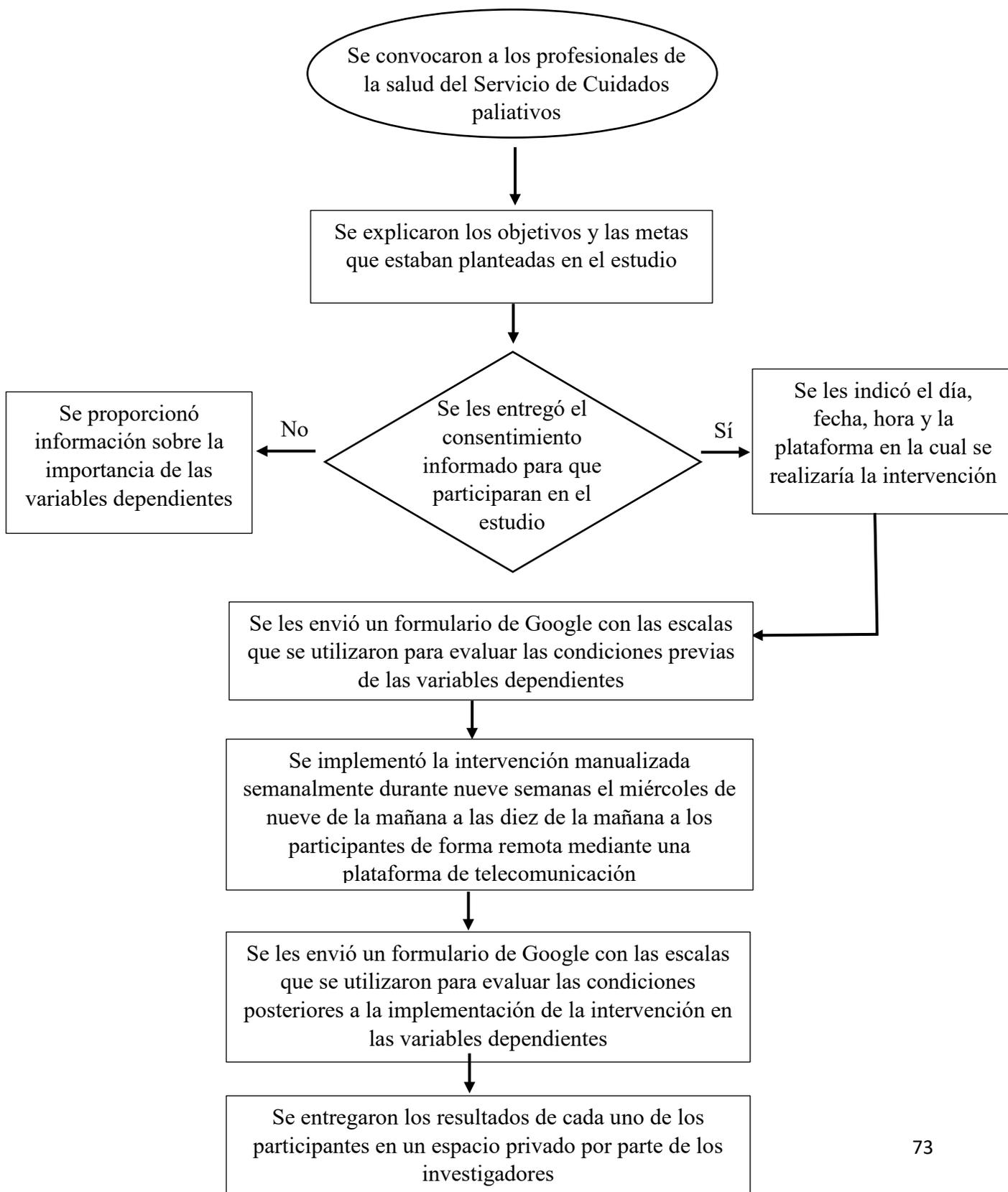
Al finalizar de cada sesión, se realizó una reflexión de lo abordado y se expresaban las preocupaciones asociadas al riesgo de contagio y la organización de la estructura organizacional.

Al finalizar la intervención (8 sesiones), se les envió un formulario de Google con las escalas que se utilizaron para evaluar las condiciones posteriores a la implementación de la intervención en las variables dependientes, a través de las escalas antes mencionadas: Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) e Inventario de depresión de Beck (BDI).

Se calificaron e interpretaron las Escalas mencionadas, así mismo, para salvaguardar la confidencialidad de la información se entregaron los resultados de cada uno de los participantes en un espacio privado por parte de los investigadores (*Figura 3*).

Figura 3.

Flujograma del procedimiento de la investigación



5.8 Aspectos Éticos.

Este proyecto fue sometido a los Comités de Investigación como de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología sin embargo reportaron que la actividad era de corte clínico, debido a que ya existe un manejo psicológico estándar para los residentes del Cuidados Paliativos, por lo que podría reportarse como actividad clínica; Sugirieron solicitar la autorización de los participantes a través de un consentimiento informado.

Se llevaron a cabo los procedimientos de la investigación con base en el Informe Belmont, ya que se aplicaron los instrumentos correspondientes, partiendo del consentimiento informado, entregado a los participantes, donde se detallaron los objetivos, procedimientos y beneficios propios del estudio; Asimismo, se informó que la participación era voluntaria y que cada participante podía optar por retirarse o continuar durante la investigación si así lo deseaba, con el fin de garantizar el principio de respeto a la autonomía en las personas (Office for Human Research Protections [OHRP], 2010).

5.9 Guías para reportar metodológicamente los estudios.

Se utilizó los estatutos TREND para reportar metodológicamente de la mejor forma los diseños cuasiexperimentales y preexperimentales, se encontró que sólo se cumplieron 19 de los 22 criterios establecidos (Haynes et al., 2021).

5.10 Escenario

La intervención se llevó a cabo de forma virtual mediante la plataforma Zoom versión premium para poder tener tiempo ilimitado, la cual permitió la implementación de la

intervención a los participantes de forma remota debido a las medidas sanitarias establecidas ante la pandemia del COVID-19.

5.11 Análisis de datos

Se elaboró el diccionario de datos que describiera las propiedades de las variables como el tipo de datos (por ejemplo, cadena y número), tamaño de la variable, codificación de datos y restricciones o validaciones adjuntas a una variable determinada.

Los datos de la investigación fueron obtenidos mediante la aplicación de Google forms, la cual tiene la acreditación “SOC 2” que cumplen las mejores prácticas de seguridad, ya que se transmiten a través de una conexión HTTPS segura y los inicios de sesión de los usuarios están protegidos a través de TLS. Por otro lado, los datos se cifran utilizando los algoritmos de cifrado estándar de la industria y de la investigación.

La base de datos se generó en el software Excel, seguidamente la información fue exportada a la interfaz libre y gratuita de R llamada Jamovi 1.2.27, donde se obtuvo una base de datos que contemplara la codificación de respuestas emitidas por los participantes en los instrumentos aplicados, la cual se mantuvo en USB encriptada para la seguridad de los datos y la contraseña de dicha memoria sólo la tiene el responsable del proyecto.

Se utilizó estadística descriptiva para analizar las frecuencias de tendencia central de las características de los participantes. Se aplicaron análisis no paramétricos, debido a que los datos no cumplen los criterios de normalidad en el análisis de su distribución, el tipo de variable y el número de participantes; específicamente, se aplicó la prueba de contrastación de rangos de Wilcoxon, ya que es recomendada cuando se compara dos muestras relacionadas (dos mediciones en el tiempo), cuando se usan variables dependientes ordinales o los rangos de las variables de razón y de intervalo, es aplicable para muestras

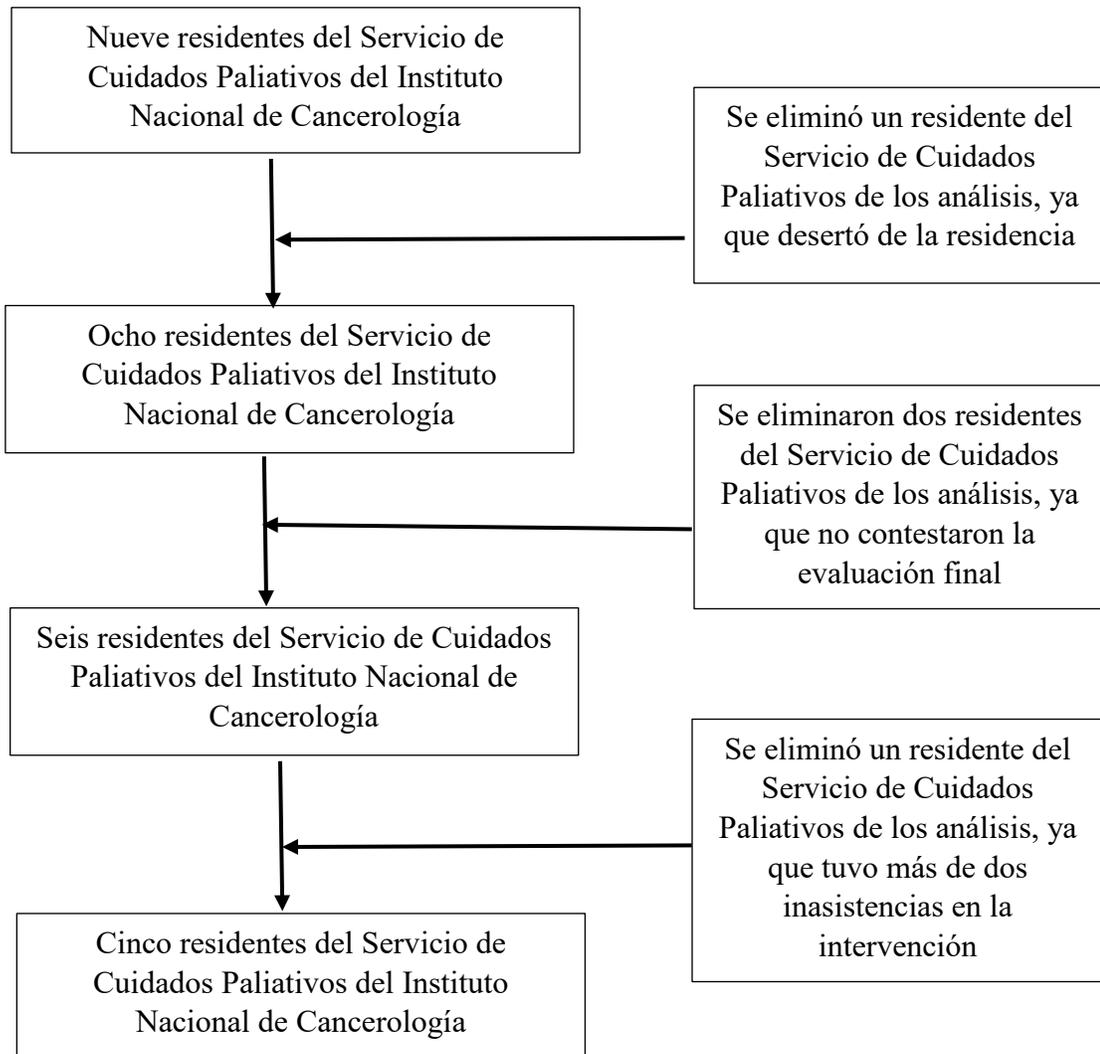
pequeñas, entre 5 a 15 participantes. Se reportó el valor p , en donde se buscó que fuese menor o igual a 0.05 para rechazar la hipótesis nula, señalando diferencias estadísticamente significativas, a partir de si la calificación del puntaje Z es mayor o igual a 1.96 (sin tomar en cuenta el signo).

