



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL ONLINE PARA REDUCCIÓN DE BURNOUT,  
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**DIANA GRACIELA PÉREZ JIMÉNEZ**

TUTORA PRINCIPAL:

DRA. MARICELA OSORIO GUZMÁN  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. CINTIA TAMARA SÁNCHEZ CERVANTES  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES-TORIJA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2023.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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**

La realización de este trabajo implicó horas de dedicación y estudio, además de una dosis grande de motivación en la que influyeron importantes personas a mi alrededor, por lo que plasmo aquí mis sinceros agradecimientos...

A las personas ejemplares de mi familia por las pláticas, consejos y lecciones que han ido construyendo en mí una persona perseverante. Mención especial a mis padres; infinitas gracias por enseñarme y guiarme con amor y paciencia en cada paso profesional y personal que he dado. Igualmente, gracias a mis hermanos que, junto a mis padres, me levantan en momentos de incertidumbre, motivándome y haciéndome crecer con su ejemplo.

Agradezco al claustro de profesores de la residencia, quienes fueron formándome con su profesionalismo en el curso de mis estudios de posgrado.

A la Dra. Maricela Osorio, mi tutora académica, por el tiempo para asesorarme, motivarme y alentarme, siempre con calidez, transmitiendo el gusto hacia la investigación. Un gran ejemplo para seguir.

A la Dra. Cristina Bravo por la revisión minuciosa que me permite aprender a desarrollar trabajos de mejor calidad. Gracias también por escuchar mis dudas, por sus enseñanzas y por darme las herramientas para mejorar en mi práctica profesional.

A la Mtra. Cintia Cervantes, a la Dra. Raquel Guillén y a la Dra. Carolina Santillán, por el tiempo dedicado a la revisión de mi trabajo, por la orientación y sus valiosas observaciones que permitieron mejorar este escrito.

Asimismo, agradezco a los y las participantes de este estudio, los profesionales de enfermería, por el esfuerzo dedicado a atender su salud emocional.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por seguirme permitiendo superarme académicamente.

## Índice

|                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Entrenamiento cognitivo conductual online para reducción de burnout, ansiedad y depresión en personal de enfermería ..... | 7   |
| Resumen.....                                                                                                                 | 7   |
| 1.1 Introducción.....                                                                                                        | 8   |
| 1.1.1 Definición y desarrollo histórico del burnout .....                                                                    | 8   |
| 1.1.2 Aproximaciones teóricas sobre el desarrollo del burnout .....                                                          | 12  |
| 1.1.3 Métodos de evaluación y diagnóstico del burnout .....                                                                  | 14  |
| 1.1.4 Burnout y variables asociadas: Ansiedad y depresión .....                                                              | 17  |
| 1.2 Planteamiento del problema .....                                                                                         | 19  |
| 1.2.1 Prevalencia del burnout en personal de enfermería .....                                                                | 19  |
| 1.2.3 Factores de riesgo asociados al burnout en personal de enfermería .....                                                | 22  |
| 1.2.4 Consecuencias del burnout en personal de enfermería .....                                                              | 26  |
| 1.2.5 Burnout, ansiedad y depresión en personal de enfermería .....                                                          | 29  |
| 1.2.6 Intervenciones psicológicas dirigidas al burnout en personal de enfermería ....                                        | 32  |
| 1.3 Método .....                                                                                                             | 55  |
| 1.3.1 Objetivos específicos .....                                                                                            | 55  |
| 1.3.2 Participantes .....                                                                                                    | 55  |
| 1.3.3 Variables de estudio .....                                                                                             | 56  |
| 1.3.4 Instrumentos y materiales .....                                                                                        | 59  |
| 1.3.5 Diseño experimental .....                                                                                              | 61  |
| 1.3.6 Procedimiento .....                                                                                                    | 62  |
| 1.3.7 Consideraciones éticas .....                                                                                           | 64  |
| 1.3.8 Análisis de datos.....                                                                                                 | 65  |
| 1.4 Resultados .....                                                                                                         | 66  |
| 1.5 Discusión y conclusiones .....                                                                                           | 85  |
| <br>                                                                                                                         |     |
| 2. Reporte de experiencia profesional.....                                                                                   | 97  |
| 2.1 Breve contextualización de la medicina conductual a nivel mundial y en México....                                        | 97  |
| 2.2. Características de la sede: Hospital Juárez de México.....                                                              | 102 |
| 2.2.1 Ubicación.....                                                                                                         | 102 |
| 2.2.2 Historia .....                                                                                                         | 103 |
| 2.2.3 Nivel de atención .....                                                                                                | 105 |
| 2.2.4 Servicios de la sede.....                                                                                              | 105 |

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 2.3 Ubicación de la residente en la sede .....                  | 107 |
| 2.3.1 Salud mental comunitaria.....                             | 107 |
| 2.3.2 Servicio asignado: oncología .....                        | 108 |
| 2.4 Actividades desarrolladas en la sede .....                  | 111 |
| 2.4.1 Justificación del psicólogo en el servicio oncología..... | 111 |
| 2.4.2 Evaluación inicial del servicio de oncología.....         | 116 |
| 2.4.3 Actividades diarias .....                                 | 117 |
| 2.4.4 Actividades académicas.....                               | 119 |
| 2.4.5 Reporte de productividad .....                            | 121 |
| 2.4.6 Actividades desarrolladas vía remota.....                 | 127 |
| 2.4.7 Otras actividades no programadas .....                    | 128 |
| 2.6 Competencias profesionales alcanzadas.....                  | 129 |
| 2.6.1 Actividades diarias .....                                 | 129 |
| 2.6.2 Actividades académicas.....                               | 131 |
| 2.6.3 Supervisión in situ y académica .....                     | 132 |
| 2.7 Evaluación del programa de residencia .....                 | 133 |
| 2.7.1 Servicio asignado.....                                    | 133 |
| 2.7.2 Actividades diarias y académicas .....                    | 134 |
| 2.7.3 Protocolo .....                                           | 135 |
| 2.7.4 Sistemas de supervisión in situ y académicas .....        | 136 |
| 2.8 Reflexiones finales .....                                   | 137 |
| <br>                                                            |     |
| Referencias .....                                               | 139 |
| Apéndice A .....                                                | 166 |
| Apéndice B .....                                                | 170 |
| Apéndice C .....                                                | 172 |
| Apéndice D .....                                                | 173 |
| Apéndice E .....                                                | 174 |
| Apéndice F .....                                                | 184 |
| Apéndice G .....                                                | 189 |
| Apéndice H .....                                                | 207 |
| Apéndice I.....                                                 | 208 |

## Introducción

El objetivo del médico conductual es establecer intervenciones basadas en evidencia científica, dirigidas al cambio de comportamiento y estilo de vida para mejorar la salud. Las líneas de intervención no se limitan a atender únicamente a pacientes con enfermedades, sino también al personal de la salud, interviniendo en problemáticas relacionados con su profesión que repercuten en su salud física y psicológica.

Una de las problemáticas relevantes que sufre el personal de salud son las manifestaciones del *burnout* que surgen a raíz de diversos factores de tipo individuales y organizacionales (laborales). Por las características de su profesión y el contexto laboral en el que se desenvuelven, el personal de enfermería representa un grupo de alto riesgo de experimentar este síndrome, aunado al desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva, que dan como resultado diversas consecuencias psicosociales que impactan en su desempeño profesional.

Lo anterior, demanda la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas por parte de profesionales en Medicina Conductual (MC) capacitados para atender este tipo de problemáticas.

Para lograr las competencias y habilidades requeridas para atender las necesidades de la población, los residentes de MC se adentran en diversas actividades clínicas y de investigación, mismas que serán presentadas en este trabajo a lo largo de dos secciones.

En la primera sección, se documenta el proyecto de investigación, elaborado durante el programa de Maestría, el cual tuvo por objetivo examinar la eficacia de un taller de entrenamiento cognitivo-conductual vía remota para la reducción de burnout y su efecto en sintomatología ansiosa y depresiva en personal de enfermería.

Para entender la problemática, se presenta una revisión breve sobre el burnout, explorando su definición y desarrollo histórico, aproximaciones teóricas que han surgido

con la intención de explicar el fenómeno, métodos de evaluación y su relación con ansiedad y depresión.

Posteriormente, se contextualizan estas afectaciones en el personal de enfermería, describiendo la prevalencia en México y otros países, los factores de riesgo, las consecuencias, así como las asociaciones que se han documentado entre ansiedad, depresión y burnout en esta población. Además, se presenta una revisión narrativa acerca de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de burnout en personal de enfermería. En una última fase, se presenta el desarrollo metodológico, la aplicación, resultados y conclusiones de la investigación.

En la segunda sección, se desarrolla el reporte de experiencia profesional en el que se presenta una breve contextualización de la MC en México y el mundo. Asimismo, se describen las características del Hospital Juárez de México, sede en la que se realizó el programa de residencia, presentándose las actividades académicas y clínicas realizadas dentro del servicio de oncología, se reportan las estadísticas de pacientes atendidos durante el periodo de enero a marzo de 2020 y las actividades desarrolladas vía remota, tras la migración a esta modalidad derivado de las restricciones por la contingencia asociada a la pandemia por COVID-19. Finalmente, se hace un bosquejo de las competencias profesionales alcanzadas y la evaluación de la residente (autora del presente trabajo) sobre el desarrollo de actividades durante el programa de residencia.

En los apéndices se puede consultar el contenido del taller y los materiales utilizados, así como otras actividades no programadas que realizó la residente.

# 1. Entrenamiento cognitivo conductual online para reducción de burnout, ansiedad y depresión en personal de enfermería

## Resumen

El burnout es una respuesta al estrés crónico laboral con alta incidencia en personal de enfermería, impactando física y psicológicamente, así como en el desempeño profesional. El objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de un taller de entrenamiento cognitivo-conductual vía remota, para la reducción de burnout y su efecto en ansiedad y depresión. **Metodología.** Participaron 19 profesionales de enfermería de instituciones de salud en México. Se utilizó un diseño preexperimental de un solo grupo con pre-postest y seguimiento a un mes. El taller consistió en cinco sesiones abordando cuatro módulos: psicoeducación, relajación, solución de problemas y planificación de actividades. Las variables se evaluaron mediante los instrumentos *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). El efecto del taller se analizó mediante la prueba *t* de Student, el cambio clínico objetivo (CCO) y el cálculo del tamaño del efecto (*d* de Cohen). **Resultados.** Se observaron mejoras en los puntajes de agotamiento emocional, realización personal y ansiedad del pretest al pos-test, cambios que se mantuvieron al mes de seguimiento, a excepción de ansiedad. En la dimensión de despersonalización, hubo cambios del pos-test al seguimiento. Se reportaron cambios clínicos significativos en todas las variables estudiadas. **Conclusiones.** La intervención fue efectiva al reducir manifestaciones del burnout con cambios estadísticamente significativos y tamaños del efecto de moderados a grandes, se identificaron cambios clínicos en de todas las dimensiones del burnout, ansiedad y depresión al mes de seguimiento.

**Palabras Clave:** Burnout, ansiedad, depresión, enfermería, intervención vía remota.

## 1.1 Introducción

### 1.1.1 Definición y desarrollo histórico del burnout

El burnout es un fenómeno asociado con el estrés que, por sus implicaciones para los individuos, ha recibido una creciente atención por ser un problema de salud mental relacionado con el trabajo, de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) ya la incluye en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en el que se conceptualiza como el resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha afrontado con éxito (WHO, 2019).

La primera definición teórica del burnout fue propuesta por Freudenberger (1974) haciendo referencia a fallar, agotarse o desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos. Freudenberger también describió sus características a través de síntomas físicos y conductuales como: ira, frustración, excesiva rigidez e inflexibilidad en la práctica y la aparición de características clínicas similares a la depresión (Bridgeman et al., 2018).

Desde entonces y a pesar del creciente cuerpo teórico referente al tema, el burnout ha sido conceptualizado desde diferentes enfoques, por esto, los investigadores no han llegado a establecer una definición general de este constructo ni de sus criterios diagnósticos, sin embargo, en mayor medida se ha descrito por ser una condición que se presenta en respuesta al estrés laboral crónico que tiene una incidencia mayor en los profesionales del sector servicios, y que conlleva a un deterioro a nivel cognitivo, afectivo, emocional y actitudinal del individuo hacia el cliente de la organización y al contexto laboral (Gil-Monte, 2015).

En la Tabla 1 se resumen algunas de las definiciones más representativas encontradas en la literatura.

**Tabla 1***Definiciones del burnout*

| Autor/es                         | Definición                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maslach y Pines (1977)           | Síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes.                                     |
| Maslach y Jackson (1979)         | Agotamiento emocional y cinismo que ocurre con frecuencia en los individuos que trabajan con personas bajo condiciones crónicas de estrés y tensión.                                                          |
| Freudenberger y Richelson (1980) | Estado de fatiga o frustración provocado por la devoción a una causa, forma de vida o relación que no produjo la recompensa esperada, conduciendo a una reducción del compromiso y la eficacia en el trabajo. |
| Edelwich y Brodsky (1980)        | Pérdida progresiva del idealismo, energía y deseo de alcanzar objetivos que aparece en los profesionales de ayuda.                                                                                            |
| Pines y Kafry (1982)             | Agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente.                                                                             |
| Perlman y Hartman (1982)         | Respuesta al estrés emocional crónico con tres dimensiones: agotamiento emocional y/o físico; disminución de la productividad laboral y despersonalización excesiva.                                          |
| Ryerson y Marks, (1982)          | Síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional.                                                                                                                                           |
| Sturgess y Poulsen (1983)        | Pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, experimentada por individuos en las profesiones de ayuda como resultado de su trabajo.                                                                  |
| Johnson y Stone (1987)           | Estado de agotamiento resultante de la implicación con personas en situaciones emocionalmente exigentes.                                                                                                      |
| Etzion (1987)                    | Continuos desajustes generalmente mezclados entre las características individuales y del medio ambiente.                                                                                                      |
| Shirom (1989)                    | Combinación de agotamiento emocional, fatiga física y cansancio cognitivo.                                                                                                                                    |

*Nota.* Elaboración propia.

En los trabajos antecedentes, destaca el de Maslach (1982) quien describió el burnout como un proceso que surge a causa de la falta de preparación de los profesionales prestadores de servicios y de ayuda para afrontar el estrés emocional derivado del trabajo, lo que los lleva a perder el compromiso laboral, experimentar agotamiento físico y emocional, además de provocar en el individuo un trato

deshumanizado hacia sus clientes, provocando una disminución de la calidad del servicio que brindan.

Posteriormente, a raíz de la elaboración del instrumento *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, Maslach y Jackson (1981) modificaron la definición del síndrome describiéndolo como una respuesta inadecuada al estrés que se caracteriza por al menos tres dimensiones (perspectiva tridimensional).

Una de estas dimensiones es el *agotamiento emocional (AE)* que surge cuando los trabajadores perciben que no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, debido al contacto constante en su lugar de trabajo, presentan sentimiento de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales (Gil-Monte, 2015; Maslach et al., 2001).

La segunda dimensión hace referencia a la *despersonalización (DP)*, la cual se identifica por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se relacionan en el trabajo, la relación, por lo tanto, se vuelve impersonal y los profesionales se muestran distantes hacia sus clientes (Maslach et al., 2001; Maslach y Jackson, 1981).

Por último, la tercera dimensión del burnout es la baja *realización personal (RP)* en el trabajo, se refiere a la tendencia de los profesionales a evaluar su labor negativamente, es decir, se sienten descontentos e insatisfechos con su capacidad, lo que a su vez afecta su desempeño al realizar su trabajo y relacionarse con las personas a las que se les brinda el servicio (Gil-Monte, 2015; Maslach et al., 2001).

Otro de los trabajos a destacar es el de Gil-Monte (2015), quien propone una traducción al castellano del término anglosajón como *Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)*, refiriéndose a una situación en la que el trabajador se ve desbordado y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral, por lo tanto, es considerado como la respuesta al estrés laboral crónico, compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las

que se relaciona en el lugar donde labora y hacia el propio rol profesional, teniendo como consecuencia una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas con repercusiones nocivas para la persona y para la organización donde desarrolla su trabajo.

Estos autores a lo largo del tiempo han intentado definir este síndrome, pero el concepto más utilizado a nivel mundial y en la comunidad científica es el de Maslach y Jackson (1981), a través de su modelo tridimensional (Olivares, 2017).

En la línea de investigación del burnout, se han realizado numerosos estudios con el propósito de identificar los síntomas asociados, más allá de los que señala Maslach y Jackson (1981). Producto de estas investigaciones se han señalado más de 100 síntomas asociados que se pueden sintetizar en cinco grupos (Gil-Monte, 2015; Olivares, 2016):

- Afectivo-emocionales. Agotamiento emocional, irritabilidad, odio, culpa, frustración, agobio, angustia, sentimientos de culpa.
- Actitudinales. Despersonalización, apatía, hostilidad, irritabilidad, hartazgo, impaciencia, intolerancia, frialdad hacia los clientes, indiferencia.
- Cognitivos. Baja ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, percepción de incapacidad, falta de control.
- Conductuales: Comportamiento suspicaz, aislamiento, consumo de sustancias, absentismo, enfrentamientos.
- Fisiológicos. Cansancio, insomnio, ulcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga.

En suma, el burnout es una manifestación al estrés prolongado, que genera en el individuo diversas respuestas que se pueden resumir en cognitivas, conductuales y fisiológicas, impactando directamente en su salud física y psicológica. Conocer este síndrome, cómo se desarrolla y cómo detectarlo es necesario para prevenirlo y, en su caso, tratarlo.

### **1.1.2 Aproximaciones teóricas sobre el desarrollo del burnout**

La necesidad de entender cómo surge y se desarrolla el Burnout ha llevado a diferentes autores a realizar aproximaciones teóricas al respecto. A continuación, se exponen cuatro de las teorías más relevantes.

#### ***Teoría de Edelwich y Brodsky (1980)***

Edelwich y Brodsky (1980) refieren que el burnout es un proceso de desilusión hacia la actividad laboral, el contraste entre las expectativas y las realidades, el cual se va desarrollando en cuatro fases cíclicas, es decir, que pueden repetir en diferentes momentos de la vida laboral de un sujeto y en el mismo o en diferentes trabajos:

1. Entusiasmo. El individuo tiene ilusión, energía y altas expectativas sobre el trabajo.
2. Estancamiento. Aunque el profesional sigue realizando su trabajo, sus expectativas van bajando y su empleo ya no lo es todo, empieza centrar su atención en aficiones personales, amigos, el hogar y la familia, así como las condiciones reales de trabajo (salario, horarios).
3. Frustración. El individuo comienza a cuestionar la importancia de su rol profesional, observando los obstáculos a los que se enfrenta. Pueden aparecer problemas emocionales, fisiológicos o conductuales.
4. Apatía, el individuo se siente frustrado continuamente en el trabajo, y comienzan con actitudes hostiles como afrontamiento a esta frustración.

#### ***Teoría de Cherniss (1980)***

Cherniss (1980) afirma que el burnout es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas

en el trabajo y recursos individuales, b) respuesta emocional a corto plazo (ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento), y c) cambios en las actitudes y conductas (afrontamiento defensivo). Este modelo hace especial énfasis en la variable autoeficacia para la gestión de este síndrome (Foronda et al., 2018).

### ***Teoría de Price y Murphy (1984)***

Price y Murphy (1984) consideran que el burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, caracterizada por atravesar seis fases: 1) el individuo se da cuenta de su realidad laboral y comprueba que no alcanza sus objetivos con las personas hacia las que trabaja; 2) experimenta inestabilidad emocional, aislamiento, e incapacidad para pedir ayuda; 3) aparecen sentimientos de culpa debido al fracaso profesional a veces injustificado; 4) se sienten solos y tristes, entrando en un proceso de inestabilidad e insatisfacción laboral.

Los autores también consideran que, cuando se supera esta última fase, los trabajadores piden ayuda y reestablecer el equilibrio inicial con el que se abordó la profesión, lo cual resulta en la resolución del síndrome.

### ***Teoría tridimensional del burnout (1981)***

Maslach y Jackson (1981) consideran que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y al propio rol profesional y se configura como un síndrome tridimensional que se desarrolla en un principio por la aparición de agotamiento emocional, posteriormente surgen conductas y actitudes de despersonalización y, por último, a consecuencia de lo anterior, aparece la baja realización personal en el trabajo.

Gil-Monte (1994) realizó una aportación al modelo de Maslach, partiendo de los modelos transaccionales de estrés (Lazarus & Folkman, 1986) y de estrés laboral (Cox & Mackay, 1981) hipotetizó un modelo en el que el burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan funcionales. Esta respuesta resulta una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional, mientras que las actitudes de despersonalización resulta ser un estilo de afrontamiento que se consolida después de la fase de reevaluación cognitiva ante la baja realización personal y el alto agotamiento emocional.

De acuerdo con diversos estudios y revisiones sistemáticas respecto al tema, entre las teorías descritas anteriormente, el modelo que más se ha utilizado para explicar el desarrollo del burnout es el modelo tridimensional de Maslach y Jackson (1979), mismo que, en la actualidad, se sigue considerando como fundamento para el diagnóstico, mediante el instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1986), y su intervención (Foronda et al., 2018; Gil-Monte, 2015; Luengo et al., 2019; Olivares, 2017; Tapullima et al., 2021).

### **1.1.3 Métodos de evaluación y diagnóstico del burnout**

El diagnóstico y evaluación del burnout son imprescindibles para la toma de decisiones sobre el tratamiento de los individuos que lo padecen, esta evaluación requiere valorar los síntomas que se presentan en un individuo, analizar su proceso de aparición, diferenciar el proceso de otros similares y evaluar la intensidad o frecuencia con el que el individuo presenta los síntomas, así como identificar las fuentes de estrés que propiciaron la aparición de esos síntomas, para esto, Gil-Monte (2015) refiere utilizar procedimientos cualitativos y cuantitativos de diagnóstico y evaluación:

- Cualitativos. Consiste en la realización de entrevistas al trabajador: a) ¿cuáles son los síntomas que percibe?; b) ¿Cómo se siente respecto al trabajo?; c) ¿Cómo es la relación con sus compañeros?; d) ¿cómo es la relación con los clientes de la organización?; e) ¿cuáles son las fases a través de las que ha ido pasando hasta llegar a la actualidad?; f) ¿qué circunstancias o situaciones han influido para que llegue a encontrarse mal?; g) ¿quién o quiénes son los responsables de la situación?; h) ¿qué se podría hacer para evitar que los trabajadores lleguen a estados como el suyo?, entre otras preguntas de exploración que permitan determinar si existe un deterioro en la salud, cómo ha ocurrido ese deterioro y cuáles son sus causas.
- Cuantitativos. Se refiere a la aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia de la patología y cuáles son los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo del burnout en ese momento en la organización.

Respecto a esta última categoría, existen numerosos instrumentos para evaluar burnout, los más frecuentemente utilizados en el ámbito de la investigación se pueden resumir en la Tabla 2.

**Tabla 2***Instrumentos de medición del burnout*

| Instrumento                                                                     | Autor/es                                             | Número de ítems | Dimensiones                                                                                          | Alfa      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Maslach Burnout Inventory (MBI)                                                 | Maslach y Jackson (1981)                             | 22              | - Agotamiento emocional<br>- Despersonalización<br>- Baja realización personal                       | .72 - .90 |
| Copenhagen Burnout Inventory                                                    | Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, (2005) | 19              | - Burnout personal<br>- Burnout relacionado con el trabajo<br>- Burnout relacionado con el paciente. | .85 - .87 |
| Burnout Measure                                                                 | Malasch-Pines (2005)                                 | 10              | - Agotamiento físico<br>- Agotamiento emocional<br>- Agotamiento mental                              | .85 - .87 |
| Cuestionario Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)                        | Lundgren-Nilsson et al. (2012)                       | 22              | - Fatiga física<br>- Desgaste cognitivo<br>- Tensión<br>- Apatía                                     | .89 - .92 |
| Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)                                              | Demerouti y Bakker (2008)                            | 16              | - Desapego<br>- Agotamiento                                                                          | .84       |
| Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) | Gil-Monte et al. (2006)                              | 20              | - Ilusión por el trabajo<br>- Desgaste psíquico<br>- Cinismo<br>- Culpa                              | .70       |

*Nota.* Elaboración propia.

El instrumento más utilizado en la actualidad es el MBI (Maslach y Jackson, 1981) que se desprende del modelo tridimensional, y evalúa las tres subescalas; este ha sido adaptado a diversas poblaciones, principalmente en personal de la salud (Dall’Ora et al., 2020; Foronda et al., 2018; Luengo et al., 2019; Tapullima et al., 2021; Woo et al., 2020) y ha sido validado en diferentes países como Italia (Pisanti et al., 2013), Croacia (Bosković, 2021) Finlandia (Kanste et al., 2006), así como en países latinoamericanos como Brasil (Pereira et al., 2021), Colombia (Córdoba et al., 2011), Perú (Calderón-De la Cruz y Merino, 2020) y México (Aranda et al, 2016; Meda et al., 2008).

#### **1.1.4 Burnout y variables asociadas: Ansiedad y depresión**

Dentro de las investigaciones derivadas de los métodos de medición e identificación de burnout, diversos autores han encontrado que el burnout está relacionado con trastornos afectivos, principalmente con ansiedad y depresión.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5ª ed.; DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la ansiedad es definida como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, asociada a tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro, comportamientos cautelosos o evitativos, preocupación excesiva y síntomas físicos como inquietud, sensación de excitación o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Por lo general, la ansiedad se presenta como una condición biológica, pero cuando se excede la capacidad de adaptación al ambiente, se torna patológica y está acompañada de alteraciones psicológicas y físicas. Se entiende como ansiedad rasgo cuando es parte de la personalidad del individuo; y ansiedad estado haciendo referencia al estado emocional en determinado momento, por lo que es fluctuante (Puig-Lagunes et al., 2021). Tanto la ansiedad como el burnout se distinguen por la pérdida de capacidad de adaptación de un individuo a su entorno (Puig-Lagunes et al., 2021). Algunos factores como las demandas de trabajo, el esfuerzo extrínseco y el compromiso excesivo se han asociado con mayores niveles de ansiedad y burnout (Mark & Smith, 2016).