Resultados

En el presente estudio se incluyeron nueve residentes médicos del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Así mismo, se eliminaron tres participantes durante el análisis de datos, ya que uno desertó de la residencia y dos no respondieron la evaluación final, por lo cual tuvimos muerte experimental. El sexto fue eliminado porque tuvo más de dos inasistencias consecutivas y eso genera inestabilidad metodológica (*Figura 4*).

Figura 4.

Flujograma de la conformación de la muestra



Por lo tanto, nuestra población final fue de cinco residentes de Medicina Paliativa, de los cuales, la edad promedio fue de 33.2 años (D.E.=5) y cuatro fueron mujeres, en su mayoría solteras. Así mismo, tres se encontraban viviendo sola. Por último, tres de las residentes tenía pareja y uno tenía hijos (*Tabla 5*).

Tabla 5.*Frecuencias de las variables sociodemográficas de la muestra*

X	f	Fa	%f	%fa
Sexo				
Hombre	1	1	20%	20%
Mujer	4	4	80%	80%
Estado civil				
Soltero	4	4	80%	80%
Casado	1	1	20%	20%
¿Con quién vive?				
Sólo	3	3	60%	60%
Familia	2	2	40%	40%
¿Tiene hijos?				
Sí	1	1	20%	20%
No	4	4	80%	80%
¿Tienes pareja?				
Sí	3	3	60%	60%
No	2	2	40%	40%

Los resultados señalan que en la preevaluación nadie presentaba desgaste ocupacional y en la post evaluación uno tenía desgaste ocupacional. Específicamente, en la preevaluación de las dimensiones del desgaste emocional, tres tenían agotamiento emocional, pero no había presencia de despersonalización e insatisfacción con el logro personal en dicha población. Mientras que, en la post evaluación se encontró que cuatro tenían agotamiento emocional y

uno presentó insatisfacción con el logro personal. De igual forma, no se encontró prevalencia de la despersonalización (*Tabla 5*).

Con respecto al estado de ánimo, se encontró que en la preevaluación uno tenía sintomatología depresiva leve, otro reportó ansiedad rasgo (AR) moderada y tres AR graves. Por último, cinco presentaron ansiedad estado moderada. Mientras que, en la postevaluación, se encontró que tres tenía sintomatología depresiva leve, dos presentaron AR moderada y tres AR graves. De igual forma, cinco presentaron ansiedad estado moderada (*Tabla 6*).

Así mismo, se evaluó si existían diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post de la intervención para la disminución del desgaste ocupacional, sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y estado, mediante la prueba de contrastación de rangos de Wilcoxon. Los resultados indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de desgaste ocupacional ($z = -3.00, p = .571$), el agotamiento emocional ($z = -1.00, p = .125$), despersonalización ($z = -13.00, p = .170$), insatisfacción con el logro personal ($z = -0.00, p = .098$), sintomatología depresiva ($z = 1.00, p = .423$), ansiedad estado ($z = 4.00, p = .416$) y ansiedad rasgo ($z = 6.50, p = .892$) de los trabajadores antes y después de implementar la intervención cognitivo conductual manualizada; por lo cual, se acepta la hipótesis nula.

Tabla 6.*Frecuencias del Desgaste Ocupacional, sintomatología depresiva y ansiedad rasgo y estado*

X	Evaluación Pre-intervención [n (%)]	Evaluación Post-intervención [n (%)]
Síndrome del desgaste ocupacional (SDO)		
Sin SDO	5 (100%)	4 (80%)
Con SDO	0 (0%)	1 (20%)
Agotamiento emocional (AE)		
Sin AE	2 (40%)	1 (20%)
Con AE	3 (60%)	4 (80%)
Despersonalización (DP)		
Sin DP	5 (100%)	5 (100%)
Con DP	0 (0%)	0 (0%)
Insatisfacción del logro (IL)		
Sin IL	5 (100%)	4 (80%)
Con IL	0 (0%)	1 (20%)
Sintomatología depresiva		
Mínimo	4 (80%)	2 (40%)
Leve	1 (20%)	3 (60%)
Moderada	0 (0%)	0 (0%)
Grave	0 (0%)	0 (0%)
Ansiedad Rasgo		
Leve	1 (20%)	0 (0%)
Moderado	1 (20%)	2 (40%)
Grave	3 (60%)	3 (60%)
Ansiedad Estado		
Leve	0 (0%)	0 (0%)
Moderado	5 (100%)	5 (100%)
Grave	0 (0%)	0 (0%)

Como dato complementario se registraron los factores estresantes contextuales de los residentes médicos durante la intervención y se agruparon en categorías como se muestra en la *Tabla 7*.

Tabla 7.

Categorías de los factores estresantes contextuales de los residentes de cuidados paliativos durante la intervención.

Factores estresantes
-Excesiva carga de trabajo asistencial y académica.
-Mayor exposición a adquirir la Covid-19 por falta de apoyo de sus supervisores
-Pocas o nulas oportunidades para descansar, dormir o relajarse.
-Sensación de poco apoyo por parte de las autoridades del servicio de cuidados paliativos para la modificación de la estructura u organización del programa de residencia.
-Rigidez de horarios, incluyendo actividades incompatibles dentro de los mismos.
-Distanciamiento extremo de la vida familiar y social.
-Trato/exigencias de supervisores en actividades que no correspondían a su rol, sin recibir retribución.
-Escasez de material y equipos médicos en malas condiciones para la atención de pacientes de la Covid-19.

Discusión

Es necesario comentar que, la intervención estuvo planeada para llevarse a cabo de forma presencial y que se basó a partir de las necesidades detectadas en el servicio y lo reportado en la evidencia (*Apéndice 1*). Sin embargo, la implementación se cruzó temporalmente con el comienzo de la Covid-19; por lo que, se tuvo que adaptar la intervención al contexto Covid-19, aunque se estima que dicho evento mundial influyó en los resultados de la investigación. Al final, el estudio consistió en evaluar la efectividad de una intervención manualizada cognitivo conductual para disminuir la intensidad de los síntomas del desgaste ocupacional, sintomatología depresiva y ansiedad rasgo y estado, en Médicos Residentes de Cuidados Paliativos, durante la pandemia por COVID-19.

Los resultados encontrados en este estudio señalan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post, en los niveles de SDO, lo cual fue congruente con los estudios en donde no se realizó modificación en el apoyo, estructura y clima organizacional, como fue el caso de la presente investigación, dado que se recibió la negativa del servicio para la modificación organizacional (Klein et al., 2019; O'Mahony et al., 2016; Podgurski et al., 2019). Específicamente, De Simone et al. (2021) remarcan, en su revisión sistemática, que las intervenciones dirigidas solamente a los médicos se asocian con una pequeña o nula reducción en la puntuación de SDO, como sucedió en la presente investigación. Es importante señalar que, el invertir en intervenciones organizacionales podría reducir la intensidad del SDO, despersonalización e insatisfacción con el logro personal.

Por otro lado, en el registro de sesiones, se identificaron variables extrañas que incrementaron la intensidad del SDO; durante el módulo de comunicación asertiva, cuando

los residentes se organizaron y realizaron una petición asertiva para organizar de mejor forma la carga de trabajo académica y garantizar tiempo y espacios de descanso durante la atención hospitalaria en el área de COVID-19, las peticiones no fueron aceptadas y fueron castigados por el contexto pandémico, ya que no existía una estrategia fija y se presentó una desorganización de los organismos de la salud, lo cual disminuyó la posibilidad de realizar conductas asertivas para cambiar su contexto. La ONU (2020), Reddy et al. (2022) y Sanghera et al., 2020 señalan que, ante un ambiente aversivo, en el cual haya sobrecarga de trabajo, poco personal, riesgo de contagio y clima organizacional deficiente, habrá mayor probabilidad de que los síntomas se exacerben y se presenten consecuencias perjudiciales, tanto en el agotamiento del individuo como en la atención de los pacientes (Reddy et al., 2022).

En ese sentido, es relevante mencionar que, dentro de los comentarios realizados durante la intervención, los participantes hacían referencia a problemas relacionados con el clima organizacional, como la falta de claridad de los roles, dificultades en la organización y un liderazgo que castigaba las conductas de autocuidado y los planes para favorecer una mejor convivencia; situación que no es exclusiva por el la situación d pandemia, al respecto ya Bronkhorst et al. (2015) y Panagioti et al. (2017), identificaron que el liderazgo orientado a reforzar la conductas deseadas, más que castigar las indeseadas, y el buen clima organizacional están asociados a resultados clínicamente significativos, con resultados positivos en la salud mental de los colaboradores, como niveles más bajos de agotamiento, depresión y ansiedad. Por lo tanto, es importante favorecer que las organizaciones en el sistema de salud promuevan y favorezcan una atmósfera de apoyo entre los compañeros de

trabajo y adquieran habilidades para brindar un trato que disminuya los problemas psicológicos.

Por otra parte, el aumento del desgaste ocupacional fue esperado por las condiciones aversivas que conlleva la declaración de la pandemia, ya que la intervención se realizó a unos meses de iniciar (de Mayo a Junio del 2020) ya que estaba en riesgo la salud de los profesionales y la seguridad brindada hacia los pacientes, y que genero además que algunos trabajadores abandonaran su profesión u optaron por una jubilación temprana, disminuyendo el número de profesionales de la salud para hacer frente a la pandemia, lo cual aumento la sobrecarga de trabajo (Kaushik, 2021; Sanghera et al., 2020).

En estudios recientes, se predecía que el desgaste ocupacional, por sí solo, generaría un déficit de 18 millones de profesionales sanitarios para el 2030 y la pérdida de 47 billones de dólares para el final de la década; sin embargo, la pandemia agudizó dichas condiciones, generando una mayor deserción de profesionales, déficits económicos y ausencia de tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos. Incluso, en el servicio donde se realizó dicha investigación, hubo una deserción de un residente por el riesgo que constituía la pandemia y las quejas más comunes eran respecto a la falta de suministros para dar una atención de calidad, lo que ha estado ocurriendo con mayor frecuencia que los últimos años (Kyu et al., 2020; Reddy et al., 2022; Sanghera et al., 2020).

Las principales consecuencias generadas por la pandemia de la COVID-19 en el ámbito organizacional fueron la sobrecarga de trabajo, la deserción laboral y los problemas estructurales, que impactaron de forma significativa en tres de los ocho residentes, debido a que se presentó deserción en el servicio, necesidad de recibir atención psicológica y

psiquiátrica por síntomas exacerbados e inasistencias a la intervención, por la carga laboral tan intensa en urgencias (Kyu et al., 2020; Reddy et al., 2022; Sanghera et al., 2020).

La evidencia ha señalado que, el incremento de la intensidad de los síntomas en el desgaste ocupacional se debe a no poder modificar las condiciones organizacionales en las que se desempeñan los residentes de cuidados paliativos (De Simone et al., 2021). Incluso, se ha reportado que el contexto disminuye la eficacia y el mantenimiento del efecto a lo largo del tiempo de las habilidades aprendidas, siendo una de las principales barreras a nivel mundial, ya que el agotamiento, la despersonalización y la insatisfacción del logro personal están relacionadas con variables contextuales; por lo que, sería importante considerar que las estrategias de mitigación deben dirigirse a todos los niveles del sistema de salud, con el fin de abordar y mejorar los factores protectores y las conductas de autocuidado de una salud psicológica óptima (Tan et al., 2020).

Es importante mencionar que, no se integraron las intervenciones organizacionales a pesar de su fuerte respaldo en la evidencia, debido al momento crítico de la pandemia, en donde se presentó una adaptación de los equipos al contexto Covid-19, no existía una estrategia fija y se presentó una desorganización de los organismos de la salud. Por lo tanto, es necesario que en futuras intervenciones se realicen modificaciones a nivel organizacional, mediante el control de estímulos, para propiciar una mejor claridad en el rol profesional, disminuir las horas de trabajo y mejorar la organización del trabajo y el liderazgo, con el fin de tener mayores efectos en la intervención, como se ha resaltado en múltiples revisiones sistemáticas (Bronkhorst, Tummers, Steijn, & Vijverberg, 2015; West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018; Sanghera et al., 2020; Tan et al., 2020).

Por otro parte, los resultados de los niveles de la sintomatología depresiva no fueron estadísticamente significativos entre el pre y post, una probable explicación es que la incertidumbre de la magnitud, la duración y los efectos resultantes de la crisis, el aumento de las horas de trabajo, preocupaciones asociadas al nivel de preparación de la organización para atender a los pacientes, contexto aversivo como son las pandemias o guerras, riesgo de contagio y la baja calidad del equipo de protección personal sean factores que mantengan los niveles de sintomatología depresiva; por lo cual, se recomienda el apoyo, a nivel organizacional, mediante el control de estímulos y contingencias, para reducir la sobrecarga de trabajo y aumentar los periodos de descanso y el monitoreo del equipo de salud, para prevenir e intervenir en problemas de índole de salud mental en situaciones parecidas a la Covid-19 (Albott et al., 2020; Shanafelt et al, 2020; Zang et al., 2020).

El mantenimiento de los niveles de los resultados primarios y secundarios se podrían deber a la indefensión aprendida, ya que se ha reportado que, cuando un individuo está en un contexto aversivo incontrolable, en donde, a pesar de sus conductas, no puede escapar del estímulo aversivo, disminuirá de forma importante las conductas de huida y de evitación al contexto, lo cual quedaría representado en que, al no poder evitar o huir del contexto aversivo de la pandemia, aumentara la sintomatología ansiosa, la despersonalización, el agotamiento y la ansiedad rasgo, como se ha reportado en los estudios con humanos (Teodorescu & Erev, 2015; Maier & Seligman, 1974; Maier & Seligman, 2017).

En contraste, se recomienda el uso de técnicas que generen una mejoría reportada verbalmente, tales como: el incremento de actividades placenteras, la alianza terapéutica, la percepción de su competencia, el apoyo social y el fortalecimiento de los estilos de afrontamiento; (Reddy et al., 2022; Santoft et al., 2019; Sanghera et al., 2020). Por ejemplo,

los residentes reportaban verbalmente que no se peleaban con sus preocupaciones o intentaban huir de ellas, si no que aceptaban que era un evento que no podían cambiar y se comprometían a realizar actividades placenteras que los síntomas de la ansiedad los privaban como acercarse de sus personas amadas o de actividades placenteras.

Para finalizar, los resultados resaltan que los trabajadores de la salud de cuidados paliativos se ven afectados de forma desproporcionada, en comparación con los que no están en primera línea, y que el control de los ciclos de sueño y vigilia y los síntomas de ansiedad son altamente elevados en los trabajadores sanitarios de primera línea; por lo que, especialidades como cuidados paliativos, medicina interna, urgencias médicas, entre otras, están más expuestas que especialidades no críticas y es importante generar espacios donde los residentes puedan tener conductas básicas de autocuidado, como la adecuada alimentación, tiempo de descanso, ejercicio y tiempo de dispersión (Alshekaili et al., 2020).

Así mismo, se concluye con la evidencia reportada y encontrada que, con intervenciones psicológicas no basta, ya que las sintomatologías tienden a agravarse por factores como la percepción de seguridad, el clima organizacional, la violencia de género, la función laboral, la redistribución de labores y la estructura organizacional; por lo que, dichos resultados ponen de relieve la importancia de intervenciones contextuales (Denning et al., 2020).

Cabe mencionar que la prevalencia del SDO es dispar y mayor con los datos en otras investigaciones a nivel internacional y nacional, pero se puede deber dicha diferencia a problemas metodológicos y estadísticos, como en el estudio realizado por Parola et al. (2017), donde menciona que la prevalencia puede verse influida por sesgos confusionales (Distorsión sistemática en la medida de la asociación entre la exposición y el resultado sanitario causada por la mezcla del efecto de la exposición de interés primario con factores

de riesgo ajenos) asociados con la interpretación y la medición del instrumento (Skelly et al., 2012). Específicamente, el instrumento que se usó tenía buenas propiedades psicométricas, pero problemas en los análisis estadísticos, ya que se encontró que el EMEDO presentaba un fenómeno llamado “Little Jiffy, el cual es el uso de un análisis factorial de componentes, la regla de Kaiser y la rotación Varimax, lo cual es problemático porque no se toma en cuenta la naturaleza categórica de los ítems de la escala Likert y no considera el error aleatorio (Lloret-Segura et al., 2014); por lo que, se recomienda que, en futuras investigaciones, se utilice un instrumento que tenga una mejor validación de constructo con mejores toma de decisiones de los estadísticos basados en la evidencia y que se establezca una comprensión clara de los factores que afectan a los profesionales de la salud en el desarrollo del desgaste ocupacional mediante estudios de multielementos y de multicomponentes.

Limitaciones

El desarrollo de la intervención cognitivo-conductual grupal estaba inicialmente diseñado para realizarse de forma presencial, sin embargo ante la declaratoria de la pandemia de la COVID-19 fue necesario adaptar la implementación de la intervención mediante la Telepsicoterapia; por lo que, se realizó una adaptación y se logró implementar en tiempo real a través de la plataforma de Zoom. Se presentaron varias situaciones que deben considerarse en próximas intervenciones como garantizar que no se presente la inestabilidad de la muestra definida como las fluctuaciones en las personas seleccionadas o componentes del experimento (Ledford, & Gast, 2018), ya que, al estar en un estado de emergencia, no se podía garantizar que todos los residentes de cuidados paliativos estuvieran presentes en las sesiones por la sobrecarga laboral y los periodos de descanso.

La intervención grupal impidió el uso de estrategias individualizadas que nos permitieran modificar conductas desadaptativas individuales, por lo que se sugiere en próximos estudios considerar las intervenciones individuales. Y el uso de diseños experimentales de caso únicos, que permiten la detección y modificación de los procesos empíricamente respaldados que son responsables del cambio en el tratamiento considerando las variables disposicionales y funcionales de los individuos (Hoffman & Hayes, 2019). Otra limitación es que no se realizó un seguimiento posterior en los participantes que nos permitieran evaluar el efecto de la intervención con un intervalo mayor de tiempo.

Bondades

El uso de la Telepsicología permitió apoyar a los profesionales durante la pandemia de la COVID-19 y proporcionar un recurso psicológico como un agente atenuante al desgaste ocupacional en médicos residentes de Cuidados paliativos.