Por otro lado, la depresión se describe como un padecimiento que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, son frecuentes las manifestaciones somáticas (por ejemplo, alteraciones del sueño, cambio de peso) y las cognitivas (por ejemplo, dificultad para concentrarse) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La ansiedad y depresión presentan síntomas parecidos al burnout: cansancio, irritabilidad, deterioro del desempeño laboral, sensación de angustia en el trabajo o vida laboral, ausentismo laboral, disminución de actividades, deterioros cognitivos. Sin embargo, cada trastorno tiene particularidades que los diferencian entre sí, aunque están relacionados clínica y conceptualmente entre ellos (Sánchez-Narváez, 2020).

Una de las particularidades del burnout es que en su definición, como se ha descrito anteriormente, se incluyen tres aspectos clínicos como AE, DP y RP, en estas manifestaciones, se agrupan síntomas o rasgos de ansiedad y depresión, la diferencia entre estas condiciones, es que la respuesta emocional en el burnout parece estar influida principalmente por factores sociales y ambientales (laborales) que determinan la aparición su aparición, mientras que la depresión y la ansiedad es libre de contexto y generalizada (Koutsimani et al., 2019; Sánchez-Narváez, 2020).

Por otro lado, se ha encontrado que, si bien son constructos diferentes, están relacionados entre sí. En mayor medida, la sintomatología ansiosa y depresiva tiene mayor fuerza de asociación con la dimensión de AE, incluso es posible que las personas que son más propensas a experimentar niveles más altos de ansiedad y depresión también sean más propensas a desarrollar burnout (Granados-Alós et al., 2020; Koutsimani et al., 2019; Mark & Smith. 2016). De acuerdo con lo mencionado, la depresión y la ansiedad, son condiciones que pueden coexistir junto con el burnout o incluso afectar su desarrollo y mantenimiento (Sánchez-Narváez & Velasco-Orozco, 2017).

Lo anteriormente revisado ha permitido definir síndrome de burnout, revisar su desarrollo, sus principales métodos de evaluación, así como su relación con ansiedad y depresión. El siguiente apartado justifica la importancia de intervenir en el personal de enfermería, población que se ha documentada como de alto riesgo.

## 1.2 Planteamiento del problema

### 1.2.1 Prevalencia del burnout en personal de enfermería

El burnout ha sido descrito como un fenómeno que surge en el ámbito laboral, principalmente en profesionales que están en contacto constante y directo con otras personas (rol de clientes o pacientes) (Olivares, 2017). Los trabajadores de la salud constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para el desarrollo de problemas asociados con el mal afrontamiento al estrés en el trabajo y riesgo latente de desarrollar burnout, por su exposición a situaciones desgastantes, elevadas exigencias, múltiples factores de riesgo y la carga emocional que perciben en la interacción constante con sus pacientes (Luengo et al., 2019; Pradas-Hernández et al., 2018).

Entre los profesionales de la salud, el personal de enfermería ocupa un lugar amplio en la investigación del burnout por su alta incidencia a nivel mundial, que se ha descrito a través de revisiones sistemáticas, como la realizada por Zhang et al. (2018) quienes encontraron que, de 7,996 enfermeras(os), el 51.98% presentó niveles de burnout; por su parte, Molina-Praena et al. (2018) identificaron en una muestra de 6,092 enfermeras(os) el 31% presentaba niveles altos de AE, el 24% DP y el 38% baja RP.

Woo et al. (2020) también realizaron un análisis en el que encontraron una prevalencia global considerablemente alta de burnout ya que de 45,539 enfermeras(os) de 49 países analizados, el 11.23% presentaba manifestaciones, lo que equivale a una décima parte de la población mundial del personal de enfermería.

En México se han realizado numerosos estudios que determinan la prevalencia de burnout del personal de enfermería, como el de Colmenares et al. (2018) quienes mostraron que de 248 participantes en su estudio el 91% presentaban burnout; de éstos, se encontró que el 29.6% presentó altos niveles de AE, el 14.2% moderados niveles de DP y el 30.1% baja RP.

En un estudio similar, realizado por Rendón et al. (2020) se encuestaron a 90 enfermeras(os) de unidades de cuidado crítico y de hospitalización, donde hallaron que el 82.2% presentó niveles moderados de burnout, de los cuales el 18.9% y el 21.1% reportó niveles altos de AE y de DP, respectivamente, mientras que el 40% presentó baja RP.

Aunado a lo anterior, la pandemia por COVID-19, declarada en el año 2020, representó un estresor más a enfrentar para el personal de enfermería, debido a que la carga de trabajo en los sistemas de salud creció exponencialmente, al igual que las demandas impuestas, pues tuvieron que trabajar por largos periodos, en un entorno con altos niveles de estrés e incertidumbre, reubicando unidades o salas de enfermería (Drennan & Ross, 2019; Kang et al., 2020). Estos y otros factores, que se describirán en el siguiente apartado, hicieron que experimentaran mayores niveles de burnout.

Al respecto, Sanghera et al. (2020) estudiaron la salud mental del personal de salud en primera línea de atención a COVID-19, determinado que, de 69,499 médicos, enfermeras(os) y otros profesionales, hasta el 43% padecía de burnout, dentro de los cuales enfermería resultó el más expuesto a padecer este síndrome, otras condiciones que encontraron, aunque en menor prevalencia, fueron síntomas de depresión, ansiedad, reacción de estrés aguda, trastorno de estrés postraumático e insomnio.

Otro estudio es el de Hu et al. (2020) en el que identificaron en una muestra de 2,014 profesionales de enfermería en primera línea de atención a pacientes con COVID-19, que el 60.5% indicó AE, 42.3% DP y el 60.6% baja RP, mientras que Galanis et al. (2021), a través de una revisión sistemática, encontraron que de 18,935 enfermeras(os), el 34.1% presentaba AE, 12.6% DP y 15.2% baja RP.

Por su parte, Bellanti et al. (2021) identificaron en una muestra de 293 enfermeras(os) de un hospital en Italia que el 89.1% presentaron niveles moderados/altos de burnout relacionado con COVID-19; de los cuales 76.5% presentaron niveles moderados a altos de AE, 50.2% DP y 54.6% baja RP.

En México, se han realizado también estudios para evaluar los niveles de burnout en trabajadores en primera línea contra la COVID-19, como el de Álvarez-Reza et al. (2021) quienes determinaron que el 11.5% de 983 trabajadores de la salud, reportaron niveles altos de burnout, de entre los cuales, el 15% eran enfermeros(as).

En otro estudio realizado en un hospital de Guadalajara, se hizo manifiesto una prevalencia de burnout en 98% de 168 profesionales de la salud; específicamente el 45.8% de los participantes de este estudio representaban la población de enfermería, en los que se encontró que solo el 5.2% no padecía burnout, el 62.3% presentó burnout leve-moderado y el 32.5% puntuó burnout severo (Quiroz-Ascencio et al., 2021).

Otro estudio que muestra alta prevalencia de burnout ante la COVID-19, es el de Medina (2021) quien determinó que, de una muestra de 88 profesionales de enfermería, el 69.3% padecía burnout; el 47.7% reportó AE alto, el 43.2% niveles altos de DP y el 46.6% tuvo baja RP.

Por su parte, Jiménez (2021) documentó que, de 423 enfermeras de instituciones de salud pública y privada de México, el 20.8% reportó niveles de AE grave, el 20.8% presentó un rango alto de DP y el 26% mostró niveles bajos de RP.

Los estudios descritos, sobre todo aquellos que evaluaron la prevalencia de burnout antes de la pandemia de COVID-19, han tenido ambivalencias en cuanto a las estadísticas presentadas, sin embargo, en general se puede observar que existe una alta prevalencia en profesionales de enfermería, lo cual refleja la imperante necesidad de atención.

Para tener comprensión sobre la razón de esta prevalencia, a continuación se describen los factores de riesgo tanto organizacionales (laborales) como sociales e individuales para el desarrollo de burnout en enfermería.

### **1.2.3 Factores de riesgo asociados al burnout en personal de enfermería**

De acuerdo con Gil-Monte (2015) el burnout se origina en las relaciones interpersonales de carácter profesional establecidas en el entorno laboral, principalmente con los clientes de la organización, aunado a las exigencias desmedidas que hacen que aparezcan las condiciones que propician que las fuentes de estrés laboral originen el patrón de respuestas que constituyen el síndrome. En este sentido, el entorno laboral y las condiciones de trabajo son los factores principales que intervienen en la etiología del síndrome, sin embargo, las fuentes de estrés laboral podrían afectar de forma diferente el desarrollo de los síntomas y el progreso del síndrome en función de otros factores como las variables sociodemográficas e individuales (Gil-Monte, 2015; Luengo et al., 2019).

Coincidiendo con el punto anterior, Foronda et al. (2018) refieren que el ambiente laboral desempeña un papel fundamental como catalizador de estímulos estresores que cambian de forma disfuncional las conductas de los trabajadores y que pueden influir en algunos más que en otros, dependiendo de los factores psicológicos y sociales, así como estrategias de afrontamiento que asume cada individuo.

Lo anterior denota que existe un conjunto de factores de riesgo para el desarrollo, progreso y mantenimiento del burnout que pudieran agruparse en dos categorías: riesgos organizacionales, es decir, del entorno laboral, y riesgos sociales e individuales. En los siguientes apartados, se presentan aquellos factores de riesgo de acuerdo con las investigaciones realizadas en los profesionales de enfermería.

#### ***Riesgos organizacionales***

Nabizadeh-Gharghozar et al. (2020) describieron que los factores más importantes detrás del burnout en enfermería son los factores organizacionales, que incluyen políticas laborales que no benefician al personal, tales como el aumento de las horas de trabajo o

despidos, estructura organizativa vertical, toma de decisiones centralizada, inseguridad laboral, limitadas oportunidades de avance profesional, supervisión intensiva sin criterios estándar, conflictos entre los objetivos y planes de la organización, así como conflictos de roles, principalmente en la relación entre médicos y enfermeras(os).

Coincidiendo con esto, otros estudios han permitido describir que el burnout en el personal de enfermería ocurre cuando las cargas de trabajo excesivas se ven agravadas por problemas sistémicos como trabajo en horarios irregulares, horas extras de trabajo, turnos rotativos, mala comunicación con el equipo médico, falta de liderazgo organizacional y falta de personal (Aiken et al., 2011; Rezaei et al., 2018). Otras variables organizacionales asociadas con el burnout incluyen trabajar en turnos de noche, tener múltiples empleos, falta de reconocimiento del desempeño laboral y mayor antigüedad laboral (Molina-Praena et al., 2018).

Dall’Ora et al. (2020), a través de una revisión teórica, identificaron como factores de riesgo organizacional para desarrollar burnout la alta carga de trabajo, incongruencia de valores o expectativa de la organización (los requisitos del trabajo contra los principios personales de los individuos), bajo control sobre el trabajo, baja libertad de decisión, clima social/apoyo social deficiente y bajas recompensas, así como poco personal, turnos mayores a 12 horas, poca flexibilidad de horario, presión de tiempo, altas demandas laborales, poca variedad de tareas, conflicto de roles, baja autonomía, relación negativa entre el personal, apoyo deficiente del supervisor y liderazgo deficiente.

En cuanto al contexto de pandemia por COVID-19, se han evidenciado factores relacionados con el desarrollo de burnout: baja preparación del personal de enfermería para hacer frente a la enfermedad, entornos de alto riesgo de contagio, mayor tiempo de trabajo en áreas de cuarentena, recursos materiales y humanos inadecuados e insuficientes, excesiva carga de trabajo, exposición a pacientes graves y menor nivel de

formación especializada para atender pacientes infectados (Bellanti et al., 2021; Galanis et al., 2021).

### ***Riesgos sociales e individuales***

Molina-Praena et al. (2018) han encontrado, a través de su revisión sistemática, datos no concluyentes sobre los factores de riesgo sociodemográficos, pues algunos autores han reportado que enfermeras(os) más jóvenes tienen un mayor riesgo de burnout, mientras que otros sostienen que las enfermeras de más de 38-40 años son más vulnerables. De igual manera, datos desiguales se han reportado al momento de asociar el desarrollo del síndrome con el estado civil y el género. Esto mismo se evidenció en otro estudio realizado por Woo et al., (2020) en el que no encontraron relaciones significativas entre niveles de burnout y edad o experiencia profesional.

No obstante, en otra revisión realizada por Cañadas-De la Fuente et al., (2018a) mostraron que ser hombre, estar soltero o divorciado y no tener hijos se relacionó con actitudes negativas hacia los pacientes y sus colegas en el lugar de trabajo y mayor AE. Además, estos autores mencionan que la relación entre estos factores con el desarrollo de burnout es moderada por otras variables como edad, antigüedad y satisfacción laboral, por ejemplo, puede haber mayores niveles de burnout cuando los hombres tienen menos de 10 años de experiencia laboral o la persona soltera no tiene hijos o cuando la persona sin hijos es hombre.

Otros autores como Nabizadeh-Gharghozar et al. (2020) encontraron, en una revisión sistemática, que los factores demográficos como el género, la edad, el nivel educativo, el estado civil y la experiencia influyen en el desarrollo de burnout; el personal más joven tiene mayor probabilidad de experimentar burnout porque con su poca experiencia laboral perciben menor suficiencia y mayor temor de cometer errores en condiciones críticas. Asimismo, las mujeres corren mayor riesgo de padecer burnout

porque se ha descrito que son emocionalmente más vulnerables al estrés ocupacional y a los conflictos entre el trabajo y la familia.

En cuanto al nivel educativo, la falta de preparación en el trabajo contribuye significativamente al burnout, de modo que las enfermeras que no han recibido educación necesaria y suficiente son más propensas al burnout; respecto al estado civil, los autores refieren que se ha encontrado que el personal casado sufre niveles más bajos de burnout, probablemente debido a factores como la actitud pública positiva hacia el matrimonio y la actitud pública negativa hacia el divorcio y la viudez (Nabizadeh-Gharghozar et al., 2020).

Por otro lado, un metaanálisis realizado por Galanis et al. (2021) y dos estudios transversales realizados por Murat et al. (2020) y Álvarez-Reza et al. (2021) en el marco de la pandemia por COVID-19, mostraron que ser joven y no tener experiencia fueron factores que influyeron en mayores niveles de burnout, además de la disminución del apoyo social, la continua preocupación al exponerse a áreas de cuarentena, al desconocimiento de la transmisión y el abordaje de la infección (Galanis et al., 2021); jornadas de trabajo mayores a 9 horas, cantidad de sueño menor a 6 horas (Álvarez-Reza et al., 2021); miedo al contagio, estado civil soltero(a)/casado(a), tener hijos (Jiménez, 2021), un puesto de técnico de enfermería y mayor número de años de antigüedad laboral (Medina, 2021). Asimismo, el distanciamiento social, desconocimiento de la enfermedad y la discriminación por parte de otras personas (Drennan & Ross, 2019; Kang et al., 2020).

A diferencia de los factores organizacionales para el desarrollo de burnout en el personal de enfermería, que se encuentran bien identificados y establecidos, el estudio de los factores sociales e individuales han mostrado resultados variables, pero, según la revisión de literatura se ha podido establecer un antes y un después de la pandemia por COVID-19, ya que antes de su aparición, el peso de las variables sociodemográficas no estaban establecidas, mientras que, estudios realizados durante la pandemia, han

evidenciado mayor establecimiento de variables que antes parecían no influir, como son la edad y el estado civil.

Pese a los resultados anteriores, parece ser que el desajuste angustiante resultante de las expectativas y la realidad de la profesión de enfermería como causante del aumento de la propensión al burnout, es una variable que se ha mostrado estable en estudios realizados tanto antes como después de la pandemia (Rezaei et al., 2018; Woo et al., 2020).

#### **1.2.4 Consecuencias del burnout en personal de enfermería**

Gil-Monte (2015) considera que en el burnout, el deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal de los profesionales son síntomas previos a la aparición de síntomas conductuales y fisiológicos que, si se intensifican y se mantienen en el tiempo, generan consecuencias negativas para la salud física y psicológica del individuo pero también genera consecuencias en su desempeño laboral, que a su vez impactan en la atención que se le brinda al paciente y tiene implicaciones importantes a nivel organizacional.

A continuación, se presentan las consecuencias del burnout que han sido documentadas en enfermería.

##### ***Consecuencias laborales y relacionadas con el paciente***

El burnout constituye un riesgo para la satisfacción laboral del personal de enfermería, provocando desmotivación, bajo desempeño laboral y, en consecuencia, el deterioro en la calidad de la atención otorgada (Luengo et al., 2019).

Dall’Ora et al. (2020) realizaron una revisión teórica de las consecuencias del burnout en personal de enfermería, encontrando que, entre las implicaciones laborales, existe una relación significativa entre altos niveles de burnout y 1) bajo desempeño laboral

– asociado a mala calidad de atención; 2) afectación en la seguridad del paciente; 3) insatisfacción del paciente y quejas de los cuidadores; y 4) intenciones de abandonar el trabajo.

Respecto a este último punto, Shah et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de examinar los factores asociados con dejar o considerar dejar el empleo debido al burnout, a través de datos emanados de la *National Sample Survey of Registered Nurses* en Estados Unidos. De esta encuesta se desprende que de la muestra total de enfermeras(os) (N=3,957,661), el 9.5% (n=418,769) informó haber abandonado su trabajo, de ellas, el 31.5% reportó que el burnout fue una razón. Por otro lado, quienes consideraron o tuvieron intenciones de abandonar su trabajo (n=676,122), el 43.4% identificaron al burnout como la razón que pudiera contribuir a tomar la decisión de dejar su trabajo.

Otros estudios también han relacionado la experiencia de burnout con la baja seguridad del paciente, relacionado a la mala calidad de cuidado, incremento en el número de errores médicos, mayor riesgo de infecciones y complicaciones, así como una mayor tasa de mortalidad (Bakhamis et al., 2019; García et al., 2019; Jun et al., 2021; Nabizadeh-Gharghozar et al., 2020)

Además de una mayor insatisfacción laboral, rotación de personal y absentismo (De Hert, 2020; Dyrbye et al., 2019; Kelly et al., 2021; Salvagioni et al., 2017), el burnout se ha relacionado con el presentismo, término que hace referencia a cuando un trabajador está presente en su lugar de trabajo, pero no está completamente comprometido (Gillet et al., 2019; Rainbow et al., 2020; Salvagioni et al., 2017).

Lo anterior se puede ver reflejado en un estudio realizado en el contexto de la COVID-19, en el que se exploró la relación entre la calidad de atención del paciente y el burnout experimentado por el personal de enfermería, reportándose, como primer punto, que la calidad de atención era deficiente. Se encontraron correlaciones entre el AE y altos

puntajes de DP y la calidad de atención al paciente, también una correlación entre puntajes de RP y atención deficiente, además de que altos niveles de RP redujo el riesgo de ocurrencia de errores de medicación y el abuso verbal del paciente y la familia (Kakemam et al., 2021).

### ***Consecuencias físicas y psicológicas***

Se ha reportado que altos niveles de estrés y burnout no controlados generan síntomas físicos como insomnio, trastornos del sueño, dolor de cabeza, fatiga y tensión muscular (Nabizadeh-Gharghozar et al., 2020; Pradas-Hernández et al., 2018; Xiang et al., 2020). Asimismo, se ha asociado a diversos padecimientos como enfermedades musculoesqueléticas, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades coronarias, cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales, así como a fatiga crónica y al aumento de mortalidad por debajo de los 45 años (Barello et al., 2020; De Hert, 2020; Salvagioni et al., 2017)

Dentro de las consecuencias psicológicas del burnout, se han reportado repercusiones en la vida personal como sentimientos de infelicidad, aislamiento, abuso de sustancias y problemas interpersonales, incluyendo termino de relaciones y divorcio (De Hert, 2020).

Además, se ha relacionado con uso de medicamentos psicotrópicos y antidepresivos, mayor riesgo de hospitalización por trastornos mentales (Salvagioni et al., 2017), irritabilidad y cambios en hábitos alimenticios (Barello et al., 2020; Rudman et al., 2020), riesgo suicida (Davidson et al., 2018), así como uso y abuso de sustancias como tabaco y alcohol (Nabizadeh-Gharghozar, et al., 2020).

Aunado a lo anterior, experimentar burnout afecta negativamente el proceso de toma de decisiones clínicas, además, se ha descrito disfunción cognitiva asociado a problemas de concentración y memoria que dan como resultado un mayor riesgo de daño

a los pacientes y mala praxis (Pradas-Hernández et al., 2018; Rudman et al., 2020; Xiang et al., 2020).

### **1.2.5 Burnout, ansiedad y depresión en personal de enfermería**

Escenarios altamente demandantes física y emocionalmente, asociados a factores de riesgo como la muerte de un paciente, sobrecarga de trabajo, conocimiento insuficiente, miedo a cometer errores, problemas de interacción con sus superiores y colegas, también ponen al personal de enfermería en riesgo de desarrollar trastornos afectivos como ansiedad y depresión (Fernández et al., 2019).

Con la pandemia por COVID-19, estos factores de riesgo se exacerbaron y surgieron nuevas demandas, como la adaptación casi inmediata a una enfermedad desconocida y desbordante, poniendo en riesgo el bienestar psicosocial de los y las enfermeras(os), por las emociones y pensamientos negativos asociados al miedo de contagio y a la muerte, sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad (Obando et al., 2021).

Tal fue el impacto que Domínguez y Villareal (2022), en una revisión sistemática, encontraron que antes de la pandemia, la prevalencia de ansiedad y depresión en profesionales de enfermería era del 14.6% al 20% en ansiedad y del 4% al 7% en depresión, mientras que, durante la pandemia, la ansiedad se manifestó desde el 13% al 78.9% y la depresión del 10.8% al 64.7%.

A raíz de esto, diversos investigadores del área focalizaron su atención principalmente en la salud psicológica de estos profesionales, como Obando et al. (2021) quienes encontraron que, de 126 enfermeras(os), el 39.1% y 24.6% presentaron algún grado de ansiedad y depresión, respectivamente, hallaron que el sexo femenino estaba más fuertemente asociado a estas condiciones, así como ser mayor de 48 años, y tiempo de experiencia de 11 años.

Otro estudio realizado por Dos Santos et al. (2021) con 490 enfermeros (as), identificaron que el 39.6% presentaron síntomas de ansiedad, de moderado a severo, mientras que el 38% de moderado a severa, en depresión.

En otro estudio realizado por Torrecilla et al. (2021), se identificaron en una muestra de 52 enfermeros (as) de unidad de cuidados intensivos para pacientes con COVID-19, que el 72.1% puntuaron niveles elevados de ansiedad y el 13.5% de depresión, asociado a sentimientos de desánimo y cansancio físico y emocional, no sentir energía y tener muchas preocupaciones.

En México, Nuñez-Ocman et al. (2022) identificaron en 909 profesionales de la salud una tasa del 62% de ansiedad y el 34% de depresión, siendo el personal de enfermería el más afectado. Asimismo, Gómez-Francisco et al. (2021) encontraron que el 2.3% y el 5.8% de 86 participantes presentaron ansiedad severa y depresión mayor, respectivamente. Por su parte, Secín et al. (2022) reportaron que, de 190 participantes, el 11.5% tuvo depresión y el 11% ansiedad.

Los síntomas relacionados con la ansiedad han sido descritos como preocupación por la salud, cefalea, nerviosismo, dificultad para relajarse, insomnio, irritabilidad, temblores, mareos, sudores y diarrea, mientras que los síntomas asociados a depresión fueron sentirse con poca energía, insomnio, dificultad para concentrarse, pérdida de interés por las cosas, sentirse sin esperanzas, perder la confianza en sí mismo y falta de apetito (Nuñez-Ocman et al., 2022). De la misma manera, Miranda y Murguía (2020) identificaron en un estudio realizado con personal de la salud incluidos 27 enfermeros (as) en área COVID, que los síntomas asociados a la ansiedad fueron nerviosismo (inquietud), fobia, taquicardia y sudoración, mientras que los asociados a la depresión fueron cansancio, irritabilidad, insomnio, aumento o pérdida de apetito. Las principales preocupaciones fueron que el paciente falleciera, el riesgo a contagiarse o contagiar a su familia.

Por otra parte, diversos estudios han reportado asociaciones estadísticamente significativas de burnout con ansiedad y depresión en personal de enfermería. Por ejemplo, De la Fuente-Solana et al. (2017) identificaron en un estudio con 101 participantes de enfermería oncológica, que las dimensiones de AE y DP correlacionaron positivamente con niveles de ansiedad y depresión, mientras que la realización personal correlacionó negativamente con estas variables; los mismos hallazgos obtuvieron Cañadas-De la Fuente et al. (2018b) en un estudio realizado con 227 enfermeras de la unidad de urgencias y cuidados críticos; y en otra investigación de Ortega-Campos et al. (2019) en una muestra de 338 enfermeros (as) de primer contacto.

De igual manera, Mousavi et al. (2017) realizaron un estudio con 270 enfermeras(os), en el que identificaron correlaciones positivas entre las dimensiones del burnout, con sintomatología depresiva y ansiosa, en este estudio, el burnout predijo el 42% y el 25% de la varianza en la depresión y ansiedad, respectivamente. En otro estudio realizado por Yildiz (2021) se identificó que las puntuaciones de ansiedad, depresión y estrés traumático secundario, de 164 enfermeras(os) de una unidad de cuidados intensivos, explicaron el 61% de AE, 38% DP y el 13% RP. El autor concluye, de acuerdo con sus hallazgos, que las personas con síntomas de depresión severa fueron más propensas a experimentar baja RP, y los individuos con síntomas de ansiedad fueron más proclives a experimentar AE y baja RP.

Durante de la pandemia por COVID-19, Stocchetti et al. (2021) realizaron una investigación en la que identificaron en 84 enfermeras(os) del área de cuidados intensivos, que los síntomas de ansiedad y depresión reportados se asociaron con mayor AE, mayor DP y menores niveles de RP. Por su parte, en el estudio de Jihn et al. (2021) se documentó en 84 enfermeros(as) en primera línea de atención, que altos niveles de ansiedad y depresión predicen mayores niveles AE y DP. Otros estudios realizados han evidenciado la relación existente entre el burnout, ansiedad y depresión, en personal de

enfermería, durante la pandemia en diferentes países como Australia (Dobson et al., 2021), Chipre (Çelmeçe & Menekay, 2020), Reino Unido (Ferry et al., 2021), Singapur y Polonia (Denning et al., 2021), Turquía (Acar-Sevinc et., 2021), China (Huo et al., 2021), Italia, (Naldi et al., 2021), Brasil (Dos Santos et al., 2021; Fischer et al., 2020), Perú (Díaz-Campos, et al., 2022) y México (Gómez-Francisco et al., 2021).