Conclusión

El desgaste ocupacional en los médicos es frecuente a nivel internacional y afecta negativamente a los profesionales de la salud, los pacientes, las organizaciones y sistemas de atención médica de Cuidados Paliativos. La mayoría de los detonantes del SDO se deben, en gran medida, a las características contextuales y al clima organizacional del hospital y los sistemas de atención médica; aunque los factores individuales también juegan un papel importante como son: los componentes de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en comunicación y actividades orientadas a valores. Las soluciones efectivas deben alinearse con los detonantes y requieren que el SDO se vea como una responsabilidad compartida, tanto de los sistemas de salud como de los médicos individuales; ya que las intervenciones psicológicas tendrán mayor efectividad si se trabajan de forma conjunta con el contexto y otros factores que detonan el SDO. Por lo que es necesario crear patrones de trabajo que equilibren el descanso, el acceso y uso a equipos de salud mental, el aumento del apoyo social y el fortalecimiento de los estilos de afrontamiento.

Referencias

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology-Research and Practice* 19, 624–631.
- Airaldi, M. C. (2020) Guía de buenas prácticas en intervenciones basadas en Tele-Psicología. *Sensorium Sociedad Simple*.
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Milosevic, M., & Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059-1075.
- Alshekaili, M., Hassan, W., Al Said, N., Al Sulaimani, F., Jayapal, S. K., Al-Mawali, A., Chan, M. F., Mahadevan, S., & Al-Adawi, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: Frontline versus non-frontline healthcare workers. *BMJ Open*, 10(10), e042030.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042030>
- Aguilar, C. A., & Huertas, L. A. (2015). Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Psicología y Salud*, 25(1), Article 1.
<https://doi.org/10.25009/pys.v25i1.1340>
- Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 77.
<https://doi.org/10.34171/mjiri.33.77>

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, 28, 55-68.

<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>

Belz, M., Hessmann, P., Vogelgsang, J., Schmidt, U., Ruhleder, M., Signerski-Krieger, J., et al. (2021). Evolution of psychosocial burden and psychiatric symptoms in patients with psychiatric disorders during the Covid-19 pandemic. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*

<https://doi.org/10.1007/s00406-021-01268-6>

Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, 28, 55-68.

<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>

Biagianti, B., Zito, S., Fornoni, C., Ginex, V., Bellani, M., Bressi, C., & Brambilla, P. (2021). Developing a Brief Tele-Psychotherapy Model for COVID-19 Patients and Their Family Members. *Frontiers in Psychology*, 12.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.784685>

Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, E., Brisson, R., & Schonfeld, I. S. (2014). Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(4), 357-361.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12119>

- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review, 36*, 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Bono-Cabr , R. (2012). Dise os cuasiexperimentales y longitudinales. *Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento*.
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology, 11*, 591170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912–920.
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., & Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review, 40*(3), 254-271. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000026>
- Butow, P., Brown, R., Aldridge, J., Juraskova, I., Zoller, P., Boyle, F., Wilson, M., & Bernhard, J. (2015). Can consultation skills training change doctors' behaviour to increase involvement of patients in making decisions about standard treatment and clinical trials: A randomized controlled trial. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 18*(6), 2570-2583. <https://doi.org/10.1111/hex.12229>

- Caballo, V. E. (2015). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Cai, X., Hu, X., Ekumi, I. O., Wang, J., An, Y., Li, Z., et al. (2020). Psychological distress and its correlates among COVID-19 survivors during early convalescence across age groups. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 28, 1030–1039. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.003>
- Castañeda-Aguilera, E., & García- de Alba Garcí, J. E. (2022). Prevalence of Burnout Syndrome and Associated Variables in Mexican Medical Specialists. *Revista Colombiana De Psiquiatria (English Ed.)*, 51(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.06.002>
- Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., Innocenti, M., Gironi, V., Sanfilippo, G., et al. (2020). The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: a longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int. J. Eat. Disord.* 53, 1855–1862. doi: 10.1002/eat.23368
- CDC. (2020). *Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)—Síntomas*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
- CIE-11—Estadísticas de morbilidad y mortalidad. (2019). Recuperado 23 de marzo de 2020, de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Contratto, E., Romp, K., Estrada, C. A., Agne, A., & Willett, L. L. (2017). Physician Order Entry Clerical Support Improves Physician Satisfaction and Productivity. *Southern Medical Journal*, 110(5), 363-368. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000645>

- Cortez, P. A., Zerbini, T., & Veiga, H. M. da S. (2019). Work context and Burnout: Confirmation of moderators from meta-analysis evidence. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 19(4), 755-761. <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.4.17499>
- Chigwedere, O. C., Sadath, A., Kabir, Z., & Arensman, E. (2021). The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6695. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136695>
- Cholongitas, E., & Pipili, C. (2010). Impact of burnout syndrome on gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome in health care workers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(2), 209-210. <https://doi.org/10.4088/JCP.09l05415whi>
- Cruz-Oliver, D. M. (2017). Palliative Care: An Update. *Missouri Medicine*, 114(2), 110-115. *Cuidados paliativos*. (2020). Recuperado 5 de junio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Cuello-García & Pérez-Gaxiola. (2015). Medicina basada en la evidencia: Fundamentos y su enseñanza en el contexto clínico. *Editorial Médica Panamericana*.
- da Silva, F. C. T., & Neto, M. L. R. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 104, 110057. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>
- Denning, M., Goh, E. T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., Martin, G., Clarke, J., Sounderajah, V., Markar, S., Przybylowicz, J., Chan, Y. H., Sia, C.-H., Chua, Y. X., Sim, K., Lim, L., Tan, L., Tan, M., Sharma, V., ... Kinross, J. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19

pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(4), e0238666.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B., (2001) The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* 86, 499–512.

De Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2021). Organizational strategies to reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(4), 883-894. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>

Department of Health and Ageing Staff. (2010). *Supporting Australians to Live Well at the End of Life: National Palliative Care Strategy 2010*. Department of Health and Ageing.

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014a). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14, 325. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>.

Dewa, C. S., Jacobs, P., Thanh, N. X., & Loong, D. (2014b). An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Services Research*, 14, 254. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-254>

Díaz-Guerrero, R. (1996). *Psicología del Mexicano*. México. Trillas.

DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 2(4), 265–272.

Dijxhoorn, A.-F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of

- interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6-26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. Guilford Press.
- Dominguez-Rodriguez, A., Martínez-Arriaga, R. J., Herdoiza-Arroyo, P. E., Bautista-Valerio, E., de la Rosa-Gómez, A., Castellanos Vargas, R. O., ... & Ramírez Martínez, F. R. (2022). E-Health Psychological Intervention for COVID-19 Healthcare Workers: Protocol for its Implementation and Evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12749.
- Dugani, S., Afari, H., Hirschhorn, L. R., Ratcliffe, H., Veillard, J., Martin, G., ... Bitton, A. (2018). Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Research*, 2, 4. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12779.3>
- Esquivel-Molina, C. G., Buendía-Cano, F., Martínez-García, O., Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A., & Velasco-Rodríguez, V. M. (2007). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(5), 427-436. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=14163>
- Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2015). A Meta-Analysis of Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Child and Young Person Anxiety Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(5), 562-577. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001094>
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales. Desclée De Brouwer.

- Floriana, C., Luca, C., & Simona, G. (2019). Effectiveness of a short-term psychotherapeutic group for doctors and nurses in a Hospice in Southern Europe. *Progress in Palliative Care*, 27(2), 58-63. <https://doi.org/10.1080/09699260.2019.1612136>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gallegos-Cabriales, E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala ASA. *Desarrollo científico de enfermería*. 6(9), 260-264.
- Garcia, C. de L., Abreu, L. C. de, Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. de, Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(9). <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
- García-Arroyo, J., & Osca Segovia, A. (2018). Effect sizes and cut-off points: a meta-analytical review of burnout in latin American countries. *Psychology, Health & Medicine*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1469780>
- Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 687-703. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348>
- Gerhart, J., O'Mahony, S., Abrams, I., Grosse, J., Greene, M., & Levy, M. (2016). A pilot test of a mindfulness-based communication training to enhance resilience in palliative care professionals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.04.003>

- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 713-720.
<https://doi.org/10.3109/00048671003671015>
- Gil-Monte, P., & Peiro, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261-268.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. <https://doi.org/10.13140/2.1.4614.8806>
- Glasziou, P., del Mar, C., del Mar, D. & Salisbury, J. (2003). Evidence-based Medicine Workbook. *BMJ*.
- Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PloS one*, 11(7), e0159015.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Halldorsdottir, T., Thorisdottir, I. E., Meyers, C. C. A., Asgeirsdottir, B. B., Kristjansson, A. L., Valdimarsdottir, H. B., et al. (2021). Adolescent well-being amid the COVID-19 pandemic: are girls struggling more than boys? *JCPP*. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12027>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206–1212.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée De Brouwer.

- Haynes, A. B., Haukoos, J. S., & Dimick, J. B. (2021). TREND Reporting Guidelines for Nonrandomized/Quasi-Experimental Study Designs. *JAMA Surgery*, 156(9), 879–880. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0552>
- Hernández-García, T. J. (2018). Burnout en médicos de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 15(2), 161-172.
- Hernández Vargas, C. I., Llorens, S., & Rodríguez-Sánchez, A. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México.
- Hill, R. C., Dempster, M., Donnelly, M., & McCorry, N. K. (2016). Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliative Medicine*, 30(9), 825-833. <https://doi.org/10.1177/0269216316637237>
- Hoffman, D. A. (2020). Increasing access to care: Telehealth during COVID-19. *Journal of Law and the Biosciences*, 7(1), lsa043. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsa043>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Inkster, B., O'Brien, R., Selby, E., Joshi, S., Subramanian, V., Kadaba, M., Schroeder, K., Godson, S., Comley, K., Volmer, S., & Mateen, B. (2020). Digital health management during and beyond the COVID-19 pandemic: Opportunities, barriers, and recommendations. *JMIR Mental Health*, 7(7), e19246. <https://doi.org/10.2196/19246>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791– 800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>

- Juárez-García, A., Idrovo, A. J., Camacho-Ávila, A., Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 4(37), 159-176. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010
- Juárez, F., Villatoro, J. A. & López, E. K. (2014). Capítulo 4. Estadística inferencial univariada. En: F. Juárez, J. López & V. Salinas (Eds.), *Apuntes para la investigación en salud* (pp. 161-282). México, D. F.: PUIS y DGPFE, UNAM.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 , 26-31.
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., Sinclair, C. T., & Abernethy, A. P. (2016). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), 690-696. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020>
- Kaushik, D. (2021). COVID-19 and health care workers burnout: A call for global action. *EclinicalMedicine*, 35, 100808. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100808>
- Kaseda, E. T., and Levine, A. J. (2020). Post-traumatic stress disorder: a differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. *Clin. Neuropsychol.* 34, 1498–1514. doi: 10.1080/13854046.2020.1811894
- Kaplan, E. (1997). Telepsychotherapy. Psychotherapy by telephone, videotelephone, and computer videoconferencing. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(3), 227-237.
- Kendler, H. H. (1974). *Basic psychology*. W. A. Benjamin.