Teniendo en cuenta los estudios previos, se puede identificar que a mayor sintomatología depresiva y ansiosa, mayor AE y DP, así como menor RP en profesionales de enfermería. Esto sugiere que son fenómenos relacionados, ya que la evidencia apunta a que los individuos que experimentan burnout manifiestan síntomas como anhedonia, pérdida de interés, fatiga o pérdida de energía, síntomas asociados también a depresión. Por otro lado, se presenta tensión muscular, pensamientos recurrentes y sentimientos como angustia y preocupación que han estado asociados a la ansiedad.

Los estudios descritos muestran asociaciones de moderadas a altas entre estas variables, por lo que se demuestra la importancia de reducir los niveles de burnout del personal de enfermería que lo padece para mejorar su bienestar psicológico, reduciendo sintomatologías asociadas, como depresión y ansiedad (Ferry et al., 2021).

#### **1.2.6 Intervenciones psicológicas dirigidas al burnout en personal de enfermería**

Autores como Gil-Monte (2015) consideran que las intervenciones dirigidas para prevenir y disminuir el burnout deben ir enfocadas a desarrollar estrategias de intervención clínicas.

Para documentar las intervenciones clínicas que se han descrito en la literatura de investigación, se realizó una revisión narrativa con estrategias de revisión sistemática cuyo objetivo fue identificar los estudios clínicos con un enfoque de Terapia Cognitivo Conductual (TCC); intervenciones realizadas a personal de enfermería con el propósito de reducir los niveles de burnout autoreportado, así como variables relacionadas, los

estudios que se describen se realizaron en formato de atención presencial y a distancia. Para esta revisión se utilizaron las bases de búsqueda especializadas Cochrane Library, PubMed, CINAHL y PsycINFO.

### **Búsqueda PIO**

El sistema de búsqueda utilizado para articular esta revisión fue PIO (*Population, Intervention y Outcomes*), acrónimo mediante el cual se formuló la siguiente pregunta: Para personal de enfermería ¿*Qué técnicas cognitivo-conductuales son eficaces para reducir niveles de burnout?* Como se muestra en la Tabla 3, los principales términos MESH (términos médicos) utilizados en esta búsqueda fueron: *Nurses, Cognitive Behavioral Therapy, Professional Burnout.*

**Tabla 3**

#### *Sistema de búsqueda PIO*

| <b>P</b>           | <b>I</b>                            | <b>O</b>                    |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <i>Nurses</i>      | <i>Cognitive Behavioral Therapy</i> | <i>Professional Burnout</i> |
| <i>Nursing</i>     | <i>Online Cognitive Behavioral</i>  | <i>Occupational Burnout</i> |
| <i>Aide Nurses</i> | <i>Therapy</i>                      | <i>Burnout Syndrome</i>     |
|                    | <i>Telepsychology</i>               |                             |

*Nota.* Elaboración propia. P=Population; I=Intervention; O=Outcomes.

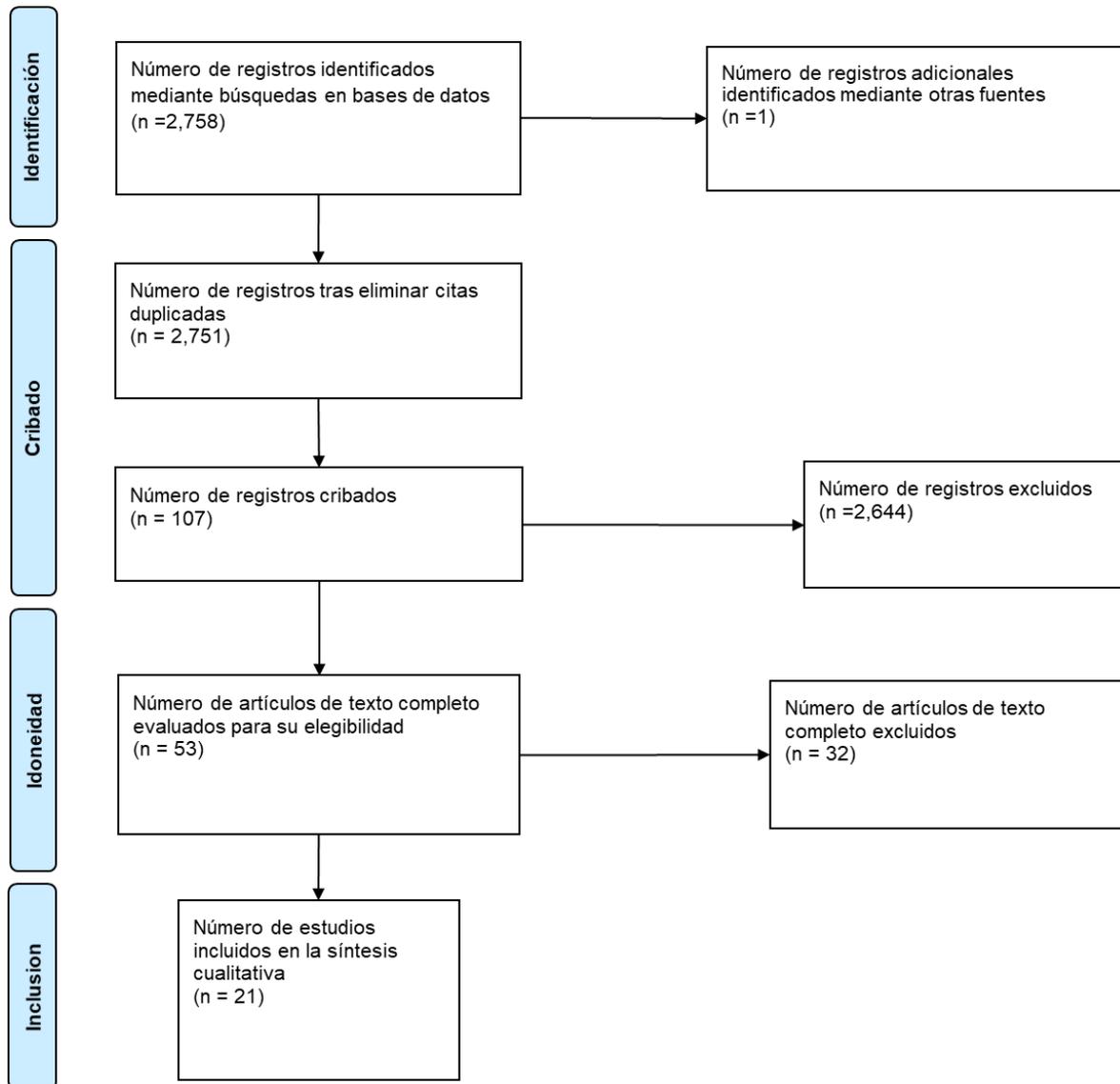
### **Selección de los estudios**

Los criterios de inclusión comprendieron artículos publicados de 2010 a 2022, escritos en inglés o español y que fueran estudios clínicos con intervenciones cognitivo-conductuales en formato presencial y online. Se excluyeron estudios transversales y estudios con intervenciones de terapias de tercera generación. Los artículos duplicados, estudios piloto y literatura gris (publicaciones en congresos y anteproyectos) fueron eliminados.

El proceso de selección de estudios puede observarse en la Figura 1 basada en el diagrama prisma para revisiones sistemáticas (Urrútia & Bonfill, 2010).

**Figura 1**

*Diagrama PRISMA de búsqueda y selección de estudios.*



Nota. Elaboración propia

## ***Estudios incluidos***

Se identificaron 21 estudios clínicos de TCC enfocados en el tratamiento del burnout en personal de enfermería (20 intervenciones presenciales y uno enfocado en el tratamiento vía remota).

### **Intervenciones presenciales.**

Debido a que el burnout es resultante de estrés en el trabajo, autores como Ahola et al. (2017) consideran que las intervenciones dirigidas al burnout deben centrarse en abordar el estrés para evitar que se vuelva crónico. Otros autores también han descrito una correlación existente entre estrés laboral y burnout (Ezenwaji et al., 2019; Khamisa et al., 2015). Es por esto que los estudios incluidos en esta revisión retoman aquellas intervenciones dirigidas a disminuir estrés, por lo que la revisión se puede dividir en 3 categorías, de acuerdo con sus variables de estudio; intervenciones sobre la variable estrés laboral, intervenciones sobre la variable burnout e intervenciones sobre ambas variables, estrés laboral y burnout.

### ***Estrés laboral.***

En esta categoría se identificaron diez estudios cuyos objetivos principales han sido evaluar el efecto de técnicas TCC para disminuir el estrés laboral, los cuales son resumidos en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Estudios de terapia cognitivo conductual sobre estrés laboral en personal de enfermería*

| Autor/año                   | País           | Diseño/muestra                              | Componentes de la intervención                                                                                   | Intervención de comparación                                                   | Variable(s) dependiente(s)                                   | Instrumentos de medición                                                     | Seguimiento | Resultados principales                                                                                                                            | Tamaño del efecto |
|-----------------------------|----------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Moeini et al. (2011)        | Irán           | Pretest-postest<br>n=58<br>(GE=29<br>GC=29) | 5 sesiones (3 semanas):<br>- RMP<br>- Solución de problemas<br>- Manejo de tiempo                                | Sin intervención                                                              | Estrés ocupacional                                           | - Escala de estrés en enfermería (NSS)<br>- Cuestionario PRECEDE             | N/A         | En el GE, los niveles de estrés disminuyeron significativamente en comparación con el GC.                                                         | N/A               |
| Orly et al. (2012)          | Israel         | Pretest-postest<br>n=36<br>(GE=20<br>GC=16) | 4 sesiones de 4 horas cada una (4 semanas):<br>- RMP<br>- Reestructuración cognitiva<br>- Solución de problemas. | Misma intervención que el GE pero sin especificar en qué momento del estudio. | - Estrés ocupacional<br>- Ansiedad<br>- Depresión            | - The Perceived Stress Scale (PSS)<br>- The Profile of Mood States (POMS)    | N/A         | Solo participantes del GE mostraron una disminución en los puntajes del PSS. Sin cambios estadísticamente significativos en ansiedad y depresión. | N/A               |
| Calder (2017)               | EUA            | ECA<br>n=46<br>(GE=24<br>GC=22)             | Capacitación de 1 día:<br>- Respiración diafragmática.                                                           | Sin intervención                                                              | - Ansiedad<br>- Depresión<br>- Bienestar<br>- Estrés laboral | - State Trait Anxiety Inventory (STAI)<br>- Escalas diferenciales semánticas | N/A         | Participantes del GE informaron sentir menos ansiedad y menos estrés en el trabajo posterior a la intervención.                                   | N/A               |
| Gangadharan & Madani (2018) | Arabia Saudita | Pretest-postest<br>n=75                     | - RMP                                                                                                            | Sin grupo de comparación                                                      | - Estrés<br>- Depresión<br>- Ansiedad                        | - Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)                                 | N/A         | La RMP mostró ser eficaz para reducir los niveles de gravedad de la depresión, ansiedad y estrés después de esta intervención.                    | N/A               |

| Autor/año                 | País     | Diseño/muestra                              | Componentes de la intervención                                                                                   | Intervención de comparación                                                           | Variable(s) dependiente(s)                             | Instrumentos de medición                                                           | Seguimiento       | Resultados principales                                                                                                                                                                                                            | Tamaño del efecto |
|---------------------------|----------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Ozgundondu & Metin (2019) | Turquía  | ECA<br>n=56<br>(GE=28<br>GC=28)             | 8 sesiones:<br>- Musicoterapia<br>- RMP                                                                          | - Psicoeducación (causas del estrés y la fatiga, estrategias para afrontar el estrés. | - Estrés<br>- Fatiga<br>- Estrategias de afrontamiento | - Perceived Stress Scale (PSS),<br>- Fatigue Severity Scale (FSS)<br>- Brief COPE. | 4, 8 y 12 semanas | No se reportaron diferencias significativas en estrés y fatiga para las evaluaciones de línea base y a la semana 4 de seguimiento, sin embargo, se observó reducción significativa a favor del GE a la semana 8 y 12 del estudio. | N/A               |
| Fadaei et al. (2020)      | Irán     | Pretest-post.<br>n=120<br>(GE=60,<br>GC=60) | 6 sesiones de 90 minutos:<br>- Psicoeducación<br>- Solución de problemas<br>- Identificación de pensamientos.    | Sin intervención                                                                      | - Estrés ocupacional                                   | - The Osipow Job Stress Questionnaire                                              | 1 mes             | Hubo reducciones estadísticamente significativas en la evaluación posttest para el GE, pasando de puntuaciones de estrés "moderadas-altas" a "bajas-moderadas".                                                                   | N/A               |
| Alkhawaldeh et al. (2020) | Jordania | ECA<br>n=170<br>(GE=83<br>GC=87)            | 6 sesiones:<br>- Psicoeducación<br>- Respiración profunda y RMP<br>- Solución de problemas<br>- Terapia de humor | Sin intervención                                                                      | - Estrés                                               | The Nursing Stress Scale (NSS)                                                     | 2 meses           | Los resultados mostraron que tanto los niveles de estrés laboral como los de estrategias de afrontamiento fueron                                                                                                                  | N/A               |

| Autor/año               | País | Diseño/muestra                                       | Componentes de la intervención                                                                                                                                                                                                               | Intervención de comparación                       | Variable(s) dependiente(s)                                                                                 | Instrumentos de medición                                                                                                                                                                      | Seguimiento | Resultados principales                                                                                                                                                                                               | Tamaño del efecto                                                                               |
|-------------------------|------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |      |                                                      | - Gestión del tiempo<br>- Entrenamiento en asertividad.                                                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |             | significativamente diferentes entre los dos grupos en el pre, post y seguimiento.                                                                                                                                    |                                                                                                 |
| Karbakhsh et al. (2020) | Irán | Estudio experimental<br><br>n=80<br>(GE=40<br>GC=40) | Taller de 1 día (8 horas):<br>- Técnicas de manejo de tiempo.                                                                                                                                                                                | Información educativa sobre el manejo del tiempo. | - Estrés ocupacional                                                                                       | - Osipow Occupational Stress Inventory.                                                                                                                                                       | 1 mes       | El estrés laboral en el GC y GE estuvo en un nivel moderado-alto en el pretest y se mantuvo en este nivel después de la intervención.                                                                                | N/A                                                                                             |
| Sampson et al. (2020)   | EUA  | ECA<br><br>n=89                                      | 8 sesiones semanales:<br>- Psicoeducación de pensamientos, sentimientos y conductas<br>- Respiración abdominal<br>- Solución de problemas<br>- Higiene del sueño<br>- Imaginación guiada<br>- Estrategias de afrontamiento<br>- Comunicación | 8 sesiones semanales de debriefing.               | - Estrés<br>- Ansiedad<br>- Depresión<br>- Conductas de estilo de vida saludable<br>- Satisfacción laboral | - The Perceived Stress Scale (PSS)<br>- Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)<br>- Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9)<br>- Job Satisfaction Scale<br>- Healthy lifestyle Behaviors. | 3 y 6 meses | El GE obtuvo una mejoría, en todas las variables de salud mental a los 3 meses después de la intervención. A los 6 meses después de la intervención, hubo una diferencia significativa para los síntomas depresivos. | Estrés (d = 4,99), ansiedad (d = 2,37), depresión (d = 2,55) y satisfacción laboral (d = 1,05). |

| Autor/año                 | País  | Diseño/muestra              | Componentes de la intervención                                                                                                                           | Intervención de comparación | Variable(s) dependiente(s) | Instrumentos de medición | Seguimiento | Resultados principales                                                                                                                                                        | Tamaño del efecto |
|---------------------------|-------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Sailaxmi & Lalitha (2022) | India | Cuasi-experimental<br>n= 53 | 10 sesiones:<br>- Psicoeducación<br>- Resolución de problemas<br>- Gestión del tiempo<br>- Habilidades de comunicación<br>- Entrenamiento en asertividad | Sin grupo de comparación    | - Estrés                   | - DCL Stress Scale       | 4 semanas   | Se encontró una reducción significativa en la percepción del estrés de antes a inmediatamente después de la intervención, misma que se mantuvo en el seguimiento a 4 semanas. | N/A               |

*Nota.* Elaboración propia. EUA= Estados Unidos de América; ECA= Ensayo controlado aleatorizado; GE= Grupo Experimental; GC= Grupo control; RMP= Relajación Muscular Progresiva; N/A= No Aplica.

El primer estudio identificado fue el de Moeini et al. (2011) cuyo objetivo fue determinar la eficacia de un entrenamiento de cinco sesiones, este programa se estructuró con técnicas de solución de problemas, relajación muscular progresiva (RMP) y manejo de tiempo; se utilizó un diseño cuasiexperimental, los efectos de la intervención se estudiaron en 58 participantes divididos en dos condiciones: grupo experimental (GE) y grupo control (GC), quienes no recibieron la intervención. La evaluación pos-test demostró que, en el GE, los niveles de estrés disminuyeron significativamente a diferencia del GC, que permaneció sin cambios.

Por su parte, Orly et al. (2012) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado (ECA) para evaluar el impacto de una intervención compuesta de cuatro sesiones de RMP, reestructuración cognitiva y solución de problemas para disminuir el estrés ocupacional y estado de ánimo (ansiedad y depresión). De los 36 participantes, 20 fueron asignados al GE y 16 al GC, quienes recibieron la intervención una vez concluida. Los resultados mostraron que la intervención redujo las reacciones de estrés y facilitó la reestructuración cognitiva de situaciones laborales estresantes, brindando formas alternativas de afrontamiento a situaciones estresantes; no se reportaron cambios estadísticamente significativos en las variables de estado de ánimo.

En otro estudio ECA, realizado por Calder (2017), se evaluó el efecto de un entrenamiento de ocho semanas de respiración diafragmática en los niveles de ansiedad, depresión, bienestar y estrés laboral. Participaron 24 trabajadores de enfermería cardíaca asignados al GE y 22 al GC. Los resultados de la evaluación post-test arrojaron diferencias solo en las puntuaciones de ansiedad y estrés laboral en el GE, a diferencia del GC a quienes no se les realizó ningún tipo de intervención, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Por otro lado, Gangadharan et al. (2018) realizaron un estudio preexperimental con el objetivo de determinar el efecto de la técnica de RMP en los niveles de depresión,

estrés y ansiedad en 75 participantes estudiantes de enfermería, en este estudio no existió un GC. Se encontró que el entrenamiento resultó ser eficaz para reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en más de la mitad (el 50.7 %) de los participantes.

Ozgundondu y Metin (2019) también realizaron un ECA para analizar el efecto en los niveles de estrés, de una intervención de ocho sesiones, entre las que se incluyeron 20 minutos de RMP. Participaron 56 profesionales; 28 dentro del GE y 28 en el GC. En los resultados se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés y estilos de afrontamiento en las mediciones antes, después y en el seguimiento de ocho y 12 semanas. Con base en esos resultados los autores concluyeron que ambas técnicas aplicadas son efectivas para disminuir los niveles de estrés y mejorar las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería.

En un siguiente estudio de corte cuasiexperimental, realizado por Fadaei et al. (2020) pusieron a prueba la efectividad de una intervención de seis sesiones en los que se incluía psicoeducación, solución de problemas e identificación de pensamientos para disminuir las puntuaciones de estrés ocupacional. Se incluyeron 120 participantes de una unidad de cuidados intensivos; 60 dentro del GE y 60 del GC (sin intervención). En los resultados de la evaluación post-test, se identificó una reducción estadísticamente significativa en los puntajes de estrés para el GE.

Por otro lado, Alkhaldeh et al. (2020) realizaron un ECA evaluando un programa de seis sesiones para manejo de estrés, con técnicas de psicoeducación (definición, causas, efectos y técnicas de control de estrés); entrenamiento en relajación (respiración profunda y RMP); reestructuración cognitiva con técnicas de solución de problemas; terapia de humor; gestión de tiempo; y entrenamiento en asertividad. Se incluyeron 170 participantes; 83 en el GE y 87 en GC. Los resultados de esta investigación muestran que, en la evaluación post-test y en seguimiento disminuyeron significativamente los niveles de estrés en la condición experimental.

En otro estudio, realizado por Karbakhsh Ravari et al. (2020) se evaluó, mediante un diseño preexperimental, la efectividad de un taller de una sesión para disminuir el estrés laboral en 80 participantes (GE n=40, GC n=40). El GE recibió entrenamiento en técnicas de manejo de tiempo, mientras que el GC solo recibió información al respecto. Los hallazgos indicaron que el estrés laboral fue menor en el GE comparado con el GC antes de la intervención, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la puntuación media de estrés después de la intervención.

Por su parte Sampson et al. (2020) evaluaron el efecto de un programa en TCC de ocho sesiones semanales para disminuir el estrés percibido, ansiedad y sintomatología depresiva, mediante un ECA, en el que participaron 89 enfermeras que se asignaron al GE y GC, las enfermeras del GC solo recibieron discusiones grupales por eventos estresantes en la última semana. Los resultados indicaron una reducción estadísticamente significativa en todas las variables de estudio.

En una última investigación Sailaxmi y Lalitha (2022) realizaron un estudio cuasi-experimental con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de manejo de estrés en 53 participantes de un hospital psiquiátrico. La intervención consistió en diez sesiones sobre psicoeducación del estrés, solución de problemas, gestión del tiempo, habilidades de comunicación, entrenamiento en asertividad, respuesta a las críticas, habilidades de negociación y humor. Los autores reportan en los resultados una reducción significativa en la percepción del estrés de antes e inmediatamente después de la intervención, mejoría que se mantuvo cuatro semanas después de la intervención.

### ***Burnout.***

En esta categoría se identificaron siete estudios que evaluaron diferentes técnicas para reducir burnout (Ver Tabla 5).

**Tabla 5**

*Estudios de terapia cognitivo conductual sobre burnout en personal de enfermería*

| Autor/año                   | País    | Diseño/muestra                              | Componentes de la intervención                                                                                                          | Intervención de comparación | Variable(s) dependiente(s)             | Instrumentos de medición                                      | Seguimiento  | Resultados principales                                                                                                                                                      | Tamaño del efecto |
|-----------------------------|---------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Kravits et al. (2010)       | EUA     | Diseño preexperimental<br><br>n=248         | - Psicoeducación<br>- Relajación                                                                                                        | Sin grupo de comparación    | - Burnout                              | - MBI                                                         | N/A          | Se reporta una disminución en los puntajes de las subescalas de AE y DP en el 9% de los participantes después de la intervención.                                           | N/A               |
| Günüs & Üstün (2010)        | Turquía | ECA<br><br>n=108 (GE=36, GE2=36 GC=36)      | 7 sesiones<br>GE1:<br>- Psicoeducación<br>- Habilidades de comunicación<br>- Distorsiones cognitivas<br>- Solución de problemas<br>GE2: | Sin intervención            | - Burnout                              | - MBI                                                         | 6 meses      | En el GE1 hubo una reducción inmediata de AE, sin embargo, la evaluación de seguimiento las puntuaciones aumentaron nuevamente. Sin cambios en las dimensiones de DP ni RP. | N/A               |
| Vázquez-Ortiz et al. (2012) | España  | Cuasi-experimental<br><br>n=20 (GE=9 GC=11) | 4 sesiones diarias en un alojamiento rural:<br>- Psicoeducación del estrés y burnout<br>- Solución de problemas<br>- RMP                | Sin intervención            | - Ansiedad<br>- Depresión<br>- Burnout | - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)<br>- MBI | 1 y 12 meses | Para la primera evaluación después de la intervención el AE, DP y de Ansiedad disminuyeron y la RP aumentó. Al año, en el GE se observó que el                              | N/A               |

| Autor/año             | País           | Diseño/muestra                                        | Componentes de la intervención                                                                                      | Intervención de comparación | Variable(s) dependiente(s) | Instrumentos de medición | Seguimiento    | Resultados principales                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tamaño del efecto |
|-----------------------|----------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                       |                |                                                       | - Visualización guiada<br>- Comunicación asertiva.                                                                  |                             |                            |                          |                | AE y de ansiedad aumentan respecto del post-test realizado al mes, mientras que las DP y RP disminuyeron.                                                                                                                                                                                                |                   |
| Alenezi et al. (2019) | Arabia Saudita | Cuasi-experimental<br><br>n=296<br>(GE=154<br>GC=142) | Taller (2 días):<br>- Psicoeducación del burnout<br>- RMP<br>Principios -<br>Habilidades sociales y de comunicación | No especificado             | - Burnout                  | - MBI                    | 1, 3 y 6 meses | Entre la prueba pre y la prueba post-test hubo una disminución de burnout en el GE. Entre el post-test 1 y el post-test 3 hubo un aumento en las puntuaciones tanto para el GC como para el GE; sin embargo, la puntuación del GE siguió siendo más baja que la línea de base y las puntuaciones del GC. | N/A               |
| Bagheri et al. (2019) | Irán           | Cuasi-experimental<br><br>n=60<br>(GE=30<br>GC=30)    | 10 sesiones de terapia cognitiva grupal de 1.5 a 2 horas, una vez por semana.                                       | Sin intervención            | - Burnout                  | - MBI                    | 1 mes          | De acuerdo con la evaluación posttest, se redujeron significativamente las puntuaciones del burnout, que se mantuvieron al                                                                                                                                                                               | N/A               |

| Autor/año             | País    | Diseño/muestra                  | Componentes de la intervención                                  | Intervención de comparación | Variable(s) dependiente(s)                                           | Instrumentos de medición                     | Seguimiento | Resultados principales                                                                                                                           | Tamaño del efecto                                                                    |
|-----------------------|---------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Semerci et al. (2020) | Turquía | Cuasi-experimental<br>n=30      | 8 sesiones semanales:<br>- RMP<br>- Musicoterapia.              | Sin grupo de comparación    | - Satisfacción por compasión<br>- Burnout<br>- Fatiga por compasión. | -Professional Quality of Life Scale (ProQOL) | N/A         | mes de seguimiento.<br>Las puntuaciones de burnout y fatiga por compasión disminuyeron significativamente de la evaluación de LB al seguimiento. | Satisfacción por compasión: 0.22; burnout y fatiga por compasión 0.51 y 0.73.<br>N/A |
| Sawyer et al. (2021)  | EUA     | ECA<br>n=75<br>(GE=33<br>GC=40) | 8 sesiones:<br>- Autocompación<br>- Empowerment<br>- Relajación | Sin intervención            | - Burnout                                                            | - MBI                                        | 1 y 3 meses | Las puntuaciones en la dimensión de AE fueron más bajas en el GE<br>Seguimiento a 1 mes y permanecieron más bajas a los 3 meses de seguimiento.  | N/A                                                                                  |

Nota. Elaboración propia. EUA= Estados Unidos de América; ECA= Ensayo controlado aleatorizado; GE= Grupo Experimental; GC= Grupo control; RMP= Relajación

Muscular Progresiva; N/A= No Aplica; AE= Agotamiento Emocional; DP=Despersonalización; RP= Realización Personal.

Un primer estudio fue el realizado por Kravits et al. (2010) quienes evaluaron, a través de un diseño preexperimental, un programa psicoeducativo sobre estrés y técnicas de afrontamiento (respiración profunda guiada, RMP, imaginación guiada) para reducir y prevenir burnout en 248 participantes asignados a una sola condición experimental sin GC. Se reportó una disminución en los puntajes de las subescalas de AE y DP en el 9% de los participantes después de la intervención.

El segundo estudio, fue el de Günösen y Ünstün (2010), quienes realizaron, en Turquía, un ECA para evaluar el efecto de una intervención de siete sesiones en los que se aplicó un entrenamiento sobre psicoeducación del estrés, habilidades de comunicación, métodos de afrontamiento cognitivo, distorsiones cognitivas y solución de problemas ante situaciones estresantes para disminuir los niveles de burnout en personal de enfermería. Participaron 108 trabajadores de enfermería, en los que se reportó una reducción de la dimensión de AE en la evaluación post-test y a los seis meses de seguimiento. No se reportaron cambios en las dimensiones de DP y RP después de la intervención, ni en la evaluación de seguimiento.

Un tercer estudio realizado por Vázquez-Ortiz et al. (2012) evaluó la implementación y efectividad de una intervención basada en psicoeducación del estrés y burnout, solución de problemas, entrenamiento en RMP y visualización guiada, así como estrategias de comunicación asertiva en los niveles de burnout a través de un estudio cuasiexperimental. Se incluyeron 20 participantes de enfermería oncológica (GE n=9, GC n=11). En los resultados, documentaron que en la evaluación post-test las puntuaciones medias en las subescalas de AE, de DP y de Ansiedad (como variable secundaria de estudio) disminuyeron significativamente, mientras que la puntuación media de la Subescala de RP aumentó. El efecto de la intervención no se mantuvo a un año de seguimiento.

En un cuarto estudio, documentado por Alenezi et al. (2019) evaluaron el efecto de un taller de dos sesiones para la prevención del burnout, mediante un diseño cuasiexperimental, en 296 participantes (GE n=154, GC n=142). Los contenidos del taller fueron definición, signos y posibles causas del burnout; consecuencias individuales e institucionales; consejos para crear un espacio para la relajación; actividades de autocuidado personal como ejercicios de respiración y RMP; habilidades sociales y desarrollo de apoyo social; habilidades de comunicación. Los resultados describen que hubo una reducción en los niveles de burnout en el GE en comparación con el grupo GC, pero esta diferencia no se mantuvo durante el seguimiento.

Por su parte, Bagheri et al. (2019) llevaron a cabo un estudio en Irán cuyo objetivo fue determinar los efectos de la terapia cognitiva sobre el agotamiento emocional de personal de enfermería. Se utilizó un diseño preexperimental con GC, el cual no recibió ninguna intervención, participaron 60 enfermeras (GE= 30 y GC= 30). Los resultados mostraron una reducción significativa en el AE del personal de enfermería asignado a la condición experimental.

En una siguiente investigación con diseño cuasiexperimental de Semerci et al. (2020) determinaron el efecto de un entrenamiento de ocho sesiones de RMP en combinación con otra herramienta específica (musicoterapia) sobre la satisfacción por compasión, burnout y fatiga por compasión de 30 enfermeras asignadas a una sola condición experimental sin GC. En los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cambios de la variable de satisfacción por compasión antes y después de la intervención. Sin embargo, las puntuaciones de burnout y fatiga por compasión disminuyeron significativamente de la evaluación de línea base al seguimiento.

En un último estudio identificado, Sawyer et al. (2021) realizaron un ECA con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa para disminuir los

niveles de burnout de 73 participantes (GE n=33, GC n=40). En los resultados se observaron diferencias significativas en las evaluaciones de seguimiento a uno y tres meses solo en la dimensión de Agotamiento Emocional en el GE, quienes reportaron niveles más bajos en comparación con el GC.

### ***Estrés y burnout.***

Durante la búsqueda de la literatura, se identificaron tres estudios cuyas variables principales fueron estrés y burnout, los cuales se resumen en la Tabla 6 y se describen a continuación.

**Tabla 6**

*Estudios de terapia cognitivo conductual sobre estrés y burnout en personal de enfermería*

| Autor/año              | País     | Diseño/muestra                                 | Componentes de la intervención                                                                                                                          | Intervención de comparación | Variable(s) dependiente(s)                                                                                                                 | Instrumentos de medición                                                                                                                                               | Seguimiento         | Resultados principales                                                                                                                                                                                                                                                       | Tamaño del efecto                                    |
|------------------------|----------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Veiga et al. (2019)    | Portugal | Cuasi-experimental<br>n=30<br>(GE=15<br>GC=15) | 16 sesiones:<br>- Conciencia corporal<br>- Regulación del tono muscular<br>- Ejercicios de respiración                                                  | Sin intervención            | - Burnout<br>- Estados afectivos (tensión-ansiedad, depresión, ira-hostilidad, vigor, fatiga y confusión)<br>- Niveles de cortisol salival | - MBI<br>- Profile of Mood States Questionnaire,<br>- Concentración de cortisol en saliva                                                                              | N/A                 | Se encontraron mejoras significativas en el GE; disminuyeron los puntajes en AE, RP, depresión, hostilidad y fatiga, así como en las concentraciones de cortisol.                                                                                                            | N/A                                                  |
| Bernburg et al. (2020) | Alemania | ECA<br>n=94                                    | 12 sesiones:<br>- Psicoeducación de estrés<br>- Solución de problemas<br>- Regulación emocional (relajación, aceptación y tolerancia)<br>- Comunicación | Sin intervención            | - Estrés<br>- Burnout<br>- Regulación emocional<br>- Satisfacción laboral                                                                  | - Cuestionario de estrés percibido (PSQ)<br>- Cuestionario Psicosocial Copenhague (COPSOQ)<br>- MBI<br>- Cuestionario de Habilidades de Regulación Emocional (ERSQ-27) | 12, 24 y 36 semanas | Los niveles de estrés reportados por el GE disminuyeron en las 3 mediciones posteriores a la capacitación, además, en ese mismo grupo se reportaron mejoras positivas en AE y habilidades de regulación emocional. La satisfacción laboral no mostró cambios significativos. | Tamaños de efecto pequeños a medianos (d = 0.3–0.5). |

| Autor/año                | País    | Diseño/muestra                   | Componentes de la intervención        | Intervención de comparación | Variable(s) dependiente(s) | Instrumentos de medición                                                                                            | Seguimiento | Resultados principales                                                                                                                                                                     | Tamaño del efecto |
|--------------------------|---------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Pelit-Aksu et al. (2021) | Turquía | ECA<br>n=145<br>(GE=67<br>GC=78) | Una sesión:<br>- Entrenamiento en RMP | Sin intervención            | - Estrés<br>- Burnout      | - Burnout Measure Short Version (BMS)<br>- Physio-Psycho-Social Response Scale (PPSRS)<br>- Afrontamiento al estrés | N/A         | Las puntuaciones posteriores a la prueba del GE en el burnout y en las subescalas de afrontamiento al estrés fueron más bajas que las del GC, diferencias estadísticamente significativas. | N/A               |

*Nota.* Elaboración propia. ECA= Ensayo controlado aleatorizado; GE= Grupo Experimental; GC= Grupo control; RMP= Relajación Muscular Progresiva; N/A= No

Aplica; AE= Agotamiento Emocional; DP=Despersonalización; RP= Realización Personal.

Veiga et al. (2019) llevaron a cabo un estudio con diseño experimental en Portugal, para examinar el efecto de un programa de relajación psicomotora de ocho semanas sobre los síntomas de burnout de 30 trabajadores de enfermería (GE n=15, GC= 15). Se identificó que el indicador fisiológico de estrés (cortisol en saliva) además de las puntuaciones en la dimensión de AE disminuyeron en el GE. Estos participantes también reportaron un aumento en los puntajes en la escala de RP.

En un siguiente estudio, Bernburg et al. (2020) realizaron un ECA para evaluar la efectividad de un entrenamiento de 12 sesiones para disminuir los niveles de estrés, AE, habilidades de regulación emocional y satisfacción laboral. El entrenamiento se llevó a cabo con 90 participantes en el que se emplearon psicoeducación del estrés, solución de problemas, técnicas de regulación emocional (relajación, aceptación y tolerancia de emociones), estrategias de comunicación, cultura organizacional, apoyo social y planeación del futuro. Los niveles de estrés reportados por el GE disminuyeron en las tres evaluaciones posteriores al entrenamiento (12, 14 y 36 semanas después), además, se reportaron mejoras positivas en las puntuaciones de AE y habilidades de regulación emocional.

Finalmente, Pelit-Aksu et al. (2021) realizaron un ECA para determinar los efectos de un entrenamiento en RMP de tres semanas para disminuir niveles de estrés y burnout de 145 estudiantes de enfermería (GE n=67, GC n=78). La evaluación post-test demostró una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de burnout y en las subescalas de afrontamiento al estrés en el GE, en comparación con el GC, quienes no recibieron intervención.

### **Intervenciones vía remota.**

De acuerdo con la búsqueda realizada, se encontró un ECA realizado por Hersch et al. (2016), cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de manejo de estrés

basado en web en 104 profesionales de enfermería (GC= 52, GE=52), se abordaron seis módulos con técnicas como psicoeducación, y estrategias de afrontamiento (habilidades de comunicación, solución de problemas, estrategias de relajación). El GE mostró una mejora significativa mayor que el GC en la media de las puntuaciones de estrés una vez concluida la intervención.

### ***Evaluación de la evidencia y propuesta de intervención***

La revisión narrativa permitió identificar principalmente estudios de aplicación presencial. De los 20 estudios descritos anteriormente, en su mayoría (Alenezi et al., 2019; Alkhaldeh et al., 2020; Bagheri et al., 2019; Bernburg et al., 2020; Calder, 2017; Fadaei et al., 2020; Gangadharan & Madani, 2018; Günüs & Üstün; 2010; Kravits et al., 2010; Moeini et al., 2011; Orly et al., 2012; Ozgundondu & Metin, 2019; Pelit-Aksu et al., 2021; Sailaxmi & Lalitha, 2022; Sampson et al., 2020; Sawyer et al., 2021; Semerci et al., 2020; Vázquez-Ortiz et al., 2012; Veiga et al., 2019) documentaron tener un efecto benéfico en la reducción de puntajes de burnout y/o estrés laboral, a excepción de una intervención (Karbakhsh et al., 2020) que no tuvo un efecto estadísticamente significativo en la reducción de estrés laboral. En seis estudios (Calder, 2017; Gangadharan & Madani, 2018; Orly et al., 2012; Sampson et al., 2020; Vázquez-Ortiz et al., 2012; Veiga et al., 2019) además de evaluar las intervenciones para disminuir burnout y/o estrés laboral, se evaluó ansiedad y depresión, obteniendo reducciones estadísticamente significativas en estas variables, a excepción de un estudio (Orly et al., 2012).

Los diseños experimentales de las intervenciones han variado en su aplicación, desde diseños que brindan un bajo nivel de evidencia científica como los diseños cuasi experimentales, hasta ECA, que proporcionan un mayor nivel de evidencia en sus hallazgos por su solidez metodológica. Asimismo, los estudios enfocados en burnout utilizan en su mayoría el instrumento MBI para su evaluación.

Respondiendo a la pregunta de búsqueda PIO, las técnicas de TCC que predominan en las intervenciones cuyos efectos han sido efectivos para disminuir las puntuaciones en los desenlaces de estudio son psicoeducación sobre estrés y burnout, solución de problemas, RMP, técnicas de respiración, manejo de tiempo, reestructuración cognitiva y habilidades de comunicación. Estas técnicas, de acuerdo con los resultados que se documentan en los estudios previos, han tenido un mayor efecto en burnout así como en las variables de depresión y ansiedad reportados en personal de enfermería.

En cuanto a las intervenciones vía remota, sólo se identificó un estudio en el que se evaluaron técnicas para reducir estrés laboral en personal de enfermería (Hersch et al., 2016) cuya aplicación vía plataforma web fue efectiva, los autores del estudio emplearon las técnicas de TCC que predominan en la intervenciones de atención presencial (psicoeducación, habilidades de comunicación, solución de problemas y estrategias de relajación), haciendo uso de ejercicios interactivos, herramientas descargables, videos de historias reales de enfermeras y otros contenidos audiovisuales.

Aunque en la revisión narrativa solo se encontró un estudio clínico sobre intervenciones online o basadas en web para disminución de estrés laboral en personal de enfermería, en otros estudios se han documentado el desarrollo e investigación de herramientas online que han mostrado ser eficaces para personal de salud en general (en su mayoría en personal médico), tal es el caso de aplicaciones móviles y plataformas web con programas de intervención cognitivo-conductual (psicoeducación, reestructuración cognitiva, ejercicios de relajación, resolución de conflictos, equilibrio, planeación de actividades) dirigidas a la disminución de estrés y burnout (Guille et al., 2015; Barrett & Stewart, 2020).

De la misma manera, se han identificado diversos protocolos de investigación, lo que destaca la importancia que está tomando el desarrollo y evaluación de programas de intervención online para disminuir estrés, burnout, ansiedad y depresión en personal de la

salud (Kuribayashi et al., 2019; Pallavicini et al., 2022; Serrano-Ripoll et al., 2021; Weiner et al., 2020).

En suma, estos estudios y protocolos para evaluar intervenciones vía remota no se han enfocado en analizar su eficacia únicamente en personal de enfermería, lo cual resultaría útil debido al contexto laboral y otros factores que influyen en las afectaciones específicamente en esta población, tal y como se revisó en apartados anteriores. Esto sugiere la necesidad de ampliar el desarrollo y evaluación de programas basados en esta modalidad de intervención para el tratamiento de burnout, ansiedad y depresión.

Con base en lo descrito en el estado del arte y los hallazgos de estudios documentados para el tratamiento de burnout y estrés en el personal de enfermería en la revisión narrativa, en este proyecto de investigación se planteó replicar las técnicas de TCC, principalmente psicoeducación, técnicas de relajación, solución de problemas y manejo de tiempo, que han demostrado tener efectividad para disminuir burnout, ansiedad y depresión. Dado que las intervenciones documentadas en modalidad vía remota para personal de enfermería han sido limitadas, el programa de intervención para este trabajo se llevó a cabo mediante esta modalidad de atención.

Por lo anteriormente expuesto, se realizó el presente estudio con el objetivo principal de examinar la eficacia de un taller de entrenamiento cognitivo-conductual vía remota para la reducción de burnout y su efecto en sintomatología ansiosa y depresiva en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.

## **1.3 Método**

A partir del objetivo planteado en el apartado anterior, se delimitó la siguiente metodología.

### **1.3.1 Objetivos específicos**

- Describir los niveles de las dimensiones de burnout (AE, DP y RP) en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.
- Describir los niveles de ansiedad y depresión en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.
- Comparar los efectos en los puntajes de las dimensiones de burnout, ansiedad y depresión en las mediciones pretest, pos-test y seguimiento en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.
- Describir la relación entre las dimensiones de burnout, ansiedad y depresión, con variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.
- Documentar el nivel de cambio clínico individual en los niveles de burnout, ansiedad y depresión en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.
- Describir el tamaño del efecto de la intervención en los puntajes de burnout, ansiedad y depresión en las mediciones pretest, pos-test y seguimiento en trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México.

### **1.3.2 Participantes**

Se seleccionaron, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a 39 profesionales de enfermería de instituciones de salud en México. Se incluyeron a

participantes con al menos 6 meses de antigüedad en su puesto de trabajo, que completaron el programa durante una semana. Se excluyeron participantes que se encontraran en tratamiento psicológico o con alguna comorbilidad psiquiátrica (reportada por participantes) y se eliminaron a los participantes que no cumplieron el 90% de asistencia al taller o tuvieran evaluaciones incompletas.

Para el análisis final, se consideraron a 19 participantes de cuatro instituciones de salud en México (IMSS, Secretaría de Salud, SEMART e instituciones privadas); 18 mujeres y un hombre, diferentes grados académicos (auxiliar, técnico, licenciatura, maestría, especialidad) y áreas de trabajo (urgencias, endoscopía, neumología, ginecología y obstetricia, medicina física y rehabilitación, entre otros).

### **1.3.3 Variables de estudio**

Las variables estudiadas en este proyecto de investigación se han descrito conceptual y operacionalmente de la siguiente manera:

#### ***Variable independiente: Intervención cognitivo-conductual***

Definición conceptual: Aplicación clínica de la ciencia de la psicología, fundamentada en principios y procedimientos validados empíricamente, abordando respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas, de carácter aprendido, el cual cuenta con un paquete de técnicas y programas específicos para diferentes problemas y conductas disfuncionales (Ruiz et al., 2012).

Definición operacional: Se consideró para este estudio un programa de entrenamiento cognitivo-conductual multicomponente que incluyó:

- Psicoeducación. Estrategia terapéutica, en la cual se proporciona a la persona información específica acerca de su padecimiento, tratamiento y pronóstico,

basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje. Se conceptualiza como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida ya que permite al individuo aumentar los conocimientos sobre su condición, mejorar su actitud y comportamiento frente a éste y aumentar su estado de salud y calidad de vida (Godoy et al., 2020).

- Entrenamiento en relajación. La Relajación Muscular Progresiva (RMP) tiene por objetivo reducir niveles de activación mediante la disminución progresiva de la tensión muscular, consiste en tensar y distender diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación, el procedimiento con cuatro grupos musculares implica trabajar las siguientes zonas: brazos y manos, tronco, cabeza y cuello, piernas y pies. Por su parte, la respiración profunda permite la reducción del nivel de activación general, mediante inhalaciones pausadas, la retención de la respiración y la exhalación del aire de forma paulatina (Díaz et al. 2012).
- Solución de problemas. Técnica cognitivo conductual que ayuda a la persona a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse a situaciones problemáticas y así aumentar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas (Rodríguez-Naranjo & Gavino, 2018).
- Planificación de actividades y organización del tiempo. Estrategias que permiten que las personas den sentido a su tiempo, lo cual, en muchas ocasiones, es clave para resolver problemas psicopatológicos y psicológicos en general. Por un lado, la persona precisa de planificar diversas actividades por déficit, exceso o desorganización de actividades. De forma complementaria, la administración del

tiempo es un medio para mejorar el rendimiento personal en diferentes esferas de la vida incluyendo la laboral, familiar y social (Gavino, 2011).

***Variable dependiente: Burnout***

Definición conceptual: Síndrome caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP), presente en individuos que trabajan con personas. AE hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, la DP se refiere al desarrollo de actividades negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los que reciben la atención; baja RP es la tendencia a evaluar el propio trabajo negativamente (Maslach & Jackson, 1986).

Definición operacional: Autoinforme mediante puntuaciones del *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

***Variable dependiente: Ansiedad***

Definición conceptual: Respuesta anticipatoria a una amenaza futura, asociada a tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos, preocupación excesiva, y síntomas físicos como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Definición operacional: Autoinforme mediante puntuaciones del *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

***Variable dependiente: Depresión***

Definición conceptual: Padecimiento que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, son

frecuentes las manifestaciones somáticas (por ejemplo, alteraciones del sueño, cambio de peso) y las cognitivas (por ejemplo, dificultad para concentrarse) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Definición operacional: Autoinforme mediante puntuaciones del *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

### 1.3.4 Instrumentos y materiales

A partir de los elementos seleccionados, se elaboró un formato de evaluación para ser aplicado de manera virtual, utilizando las herramientas de internet de la plataforma *Google*, el cual incluyó el consentimiento informado, una hoja de registro e inscripción y dos instrumentos de evaluación que se utilizaron en las evaluaciones pretest, pos-test y de seguimiento.<sup>1</sup>

- Consentimiento informado. Se proporcionó a los participantes información sobre el objetivo y dinámica del taller, el procedimiento a llevar a cabo, la confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y responsabilidades. Cada participante tuvo la opción de aceptar voluntariamente para continuar con su registro.
- Hoja de registro e inscripción. Se recolectaron: 1) datos personales y sociodemográficos como nombre, correo electrónico, teléfono celular, edad, género, estado civil, religión y lugar de residencia; 2) datos de formación y laborales como grado de estudios, especialidad, tiempo de experiencia laboral, institución de trabajo actual, servicio médico, contratación laboral, horas contratadas y turno de trabajo; 3) información de salud en el que se especificó si

---

<sup>1</sup> Para más información, visitar: <https://forms.gle/oVs3Siq9E2dindQ6A>.

acudían a terapia psicológica, presentaban algún trastorno psiquiátrico y si tenían alguna enfermedad crónico-degenerativa.

- *Maslach Burnout Inventory Human Services* (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1986), está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los otros, mide la frecuencia e intensidad de tres dimensiones del Burnout mediante una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (siempre). El instrumento ha sido adaptado y validado en México por Hernández et al. (2011) en una muestra de 276 profesionales de la salud de Seguridad Social, los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio mostraron que el burnout está compuesto por tres dimensiones: agotamiento emocional, con 9 ítems ( $\alpha=.81$ ), despersonalización, 5 ítems ( $\alpha=.32$ ) y realización personal 8 ítems ( $\alpha=.80$ ).
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), escala realizada por Zigmond y Snaith (1983), compuesta por 14 ítems (7 para ansiedad; 7 para depresión) con respuestas tipo Likert con cuatro opciones, con valores de cero a tres. En México se han realizado diferentes adaptaciones, para población clínica y no clínica, en los que conservan 11 reactivos (Lugo et al., 2018), 12 reactivos (Barriguete et al., 2017; Galindo et al. 2015), 13 reactivos (Noguera et al., 2013), y, en su mayoría, 14 reactivos (Galindo et al., 2015b; Guillén-Díaz-Barriga et al., 2018; Herrera et al., 2018; López-Alvarenga et al., 2002; Yamamoto et al., 2018), en todos los casos, se han reportado características psicométricas apropiadas (alfa de Cronbach superior a .80 para la escala total y de .70 a .87 para cada factor).

Asimismo, el instrumento ha sido ampliamente empleado en personal de salud frente a la COVID-19 en México (Miguel-Puga et al., 2020) y otros países como Argentina (Torrencilla et al., 2021) Colombia (Mosquera-Andrades et al., 2022), España (Gómez-Martínez et al., 2015; Vázquez-Ortiz, et al., 2012), Francia

(Douplat et al., 2022), Italia (La Torre et al., 2022) e Irán (Hassannia et al., 2020), por mencionar algunos.

Además de lo anterior, se emplearon los siguientes materiales para la enseñanza, monitoreo y apoyo en la práctica de las técnicas que se realizaron durante el taller (para consultar carta descriptiva, ver Apéndice A):

- Plataforma web de videoconferencia para las sesiones sincrónicas (*Zoom*).
- Plataforma web para alojamiento de materiales.
- Material psicoeducativo: cuadros colaborativos, encuestas, gamificaciones, videos explicativos, infografías, audios y presentaciones interactivas (Ver Apéndice B).
- Registro de situaciones estresantes, en el que los participantes identificaron las situaciones y sus reacciones físicas, conductuales, emocionales y cognitivas (Ver Apéndice C).
- Registro de ejercicio de RMP, con Escala Numérica Análoga (ENA) mediante el cual los participantes registraron sus niveles de relajación antes y después de su práctica puntuando del 0 al 10 de acuerdo con una escala tipo termómetro (Ver Apéndice D).
- Hoja de trabajo para solución de problemas, diseñada para que el participante pusiera en práctica con el menor requisito de respuesta cada una de las etapas del proceso de solución de problemas (Ver Apéndice E).
- Hoja de programación de actividades, en el que los participantes realizaron su planificación y organización de actividades (Ver Apéndice F).

### **1.3.5 Diseño experimental**

Para responder a la pregunta de investigación se utilizó un diseño preexperimental con un solo grupo, los participantes recibieron un taller vía remota con técnicas cognitivo-

conductuales. Se realizaron evaluaciones previas a la intervención, una semana después de terminar el taller y a un mes de seguimiento.

### **1.3.6 Procedimiento**

Esta investigación fue desarrollada en cinco fases que a continuación se describen.

#### **1. Fase de desarrollo**

Con base en la evidencia explorada, sobre la información de burnout y las técnicas utilizadas para su reducción reportadas por estudios previos, se diseñó el programa de intervención con objetivos, materiales, actividades y evaluación correspondiente a cada módulo.

Asimismo, se realizaron materiales psicoeducativos (infografías, presentaciones *Power Point*, videoconferencias, audios), materiales dinámicos (encuestas, murales colaborativos) y herramientas para reforzar conocimientos sobre las habilidades enseñadas (gamificaciones, registros, hojas de trabajo, cuestionarios).

Todos los materiales fueron supervisados y aprobados por el equipo de supervisión académica y la tutora principal del trabajo.

#### **2. Fase de difusión y promoción**

Mediante el uso de carteles y posters, se comenzó con la difusión del taller en redes sociales y a través de una enfermera adscrita a una institución pública. Los participantes interesados, pudieron comunicarse al número de *WhatsApp* del taller, mediante el cual se les hizo llegar una plataforma web donde encontraron información general: requisitos de participación, fecha y horario de implementación, contenido y

registro de inscripción. Para garantizar la privacidad de la información personal, se hizo explícito en el consentimiento informado que el grupo de Whatsapp al que serían integrados si aceptaban participar, sería eliminado una vez terminado el taller.

### **3. Fase de registro y evaluación pretest**

Las personas interesadas llenaron un registro de inscripción en el que se recolectaron datos personales, sociodemográficos y laborales, se realizó la evaluación pretest, con los instrumentos de evaluación, previo a la lectura y aprobación del consentimiento informado. Con su registro, los participantes fueron agregados a un grupo temporal en WhatsApp, en el que recibieron información sobre la fecha de inicio y se compartió la liga de enlace de *Zoom* y *Classroom* para la visualización asincrónica de materiales.