- Kissler, S. M., Tedijanto, C., Goldstein, E., Grad, Y. H., & Lipsitch, M. (2020). Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, 368(6493), 860-868. <https://doi.org/10.1126/science.abb5793>
- Kock, J. H. D., Latham, H. A., Cowden, R. G., Cullen, B., Narzisi, K., Jerdan, S., Munoz, S.-A., Leslie, S. J., Stamatis, A., & Eze, J. (2022). Brief Digital Interventions to Support the Psychological Well-being of NHS Staff During the COVID-19 Pandemic: 3-Arm Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 9(4), e34002. <https://doi.org/10.2196/34002>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B., (2005) The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress* 19, 192–207.
- Kriston, L., von Wolff, A., Westphal, A., Hölzel, L. P., & Härter, M. (2014). Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: a network meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 31(8), 621–630. doi:10.1002/da.22236
- Klein, A., Taieb, O., Xavier, S., Baubet, T., & Reyre, A. (2020). The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *Explore (New York, N.Y.)*, 16(1), 35-43. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.09.002>
- Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abil, O. Z., Aboyans, V., Abrham, A. R., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of

Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859-1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)

Informed Consent/Assent | University of Kentucky Research. (2020). Recuperado 28 de diciembre de 2022, de <https://www.research.uky.edu/office-research-integrity/informed-consentassent>

Malakh-Pines, A., Aronson, E., and Kafry, D. (1981). Burnout: From Tedium to Personal Growth. *USA: Free Press*

Markowitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T., & Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *The American Journal of Psychiatry*, 178(3), 240-246. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050557>

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1981). Maslach burnout inventory. *Journal of Occupational Behaviour* 2, 99–113.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Mehta, D. H., Perez, G. K., Traeger, L., Park, E. R., Goldman, R. E., Haime, V., Chittenden, E. H., Denninger, J. W., & Jackson, V. A. (2016). Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.013>

Nishihara T, Ohashi A, Nakashima Y, Yamashita T, Hiyama K, Kuroiwa M. Compassion fatigue in a health care worker treating COVID-19 patients: a case report. *Biopsychosoc Med*. 2022 Apr 15;16(1):10. doi: 10.1186/s13030-022-00239-0.

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Landa-Ramírez, E., Elizabeth Rangel-Domínguez, N., Villavicencio-Carranza, M. A., Weingerz, S., Reyes-Saavedra, M. I., González-Álvarez, R., Abraham Vidal-Velazco, E., & Irma, J. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: Un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, 27, 245-254.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2525>
- Ledford, L., & Gast, D. (2018). *Single Case Research Methodology: Applications in Special Education and Behavioral Sciences* (3.^a ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315150666>
- Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 7(4), 357-373.
<https://doi.org/10.1080/10615809408249357>
- Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Nuñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., and Santana-García, I. A. (2020). Psychological support during COVID-19 death notifications: clinical experiences from a hospital in Mexico. *Psychol. Trauma* 12, 518–520. <https://doi.org/10.1037/tra0000679>
- Linzer, M., Poplau, S., Grossman, E., Varkey, A., Yale, S., Williams, E., Hicks, L., Brown, R. L., Wallock, J., Kohnhorst, D., & Barbouche, M. (2015). A Cluster Randomized Trial of

Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study. *Journal of General Internal Medicine*, 30(8), 1105-1111. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3235-4>

OCEBM Levels of Evidence—Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), University of Oxford. (2011). [Web Page]. Recuperado 28 de abril de 2022, de <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-of-evidence>

Long, M. H., Bogossian, F. E., & Johnston, V. (2013). The prevalence of work-related neck, shoulder, and upper back musculoskeletal disorders among midwives, nurses, and physicians: A systematic review. *Workplace Health & Safety*, 61(5), 223-229; quiz 230. <https://doi.org/10.1177/216507991306100506>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

Low, Z. X., Yeo, K. A., Sharma, V. K., Leung, G. K., McIntyre, R. S., Guerrero, A., Lu, B., Sin Fai Lam, C. C., Tran, B. X., Nguyen, L. H., Ho, C. S., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2019). Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>

Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094-1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>

- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (2016). Learned Helplessness at Fifty: Insights from Neuroscience. *Psychological review*, 123(4), 349-367. <https://doi.org/10.1037/rev0000033>
- Martínez, L. C. & López S. G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familia*, 7(1),6-9.
- Maslach, C. (1971). The «truth» about false confessions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20(2), 141-146. <https://doi.org/10.1037/h0031675>
- Maslach, C. (1974). Social and personal bases of individuation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(3), 411-425. <https://doi.org/10.1037/h0036031>
- Maslach, C. (1979). Burned-out. *The Canadian Journal of Psychiatric Nursing*, 20(6), 5-9.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. En *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. En *Evaluating Stress: A Book of Resources* (Vol. 3, pp. 191-218).
- Mehta, D. H., Perez, G. K., Traeger, L., Park, E. R., Goldman, R. E., Haime, V., Chittenden, E. H., Denninger, J. W., & Jackson, V. A. (2016). Building Resiliency in a Palliative Care

Team: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 604-608.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.013>

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 19(4), 539-549.

<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>

MSeN, K. R., & Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. (2012). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. Springer Publishing Company.

Organización de Naciones Unidas | Adaptación y trabajo en equipo, las lecciones de la pandemia: Personal sanitario. (2020). <https://www.onu.org.mx/adaptacion-y-trabajo-en-equipo-las-lecciones-de-la-pandemia-personal-sanitario/>

Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (2020).

Recuperado 18 de enero de 2021, de <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>

Office for Human Research Protections [OHRP] (2010). *The Belmont Report*. *HHS.Gov*.

<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

- Oman, D., Hedberg, J., & Thoresen, C. E. (2006). Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: A randomized, controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 714-719. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.714>
- O'Mahony, S., Gerhart, J. I., Grosse, J., Abrams, I., & Levy, M. M. (2015). Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training: Prevalence and vulnerability. *Palliative Medicine, 30*(2), 189–192. doi:10.1177/0269216315596459
- Özbaş, A. A., & Tel, H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative & Supportive Care, 14*(4), 393-401. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001121>
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Carvalho, Y. T. M. S., Dutra, A. S. S., Amaral, M. B., & Queiroz, T. T. (2014). The relation between burnout and sleep disorders in medical students. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 38*(4), 438-444. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0093-z>
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 177*(2), 195-205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during

the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1905-1933.

<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>

Pavelková, H., & Bužgová, R. (2015) Burnout among healthcare workers in hospice care. *Cent Eur J Nurs Midwifery*; 6(1):218–23. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0006>

Pérez-Álvarez, M. (2004). Contingencia y drama. *La psicología según el conductismo*. Minerva ediciones.

Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings.

Hospital & Community Psychiatry, 29(4), 233-237. <https://doi.org/10.1176/ps.29.4.233>

Popa-Velea, O., Trutescu, C.-I., & Diaconescu, L. V. (2019). The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care: A longitudinal study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(1), 53-63.

<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01302>

Podgurski, L., Greco, C., Croom, A., Arnold, R., & Claxton, R. (2019). A Brief Mindfulness-Based Self-Care Curriculum for an Interprofessional Group of Palliative Care Providers.

Journal of Palliative Medicine, 22(5), 561-565. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0550>

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A

review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 352-367.

<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>

Potash, J., Ho, A., Chan, F., Wang, X.-L., & Cheng, C. (2014). Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *International journal of palliative nursing*, 20, 233-240. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.233>

Popa-Velea, O., Trutescu, C.-I., & Diaconescu, L. V. (2019). The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care: A longitudinal study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(1), 53-63.

<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01302>

Protección de datos personales en el Senado de la República. (2022). Recuperado 28 de diciembre de 2022, de <https://transparencia.senado.gob.mx/proteccion-datos?highlight=WyJhcmNvIl0=>

Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., and Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: a study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Soc. Sci. Med.* 262:113261.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>

Rouder, J. N., Speckman, P. L., Sun, D., Morey, R. D., & Iverson, G. (2009). Bayesian t tests for accepting and rejecting the null hypothesis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 16, 225-237.

Rizo-Baeza, M., Mendiola-Infante, S. V., Sepehri, A., Palazón-Bru, A., Gil-Guillén, V. F., & Cortés-Castell, E. (2018). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An

analysis of associated factors. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 19-25.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12506>

Ripp, J., Peccoraro, L., & Charney, D. (2020). *Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. Academic Medicine*, 1. doi:10.1097/acm.0000000000003414

Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., ... Gonçalves, A. K. (2018). *Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>

Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M.-E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., ... Reyes-Terán, G. (2020). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>

Robles, R., Ascencio, L., Díaz, D., Ruiz, S., Gálvez, L., Sánchez, M., Espinoza, F., Hernández-Posadas, A., Fresán, A., Vega, H., & Morales-Chainé, S. (2022). Implementation Science of Telepsychotherapy for Anxiety, Depression, and Somatization in Health Care Workers Dealing with COVID-19. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0155>

- Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). *Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns*. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(1), 82-85.
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., Zimmer, T., Thiel, V., Janke, C., Guggemos, W., Seilmaier, M., Drosten, C., Vollmar, P., Zwirgmaier, K., Zange, S., Wölfel, R., & Hoelscher, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *The New England Journal of Medicine*, 382(10), 970-971. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2001468>
- Samson, T., & Shvartzman, P. (2018). *Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers*. *Palliative & Supportive Care*, 16(4), 442-451. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000487>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C., & Benito, E. (2018). Evaluación de una Intervención Mindfulness en Equipos de Cuidados Paliativos. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 081-088.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(9), 460-467.
- Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., Idoiaga-Mondragon, N., & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety

in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 107, 110244. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>

Santoft, F., Salomonsson, S., Hesser, H., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Lekander, M., Kecklund, G., Öst, L.-G., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Mediators of Change in Cognitive Behavior Therapy for Clinical Burnout. *Behavior Therapy*, 50(3), 475-488.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.005>

Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A., & Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12175.
<https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>

Sampieri, R. H., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio M. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Mexico.