### **4. Fase de implementación**

Se aplicó el taller de intervención mediante la plataforma *Zoom*, a través de sesiones sincrónicas durante una semana, a dos grupos diferentes; el primer grupo durante la semana del 24 al 28 de enero de 2022, mientras que el segundo grupo lo tomó del 28 de febrero al 4 de marzo de 2022. El taller estuvo conformado por 4 módulos (Ver Apéndice A):

- Módulo 1. Psicoeducación del burnout.
- Módulo 2. Entrenamiento en relajación
- Módulo 3. Solución de problemas
- Módulo 4. Planificación de actividades

Cada módulo se implementó durante una sesión de dos horas diarias, a excepción del módulo de solución de problemas que se dividió en dos sesiones debido a la

extensión del contenido. Durante cada sesión, a los participantes se les explicaba los objetivos y actividades de cada tema a revisar, las actividades se conformaron de: cuadros colaborativos, encuestas, visualización de videoconferencias, videos psicoeducativos y gamificaciones.

Se asignaron ejercicios mediante registros para el módulo uno y dos, así como hojas de trabajo para el módulo tres y cuatro, con el objetivo de que el participante pusiera en práctica las habilidades adquiridas. En el caso de los registros, estos tenían que ser respondidos por los participantes diariamente durante cinco días, mientras que las hojas de trabajo se les dio un tiempo de entrega de siete días a partir de la conclusión del módulo. Para cerrar cada módulo, se hacía una breve conclusión y se les aplicó un cuestionario de cinco preguntas sobre los contenidos.

### **5. Fase de evaluación pos-test y de seguimiento**

Una semana posterior a la terminación del taller, se realizó la evaluación pos-test. Para la fase de seguimiento, se volvieron a aplicar los instrumentos de medición un mes después de concluir el taller.

#### **1.3.7 Consideraciones éticas**

La presente investigación se llevó a cabo cumpliendo con los estándares éticos de la Asociación Americana de Psicología en el tratamiento de participantes en investigaciones con humanos y conforme a las disposiciones de la Declaración de Helsinki, así mismo se respetaron los lineamientos generales establecidos en el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología. Todos los participantes otorgaron su consentimiento de participación señalando la casilla "*Acepto participar*" en el formulario realizado durante el proceso de inscripción.

### 1.3.8 Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para documentar las características de los participantes, así como las puntuaciones medias de cada variable en los tres momentos de evaluación: pretest, posttest y seguimiento. Se utilizó la prueba *t de Student* para muestras relacionadas con el objetivo de comparar las puntuaciones de las variables evaluadas en tres mediciones: pretest-posttest (M1), posttest-seguimiento (M2) y pretest-seguimiento (M3). A su vez, por medio de la *d de Cohen* se estimó el tamaño del efecto para identificar la eficacia de la intervención (Cohen, 1988). Para las correlaciones entre las variables estudiadas se utilizó la prueba *r de Pearson* (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Con la finalidad de estimar si el taller generó un cambio clínico en las puntuaciones de burnout, ansiedad y depresión de los participantes antes, después y en el seguimiento del taller, se calculó el índice de Cambio Clínico Objetivo, considerándose cambio positivo significativo cuando la puntuación CCO fuera mayor o igual a  $\geq 0.20$ ; o cambio negativo significativo si la puntuación CCO era menor a  $< 0.20$  (Cardiel, 1994).

## 1.4 Resultados

La media de edad de los participantes fue de  $\bar{X}= 38.79$  años (DE=8.9), el promedio de tiempo de experiencia fue de  $\bar{X}= 12.42$  años (DE=6.6), y de horas de trabajo  $\bar{X}= 8.42$  horas (DE=1.2). En la Tabla 7 se presentan los datos sociodemográficos y laborales.

**Tabla 7**

*Características sociodemográficas y laborales de los participantes*

| Característica       | Muestra                          |         |
|----------------------|----------------------------------|---------|
|                      | <i>n</i>                         | %       |
| Sexo                 |                                  |         |
|                      | Femenino                         | 18 94.7 |
|                      | Masculino                        | 1 5.3   |
| Estado civil         |                                  |         |
|                      | Casada/o                         | 6 31.6  |
|                      | Unión libre                      | 6 31.6  |
|                      | Soltera/o                        | 2 10.5  |
|                      | Divorciada/o                     | 2 10.5  |
|                      | Madre Soltera                    | 2 10.5  |
|                      | Separada/o                       | 1 5.3   |
| Religión             |                                  |         |
|                      | Católica/o                       | 15 78.9 |
|                      | Otra                             | 4 21.1  |
| Lugar de residencia  |                                  |         |
|                      | Ciudad de México                 | 8 42.1  |
|                      | Edo de México                    | 6 31.6  |
|                      | Hidalgo                          | 2 10.5  |
|                      | Otro                             | 3 15.8  |
| Institución de salud |                                  |         |
|                      | IMSS                             | 10 52.6 |
|                      | Secretaría de Salud              | 6 31.6  |
|                      | Institución Privada              | 2 10.5  |
|                      | SEMART                           | 1 5.3   |
| Nivel de escolaridad |                                  |         |
|                      | Licenciatura                     | 9 47.4  |
|                      | Técnico                          | 5 26.3  |
|                      | Maestría                         | 2 10.5  |
|                      | Especialidad                     | 2 10.5  |
|                      | Auxiliar de enfermería           | 1 5.3   |
| Servicio Médico      |                                  |         |
|                      | Urgencias                        | 4 21.1  |
|                      | Neumología                       | 2 10.5  |
|                      | Ginecología y obstetricia        | 2 10.5  |
|                      | Endoscopia                       | 1 5.3   |
|                      | Medicina Física y Rehabilitación | 1 5.3   |

| Característica   |            | Muestra  |      |
|------------------|------------|----------|------|
|                  |            | <i>n</i> | %    |
| Turno de trabajo | Otros      | 9        | 47.4 |
|                  | Matutino   | 13       | 68.4 |
|                  | Vespertino | 3        | 15.8 |
|                  | Nocturno   | 3        | 15.8 |

*Nota.* Elaboración propia. *n*= tamaño de la muestra; % porcentaje.

## Resultados cuantitativos

La Tabla 8 muestra las puntuaciones totales del inventario MBI calculadas en las dimensiones de Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) en las evaluaciones pretest, pos-test y seguimiento. Se puede observar que, del pretest al pos-test, las puntuaciones de AE y DP aumentaron, mientras que la RP disminuyó. Sin embargo, para la evaluación de seguimiento la mayoría de los participantes tuvieron mejoras en las tres dimensiones.

**Tabla 8**

### *Puntuaciones del Maslach Burnout Inventory*

| Dimensión | Pretest  |         | Postest  |         | Seguimiento |         |
|-----------|----------|---------|----------|---------|-------------|---------|
|           | <i>M</i> | DE      | <i>M</i> | DE      | <i>M</i>    | DE      |
| AE        | 17.5789  | 7.87624 | 23.5263  | 3.96328 | 9.7368      | 7.20218 |
| DP        | 4.2105   | 3.53677 | 8.5263   | 2.77626 | 2.8421      | 2.94888 |
| RP        | 36.3684  | 7.33493 | 19.6842  | 3.85937 | 40.2632     | 6.74819 |

*Nota.* Elaboración propia. Se muestran los valores medios de las dimensiones del MBI para el personal de enfermería (*n*=19). AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal; *M*= media; DE= desviación estándar.

Por otro lado, en la Tabla 9 se muestran las puntuaciones de ansiedad y depresión en los tres momentos de evaluación. Se observa que, desde la evaluación inicial, se obtuvieron puntuaciones bajas con ligeras disminuciones en las evaluaciones posteriores.

**Tabla 9**

*Puntuaciones del Hospital Anxiety and Depression Scale*

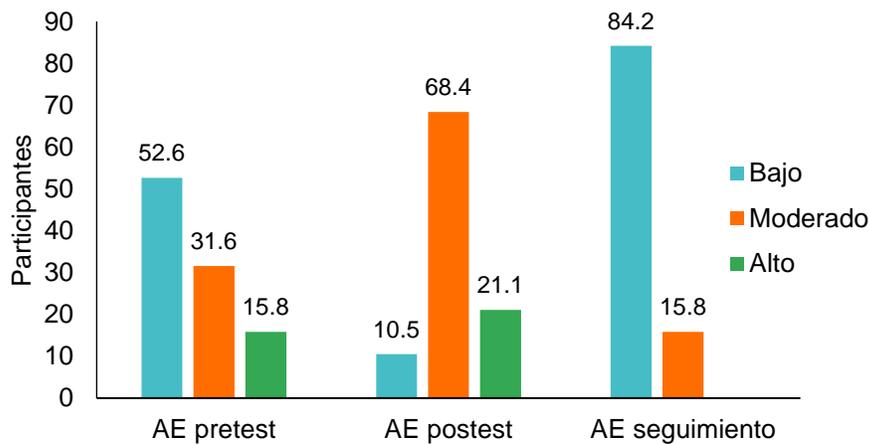
| Escala    | Pretest |         | Postest |         | Seguimiento |         |
|-----------|---------|---------|---------|---------|-------------|---------|
|           | M       | DE      | M       | DE      | M           | DE      |
| Ansiedad  | 5.7895  | 2.76041 | 5.5789  | 3.25433 | 4.7895      | 2.43992 |
| Depresión | 3.6842  | 2.88776 | 2.6842  | 2.70909 | 1.5263      | 1.54087 |

Nota. Elaboración propia. M= media; DE= desviación estándar.

La Figura 2 permite apreciar que la mayoría de los participantes puntuaron niveles bajos de AE en el pretest, moderados en el post-test y bajos en el seguimiento. El 15.8% de los participantes que puntuaron alto AE en el pretest disminuyeron sus puntuaciones al momento de seguimiento.

**Figura 2**

*Niveles de Agotamiento Emocional en los tres momentos de evaluación*

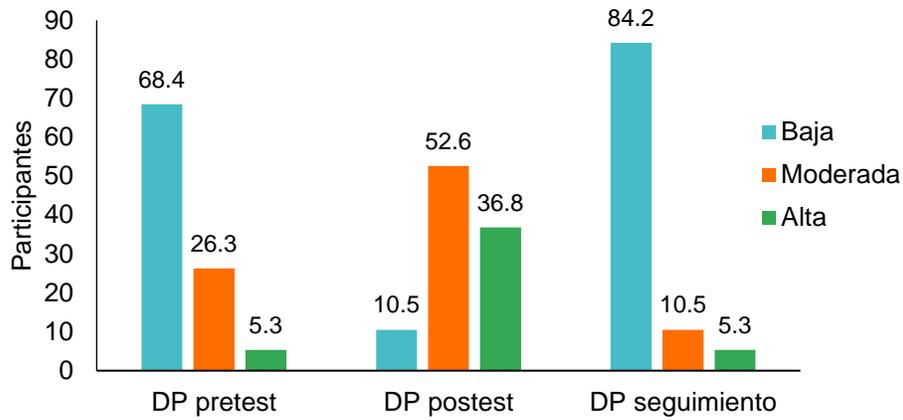


Nota. Elaboración propia. AE= Agotamiento Emocional.

Como se muestra en la Figura 3, de manera similar al AE, la DP aumentó a niveles moderados del pretest al pos-test, sin embargo, durante el seguimiento la mayoría de los participantes disminuyeron sus puntuaciones a niveles bajos.

**Figura 3**

*Niveles de Despersonalización en los tres momentos de evaluación*

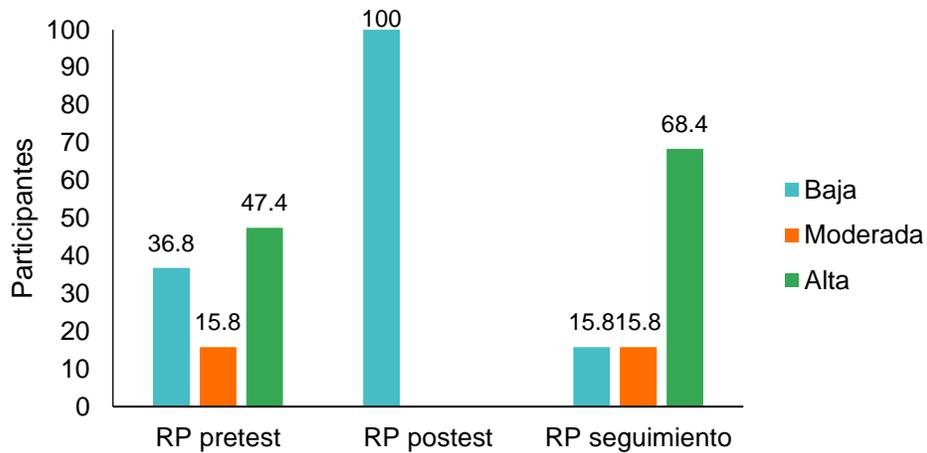


*Nota.* Elaboración propia. DP= Despersonalización.

En la Figura 4 se observa que, en su mayoría, los participantes puntuaron niveles altos de RP, para el pos-test, el 100% de ellos reportaron bajas puntuaciones, aumentando de nuevo durante el seguimiento a niveles altos.

**Figura 4**

*Niveles de Realización Personal en los tres momentos de evaluación*



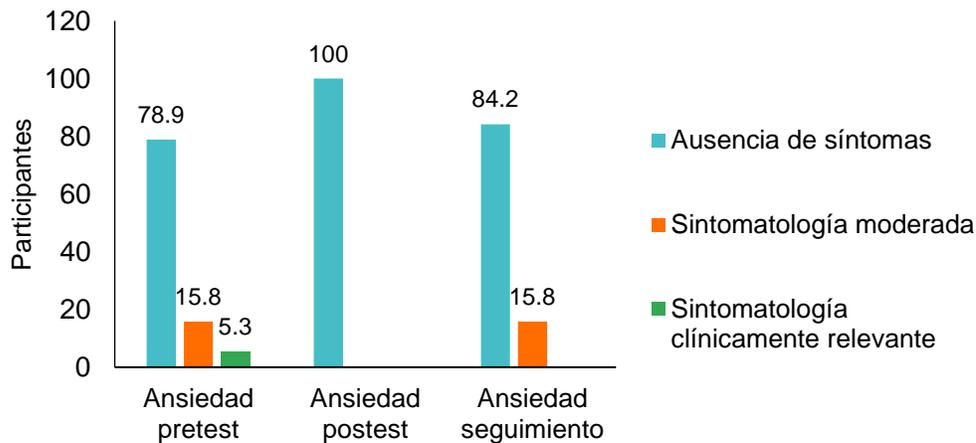
*Nota.* Elaboración propia. RP= Realización Personal.

Asimismo, se identificaron los niveles de ansiedad y depresión de los participantes en los tres momentos de evaluación.

Como se observa en la Figura 5, la mayoría de los participantes no reportaron sintomatología ansiosa en los tres momentos de evaluación. El 5.3% de la muestra que reportó sintomatología clínicamente relevante en el pretest, disminuyó niveles de sintomatología posterior a la intervención, cambio que se mantuvo en la evaluación de seguimiento.

**Figura 5**

*Niveles de Ansiedad durante los tres momentos de evaluación*

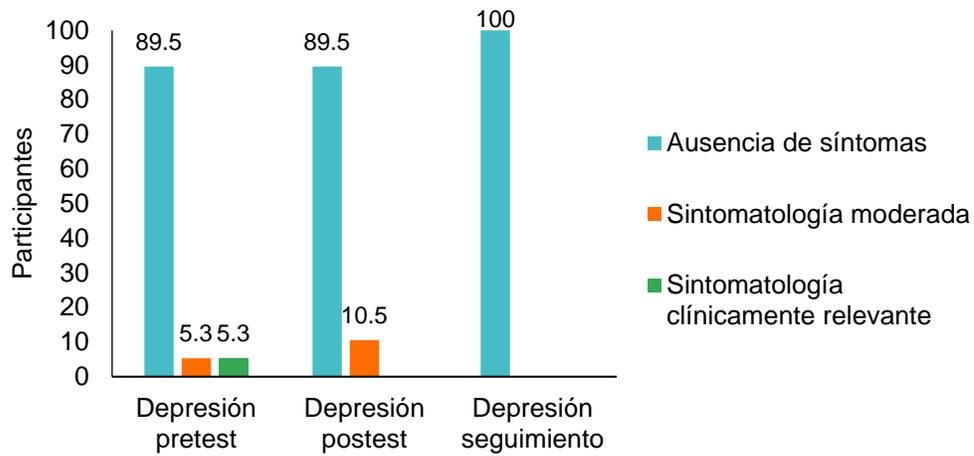


*Nota.* Elaboración propia.

En la Figura 6, se muestra que en su mayoría no se encontraron síntomas de depresión en las tres mediciones. El 5.3% de la muestra que reportó sintomatología moderada y clínicamente relevante en el pretest, disminuyó niveles de sintomatología al momento del seguimiento.

**Figura 6**

*Niveles de Depresión durante los tres momentos de evaluación*



Nota. Elaboración propia.

Se realizó la comparación de puntuaciones de las variables estudiadas en tres mediciones: pretest-postest (M1), post-test-seguimiento (M2) y pretest-seguimiento (M3). La Tabla 10, presenta las diferencias estadísticamente significativas, en la que se observan diferencias en AE y RP en las tres mediciones, mientras que en la dimensión DP se identificaron estas diferencias en la M1 y M2. Sobre los resultados en las puntuaciones del HADS, solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en Ansiedad en la M1. De la misma manera, se calculó la *d de Cohen* para determinar el tamaño del efecto en cada medición, obteniéndose efectos de moderados a altos en cada una de ellas.

**Tabla 10***Prueba t de Student para muestras relacionadas*

| Parámetro                  | M        | 95% Intervalo de confianza para la diferencia |          | t      | gl | sig  | <i>d</i><br>Cohen |
|----------------------------|----------|-----------------------------------------------|----------|--------|----|------|-------------------|
|                            |          | Inferior                                      | Superior |        |    |      |                   |
| AE pretest-postest         | -.47368  | -.90980                                       | -.03757  | -2.282 | 18 | .035 | .52               |
| AE pretest- seguimiento    | .47368   | .10143                                        | .84593   | 2.673  | 18 | .016 | .61               |
| AE postest-seguimiento     | .94737   | .64793                                        | 1.24681  | 6.647  | 18 | .000 | 1.52              |
| DP pretest-postest         | -.89474  | -1.25019                                      | -.53929  | -5.288 | 18 | .000 | 1.21              |
| DP postest- seguimiento    | 1.05263  | .67675                                        | 1.42851  | 5.883  | 18 | .000 | 1.35              |
| RP pretest-postest         | 1.10526  | .65384                                        | 1.55668  | 5.144  | 18 | .000 | 1.18              |
| RP pretest-seguimiento     | -.42105  | -.71361                                       | -.12850  | -3.024 | 18 | .007 | .69               |
| RP postest -seguimiento    | -1.52632 | -1.89857                                      | -1.15407 | -8.614 | 18 | .000 | 1.97              |
| Ansiedad pretest - postest | .26316   | -.00769                                       | .53401   | 2.041  | 18 | .050 | .49               |

*Nota.* Elaboración propia. AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal;

M= media t= estadístico t Student; gl= grados de libertad sig= significancia estadística.

Por su parte, en la Tabla 11 se presentan las correlaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas. En la evaluación pretest, se identificaron correlaciones positivas entre DP e institución de salud ( $r = .484$ ;  $p = .036$ ) y depresión con estado civil ( $r = .456$ ;  $p = .05$ ). Para la evaluación post-test, el número de hijos se asoció positivamente con AE ( $r = 0.485$ ;  $p = .035$ ) y negativamente con depresión ( $r = -0.472$ ;  $p = .041$ ). Además, el estado civil se asoció de forma positiva con DP ( $r = 0.543$ ;  $p = .016$ ), y el nivel de escolaridad con ansiedad ( $r = .575$ ;  $p = .010$ ) y depresión ( $r = .593$ ;  $p = .007$ ). A su vez, hubo una relación positiva fuerte entre ansiedad y depresión ( $r = .753$ ;  $p = .000$ ).

En la evaluación de seguimiento, el AE se relacionó de forma positiva con estado civil ( $r = .466$ ;  $p = .044$ ), horas de trabajo ( $r = .476$ ;  $p = .039$ ), DP ( $r = .464$ ;  $p = .046$ ) y depresión ( $r = .689$ ;  $p = .001$ ); por su parte DP correlacionó positivamente con institución de salud ( $r = .469$ ;  $p = .043$ ) y con ansiedad ( $r = .458$ ;  $p = .048$ ); mientras que RP correlacionó negativamente con estado civil ( $r = .555$ ;  $p = .014$ ); de la misma manera que en la

evaluación post-test, se encontró una relación positiva entre ansiedad y depresión ( $r=.711$ ;  $p=.001$ ), así como depresión con nivel de escolaridad ( $r=.475$ ;  $p=.040$ ).

**Tabla 11**

*Correlaciones de variables dependientes con variables sociodemográficas y laborales*

| Variable             | Pretest |       |       | Post-test |       |        | Seguimiento |       |        |       |
|----------------------|---------|-------|-------|-----------|-------|--------|-------------|-------|--------|-------|
|                      | DP      | Dep   | AE    | DP        | Ans   | Dep    | AE          | DP    | RP     | Dep   |
| No. De hijos         | -       | -     | .485* | -         | -     | -.472* | -           | -     | -      | -     |
| Estado civil         | -       | .456* | -     | .543*     | -     | -      | .466*       | -     | -.555* | -     |
| Nivel de escolaridad | -       | -     | -     | -         | .575* | .593*  | -           | -     | -      | .475* |
| Institución de salud | .484*   | -     | -     | -         | -     | -      | -           | .469* | -      | -     |
| Horas de trabajo     | -       | -     | -     | -         | -     | -      | .476*       | -     | -      | -     |
| DP                   | -       | -     | -     | -         | -     | -      | .464*       | -     | -      | -     |
| Ans                  | -       | -     | -     | -         | -     | .753*  | -           | .458* | -      | .711* |
| Dep                  | -       | -     | -     | -         | -     | -      | .689*       | -     | -      | -     |

*Nota.* Elaboración propia. AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal;

Ans= Ansiedad; Dep= Depresión.

\* $p \leq .05$ . \* Correlación significativa al nivel 0.05

A continuación, se reporta el cambio clínico objetivo calculado de la evaluación pretest al posttest y del pretest al seguimiento para cada una de las variables del estudio.

En AE, como se muestra en la Tabla 12, el 63.4% y el 73.6% de los participantes mostraron cambios clínicos al momento del posttest y el seguimiento, respectivamente. Se destaca que, en la evaluación pretest, tres participantes (5, 13 y 16) reportaron puntuaciones altas y cuatro moderadas (1, 4, 12 y 19), al momento del posttest mostraron cambios clínicos significativos con valores negativos, es decir, disminuyeron sus puntajes, situándose en AE bajo (a excepción del participante 13 que obtuvo puntuaciones moderadas posterior a la intervención), cambios que se mantuvieron en la evaluación de seguimiento. El resto de los participantes con cambios clínicos obtuvieron AE bajo desde el pretest, disminuyendo aún más sus puntuaciones después de la intervención.

**Tabla 12***Cambio clínico objetivo de Cardiel en Agotamiento Emocional*

| Participante | Puntaje         |             |                 | CCO      |             |
|--------------|-----------------|-------------|-----------------|----------|-------------|
|              | AE pretest      | AE posttest | AE seguimiento  | Posttest | Seguimiento |
| 1            | 24 <sup>b</sup> | 14          | 12              | -0.42*   | -0.50*      |
| 2            | 10 <sup>c</sup> | 12          | 19              | 0.21     | 0.90        |
| 3            | 11 <sup>c</sup> | 13          | 5               | 0.18     | -0.55*      |
| 4            | 20 <sup>b</sup> | 13          | 4               | -0.35*   | -0.80*      |
| 5            | 32 <sup>a</sup> | 18          | 16              | -0.44*   | -0.50*      |
| 6            | 15 <sup>c</sup> | 23          | 15              | 0.53     | 0.00        |
| 7            | 10 <sup>c</sup> | 8           | 0               | -0.20*   | -1.00*      |
| 8            | 9 <sup>c</sup>  | 7           | 4               | -0.22*   | -0.56*      |
| 9            | 17 <sup>c</sup> | 12          | 14              | -0.29*   | -0.18       |
| 10           | 14 <sup>c</sup> | 12          | 9               | -0.14    | -0.36*      |
| 11           | 16 <sup>c</sup> | 25          | 15              | 0.56     | -0.06       |
| 12           | 23 <sup>b</sup> | 0           | 0               | -1.00*   | -1.00*      |
| 13           | 32 <sup>a</sup> | 23          | 20              | -0.28*   | -0.38*      |
| 14           | 5 <sup>c</sup>  | 1           | 2               | -0.80*   | -0.60*      |
| 15           | 14 <sup>c</sup> | 14          | 8               | 0.00     | -0.43*      |
| 16           | 27 <sup>a</sup> | 15          | 16              | -0.44*   | -0.41*      |
| 17           | 21 <sup>b</sup> | 21          | 21              | 0.00     | 0.00        |
| 18           | 4 <sup>c</sup>  | 3           | 0               | -0.25*   | -1.00*      |
| 19           | 19 <sup>b</sup> | 4           | 5               | -0.79*   | -0.74*      |
|              |                 |             | % Total con CCO | 63.4%    | 73.6%       |

*Nota.* Elaboración propia. Se reportan puntajes de AE en cada participante, así como el cambio clínico

obtenido del pretest al posttest y del pretest al seguimiento. CCO= Cambio Clínico Objetivo; AE= Agotamiento emocional. Se señalan niveles de AE en el pretest: <sup>a</sup>alto=27-54; <sup>b</sup> moderado=19-26, <sup>c</sup> bajo=0-18.

\*Cambio clínico significativo negativo  $\leq 0.20$ .

Por otro lado, como se reporta en la Tabla 13, el 36.8% de los participantes obtuvieron cambios clínicos objetivos en DP en ambas evaluaciones posteriores a la intervención. Cabe señalar que tres participantes (2, 6 y 12) obtuvieron DP moderada en la evaluación inicial, sin embargo, tuvieron cambios clínicos significativos puntuando, para la evaluación post-test y de seguimiento, DP baja. El resto de los participantes con cambios clínicos obtuvieron DP baja desde el pretest, disminuyendo sus puntuaciones después de la intervención.