Simon, P. D. (2020). A quick review of recommendations and evidences on telepsychotherapy and digital psychiatry for researchers and mental health professionals in the time of COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 002076402096253.
doi:10.1177/0020764020962537

Silva, C., Hernández-Medina, A., Jiménez-Cruz, B. E., Alvarado, N. (2016) *Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para jóvenes de habla hispana*. *Psicología y Salud*. 26(2)

- Skelly, A. C., Dettori, J. R., & Brodt, E. D. (2012). Assessing bias: The importance of considering confounding. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 3(1), 9-12.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1298595>
- Sotile, W. M., Fallon, R., & Orlando, J. (2020). Curbing Burnout Hysteria With Self-Compassion: A Key to Physician Resilience. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 40 Suppl 1, S8-S12. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001503>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220.
<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W. B. (2003). Past performance and future perspectives of burnout research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(4), Article 4. <https://doi.org/10.4102/sajip.v29i4.127>
- Schlosser, R. W. (2009). The role of single-subject experimental designs in evidence-based practice times (FOCUS: Technical Brief 22). National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR).
http://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus22/Focus_22.pdf.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). *Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic*. JAMA.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Shoman, Y., Marca, S. C., Bianchi, R., Godderis, L., van der Molen, H. F., & Guseva Canu, I. (2021). Psychometric properties of burnout measures: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e8. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001134>

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. D. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. & Díaz Guerrero, R. (2002). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno
- Straus, S. E., P. Glasziou, W. S. Richardson, & R. B. Haynes (2019). *Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la medicina basada en la evidencia*.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004>
- Swartz, H. A. (2021). Telepsychotherapy: The New Normal. *American Journal of Psychotherapy*, 74(1), 2-3. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210003>
- Tan, B. Y. Q., Kanneganti, A., Lim, L. J. H., Tan, M., Chua, Y. X., Tan, L., Sia, C. H., Denning, M., Goh, E. T., Purkayastha, S., Kinross, J., Sim, K., Chan, Y. H., & Ooi, S. B. S. (2020). Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1751-1758.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.035>
- Teodorescu, K., & Erev, I. (2014). Learned helplessness and learned prevalence: Exploring the causal relations among perceived controllability, reward prevalence, and exploration. *Psychological Science*, 25(10), 1861-1869. <https://doi.org/10.1177/0956797614543022>
- TREND statement | CDC. (2019). <https://www.cdc.gov/trendstatement/index.html>
- Uribe P., J.F. (2010). Escala de desgaste ocupacional (Burnout). *Manual Moderno*.

Uribe-Prado, J. F. (2016). *Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos*. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional, 26(1), 7-21.

Velasco-Fuentes, L. J. (2013) *Evaluación de una intervención educativa para mejora del autocuidado de un grupo de hipertensos en la localidad de quesería. Municipio de Cuauhtémoc, Colima (Tesis de maestría)*. Instituto Nacional de Salud Pública

van der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., & Prins, J. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(4), 344–346.

<https://doi.org/10.1080/13811110802325349>

Verweij, H., van der Heijden, F. M. M. A., van Hooff, M. L. M., Prins, J. T., Lagro-Janssen, A. L. M., van Ravesteijn, H., & Speckens, A. E. M. (2017). *The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents*. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 22(4), 803-818.

<https://doi.org/10.1007/s10459-016-9710-9>

Vlaeyen, J. W. S., Wicksell, R. K., Simons, L. E., Gentili, C., De, T. K., Tate, R. L., Vohra, S., Punja, S., Linton, S. J., Sniehotta, F. F., & Onghena, P. (2020). From Boulder to Stockholm in 70 Years: Single Case Experimental Designs in Clinical Research. *The Psychological Record*, 70(4), 659-670. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00402-5>

Vidal V., E. A., Chávez-Negrete, A., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2020). Stress in medical residents: Care needs exploration in a public hospital. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-8-8.

- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet (London, England)*, 374(9702), 1714–1721.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y., Li, Y., Wang, X., & Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061-1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
- Webster, P. (2020). Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet (London, England)*, 395(10231), 1180-1181. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30818-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30818-7)
- Weight, C. J., Sellon, J. L., Lessard-Anderson, C. R., Shanafelt, T. D., Olsen, K. D., & Laskowski, E. R. (2013). Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: The effect of a team-based, incentivized exercise program. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1435-1442. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.09.010>
- Weightman, M. (2020). Digital psychotherapy as an effective and timely treatment option for depression and anxiety disorders: Implications for rural and remote practice. *The Journal of International Medical Research*, 48(6), 300060520928686.
<https://doi.org/10.1177/0300060520928686>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *Journal of General Internal Medicine*, 24(12), 1318-1321.
<https://doi.org/10.1007/s11606-009-1129-z>

- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). *Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis*. *Lancet* (London, England), 388(10057), 2272-2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Williams, E. S., Rathert, C., & Buttigieg, S. C. (2019). *The Personal and Professional Consequences of Physician Burnout: A Systematic Review of the Literature*. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 1077558719856787.
<https://doi.org/10.1177/1077558719856787>
- Wurm, W., Vogel, K., Holl, A., Ebner, C., Bayer, D., Mörkl, S., Szilagyi, I.-S., Hotter, E., Kapfhammer, H.-P., & Hofmann, P. (2016). Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PloS One*, 11(3), e0149913. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149913>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Yesudhas, D., Srivastava, A., & Gromiha, M. M. (2021). COVID-19 outbreak: History, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection*, 49(2), 199-213.
<https://doi.org/10.1007/s15010-020-01516-2>

Zaçe, D., Hoxhaj, I., Orfino, A., Viteritti, A. M., Janiri, L., & Di Pietro, M. L. (2021).

Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 319-333.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.019>

Zhang, W.-R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W.-F., Xue, Q., Peng, M., Min, B.-Q., Tian, Q., Leng,

H.-X., Du, J.-L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F.-F., Yan, T.-Y., Dong, H.-Q.,

Han, Y., Wang, Y.-P., Cosci, F., & Wang, H.-X. (2020). Mental Health and Psychosocial

Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China.

Psychotherapy and Psychosomatics, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Apéndice 1.

Estudio de detección de necesidades de los médicos residentes en formación durante el periodo febrero 2019 a marzo 2020 de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología

Se utilizó el sistema PO₁O₂ (P= Población, O1= Desenlace 1 o Resultado 1 y O2= Desenlace 2 o Resultado 2) para delimitar la pregunta de investigación que se quiere resolver debido a que ha demostrado evidencia para la búsqueda focalizada y sistematizada de la delimitación del problema Cuello-García & Pérez-Gaxiola; Glasziou et al., 2003; Straus et al., 2019) (Tabla 8).

Tabla 8.

Elaboración de la pregunta PO₁O₂

Pregunta PO ₁ O ₂	
Población	Profesionales de la salud en formación de Cuidados paliativos
Resultado 1	Conductas de autocuidado
Resultado 2	Desgaste ocupacional

Una vez que se delimitó los componentes de la pregunta PO₁O₂, se utilizaron los ejemplos para formular preguntas de investigación cuando se utiliza la pregunta PO₁O₂, la cuál fue la siguiente: ¿Existirá una asociación entre “O1” con “O2” en “P”?

La pregunta de investigación resultante de la primera etapa fue: ¿Existirá una asociación entre las conductas de autocuidado con el desgaste ocupacional en Profesionales de la salud en formación de Cuidados paliativos?

Objetivo General

Describir el grado de asociación entre el desgaste ocupacional y las conductas de autocuidado de los profesionales de la salud del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.

Objetivos específicos.

- Describir los niveles del desgaste ocupacional de los profesionales de la salud del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Describir las conductas de autocuidado de los profesionales de la salud del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Describir las variables sociodemográficas de los profesionales de la salud del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.

Método

Diseño de investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo con alcance correlacional, estudio no experimental, prospectivo transversal analítico (Sampieri et al., 2018).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Médico(a)s Residente en el servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Residentes de medicina que tuvieran más de seis meses brindando sus servicios en Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología.

- Participantes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Personal administrativo del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología
- Médicos residentes que no se encontraban realizando actividades asistenciales del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología
- Personal médico de base (adscritos) del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Médicos residentes que se encontraban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología por alguna razón durante el periodo del estudio

Criterios de eliminación

- Aquellos participantes que no contestaron las escalas completas

4.3 Participantes

Al aplicar los criterios de selección, se incluyeron nueve residentes del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Por lo tanto, nuestra población final fue de ocho residentes del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, de los cuales la Media de edad fue de 31 años (D.E.= 3.571) y el 88.9% (n=8) de la población fueron mujeres y el 11.1% (n=1) son hombres. El estado civil del 66.7% (n=6) de los residentes fue Soltero y el 33.3% (n=3) fue Casado. Así mismo, el 33.3% (n=3) se encontraba viviendo con su familia, el 33.3% (n=3) vivía con

amigos o compañeros y el 33.3% (n=3) se encontraba viviendo sola. El 22.2% (n=2) de residentes su lugar de procedencia era del extranjero y el 77.8% (n=7) tenía pareja. Por último, 55.6% (n=5) tenía de 4 a 5 años atendiendo pacientes y el 66.7% (n=66.7%) tenía menos de un año de atender pacientes en cuidados paliativos.