**Tabla 13***Cambio clínico objetivo de Cardiel en Despersonalización*

| Participante | Puntaje         |                 |                | CCO      |             |
|--------------|-----------------|-----------------|----------------|----------|-------------|
|              | DP pretest      | DP posttest     | DP seguimiento | Posttest | Seguimiento |
| 1            | 5 <sup>c</sup>  | 5               | 2              | 0.00     | -0.60*      |
| 2            | 6 <sup>b</sup>  | 0               | 5              | -1.00*   | -0.17*      |
| 3            | 0 <sup>c</sup>  | 2               | 0              | 0.00     | 0.00        |
| 4            | 0 <sup>c</sup>  | 0               | 0              | 0.00     | 0.00        |
| 5            | 0 <sup>c</sup>  | 0               | 5              | 0.00     | 0.00        |
| 6            | 6 <sup>b</sup>  | 1               | 4              | -0.83*   | -0.33*      |
| 7            | 0 <sup>c</sup>  | 0               | 2              | 0.00     | 0.00        |
| 8            | 3 <sup>c</sup>  | 1               | 1              | -0.66*   | -0.67*      |
| 9            | 1 <sup>c</sup>  | 1               | 7              | 0.00     | 6.00        |
| 10           | 4 <sup>c</sup>  | 8               | 4              | 1.00     | 0.00        |
| 11           | 0 <sup>c</sup>  | 0               | 2              | 0.00     | 0.00        |
| 12           | 7 <sup>b</sup>  | 0               | 0              | -1.00*   | -1.00*      |
| 13           | 0 <sup>c</sup>  | 0               | 0              | 0.00     | 0.00        |
| 14           | 2 <sup>c</sup>  | 0               | 0              | -1.00*   | -1.00*      |
| 15           | 11 <sup>a</sup> | 16              | 10             | 0.45     | -0.09       |
| 16           | 5 <sup>c</sup>  | 1               | 7              | -0.80*   | 0.40        |
| 17           | 3 <sup>c</sup>  | 3               | 4              | 0.00     | 0.33        |
| 18           | 1 <sup>c</sup>  | 0               | 1              | -1.00*   | 0.06        |
| 19           | 0 <sup>c</sup>  | 0               | 0              | 0.00     | 0.00        |
|              |                 | % Total con CCO |                | 36.8%    | 36.8%       |

*Nota.* Elaboración propia. Se reportan puntajes de DP en cada participante, así como el cambio clínico

obtenido del pretest al posttest y del pretest al seguimiento. CCO= Cambio Clínico Objetivo; DP=

Despersonalización. Se señalan niveles de DP en el pretest: <sup>a</sup>alta=10-30; <sup>b</sup>moderada=6-9, <sup>c</sup>baja=0-5.

\*Cambio clínico significativo negativo  $\leq 0.20$ .

En la dimensión de RP, 15.7% y 31.5% de la muestra obtuvo cambios clínicos significativos en la evaluación posttest y seguimiento, respectivamente. Se resalta que cuatro participantes (1, 5, 10 y 11), descritos en la Tabla 14, puntuaron niveles bajos en la evaluación inicial; los participantes 1, 10 y 11 subieron sus puntuaciones de forma clínicamente significativa solo al momento del seguimiento, reportando RP moderada, mientras que en el participante 5, sus puntuaciones aumentaron solo al momento del posttest, con niveles moderados. En el caso de los participantes 4 y 12, quienes reportaron

en el pretest RP moderada, aumentaron puntaje a RP alta, cambios clínicos que se mantuvieron en el seguimiento.

**Tabla 14**

*Cambio clínico objetivo de Cardiel en Realización Personal*

| Participante    | Puntaje         |             |                | CCO      |             |
|-----------------|-----------------|-------------|----------------|----------|-------------|
|                 | RP pretest      | RP posttest | RP seguimiento | Posttest | Seguimiento |
| 1               | 31 <sup>a</sup> | 35          | 38             | 0.12     | 0.23*       |
| 2               | 38 <sup>b</sup> | 43          | 44             | 0.13     | 0.16        |
| 3               | 34 <sup>b</sup> | 29          | 28             | -0.14    | -0.18       |
| 4               | 34 <sup>b</sup> | 46          | 47             | 0.35*    | 0.38*       |
| 5               | 23 <sup>a</sup> | 36          | 29             | 0.56*    | 0.26*       |
| 6               | 30 <sup>a</sup> | 35          | 26             | 0.16     | -0.13       |
| 7               | 42 <sup>c</sup> | 46          | 42             | 0.09     | 0.00        |
| 8               | 48 <sup>c</sup> | 48          | 48             | 0.00     | 0.00        |
| 9               | 44 <sup>c</sup> | 38          | 43             | -0.13    | -0.02       |
| 10              | 20 <sup>a</sup> | 14          | 34             | -0.03    | 0.70*       |
| 11              | 26 <sup>a</sup> | 21          | 36             | -0.19    | 0.38*       |
| 12              | 34 <sup>b</sup> | 45          | 45             | 0.32*    | 0.32*       |
| 13              | 48 <sup>c</sup> | 41          | 46             | -0.14    | -0.04       |
| 14              | 41 <sup>c</sup> | 48          | 48             | 0.17     | 0.17        |
| 15              | 39 <sup>b</sup> | 32          | 41             | -0.17    | 0.05        |
| 16              | 43 <sup>c</sup> | 42          | 44             | -0.02    | 0.02        |
| 17              | 44 <sup>c</sup> | 39          | 40             | 0.11     | -0.09       |
| 18              | 46 <sup>c</sup> | 46          | 44             | 0.00     | -0.04       |
| 19              | 36 <sup>b</sup> | 42          | 42             | 0.16     | 0.17        |
| % Total con CCO |                 |             |                | 15.7%    | 31.5%       |

*Nota.* Elaboración propia. Se reportan puntajes de RP en cada participante, así como el cambio clínico

obtenido del pretest al posttest y del pretest al seguimiento. CCO= Cambio Clínico Objetivo; RP= Realización

Personal. Se señalan niveles de RP en el pretest: <sup>a</sup>baja=0-33; <sup>b</sup>moderada=34-39; <sup>c</sup>alta=40-56.

\*Cambio clínico significativo positivo  $\geq 0.20$ .

Como se muestra en la Tabla 15, en la escala de ansiedad el 36.8% de los participantes tuvo cambios clínicos significativos para la evaluación posttest y el 47.3% en la evaluación de seguimiento. Los participantes 5 y 12 tuvieron, en la evaluación pretest, presencia de sintomatología clínicamente relevante y moderada, respectivamente, pero al momento de las evaluaciones posttest y de seguimiento redujeron sus puntuaciones,

reportando ausencia de sintomatología. Asimismo, el resto de los participantes tuvieron cambios clínicos significativos, aunque reportaron ausencia de sintomatología desde la evaluación pretest disminuyendo aún más los puntajes en las evaluaciones posteriores.

**Tabla 15**

*Cambio clínico objetivo de Cardiel en ansiedad*

| Participante    | Puntajes         |                   |                      | CCO     |             |
|-----------------|------------------|-------------------|----------------------|---------|-------------|
|                 | Ansiedad pretest | Ansiedad posttest | Ansiedad seguimiento | Postest | Seguimiento |
| 1               | 7 <sup>c</sup>   | 6                 | 6                    | -0.14   | -0.14       |
| 2               | 6 <sup>c</sup>   | 6                 | 7                    | 0.00    | 0.17        |
| 3               | 2 <sup>c</sup>   | 5                 | 2                    | 1.50    | 0.00        |
| 4               | 6 <sup>c</sup>   | 4                 | 2                    | -0.33*  | -0.67*      |
| 5               | 11 <sup>a</sup>  | 3                 | 6                    | -0.72*  | -0.45*      |
| 6               | 5 <sup>c</sup>   | 5                 | 4                    | 0.00    | -0.20*      |
| 7               | 2 <sup>c</sup>   | 2                 | 3                    | 0.00    | 0.50        |
| 8               | 6 <sup>c</sup>   | 6                 | 4                    | 0.00    | -0.33*      |
| 9               | 7 <sup>c</sup>   | 10                | 8                    | 0.42    | 0.14        |
| 10              | 10 <sup>b</sup>  | 13                | 9                    | 0.30    | -0.10       |
| 11              | 3 <sup>c</sup>   | 8                 | 2                    | 1.66    | -0.33*      |
| 12              | 9 <sup>b</sup>   | 6                 | 7                    | -0.33*  | -0.22*      |
| 13              | 2 <sup>c</sup>   | 7                 | 5                    | 2.50    | 1.50        |
| 14              | 6 <sup>c</sup>   | 1                 | 2                    | -0.83*  | -0.67*      |
| 15              | 6 <sup>c</sup>   | 8                 | 6                    | 0.33    | 0.00        |
| 16              | 7 <sup>c</sup>   | 2                 | 3                    | -0.71*  | -0.57*      |
| 17              | 9 <sup>b</sup>   | 10                | 9                    | 0.11    | 0.00        |
| 18              | 3 <sup>c</sup>   | 2                 | 2                    | -0.33*  | -0.33*      |
| 19              | 3 <sup>c</sup>   | 2                 | 4                    | -0.33*  | 0.33        |
| % Total con CCO |                  |                   |                      | 36.8%   | 47.3%       |

obtenido del pretest al posttest y del pretest al seguimiento. CCO= Cambio Clínico Objetivo. Se señalan

niveles de ansiedad en el pretest: <sup>a</sup>sintomatología clínicamente relevante=11-21; <sup>b</sup>sintomatología

moderada=8-10; <sup>c</sup>ausencia de síntomas=0-7.

\*Cambio clínico significativo negativo  $\leq 0.20$ .

En cuanto a depresión, 53.6% de los participantes obtuvieron cambios clínicamente significativos al momento de la evaluación posttest, mientras que el 78.9% en la evaluación de seguimiento. En la Tabla 16, se puede apreciar que lo participantes 5 y 19, quienes puntuaron sintomatología clínicamente relevante y moderada

respectivamente, tuvieron cambios clínicos significativos, reportando ausencia de síntomas en la evaluación pretest y de seguimiento. En el resto de los participantes se obtuvieron cambios clínicos significativos, aunque reportaron ausencia de sintomatología desde la evaluación pretest disminuyendo aún más los puntajes en las evaluaciones posteriores.

**Tabla 16**

*Cambio clínico objetivo de Cardiel en depresión*

| Participante | Puntaje           |                    |                       | CCO     |             |
|--------------|-------------------|--------------------|-----------------------|---------|-------------|
|              | Depresión pretest | Depresión posttest | Depresión seguimiento | Postest | Seguimiento |
| 1            | 1 <sup>c</sup>    | 1                  | 1                     | 0.00    | 0.00        |
| 2            | 3 <sup>c</sup>    | 1                  | 2                     | -0.66*  | -0.33*      |
| 3            | 3 <sup>c</sup>    | 2                  | 1                     | -0.33*  | -0.66*      |
| 4            | 1 <sup>c</sup>    | 0                  | 0                     | -1.00*  | -1.00*      |
| 5            | 11 <sup>a</sup>   | 2                  | 2                     | -0.81*  | -0.81*      |
| 6            | 1 <sup>c</sup>    | 3                  | 2                     | 2.00    | 1.00        |
| 7            | 1 <sup>c</sup>    | 1                  | 0                     | 0.00    | -1.00*      |
| 8            | 1 <sup>c</sup>    | 1                  | 0                     | 0.00    | -1.00*      |
| 9            | 4 <sup>c</sup>    | 4                  | 3                     | 0.00    | -0.25*      |
| 10           | 5 <sup>c</sup>    | 9                  | 3                     | 0.80    | -0.40*      |
| 11           | 7 <sup>c</sup>    | 6                  | 2                     | -0.14   | -0.71*      |
| 12           | 2 <sup>c</sup>    | 1                  | 1                     | -0.50*  | -0.50*      |
| 13           | 2 <sup>c</sup>    | 4                  | 3                     | 1.00    | 0.50        |
| 14           | 3 <sup>c</sup>    | 0                  | 0                     | -1.00*  | -1.00*      |
| 15           | 6 <sup>c</sup>    | 3                  | 1                     | -0.50*  | -0.83*      |
| 16           | 2 <sup>c</sup>    | 0                  | 0                     | -1.00*  | -1.00*      |
| 17           | 7 <sup>c</sup>    | 8                  | 6                     | 0.14    | -0.14       |
| 18           | 2 <sup>c</sup>    | 0                  | 0                     | -1.00*  | -1.00*      |
| 19           | 8 <sup>b</sup>    | 5                  | 2                     | -0.37*  | -0.75*      |
|              |                   | % Total con CCO    |                       | 53.6%   | 78.9%       |

obtenido del pretest al posttest y del pretest al seguimiento. Se señalan niveles de depresión en el pretest:

<sup>a</sup> sintomatología clínicamente relevante=11-21; <sup>b</sup> sintomatología moderada=8-10; <sup>c</sup> ausencia de síntomas=0-7.

\*Cambio clínico significativo negativo  $\leq 0.20$ .

**Resultados descriptivos por módulo de trabajo**

En cada uno de los módulos, los participantes realizaron diferentes dinámicas, entre ellas cuadros colaborativos y encuestas, así como prácticas y actividades para

reforzar los conocimientos adquiridos (Apéndice A). A continuación, se presenta la descripción de los datos obtenidos en las actividades realizadas por módulo.

### ***Módulo 1. Psicoeducación del burnout***

El 100% de la muestra participó en un cuadro colaborativo en el que expresaron palabras que les evocaba el término Burnout identificando las siguientes palabras: Depresión, cansancio, frustración, estrés, estrés laboral, estrés crónico, irritabilidad, desesperación, fatiga mental, agotamiento físico, sensación de culpa, tristeza, apatía, desvaloración, estrés crónico, ansiedad, desmotivación, fijación al trabajo, incomodidad en el trabajo, presión por los superiores, quemado.

Posterior a la videoconferencia, los asistentes participaron en dos encuestas con la finalidad de reconocer en ellos mismos las manifestaciones y consecuencias del burnout. En la primera, respondieron a la pregunta “¿Con qué manifestaciones del burnout se sintió más identificado(a)?”, se reportó que el 86.6% se identificaron AE, el 6.6% con baja RP y el 6.6% con ninguna manifestación. En la segunda encuesta respondieron a la pregunta “¿Con qué consecuencias del burnout se sintió más identificado(a)?”, el 38.88% se identificó consecuencias físicas, el 33.33% psicológicas y el 27.77 laborales.

Para el ejercicio práctico del módulo, con el fin de identificar cómo reaccionaban al estrés, el 100% de los participantes registraron, durante cinco días, las situaciones que les generaron estrés (Ver Apéndice C), evaluando el triple sistema de respuestas (motor, cognitivo y fisiológico). En la Tabla 17, se sintetiza lo reportado por los participantes.

**Tabla 17**

*Síntesis de identificación de situaciones estresantes y respuestas asociadas*

| Situación estresante                                          | Triple sistema de respuestas |                                                |    |                                                  |    |                                |    |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|----|--------------------------------|----|
|                                                               | Fr                           | Motor                                          | Fr | Cognitivo                                        | Fr | Fisiológico                    | Fr |
| - Balance de vida profesional/personal                        | 25                           | - Gritos                                       | 13 | - Ira y enojo                                    | 37 | - Taquicardia                  | 18 |
| - Mala organización del servicio                              | 17                           | - Discusiones                                  | 9  | - Frustración                                    | 20 | - Temblores                    | 15 |
| - Trayecto casa-hospital                                      | 16                           | - Conductas agresivas a pacientes y compañeros | 7  | - Pensamientos rumiativos de incapacidad y culpa | 17 | - Sudoración en manos y cuerpo | 13 |
| - Falta de personal                                           | 11                           | - Respiraciones profundas                      | 6  | - Distorsiones cognitivas de personalización     | 11 | - Dolor de estómago            | 10 |
| - Mala relación percibida con personal médico y de enfermería | 8                            | - Llanto                                       | 4  | - Angustia                                       | 8  | - Cefalea                      | 8  |
| - Alta demanda de pacientes                                   | 8                            | - Aventar objetos                              | 3  | - Desesperación                                  | 8  | - Tensión muscular             | 6  |
| - Complicaciones de pacientes                                 | 4                            | - Movimientos involuntarios de piernas         | 3  | - Agobio                                         | 6  | - Hormigueo en las manos       | 3  |
| - Aumento de hospitalización de pacientes con COVID-19        | 3                            | - Errores en procedimientos                    | 2  | - Ansiedad                                       | 5  | - Escalofrío                   | 2  |
| - Procedimientos complejos                                    | 3                            |                                                |    | - Preocupación                                   | 4  | - Tics                         | 2  |
| -Alta mortalidad                                              |                              |                                                |    | - Impotencia                                     | 4  | - Tensión en la mandíbula      | 1  |
| -Trabajo en áreas de riesgo de contagio                       |                              |                                                |    | - Vergüenza                                      | 4  | - Mareos                       | 1  |
|                                                               |                              |                                                |    | - Miedo                                          | 4  | - Náuseas                      | 1  |
|                                                               |                              |                                                |    | - Fastidio                                       | 3  | - Opresión en el pecho         | 1  |
|                                                               |                              |                                                |    | - Desánimo                                       | 3  | - Cansancio                    | 1  |
|                                                               |                              |                                                |    | - inquietud                                      | 3  | - Dolor de cuerpo              | 1  |
|                                                               |                              |                                                |    | - Tristeza                                       | 3  |                                |    |
|                                                               |                              |                                                |    | - Desagrado                                      | 1  |                                |    |
|                                                               |                              |                                                |    | - Falta de concentración                         | 1  |                                |    |

Nota. Elaboración propia. Fr= frecuencia.

La tabla anterior permite observar las situaciones estresantes que los participantes percibieron durante sus días de registro, en su mayoría reportan estrés a causa de combinar su vida profesional con la personal, principalmente al enfrentarse para resolver problemas familiares y obligaciones en casa, los participantes relataron sus respuestas ante estas situaciones, qué hicieron al enfrentarse a ellas (motor), qué sintieron/pensaron de la situación (cognitivo) y las sensaciones corporales (fisiológico).

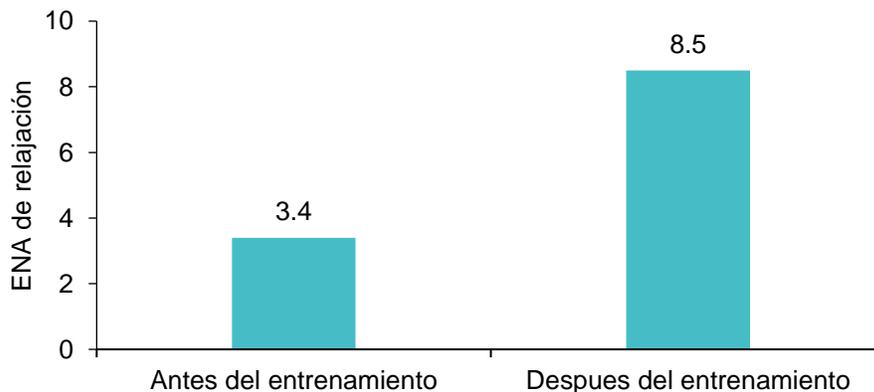
## Módulo 2. Entrenamiento en relajación

Para introducir al tema de estrés y relajación, los participantes respondieron a la encuesta: “En el último mes, ¿con qué frecuencia experimentó estrés en su trabajo?”; el 50% respondió que sólo algunos días, 33.33% frecuentemente, el 11.11% y 5.55% casi todos los días y nunca, respectivamente. Mientras que para la pregunta: “¿Qué actividades le gusta realizar para relajarse después de un día arduo de trabajo?”, el 42.10% respondió que pasar tiempo con familiares o amigos, 31.57% hacer ejercicio, 21.05% leer o escuchar música, y el 5.26% otras actividades.

Los participantes completaron la actividad de práctica del módulo, que consistió en ejecutar el ejercicio de RMP (Ver Apéndice D). Para la evaluación de la habilidad de relajación, se obtuvieron los promedios de las puntuaciones, antes y después del ejercicio, autoreportadas por los participantes mediante ENA de relajación. De acuerdo con los resultados, los participantes lograron tener una mejoría en sus niveles de relajación posterior a la práctica del ejercicio pasando de un promedio de 3.4 de relajación antes de los ejercicios a 8.5 posterior al entrenamiento (Ver Figura 7).

### Figura 7

Promedio de niveles de relajación antes y después de la Relajación Muscular Progresiva



Nota. Elaboración propia. ENA= Escala Numérica Análoga.

### **Módulo 3. Solución de problemas**

Como ejercicio de introducción al módulo, los participantes contestaron la encuesta: “*Cuando se me presenta un problema, la mayoría de las veces suelo hacer...*”; el 68.75% indicaron que buscan la mejor opción para resolver el problema, 18.75% actúan impulsivamente, el 12.5% evitan los problemas.

Asimismo, realizaron el ejercicio práctico que consistió en llevar a cabo su propio proceso de solución de problemas. Como se observa en la Tabla 18, las problemáticas descritas por los participantes se pueden dividir en tres categorías: falta de personal capacitado y proactivo, falta de organización en sus áreas de trabajo y conflictos en la relación con compañeros de trabajo.

**Tabla 18**

*Problemáticas descritas en el proceso de solución de problemas*

| Categoría                                             | Fr | Narrativa de ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Falta de personal capacitado y proactivo            | 8  | <i>“Soy enfermera perinatal y uno de mis cuidados especializados en la paciente embarazada en trabajo de parto, es brindarle confort...el conflicto es que no todas mis colegas tienen la misma formación académica por lo que se limitan a mantener a la mujer recostada en su cama con movilidad mínima solo siendo observadoras y no protagonistas de su trabajo de parto, limitando sus intervenciones a correr signos vitales, mi problema es que les he pedido y mostrado como brindar intervenciones de confort a las pacientes de igual manera conducir su trabajo de parto de manera psicoprofiláctica y no hay ni una que repita este modelo de atención, esto me afecta y afecta a las mujeres a su cargo...”</i> |
| - Falta de organización en las áreas de trabajo       | 6  | <i>“En el área donde laboro mis compañeros utilizan los insumos y aparatos terapéuticos y no los limpian y dejan ordenados donde van, por lo que no están listos para el siguiente paciente, eso me quita tiempo y me enoja mucho”.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| - Conflictos en la relación con compañeros de trabajo | 5  | <i>“La relación laboral y personal ha sido complicada con mi jefe y algunos compañeros a causa de mi cambio de contratación, manifestaron no estar de acuerdo... esto ha dificultado mi desempeño laboral, me pesa regresar al trabajo y encontrarme con estos conflictos”.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

*Nota.* Elaboración propia. Fr= frecuencia.

Ante las situaciones que afrontaron, los participantes identificaron su orientación hacia el problema, delimitaron la información necesaria del problema, formularon posibles alternativas de solución, analizaron las mejores opciones de solución, propusieron un plan de acción. Para ver un ejemplo del proceso de solución de problemas, ver apéndice E.

#### **Módulo 4. Planificación de actividades**

Al inicio del Módulo 4, se solicitó que los participantes respondieran a la encuesta *“Creo que planificar mi tiempo ayudará a disminuir el estrés”*, en la que el 100% respondieron que “Sí”. Posteriormente, ante la cuestión; *“Pienso que necesito más tiempo para hacer actividades agradables fuera del trabajo”*, el 91.66% respondieron que “Sí”, el 8.33% respondió negativamente.

Por otro lado, los participantes realizaron su ejercicio de planificación de actividades, en el que pudieron realizar un listado inicial de las actividades semanales, clasificaron sus actividades entre: Obligatoria u optativa, urgente o no urgente, agradable, desagradable o neutra, individual o colectiva, flexible o rígida; identificaron los objetivos, el tiempo en que dedicarían a cada actividad y el momento del día en que lo harían. Posteriormente, organizaron sus actividades en una agenda semanal.

Las principales actividades que los participantes organizaron estuvieron relacionadas con el hogar, atención y cuidado a los hijos, ejercicio, cursos y talleres de capacitación, actividades de esparcimiento (cine, lectura), salidas con familia y amistades (Ver ejemplo en Apéndice F).

En cuanto a las evaluaciones de conocimiento por cada módulo del taller, el promedio de calificación de los 19 participantes fue de 9.3 para el módulo de psicoeducación y entrenamiento en relajación, 7.7 para el de solución de problemas y 9.1 para el de planificación de actividades.

### ***Retroalimentación del taller***

Al finalizar los módulos de trabajo, se solicitó a los participantes la retroalimentación del taller, los mismos expresaron estar satisfechos con los contenidos abordados, sobre los materiales realizaron comentarios como: *“son materiales muy didácticos que nos enseñan de manera diferente y no tediosa”*; respecto al contenido: *“fue mucha información pero muy útil, nunca lo sentí pesado”*; sobre la navegación en las actividades tanto sincrónicas como asincrónicas, los participantes enfatizaban que les pareció *“sencillo”* seguir cada sesión.

## 1.5 Discusión y conclusiones

Este proyecto de investigación tuvo como objetivo general examinar la eficacia de un taller de entrenamiento cognitivo-conductual vía remota para la reducción de burnout y evaluar su efecto en sintomatología ansiosa y depresiva de trabajadores de enfermería de diferentes instituciones de salud en México. Para el diseño y selección de las técnicas utilizadas se revisó exhaustivamente la literatura y se retomaron aquellas intervenciones con efectos clínicamente significativos en la reducción de puntuaciones de burnout, sintomatología ansiosa y depresiva, aplicadas de manera presencial (Alenezi et al., 2019; Alkhaldeh et al., 2020; Bagheri et al., 2019; Bernburg et al., 2020; Calder, 2017; Fadaei et al., 2020; Gangadharan & Madani, 2018; Günüs & Üstün; 2010; Kravits et al., 2010; Moeini et al., 2011; Orly et al., 2012; Ozgundondu & Metin, 2019; Pelit-Aksu et al., 2021; Sailaxmi & Lalitha, 2022; Sampson et al., 2020). Los procedimientos clínicos de psicoeducación, entrenamiento en RMP, solución de problemas y planificación de actividades se adaptaron mediante herramientas digitales que facilitaron su aplicación, evaluación y seguimiento en los participantes.

Los hallazgos que se documentan sugieren que la puntuación media de AE de los participantes fue menor en la evaluación pretest, a comparación de la segunda evaluación (*posttest*) en la que se observó un incremento en las puntuaciones de AE, puntajes que disminuyeron de manera estadísticamente significativa a un mes, en la evaluación de seguimiento, una de las posibles explicaciones puede deberse a que a través de la sesión de psicoeducación se le proporcionó al paciente las habilidades necesarias para identificar los síntomas que implica el AE (p.ej., cansancio físico, irritabilidad, falta de motivación o bajo estado de ánimo, alteraciones del sueño) y no seguir normalizándolo únicamente como agotamiento físico debido a las condiciones laborales, lo anterior se

evidenció en la encuesta realizada posterior a la videoconferencia de psicoeducación, donde la mayoría de los participantes se identificaron con los síntomas de AE.

A este respecto, Martínez (2010) y Alenezi et al. (2019) han propuesto el procedimiento de psicoeducación como pilar en el tratamiento de burnout, una estrategia inicial de intervención que permite brindar información sobre su padecimiento, además que le permite al receptor de la psicoeducación identificar las manifestaciones y tomar un papel más activo en su tratamiento.

De acuerdo con lo anterior, la participación activa en las actividades de psicoeducación podría explicar un auto reporte más detallado sobre la sintomatología y, por lo tanto, el incremento en las puntuaciones medias de AE en la segunda evaluación. Pese a esto, se observó una disminución significativa de AE en la evaluación de seguimiento, momento en el que la intervención ya había sido aplicada en su totalidad y los participantes continuaron poniendo en práctica las técnicas aprendidas, esto se evidencia con la medición del tamaño del efecto, en el que de la evaluación postest al seguimiento, se obtuvo un efecto grande.

A nivel individual, pudo observarse en siete de los participantes que inicialmente reportaron puntuaciones elevadas en el pretest, pero que al momento del seguimiento disminuyeron sus niveles de AE, cambios clínicamente significativos mantenidos hasta la evaluación del seguimiento.

El AE implica una serie de reacciones emocionales y cansancio físico debido a situaciones complejas que las enfermeras perciben en su área de trabajo, los participantes de este estudio describieron; aumento de hospitalización de pacientes con COVID-19, procedimientos complejos y una alta demanda de pacientes con complicaciones médicas, ante esto, las técnicas de regulación emocional y control de síntomas físicos relacionados al estrés, como la RMP y ejercicios de respiración profunda (que los participantes mostraron practicar diariamente, durante el tiempo de seguimiento)

influyeron clínicamente en la reducción de AE, resultados similares descritos en los estudios de Alkhaldeh et al. (2020), Bernburg et al. (2020), Kravits et al. (2010), Moeini et al., (2011), Orly et al. (2012), Pelit-Aksu et al. (2021), Semerci et al. (2020), Vázquez-Ortiz et al. (2012) y Veiga et al. (2019).

Martínez (2010) propone incluir dentro de las estrategias de tratamiento del burnout la técnica de planificación de ocio y tiempo libre, que consiste en el uso eficaz del tiempo, esto implica programar descansos y realizar actividades diferentes a las actividades laborales, esto puede ser especialmente relevante para combatir el cansancio físico y emocional; en este estudio, los participantes reportaron como otra situación estresante el balance de su vida personal con la profesional, lo que pudiera ser un factor más para experimentar AE.

Con la técnica de planificación de actividades, los participantes lograron organizar su tiempo y las actividades no solo obligatorias, sino optativas y placenteras como pasar tiempo con su familia y realizar ejercicio físico, lo que concuerda con lo descrito por los participantes en la fase de evaluación donde hicieron referencia en su mayoría a pasar tiempo con familiares, amigos y realizar ejercicio; resultados similares a los de este proyecto se han documentado y queda en evidencia los efectos benéficos de las estrategias de manejo de tiempo para la disminución de estrés y burnout (Moeini et al., 2011; Karbakhsh et al., 2020; Sailaxmi & Lalitha, 2022).

En cuanto al efecto de la intervención sobre la dimensión de DP, se hallaron cambios estadísticamente significativos de la evaluación pretest al posttest y del posttest al seguimiento, con tamaños del efecto grandes en ambas mediciones. En la evaluación individual de CCO, se observó que tres participantes con DP moderada tuvieron cambios clínicos significativos disminuyendo sus niveles en las evaluaciones posteriores a la intervención.

Esta dimensión hace referencia a actitudes hostiles, así como respuestas impersonales y de irritabilidad con sus compañeros de trabajo o los clientes, lo cual concuerda con lo reportado por los participantes como otro factor estresante para ellos: la mala relación percibida con el personal médico y de enfermería. Diversos autores (Alenezi et al., 2019; Bernburg et al., 2020; Günüs & Üstün, 2010; Sailaxmi & Lalitha, 2022; Sampson et al., 2020; Vázquez-Ortiz et al., 2012) proponen que las estrategias de habilidades de comunicación y asertividad pueden complementar el tratamiento de burnout, especialmente para la reducción de síntomas de DP. Aunque en este taller no se tomó en cuenta estas técnicas de intervención, en el módulo de solución de problemas, un tema recurrente que los participantes eligieron para su analizar y buscar soluciones fue para mejorar la relación con sus compañeros, en las que exploraron estrategias para lograrlo, algunas de ellas, buscar un espacio para solucionar conflictos mediante la comunicación.

Por otro lado, se identificó que en la dimensión de RP las puntuaciones de los participantes disminuyeron de la evaluación inicial al posttest, lo que puede explicarse debido a la herramienta de psicoeducación, ya que los participantes al recibir esta parte de la intervención pudieron identificar y reportar con mayor detalle los síntomas asociados a la RP. Esto se apoya con el tamaño del efecto grande obtenido en este momento de la evaluación. Pese a esta situación, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa de las puntuaciones al momento del seguimiento en el que se observó un aumento en las puntuaciones, lo que explicaría el efecto de la puesta en práctica de las estrategias que se enseñaron en el taller, para esta medición también se obtuvo un tamaño del efecto grande.

En el análisis individual, se encontró que seis participantes aumentaron sus niveles de RP al momento del posttest y seguimiento, con cambios clínicos significativos.

La baja RP se refiere a la insatisfacción con las condiciones de trabajo y/o desempeño laboral y profesional, así como una percepción de falta de capacidad para realizar sus actividades, lo cual concuerda con las descripciones de los participantes en sus auto reportes respecto a las situaciones que les generan estrés en su área de trabajo, ya que reportaron en su mayoría: desacuerdo con la organización del servicio, verse forzados a realizar procedimientos complejos, falta de personal y problemas en la relación laboral con sus compañeros de trabajo.

Para abordar estas situaciones se propuso el procedimiento clínico de solución de problemas, ya que resulta una estrategia adecuada para entrenar a los participantes en generar alternativas de solución más efectivas a sus problemas, durante el taller los participantes pusieron en marcha este procedimiento con previa capacitación, por lo que hubo un aumento significativo de las puntuaciones de RP, estos hallazgos, son similares a los de otros estudios que brindan soporte a esta técnica para la disminución de estrés y burnout (Alkhaldeh et al., 2020; Bernburg et al., 2020; Fadaei et al., 2020; Günüs & Üstün, 2010; Moeini et al., 2011; Orly et al., 2012; Sailaxmi & Lalitha, 2022; Sampson et al., 2020; Vázquez-Ortiz et al., 2012).

En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión, la mayoría de los participantes puntuaron con ausencia de sintomatología. Solo en la dimensión de ansiedad hubo cambios estadísticamente significativos del pretest al postest, con un tamaño del efecto mediano, sin embargo, estos cambios significativos no se mantuvieron en la evaluación de seguimiento. Al menos dos participantes con altos niveles de ansiedad disminuyeron sus síntomas en el postest y el seguimiento, obteniendo cambios clínicos significativos. Relacionado con la sintomatología depresiva, en los análisis individuales se pudo observar que dos participantes con niveles altos presentaron cambios significativos disminuyendo la sintomatología.

Estudios antecedentes, enfocados en la población de enfermería, han mostrado que la RMP disminuye sintomatología ansiosa (Gangadharan & Madani, 2018; Vázquez-Ortiz et al., 2012) y solución de problemas ha disminuido depresión (Sampson et al., 2020), sin embargo, a pesar de que en la intervención realizada se emplearon estas técnicas, no se obtuvieron cambios estadísticamente significativos, lo que coincide con estudios como el de Orly et al. (2012) y Rodrigues et al. (2014), quienes posterior a su intervención, no obtuvieron cambios en las puntuaciones de depresión y ansiedad.

Para este estudio, la explicación a esto puede ser debido a que las puntuaciones en la evaluación pretest de la mayoría de los participantes se identificó una ausencia de síntomas de ansiedad y depresión, ocasionando un efecto de piso (las puntuaciones de ansiedad y depresión estaban bajas desde el inicio de la intervención) por ello no se identificaron cambios a raíz de la aplicación de los procedimientos clínicos. Esta ausencia de sintomatología también coincide con estudios realizados en población mexicana, como el de Onofre et al. (2021) y el de Gómez-Francisco et al. (2021) quienes señalan bajo porcentaje de personal de salud con ansiedad y depresión.

No obstante, es necesario, mantener vigilados estos aspectos, ya que Obando et al. (2020) mencionan que los profesionales de la salud, específicamente el personal de enfermería se encuentra en constante riesgo de alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión, sin embargo, de acuerdo con Gómez-Francisco et al. (2021), puede haber una negación de la propia salud mental o normalización de síntomas; estos autores refieren que los profesionales de salud pueden cerrarse emocionalmente y buscar mantener la imagen social de equilibrio con la que comúnmente se asocia, por esta razón, Onofre et al (2021), enfatiza la necesidad de informar y orientar sobre las características de ansiedad y depresión.

En este estudio también se analizó la correlación de las dimensiones de burnout ansiedad y depresión con variables sociodemográficas y laborales. Se identificó que tener

más de un hijo se asoció con mayor AE, pero menor depresión, lo que resulta interesante, ya que estudios antecedentes han marcado que el AE puede aumentar el riesgo de depresión (Cañadas-De la Fuente et al., 2018b; De la Fuente-Solana et al., 2017; Mousavi et al., 2017; Ortega-Campos et al., 2019; Yildiz, 2021), sin embargo, de acuerdo a los resultados de este estudio, pudiera interpretarse que tener hijos es un factor protector de trastornos afectivos como depresión, aun cuando tienen índices de AE.

Además, estar casada o en unión libre, se asoció con mayor AE, DP, depresión y menor RP, sumado a la relación entre número de hijos y los niveles de AE, son datos que difieren de otros estudios en el que no tener pareja ni hijos fueron las variables que se asociaron en mayor medida con las manifestaciones del burnout y estar casados se ha relacionado con niveles más bajos (Cañadas-De la Fuente et al., 2018a; Nabizadeh-Gharghozar et al. 2020). Estos resultados puede tener su explicación en el hecho de que los participantes de este estudio comentaron enfrentarse a múltiples actividades personales al tener hijos y pareja, que combinadas con su actividad profesional resultaban desbordantes, tal como lo mencionó una de las participantes: *“te han enseñado que tienes que tener vocación como enfermera y como madre de familia, pero la realidad es otra, es muy difícil sobrellevar las dos cuestiones, a veces quieres renunciar a una u a otra cosa y el cansancio mental que provoca pensar esto hasta da miedo”*.

Por otro lado, se encontró que los participantes con estudios a nivel licenciatura se asociaron con mayores puntajes en ansiedad y depresión, lo que coincide con otros estudios en los que se señalan a los profesionales de enfermería con mayor preparación como aquellos con mayor presencia de esta sintomatología (Fernandez et al., 2018; Simón et al., 2022).

Entre las variables laborales, la DP se asoció con trabajar en instituciones públicas como el IMSS, esto coincide con un estudio realizado por García-Torres et al. (2021) en el que se encontró que el personal de salud de instituciones públicas de México puntúan

niveles más altos de DP que los que trabajan en instituciones privadas, los autores concluyen que esto puede deberse a las carencias de personal, falta de capacitación, falta de reconocimiento, poca supervisión del desempeño, entre otros aspectos, presentes en mayor proporción en el sector público. Por otra parte, se encontró que a más horas de trabajo mayores puntuaciones de AE, mismos resultados se han encontrado en otras investigaciones como las de Álvarez-Reza et al. (2021), Nabizadeh-Gharghozar et al. (2020), Aiken et al. (2011), Rezaei et al. (2018), Dall’Ora et al. (2020), quienes han reportado a las largas jornadas de trabajo como uno de los principales riesgos organizacionales para desarrollar burnout.

Asimismo, se encontraron asociaciones de moderadas a fuertes entre las variables estudiadas; se reportó que altos índices de AE se asociaron a mayores niveles de DP y depresión, a su vez, mayor DP se asoció con mayor ansiedad, de la misma manera se observó que a mayor ansiedad mayor depresión. Estos resultados han sido fuertemente asociados en personal de enfermería, según estudios antecedentes (Cañadas-De la Fuente et al., 2018b; De la Fuente-Solana et al., 2017; Ortega-Campos et al., 2019; Stocchetti et al., 2021; Yildiz, 2021).

Debido a que el burnout es una respuesta al estrés crónico laboral, se identificaron situaciones estresantes que los participantes percibían en su labor profesional; múltiples actividades en el ámbito profesional y personal que no les permitía tener un “balance” en su vida, aspectos laborales como mala organización en sus áreas, falta de personal, mala relación con sus pares y personal médico, así como realizar procedimientos complejos, estas situaciones descritas coinciden con lo reportado en la literatura sobre los factores de riesgo individuales y laborales para desarrollar burnout (Aiken et al., 2011; Dall’Ora et al., 2020; Nabizadeh-Gharghozar et al., 2020; Rezaei et al., 2018), lo que denota la importancia no solo de intervenciones a nivel personal, sino también contextual en

hospitales que permitan reducir estos riesgos por la salud física y psicológica de sus trabajadores.

Cabe señalar que los participantes, al momento del estudio, se estaban enfrentando (o recientemente se habían enfrentado) a la pandemia por COVID-19, por lo que también describían como situaciones estresantes el tener altas demandas de trabajo, estar presentes en áreas con alto riesgo de contagio, aumento de hospitalizaciones en cada ola de contagios y alta mortalidad, estos mismos estresores han sido reportados por numerosos estudios como los de Bellanti et al. (2021), Drennan y Ross (2019), Kang et al. (2020) y Galanis et al. (2021).

Esta investigación demostró a través de análisis estadístico grupal y cambios clínicos individuales, que las estrategias utilizadas en el taller cumplieron el objetivo de reducir manifestaciones del burnout con cambios estadística y clínicamente significativos, así como tamaños del efecto de moderados a altos, alcanzados en la evaluación posttest, inmediatamente terminado el taller, y en la evaluación a un mes de seguimiento. En el caso de ansiedad solo se encontraron cambios estadísticamente significativos con tamaño del efecto mediano, en la evaluación posttest, aunque no se mantuvieron en el seguimiento.

A pesar de que, en general, no se reportaron altos índices de sintomatología ansiosa y depresiva, el análisis individual a través del cambio clínico objetivo permitió detectar aquellos participantes que mostraban síntomas moderados a clínicamente relevantes que, tras la intervención, disminuyeron su sintomatología, con cambios clínicos significativos, lo que demuestra la utilidad y eficacia de las técnicas abordadas en el taller.

Se realizó una intervención grupal, de la misma manera que otros estudios (Alenezi et al., 2019; Bagheri et al., 2019; Vázquez-Ortiz et al., 2012). No obstante, en comparación con estos estudios previos, para esta investigación se adaptaron técnicas de intervención a través de un taller vía remota en modalidad sincrónica, lo cual resulta una

alternativa viable para derribar barreras en la atención de la salud psicológica del personal de enfermería, como las detectadas por Günüs y Üstün (2009), quienes identificaron que entre las principales dificultades para el acercamiento de esta población a programas de intervención para el tratamiento de burnout fueron las condiciones de trabajo (falta de apoyo de la coordinación y horarios de trabajo extensos).

Otra contribución importante de este estudio fue la obtención del tamaño del efecto, ya que esto permitió identificar si las diferencias obtenidas entre las mediciones de las variables estudiadas estaban influidas por el taller. Asimismo, la evaluación del cambio clínico permitió analizar de cerca los efectos de la intervención por participante. Tanto los tamaños del efecto reportados de medianos a grandes, como los cambios clínicos significativos en muchos participantes, aportan evidencia y soporte sobre la efectividad que tuvo la intervención.

Por otro lado, es importante mencionar que los resultados de esta investigación pueden verse limitados debido a que durante la evaluación inicial los participantes puntuaron con bajos niveles de burnout, ansiedad y depresión, lo que pudiera dificultar el análisis de la efectividad del taller al momento del seguimiento. Pese a ello, se decidió considerar la población para la identificación temprana de signos relacionados a estas afectaciones, esto puede explicar el efecto que hubo durante la evaluación postest, inmediatamente después de aplicado el taller, en el que aumentaron los niveles de burnout. Asimismo, las puntuaciones que decrementaron en el seguimiento pudieran deberse a la utilidad e importancia que tuvo el taller para implementar estrategias contra la progresión de sintomatología y complicaciones relacionadas.

Otras limitaciones obedecen propiamente a la naturaleza del diseño preexperimental dado que no se contó con un grupo de comparación, la falta de aleatorización y un reducido número de participantes, por esto se propone que futuras investigaciones se centren en evaluar los efectos clínicos de este tipo de intervenciones,

mediante diseños experimentales con grupos de comparación y posteriormente la aplicación de ECA.

También se recomienda evaluar los efectos de las intervenciones en periodos más amplios, debido a que en estudios anteriores se ha observado que los cambios pueden no mantenerse en evaluaciones que han hecho de seis meses a un año posterior a la intervención (Günüs & Üstün, 2010; Vázquez-Ortiz et al., 2012).

En cuanto a la intervención, se sugiere continuar con programas breves, en formato grupal y vía remota, ya que esto permite adaptarse a los tiempos demandantes del personal de enfermería, también es recomendable agregar un módulo de habilidades de comunicación, pues los participantes de este estudio enfatizaban los problemas con sus compañeros de trabajo como situaciones estresantes con las que se enfrentaban constantemente, por lo que la estrategia de habilidades de comunicación resulta relevante para disminuir burnout, especialmente en la manifestación de DP.

Asimismo, es importante brindar psicoeducación ya que en este estudio permitió que los participantes identificaran las manifestaciones del burnout, y dejaran de normalizar la sintomatología, lo que probablemente explica que en la evaluación posttest aumentaran sus puntuaciones en AE y RP, sin embargo, no se brindó psicoeducación sobre ansiedad y depresión, lo cual, de acuerdo con Onofre et al. (2021), podría mejorar la consciencia de salud mental, dejando de estigmatizarla por el profesional de la salud.

En cuanto a la validez social de la intervención, al finalizar el taller los participantes indicaron que los participantes estuvieron satisfechos con las actividades programadas durante cada sesión, los comentarios de los participantes enfatizaban que les pareció “sencillo” seguir cada sesión, aunque, en algunas actividades como gamificaciones y encuestas se dificultó entender la dinámica de la página web en la que tenían que participar, es por esto que el índice de participación en las actividades varió (52 y el 100%), por lo anterior, se sugiere que en futuras intervenciones a distancia se incluya un

tutorial con explicaciones breves y detalladas de cómo operar las páginas web y aplicaciones que serán utilizadas en la intervención, además se recomienda alojar los materiales en una plataforma web disponible en todo momento con el objetivo de que los participantes puedan acceder y consultar los materiales revisados durante la intervención de forma simultánea y asincrónica.

Finalmente, se integró una intervención y se puso a prueba el efecto de los procedimientos clínicos vía remota. A raíz de los resultados obtenidos de esta investigación, se puede concluir que el taller implementado fue eficaz para reducir las manifestaciones de burnout, así como sintomatología ansiosa y depresiva.

## **2. Reporte de experiencia profesional**

El siguiente apartado presenta el reporte de experiencia profesional desarrollado a lo largo del programa de residencia en Medicina Conductual (MC); se comienza con la contextualización de la MC a nivel mundial y en México, las características de la sede hospitalaria, así como la ubicación y las actividades de la residente en la sede, además se desglosan las actividades realizadas tras la migración al trabajo en modalidad vía remota. Por último, se describen las competencias profesionales alcanzadas y la retroalimentación al trabajo realizado.

### **2.1 Breve contextualización de la medicina conductual a nivel mundial y en México**

La MC es una disciplina que parte de la ciencia del comportamiento, cuyo objetivo es el abordaje integral del paciente considerando una serie de conductas que influyen en el desarrollo de enfermedades agudas y/o crónicas. El trabajo multidisciplinario que demanda tiene diversas metas como la curación del paciente (en su caso, la rehabilitación) o la mejora de la calidad de vida en enfermedades terminales (Reynoso, 2014).

Esta disciplina explica, a través de los procesos de aprendizaje clásico y operante, las relaciones funcionales de las conductas problema y el malestar emocional que se predispone a raíz de una condición médica crónica; además, genera investigación clínica con herramientas que parten del análisis experimental de la conducta (Rodríguez, 2010).

Desde su desarrollo, los exponentes de la MC más allá de solo documentar los problemas relacionados con la salud en padecimientos asociados al tabaquismo, obesidad o estrés, asumieron el reto de desarrollar intervenciones clínicas y documentar

los efectos e impacto que estas generan en el comportamiento y la disminución del malestar psicológico del individuo (Freedland, 2019).

La investigación que se ha impulsado desde la MC principalmente en padecimientos cardiovasculares y oncológicos y sus aportaciones al campo de la salud le han permitido un desarrollo en el ámbito hospitalario, generando una colaboración interdisciplinaria en el tratamiento de otros padecimientos creando y adaptando programas de intervención (Trask et al., 2002).

Actualmente es una disciplina consolidada, pero fueron muchos los acontecimientos que favorecieron su aparición y desarrollo.

Desde el surgimiento de la OMS, en 1948, se planteó que el concepto de salud debía ser entendido como un completo estado de bienestar físico, mental y social, dejando a un lado la postura en la que se refería a la salud únicamente como la ausencia de enfermedad; tan solo esta definición ya denotaba la importancia de un modelo multidisciplinario inmerso en el ámbito de la salud (Reynoso, 2011).

Posteriormente, durante la década de 1960 los neurocientíficos, influenciados por sus teorías localizacionistas comenzaron a cuestionar la eficacia de la psiquiatría de corte psicoanalítica. En defensa de esta disciplina, Engel en 1977 publicó *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, en el que hizo una crítica al modelo biomédico reduccionista predominante, y fue en 1980 con su publicación *The Clinical Applications of the Biopsychosocial Model* que propone el modelo biopsicosocial para contrarrestar el reduccionismo biologicista de la medicina, proponiendo estudiar al individuo con una mente y con capacidad de sentir, percibir y pensar, considerando también el contexto social en el que se encuentra inmerso (Dapueto, 2016).

Sin embargo, antes de la presentación del modelo biopsicosocial, dos acontecimientos tuvieron lugar; por un lado, el Dr. Omran en 1971, con su teoría de la transición epidemiológica, postuló que existen patrones de salud y enfermedad

susceptibles a determinantes demográficos, económicos y sociológicos, concluyendo además, que la población estaba pasando de una etapa con altos niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas a otra en la que la mortalidad se redujo notablemente a causa de enfermedades degenerativas (Rubén, 2001). Teniendo estas últimas componentes comportamentales y con el fin de disminuir las enfermedades, se dio paso a importantes reuniones, como la *Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk: Proceedings of a Conference* en Washington en 1974, donde médicos comenzaron a interesarse en el papel del comportamiento en la etiología de la enfermedad (Reynoso, 2014).

Por otro lado, en el año 1973, se utilizó por primera vez el término “medicina conductual” por el psiquiatra norteamericano Lee Birk, en el título de su libro: *Biofeedback: Behavioral Medicine* con el cual aplicaba la biorretroalimentación y terapias conductuales a pacientes con problemas médicos como migrañas, epilepsia y arritmias cardíacas (Keefe, 2011).

Fue así, que la MC surgió en 1977, cuando se organizó la *First Conference on Behavioral Medicine* en la Universidad de Yale en la que se dieron cita importantes especialistas en el área de la salud y de las ciencias sociales con el objetivo de promover una buena comunicación interdisciplinaria. Durante esta reunión, se definió por primera vez la MC como el campo interdisciplinario de Integración de conocimientos biomédicos y conductuales para la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades (Rodríguez, 2010).

En 1978, algunos miembros de la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* formaron la Sociedad de Medicina Conductual (SBM, por sus siglas en inglés) con W. Stewart Agras como primer presidente (Reynoso, 2011). Los años 80 y principios de los 90 fueron testigos de un crecimiento acelerado en las áreas de la MC; en 1985 la

SBM lanzó su propia revista *Annals of Behavioral Medicine*, mientras que en 1990 se fundó la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (ISBM) durante el Congreso Internacional de Medicina Conductual celebrado en Suecia (Keefe, 2011).

Paralelamente a lo que surgía en Estados Unidos, en México desde principios de la década de 1960, un grupo de psicólogos conformado por Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado, en la Universidad Veracruzana marcaron el inicio del análisis de la conducta en México, lo que significó la incorporación de la psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta. A partir de entonces, en México se sentó el análisis conductual aplicado y en 1975 en la Ciudad de México, se llevó a cabo el tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la conducta con la participación de B. F. Skinner, dando las bases para la consolidación de la investigación conductual en México (Rodríguez, 2010).

Aunado a lo anterior, en 1978, en la entonces llamada ENEP Iztacala, se ofertó el posgrado en modificación de conducta, convirtiéndose en el primer antecedente académico de la MC en México ya que contaba con áreas sobre estrés, retroalimentación biológica y enfermedades crónicas. Años después, en 1981 se desarrolló en esta misma sede el primer simposio internacional sobre medicina conductual en México, organizado por Seligson (Reynoso, 2014).

En la facultad de psicología de la UNAM también se desarrolló el programa de maestría en psicología general experimental con énfasis en salud, allí también se comenzaron importantes intervenciones llevadas a cabo por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz sobre biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres, paresias y algunos tipos de epilepsia (Rodríguez, 2010).

Ambos programas de posgrado fueron muestra de los esfuerzos de grupos académicos, fortalecidos por la Ley General de Salud en 1984, que permitía a los psicólogos de la salud realizar investigación en hospitales y la inserción de alumnos de

otras disciplinas diferentes a la medicina en el ámbito hospitalario. A finales del siglo XX, la UNAM reorganizó los estudios de posgrado, y la residencia en MC en la FES Iztacala inició su funcionamiento en marzo de 1999 (Reynoso, 2011).