Variables

Definición conceptual

1. Desgaste ocupacional: El resultado del estrés crónico en el cual el individuo no cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento para que se adapte funcionalmente al contexto laboral (CIE-11, 2019).
2. Conductas de autocuidado: Son los pensamientos y acciones que una persona toma para lograr o mantener la salud y el bienestar (Gallegos-Cabriales, 1998; Velasco- Fuentes, 2013).

Definición operacional

1. Desgaste ocupacional: La escala está compuesta por 30 preguntas con una escala Likert de 6 valores que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se divide en cuatro factores, nueve preguntas para agotamiento emocional ($\alpha = .72$), nueve para despersonalización ($\alpha = .72$), 12 para insatisfacción ($\alpha = .86$). El resultado final es obtenido a partir de la sumatoria de los puntajes finales de cada factor de la subescala de SDO y éstas a su vez se consiguen a partir de la transformación de la desviación estándar individual respecto a la media poblacional. Su interpretación se obtiene a partir del puntaje final el cual equivale a uno de los cuatro niveles de SDO y se dividen en

desgaste ocupacional sano, normal, en peligro y quemado. Su confiabilidad total es de .89) (Uribe-Prado, 2016).

2. Conductas de autocuidado: La escala que se utilizó fue la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC). La escala está compuesta por 24 reactivos con una escala Likert de cuatro valores que van de Nunca a Siempre. Se validó y adaptó a población mexicana y su confiabilidad total ($\alpha = .77$). El punto de corte de la escala es de cero a 24 puntos para muy baja capacidad de autocuidado, de 25 a 48 para Baja capacidad, de 49 a 72 puntos para buena capacidad y mayores o iguales a 73 es para muy buena capacidad. (Gallegos-Cabriales, 1998; Velasco- Fuentes, 2013).

Procedimiento

Se realizó la convocatoria de la detección de necesidades asociadas al desarrollo de desgaste ocupacional a los médicos residentes del servicio de Cuidados Paliativos y se explicó puntualmente los objetivos y las metas que estaban planteadas en el seminario de reflexión, el cual es una actividad clínica del servicio de cuidados paliativos; por lo que, se les solicitó su asentimiento informado.

Aquellos profesionales que aceptaron participar fueron medico(a)s residentes que tuvieran más de seis meses brindando sus servicios en Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología y se les citó un día específico para realizar la evaluación programada con una duración estimada de 50 minutos, las escalas utilizadas fueron:

- Hoja de recolección de datos generales: Sociodemográficos y profesionales
- Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (ECCAC)
- Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

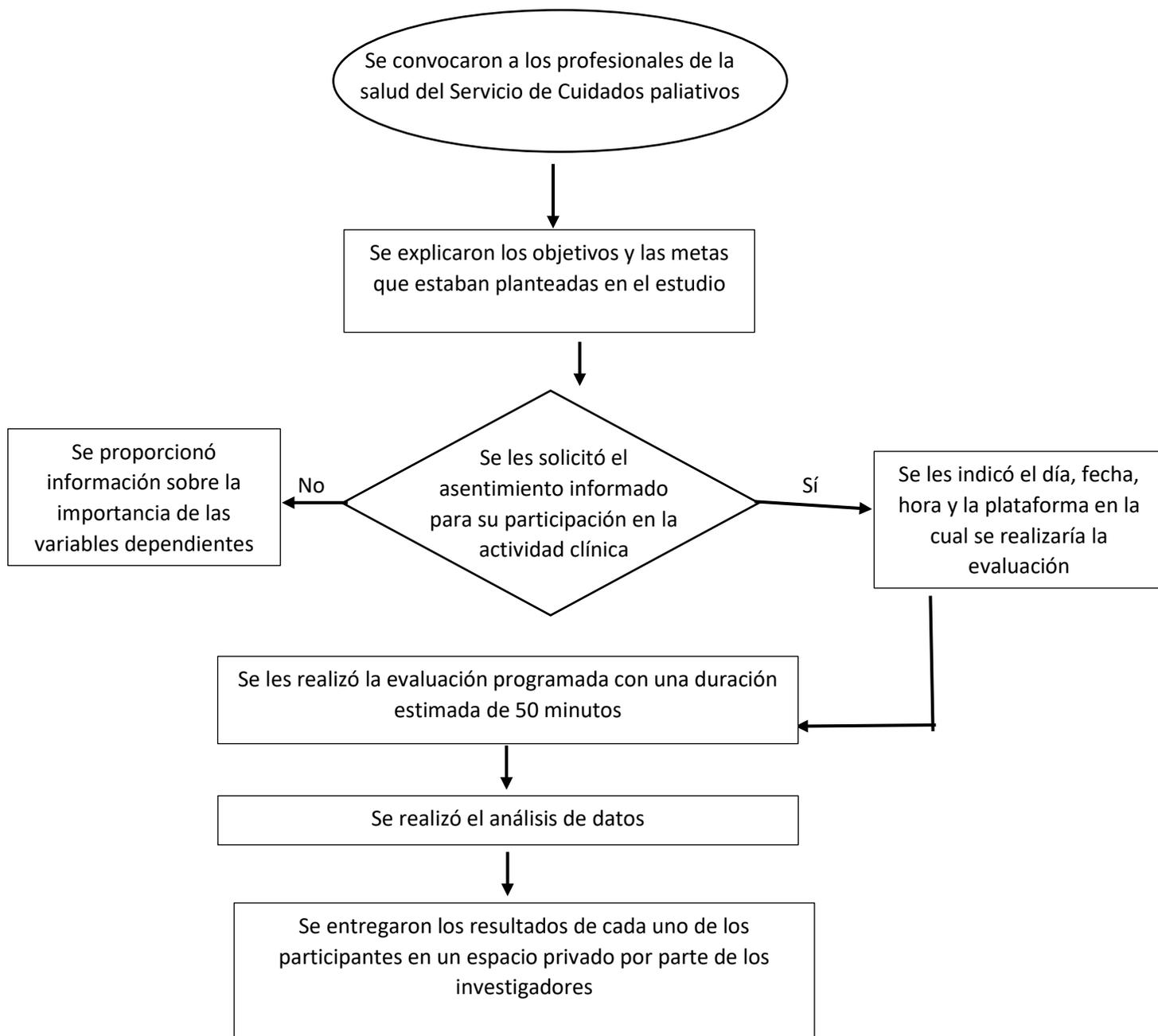
Se calificaron e interpretaron las Escalas mencionadas con el objetivo las necesidades de los participantes para desarrollar la intervención psicológica. Así mismo, para salvaguardar los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia se entregaron los resultados de cada uno de los participantes en un espacio privado por parte de los investigadores (*Figura 5*).

4.7 Escenario

Se llevó a cabo en las aulas de enseñanza en el Instituto Nacional de Cancerología.

Figura 5.

Flujograma del procedimiento de la investigación



4.8 Análisis de datos

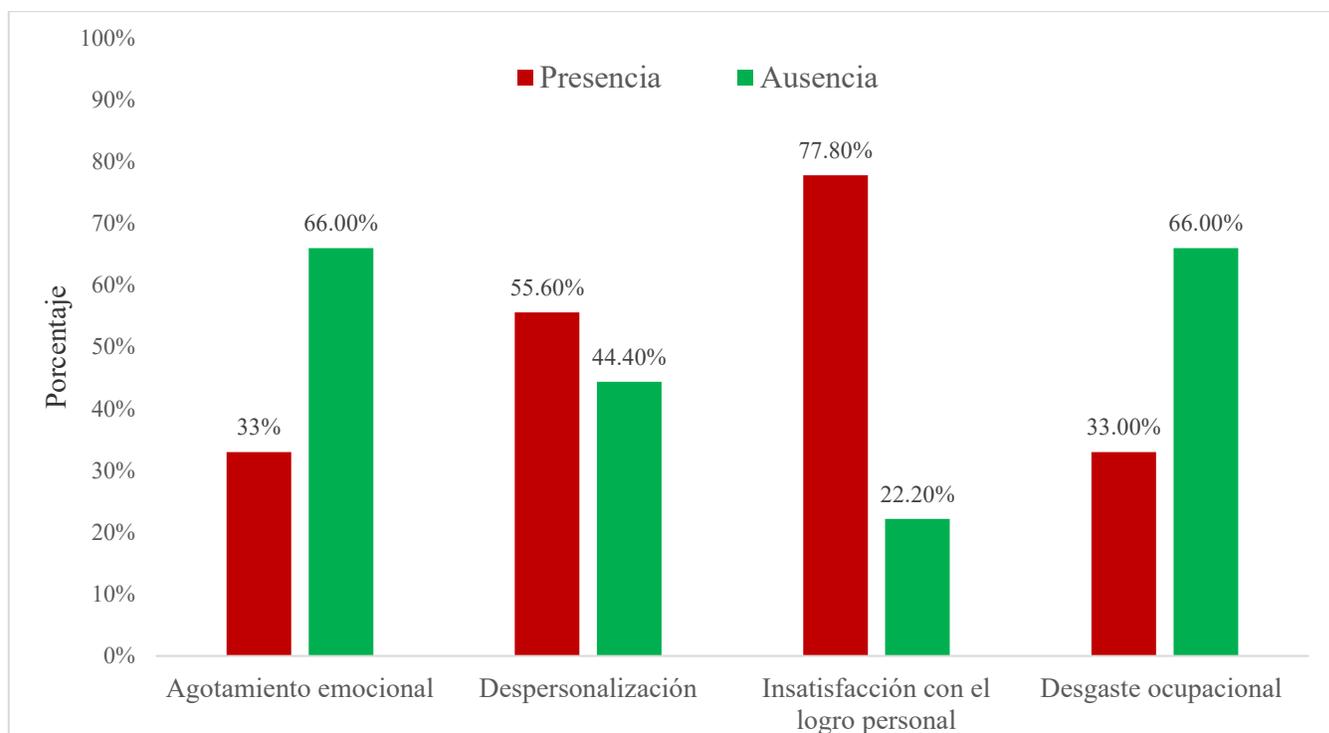
Se utilizó estadística descriptiva para analizar las frecuencias de tendencia central de las características de los participantes. Se aplicaron análisis no paramétricos, debido a que los datos no cumplen los criterios de normalidad en el análisis de su distribución, el tipo de variable, el número de participantes y por su alta heterogeneidad, ya que al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$). Así mismo, se encontró que la distribución tenía una simetría negativa ($G1 = -0.553$) y era platicúrtica ($G2 = -0.222$); por lo cual, se utilizaron correlaciones de Spearman para contrastar datos ordinales, en donde se evaluará la dirección (positiva o negativa), la magnitud (sin correlación, leve, moderada y fuerte) y la significancia (Juárez et al., 2014).

Resultados

Se realizaron análisis descriptivos con el objetivo de encontrar la distribución de los niveles de desgaste ocupacional y las conductas de autocuidado. Los resultados reportan que el 33.3% ($n=3$) de los residentes presentaron desgaste ocupacional, 33.3% ($n=3$) presentaba agotamiento emocional, el 55.6% ($n=5$) tenía despersonalización y el 77.8% ($n=7$) presentó insatisfacción con el logro personal (*Figura 6*). Así mismo, se reportó que el 33.3% ($n=3$) tenía buena capacidad de autocuidado y el 66.6% ($n=6$) tenía baja capacidad de autocuidado.

Figura 6.

Porcentaje total y de sus factores del desgaste ocupacional en los médicos residentes del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología de acuerdo con la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).



Las medidas de tendencia central obtenidas fueron para el desgaste ocupacional fue de $\mu=67.4$ y $Md=61$, el agotamiento emocional $\mu=32.5$ y $Md=31$, la despersonalización de $\mu=14.4$ y $Md=13$, insatisfacción con el logro personal $\mu=20.5$ y $Md=16$ y la capacidad de autocuidado $\mu=71.1$ y $Md=74$.

Los resultados de la correlación de r de Spearman mostraron una asociación moderada, positiva y estadísticamente significativa entre la insatisfacción del logro personal con la edad ($r_s=0.581$; $p<.05$) y el puesto ($r_s=0.560$; $p<.05$). Así mismo, no se

encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las conductas de autocuidado con el desgaste ocupacional y sus factores.

Tomando en cuenta los resultados de la investigación, se encontró una alta proporción de despersonalización, insatisfacción con el logro personal y baja capacidad de autocuidado en los residentes de medicina de cuidados paliativos, lo cual la evidencia menciona que el constante contacto a la muerte, las fuertes demandas emocionales, las condiciones generales del sistema de salud como la sobrecarga en el trabajo y un inadecuado clima organizacional aumentan la proporción de la subescala del desgaste ocupacional (Alderete-Aguilar & Ascencio-Huertas, 2015; Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Parola et al., 2017).

Por lo tanto, a partir de lo encontrado en dicho estudio se juntaron los resultados y la revisión de narrativa para diseñar una intervención psicológica cognitivo conductual grupal para disminuir los síntomas en su intensidad y frecuencia del desgaste ocupacional (Potash et al., 2014; Gerhart et al., 2016; Mehta et al., 2016; Sansó et al., 2018; Popa-velea et al., 2019). Cabe señalar que, durante el diseño, se declara la pandemia del Covid-19 por lo que se realizaron adaptaciones necesarias ante la emergencia sanitaria, se diseñó una intervención psicológica cognitivo conductual que dio lugar al estudio actual.

Apéndice 2.

Manual de usuario



**MANUAL DE INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN PROFESIONALES DE LA
SALUD DE CUIDADOS PALIATIVOS
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

“Cuidándonos para cuidar”

Manual de usuario



Número de registro:

Ciudad de México, 2020

Introducción

El desgaste ocupacional puede tener afectaciones en la salud, en la organización y en los pacientes; por ejemplo, cuando uno presenta desgaste ocupacional la calidad de vida de vida se ve disminuida ya que aumenta la probabilidad de presentar también sintomatología ansiosa y depresiva, trastornos del ánimo y de ansiedad, cefaleas, náuseas, aislamiento de relaciones interpersonales, cansancio crónico, fatiga, insomnio, hipertensión arterial, trastornos del sueño, enfermedades cardiovasculares, músculo esqueléticas, gastrointestinales, cutáneas y alergias (Williams, Rathert & Buttigieg, 2019).

La evidencia científica muestra que cuando la calidad de vida del individuo se ve afectada por el desgaste ocupacional aumenta la probabilidad del ausentismo, pérdidas económicas, errores administrativos, disminución de la higiene del personal y del área de trabajo, lo cual afecta indirectamente en la calidad de la atención de los pacientes, debido a que aumenta la ocurrencia de eventos adversos, malas prácticas y disminución en la atención de los pacientes; por lo cual, el propósito de este manual es proveer de técnicas y ejercicios que fortalezcan las estrategias de autocuidado para disminuir y prevenir la aparición del desgaste ocupacional.

Objetivo del manual

Desarrollar estrategias y habilidades cognitivo conductuales para fortalecer las conductas de autocuidado y prevenir el desarrollo del desgaste ocupacional

Objetivos específicos del manual

- Aprender técnicas de relajación y atención al momento presente para disminuir el desgaste ocupacional
- Desarrollar estrategias cognitivas para modificar pensamientos irracionales asociados a las conductas de autocuidado y el desgaste ocupacional
- Brindar estrategias para expresar las emociones de forma adaptativa
- Fortalecer estrategias que promuevan el autocuidado

La información y los ejercicios son herramientas para los profesionales de la salud, ya que estimulan el debate para desarrollar estrategias que fortalezcan las conductas de autocuidado y prevengan el desarrollo del desgaste ocupacional las cuales se deben adaptar a cada individuo. El manual presente está basado en programa de investigación, recomendaciones de revisiones sistemáticas y tratamientos que han resultado eficaces y útiles para el apoyo de profesionales de la salud.

Utilizar las estrategias del manual presente nos ayudan a protegernos, proteger a su familia y a sus pacientes de las demandas y tensiones de la práctica médica durante la pandemia del Covid-19; por lo cual, nos centraremos en tres puntos importantes, los cuales son:

1. Fortalecer nuestras redes de apoyo

El apoyo social son los cuidados y el apoyo afectivo, instrumental y económico de amigos y/o familia que la persona considera importante. El fortalecer nuestra red de apoyo durante la pandemia mejora nuestra calidad de sueño, autopercepción y nuestra eficacia al realizar diferentes tareas y disminuye el estrés, la ansiedad, tristeza, la frustración y el desgaste ocupacional (Xiao, Zhang, Kong, Li & Yang, 2020).

2. Disminuir o prevenir el desgaste ocupacional

El desgaste ocupacional es el resultado del estrés crónico en el cual el individuo no cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento para que se adapte funcionalmente al contexto laboral, el cual se caracteriza por presentar sentimientos de falta de energía o agotamiento, aumento en la distancia mental con respecto al trabajo y/o sentimientos negativos o cínicos hacia colegas y pacientes e insatisfacción con el logro personal. Así mismo, es un proceso disfuncional de deterioro pérdida de compromiso de acción de la persona que se puede ver alterado con la pandemia (CIE-11, 2019).

3. Fortalecer las conductas de autocuidado

El autocuidado son las conductas, conocimientos y actitudes orientadas a promover la salud de la vida diaria que contempla las siguientes áreas, las cuales son la alimentación, la higiene de sueño, el apoyo social, el ejercicio, estrategias de afrontamiento, conductas de dispersión y nuestra red de apoyo. El invertir en el fortalecimiento de nuestras conductas de autocuidado disminuye la presión de las actividades que son inevitables en nuestra labor clínica como profesionales de la salud (MScN, Orem, Rempennin & Taylor, 2003)

ACERCA DE ESTE MANUAL DE USUARIO

El manual de usuario está basado en la Terapia Cognitivo Conductual la cuál ha sido definida como la aplicación clínica de la Psicología como ciencia basada en los principios y procedimientos de las teorías del aprendizaje que han sido validadas empíricamente (Plaud, 2001). La terapia mencionada se basa en tres ejes principales a abordar (Fernández, García & Crespo, 2012; Caballo, 2015), los cuales son:

1. **Técnicas de reestructuración cognitiva:** Están centradas en la identificación y cambio de los pensamientos que están generando y manteniendo el problema estresante a través de buscar pensamientos que generen mayor adaptación para la situación que se está viviendo producto de la pandemia.
2. **Técnicas de manejo de situaciones:** Están centradas en enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas como el estrés y el desgaste ocupacional generado durante la pandemia.
3. **Técnicas de solución de problemas:** Están dirigidas a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, proveyendo un método sistemático para resolver diferentes situaciones que se puedan generar durante la pandemia.

¿CÓMO USAR ESTE MANUAL DE USUARIO?

El manual está diseñado para facilitar y mantener la integridad del tratamiento, ya que permite alcanzar metas, dejar un registro de lo que se vio durante la terapia y dejar una guía para que los usuarios trabajen sólo o puedan utilizar las estrategias en cualquier otra situación

estresante en su vida. Siéntase libre de usar este libro de la manera que más le convenga y en caso de cualquier duda, póngase en contacto con su terapeuta para resolverlas (Perepletchikova, 2011)

¿ESTO PODRÍA SER SIGNIFICATIVO PARA USTED?

Actualmente con la pandemia, muchos profesionales de la salud experimentan ansiedad, tristeza, miedo, enojo y dudas sobre su capacidad para afrontar la situación actual. El objetivo de esta intervención es ayudar a mejorar su calidad de vida mediante conductas que nos pueden proteger ante las situaciones anteriormente mencionadas, ya que el compartir sobre sus preocupaciones, miedo y estrés con un terapeuta puede ser un paso importante hacia el desarrollo de una vida con mayor significado y con mejores estrategias para afrontar la situación.

El material completo está en manos del autor, ya que fue debidamente registrado en INDAUTOR con número de registro: 03-2023-053113581200-01