En cuanto a la difusión, en el 2001 se fundó la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual con Graciela Rodríguez Ortega como su presidenta, siguiendo con diferentes eventos; en 2002 se organizó el Coloquio de Medicina Conductual, que dio como resultado el primer libro de Medicina Conductual en México, en 2005 la Primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual, junto a la Sociedad Internacional de Medicina Conductual, en 2006 el Coloquio de Medicina Conductual “Manejo de las enfermedades crónico-degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro”, mientras que en el 2009 se organiza el Coloquio de MC en el que participaron científicos de otras entidades de México y otras disciplinas relacionadas a la salud, reconociéndose el desarrollo de la MC en diversas partes de México (Rodríguez, 2010).

El avance del de la MC en México siguió en los años posteriores y con ello diferentes retos a enfrentar como la formación de recursos humanos con habilidades profesionales encaminadas al actuar del médico conductual, por lo que instituciones como la Facultad de Psicología y la FES Iztacala eran referentes, de tal forma que al menos hasta el 2013 habían ingresado 16 generaciones consolidando psicólogos en diferentes sedes hospitalarias desarrollando acciones multidisciplinarias (Reynoso, 2014).

Aunado a lo anterior, otro reto a enfrentar fue el surgimiento la COVID-19 en el 2019, que supuso el confinamiento al año siguiente y, por lo tanto, la interrupción de asistencia de los residentes a las sedes hospitalarias, esto llevó a docentes y alumnos de la FES Iztacala planear un modelo de trabajo que permitiera la educación de calidad para continuar entrenando a los alumnos en la evaluación e intervención de personas con enfermedad crónica, ofreciendo actividades vía remota, sincrónicas y/o asincrónicas, a través de las tecnologías de información (Reynoso, 2021). Fue así como la generación de

residentes de MC del 2019, enfrentaron dos nuevos desafíos, el primero de ellos fue el diseño de intervenciones vía remota para distintas poblaciones con padecimientos crónicos utilizando tecnologías de fácil acceso y uso; el segundo reto obedeció a atender las secuelas de carácter psicológico ocasionadas por la pandemia en sobrevivientes de la enfermedad.

Pese a los cambios y desafíos, el programa de residencia en MC de FES Iztacala continuó adaptándose para cubrir el objetivo de formar profesionales de maestría capacitados para la resolución de problemas psicológicos con pacientes con enfermedades crónicas.

A continuación, se presenta el bosquejo de las actividades realizadas por la residente durante el programa de MC en el hospital sede asignado, así como las actividades adaptadas vía remota.

## **2.2. Características de la sede: Hospital Juárez de México**

El Hospital Juárez de México (HJM) es una institución cuya misión es proporcionar a los pacientes atención médico-quirúrgica conforme a los principios de participación social, competencia técnica y calidad. Sus valores principales son humanismo, calidad, honestidad, responsabilidad, innovación, transparencia y rendición de cuentas (Secretaría de Salud, 2014).

### **2.2.1 Ubicación**

Las instalaciones del HJM se ubican al norte de la Ciudad de México en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 dentro de la Colonia Magdalena de las Salinas en la alcaldía Gustavo A. Madero, con código postal 07760 (Secretaría de Salud, 2017a).

Se compone de seis edificios, organizados por letras, en los que se distribuyen los diversos servicios que ofrece para la atención al paciente, así como un estacionamiento de dos niveles:

- Edificio A: Consulta externa, archivo clínico y cajas.
- Edificio B: Rayos X, cirugía refractiva, hemodiálisis, nefrología, trasplantes, oficinas de gobierno y auditorio.
- Edificio C: Quirófanos, terapia intensiva, urgencias, patología, medicina nuclear, oncología, rehabilitación y medicina física.
- Edificio D: Hospitalización, admisión, trabajo social, banco de ojos, escuela de enfermería y laboratorio clínico.
- Edificio E: Enseñanza e investigación y Aula Magna.
- Edificio F: Servicios generales y mantenimiento.

### **2.2.2 Historia**

El HJM, es considerado como una de las instituciones de salud con mayor trascendencia en la historia del país. Fue inaugurado el 23 de agosto de 1847 a cargo de Sor Micaela Ayanz, bajo el nombre de Hospital de San Pablo con el objetivo de atender a soldados heridos durante la guerra con Estados Unidos. En los años posteriores, fue utilizado como campo para la enseñanza, hasta que, en tiempos de la Reforma y la intervención francesa, en 1863, fue requerido de nueva cuenta para auxiliar heridos (Secretaría de Salud, 2014). Desde sus inicios, el HJM ha sido marcado por acontecimientos importantes de avance en la medicina en México y fue adquiriendo reconocimiento y prestigio en el plano quirúrgico, llegando a ser considerado “*cuna de la cirugía en México*”; por mencionar algunos de estos acontecimientos destacan la construcción de un ano artificial en 1857, la primera transfusión de sangre en América en

1860, primera resección de hombro y desarticulación coxo-femoral en América Latina en 1864, primera radiografía mexicana en 1896, se funda el primer banco de sangre y banco de huesos del país en 1942 y 1945, respectivamente (Salud Pública, 2016; Secretaría de Salud, 2014).

El cambio de nombre a Hospital Juárez fue iniciativa del regidor de la Ciudad, García López en el año 1872 en conmemoración de Benito Juárez después de su muerte. Desde este periodo, el hospital comenzó a crecer paulatinamente; en 1881 se hizo una importante remodelación con la creación de varias salas que hicieron posible la ampliación de los servicios; en 1947, como parte de los festejos de su primer siglo, se remodelaron y construyeron nuevos edificios, y en 1970, se vuelve a remodelar, contando con instalaciones para consulta externa, servicios generales, hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno, servicio de cirugía experimental e investigación clínica, y residencia de médicos (Secretaría de Salud, 2014).

Con el terremoto de 1985, un edificio del hospital se derrumbó dejando varias víctimas, fue entonces que el gobierno destinó fondos a la Secretaría de Salud para construir nuevas instalaciones, mismas que fueron inauguradas en 1989 en la sede en la que actualmente se encuentra (Salud Pública, 2016).

Tras un nuevo sismo en el 2017, quedaron dañadas algunas instalaciones y fueron reemplazadas con un proyecto de gran infraestructura y equipamiento de alto nivel que beneficiaría a los estudiantes, fortaleciendo las actividades académicas realizadas en el Hospital (Gobierno de México, s.f)

Otro gran cambio sufrido por el HJM fue en el año 2020 durante la pandemia por COVID-19; ya que fue designado por la Secretaría de Salud para la atención de pacientes sospechosos y confirmados a SARS-CoV-2, destinando 166 camas en urgencias, hospitalización y terapia intensiva, cambiando así su modelo de atención a través de una reconversión hospitalaria, que permitió establecer un modelo híbrido de atención para

patologías respiratorias y no respiratorias. En el año 2021, comenzó su fase inicial de “des conversión”, con la finalidad de retomar las atenciones médico-quirúrgicas que fueron temporalmente suspendidas (Gobierno de México, s.f.).

### **2.2.3 Nivel de atención**

Hoy en día, el HJM es una institución de salud de tercer nivel, cuya atención es especializada, de mayor complejidad y con actividades de investigación clínica y básica (Antonio, 2019).

De acuerdo con Lugo (2021) la misión del HJM es:

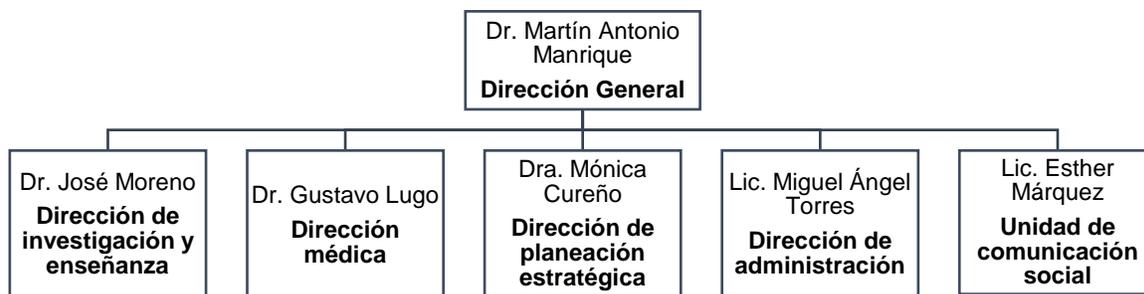
Proporcionar a los pacientes atención médico-quirúrgica conforme a los principios de participación social, competencia técnica y calidad; con pertinencia cultural, trato digno, humano y no discriminatorio, asociado al apoyo y aplicación de la investigación y formación de recursos humanos en un marco de transparencia y alineada a las prioridades nacionales. (p. 9)

### **2.2.4 Servicios de la sede**

El HJM coadyuva en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, como Hospital Federal de Referencia, proporcionando servicios médicos de alta especialidad para la población vulnerable o sin seguridad social que demandan servicios de atención. Para el cumplimiento de este objetivo, en el año 2020 se encontraba dividido en seis direcciones con funciones y objetivos específicos; dirección general, dirección de investigación y enseñanza, dirección médica, dirección de planeación estratégica, dirección de administración y unidad de comunicación social (Ver Figura 8) (Antonio, 2019).

## Figura 8

### Organigrama de áreas directivas del Hospital Juárez de México



Nota. Organigrama de las seis direcciones del HJM en el año 2020 retomado de Antonio (2019).

Siendo un hospital de tercer nivel de atención, el hospital cuenta con 47 especialidades divididas en 6 servicios (Secretaría de Salud, 2017b):

- Cirugía. Lo conforman las especialidades de anestesiología, angiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y reconstructiva, endoscopia, medicina física y rehabilitación, neurocirugía, oftalmología, oncología, ortopedia, otorrinolaringología, trasplantes y urología.
- Medicina. Conformado por alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, hematología, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, preconsulta, psiquiatría, reumatología y salud mental comunitaria.
- Pediatría. Formado por cirugía pediátrica, neonatología, pediatría médica, urgencias pediatría, unidad de terapia intensiva pediátrica.
- Gineco-obstetricia. Biología de la reproducción, ginecología y obstetricia.
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Anatomía patológica, banco de sangre, laboratorio clínico, medicina nuclear, neurofisiología clínica, radiología e imagen.

- Dirección médica. Homeopatía, toxicología, unidad de vigilancia epidemiológica-infectología.

## **2.3 Ubicación de la residente en la sede**

A partir de junio del 2019, uno de los cambios importantes dentro de la sede, fue incorporar la unidad de MC dentro del servicio de Salud Mental Comunitaria bajo la dirección, en ese entonces, de la Mtra. Michelle Charlier Kuri, esta unidad permitió el ingreso a los residentes dentro de diversos servicios médicos, entre ellos, el servicio de Oncología.

### **2.3.1 Salud mental comunitaria**

Los residentes de MC se ubicaron dentro de la unidad de Salud Mental Comunitaria, este servicio se encuentra conformado por nueve adscritos; cuatro encargados solo de consulta externa y cinco más en consulta externa y hospitalización. Además de la unidad de MC, el servicio también recibe estudiantes de licenciatura y maestría de la Universidad de Londres, la Universidad de las Américas, el IPN, UNAM y centro ELEIA.

El servicio de Salud Mental asigna a los estudiantes de la residencia de MC en siete servicios médicos: oncología, oncología pediátrica, hematología, clínica del dolor, medicina interna, cirugía y geriatría, en los cuales se encargan de detectar e intervenir en necesidades psicológicas de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en el área de consulta externa y hospitalización, además de canalizar apropiadamente los casos que no competen a la intervención de la MC al servicio de Salud Mental. Con esto se logra un trabajo interdisciplinario por el bienestar del paciente, todo bajo la supervisión

in situ de la Mtra. Cintia Sánchez Cervantes y la supervisión académica de la Dra. Cristina Bravo González y la Mtra. Maetzin Ordaz Carrillo.

### **2.3.2 Servicio asignado: oncología**

El cáncer es un cúmulo de alteraciones que conlleva múltiples enfermedades, cuya característica es el crecimiento y diseminación descontrolado de células que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, suele invadir tejido circundante y provocar metástasis en puntos distantes del organismo (Rivera, 2017).

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en cinco principales categorías dependiendo el sitio donde se desarrollan (INFOCANCER, 2019):

- Carcinoma: Piel o tejidos que cubren los órganos internos.
- Sarcoma: Hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.
- Leucemia: Comienza en el tejido donde se forma la sangre (médula ósea).
- Linfoma y mieloma: Se desarrollan en las células del sistema inmunitario.
- Cánceres del sistema nervioso central: Tejidos del cerebro y de la médula espinal.

Una vez confirmado el diagnóstico y el tipo de cáncer se averigua si se ha propagado y a qué distancia, para tomar decisiones sobre el tratamiento adecuado, este proceso del cáncer se le llama estadificación o agrupación por etapas y generalmente se realiza a través del sistema TNM de la *American Joint Commission on Cancer* (AJCC) que se basa en (American Cancer Society, 2016):

- T: tamaño del tumor y si éste ha crecido hacia áreas cercanas.
- N: si el cáncer ha alcanzado los ganglios linfáticos cercanos.
- M: si el cáncer se ha hecho metástasis (propagado) a otras partes del cuerpo.

Cuando se determinan las categorías T, N y M, se realiza la agrupación por etapas, combinando la información para encontrar la etapa del cáncer que se puede situar en 5 etapas, los tipos de cánceres en etapas más tempranas se identifican como etapas 0 y posteriormente van desde etapas I a IV, algunas de las etapas se dividen en subetapas A, B y C (American Cancer Society, 2016).

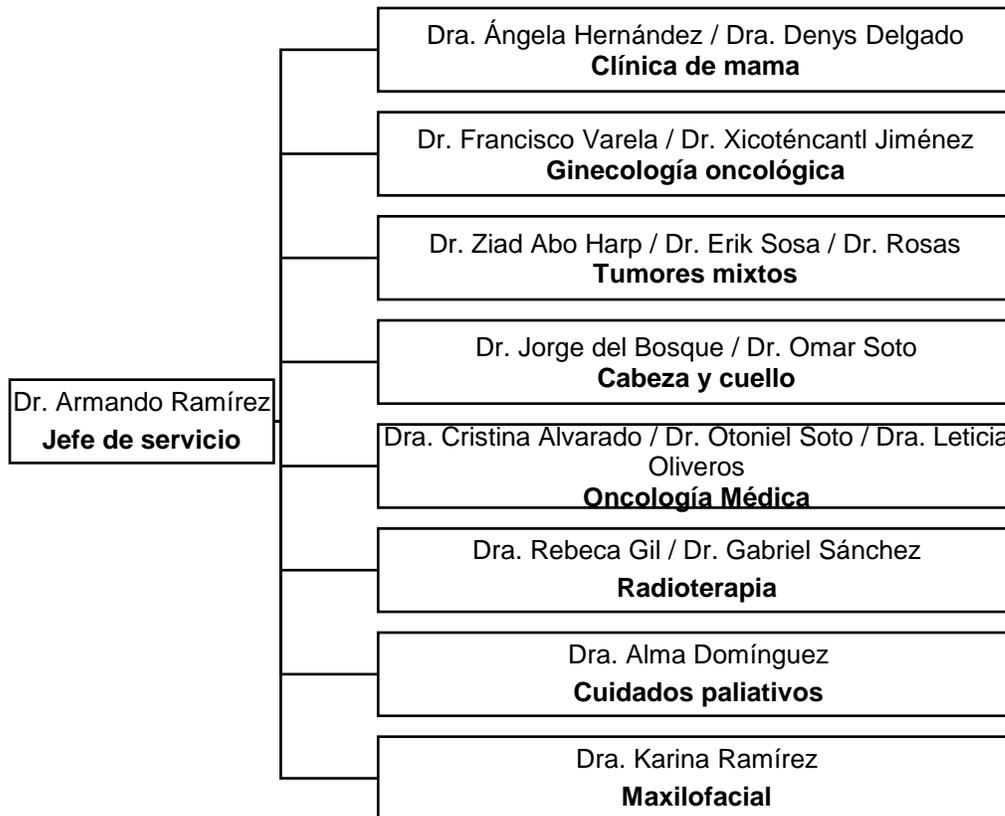
De manera general, el tratamiento del cáncer implica tres tipos de procedimientos divididos en: a) tratamientos locales, que tratan el tumor sin afectar el resto del cuerpo, incluye cirugía y radioterapia; y b) tratamiento sistémico, administrado vía oral o por el torrente sanguíneo alcanzando células cancerosas en cualquier parte del cuerpo, incluye la quimioterapia (American Cancer Society, 2015).

Dada la complejidad del estudio y tratamiento del cáncer, existe la oncología, rama de la medicina encargada de estudiar los tumores o neoplasias, principalmente malignos. El presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología, el Dr. Rivera, ha considerado a la oncología como una disciplina “joven”, ya que sus antecedentes modernos en la praxis clínica datan de finales del siglo XIX (Rivera, 2017).

Uno de estos centros importantes en el país, es el HJM con su servicio de oncología dirigido por el Dr. Ramírez. El servicio lo conforman médicos residentes, personal de enfermería y trabajo social, así como 16 médicos adscritos especializados en alguna de las seis unidades médicas terapéuticas: clínica de mama, ginecología oncológica, tumores mixtos, cabeza y cuello, oncología médica y radioterapia, así como dos clínicas de apoyo: clínica del dolor y maxilofacial. (Ver Figura 9).

**Figura 9**

*Organigrama del servicio de oncología del HJM*



*Nota.* Adaptado de Antonio (2019).

El servicio se ubica en el edificio C, y cuenta con 4 áreas:

- Hospitalización
- Consulta externa
- Quimioterapia ambulatoria
- Radioterapia

La residente de MC dentro del servicio de oncología tuvo la oportunidad de trabajar en el área de hospitalización ubicado en el primer piso lado norte, esta área se encuentra conformada por siete salas de seis camas cada una, dos salas en área de aislamiento con tres camas cada una y una sala en el cuarto piso con seis camas, cabe

resaltar que en ocasiones, por la demanda, el servicio requiere de camas de otros servicios como medicina interna, cirugía o gineco-obstetricia.

## **2.4 Actividades desarrolladas en la sede**

En el área de hospitalización del servicio de Oncología, la residente de MC, tuvo diversas áreas de trabajo ya que ingresaron pacientes debido a: a) protocolo de estudios, es decir, aquellos que no tienen un diagnóstico confirmado de cáncer, por lo que les realizan biopsias, resonancias magnéticas, tomografías entre otros procedimientos para poder determinar el diagnóstico; b) para recibir tratamiento de quimioterapia, en cuyo caso, la estancia es de 3 a 5 días; c) por procedimientos quirúrgicos; o d) por mejora de condiciones, incluyendo pacientes con dolor oncológico que son remitidos a la clínica de dolor. A continuación, se describe la importancia de la presencia de apoyo psicológico en el servicio.

### **2.4.1 Justificación del psicólogo en el servicio oncología**

De acuerdo con datos epidemiológicos de México, el cáncer es una de las enfermedades más frecuentes en el país, solo detrás de enfermedades cardiovasculares y de la diabetes mellitus.

Según estadísticas de la *International Agency for Research on Cancer* (2020), a través de su plataforma web GLOBOCAN, en México se diagnosticaron 195 499 nuevos casos de cáncer. Entre los más comunes divididos por sexo, fueron (por orden de incidencia): cáncer de mama, cervicouterino, de tiroides, colorrectal y cuerpo uterino en mujeres; mientras que en hombres cáncer próstata, colorrectal, de estómago, pulmonar, linfoma no Hodgkin. Asimismo, se conoce que en el país, del 50 al 90% de los pacientes, llegan ser diagnosticados en su mayoría en fases III o IV al momento del diagnóstico, es

decir, con cáncer localmente avanzado o metastásico, con afectaciones graves en su calidad de vida y limitando la probabilidad de sobrevivencia (Rivera, 2017).

Kangas y Gross (2017) refieren que los pacientes con cáncer experimentan una trayectoria que contempla etapas desde el diagnóstico previo (o prediagnóstico), hasta la fase de cuidados al final de la vida, en algunos casos. Esta trayectoria no es lineal, debido a que un paciente puede ser diagnosticado en etapas avanzadas y los cuidados paliativos o al final de la vida será la opción terapéutica, o un paciente puede llegar a la fase de remisión o sobrevivencia y luego experimentar una recurrencia, esto ejemplifica que el cáncer es una experiencia dinámica que puede diferir entre los pacientes incluso con el mismo tipo de cáncer.

Dentro de esta trayectoria de la enfermedad, es necesario reconocer que el cáncer no solo afecta a nivel físico, sino también personal, familiar, escolar, laboral, social y espiritual, no sólo directamente al paciente que padece cáncer, sino también a sus cuidadores o familiares, además de tener un impacto también en los profesionales de la salud envueltos en ese contexto (Wang et al., 2019).

Ante esta situación es que se incorpora la MC dentro del trabajo de la oncología para un abordaje integral para el paciente con cáncer y sus familiares. Las intervenciones psicológicas, principalmente de corte cognitivo-conductual han sido efectivas para cubrir las necesidades de aquellos que experimentan la enfermedad (Becerra, 2014).

Para comprender las líneas de acción del médico conductual en oncología, a continuación, se describen los principales desafíos que experimentan los pacientes con cáncer de acuerdo con la etapa de la enfermedad, los cuales van a generar afectaciones psicológicas, dependiendo de factores como la edad y el sexo del paciente, el sitio donde se localiza la neoplasia, el estadio de la enfermedad, los efectos del tratamiento, así como el pronóstico médico (Stanton et al., 2018).

### ***Fase de pre-diagnóstico***

Se produce cuando la persona detecta los primeros síntomas y busca asesoramiento médico. La sospecha de padecer cáncer genera en los pacientes miedo y ansiedad, por otro lado, puede haber pacientes que no se imaginan ni sospechan tener esa enfermedad por lo que al momento del diagnóstico su impacto es mayor (Becerra, 2014; Kangas & Gross, 2017).

La tarea del médico conductual durante esta etapa es detectar creencias irracionales o anticipadas respecto al origen de la enfermedad, identificar situaciones que generan estrés, ansiedad o depresión, los estilos de afrontamiento y el locus de control, así como, proporcionar información al paciente y familiares relacionadas con la sospecha de malignidad y abordar el probable pronóstico de cáncer (Becerra, 2014).

### ***Fase de diagnóstico***

Una vez confirmado el diagnóstico, es probable que pacientes y/o familiares se encuentren en un estado de *shock*, por lo que es necesario la intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos. Es un periodo de mucha incertidumbre, el impacto psicológico puede durar desde semanas a meses y es caracterizado por presencia de diferentes emociones como ira, negación, culpa y desesperación. En este sentido, la intervención psicológica se debe enfocar a detectar las necesidades de información, emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan presentar los pacientes y familiares con el objetivo de orientarlos para que de esta manera perciban que hay cosas que pueden poner en marcha para hacer frente al cáncer y reducir sintomatología ansiosa, estrés o miedo, generando recursos de afrontamiento y búsqueda de apoyo social (Scharf, 2005).

### ***Fase de tratamiento***

Durante esta fase, el paciente se enfrenta principalmente a dos desafíos. Por una parte, debe tomar decisiones respecto a su tratamiento, lo cual implica tener información suficiente que pocos pacientes refieren tener, pudiendo experimentar incertidumbre y sensación de pérdida de control sobre sus vidas diarias. Por otro lado, deberá hacer frente a los efectos secundarios de los tratamientos, por lo que la calidad de vida se ve comprometida, esto a su vez supone en el paciente la percepción de poco control sobre sus malestares pudiendo generar problemas para adherirse a sus tratamientos y hasta abandono de estos (Scharf, 2005). Por esta razón, la intervención del médico conductual es dotar de información útil y clara sobre el tratamiento, así como potenciar las estrategias del paciente para afrontar y adaptarse a la nueva condición. Esto puede lograrse disminuyendo la ansiedad previa a la cirugía, abordando miedos y temores a los tratamientos, a los resultados futuros, al malestar físico y hasta a los posibles ingresos hospitalarios (Becerra, 2014).

### ***Fase de supervivencia***

Supone una etapa difícil para el paciente, pues tiene que reincorporarse a sus actividades cotidianas pese a los numerosos cambios emocionales, físicos y sociales que puede implicar terminar el tratamiento (Kangas & Gross, 2017).

Aunado a este desafío, estudios como el de Simard et al. (2013) han identificado en pacientes sobrevivientes miedo a la recurrencia como el problema más comúnmente reportado en la literatura. Otros problemas psicológicos más frecuentes son: trastornos adaptativos, ansiedad, estrés y miedo recurrente a la recidiva, por lo que el papel del médico conductual es favorecer el ajuste y mantener las estrategias de afrontamiento funcionales (Becerra, 2014; Scharf, 2005).

### ***Fase de recurrencia o enfermedad metastásica***

Recibir la noticia de recurrencia o enfermedad metastásica puede dar lugar a una serie de estados afectivos como ira, tristeza, y miedo, incluso se considera como una etapa de *shock* aún más intensa que en la fase de diagnóstico, por lo tanto, es común la presencia de ansiedad y depresión. Por lo que las intervenciones psicológicas deben ir dirigidas a abordar y tratar estas sintomatologías o trastornos y que los pacientes se adapten de igual manera a la nueva condición (Stanton et al., 2018).

### ***Fase final de la vida***

Durante esta fase el paciente se aborda con tratamiento paliativo, con el fin de mejorar solo la calidad de vida y disminuir dolor, este cambio se relaciona con reacciones emocionales en pacientes y familiares que suelen ser intensas, tales como negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte. Por lo tanto, la intervención debe ir dirigida a detectar y atender las dificultades que se presenten, ayudar a controlar dolor y síntomas físicos, potenciando estrategias de afrontamiento como toma de decisiones y el control. Asimismo, debe haber un acompañamiento del paciente en su proceso de morir (Scharf, 2005).

Aunado a los aspectos mencionados anteriormente, el médico conductual tiene un papel relevante para trabajar a nivel de prevención educando sobre el cáncer y factores de riesgo. La ejecución y logro de estas funciones tiene como finalidad prevenir posibles complicaciones biopsicosociales y mejorando la calidad de vida del paciente y sus familiares (Becerra, 2014).

Lo anterior destaca la relevancia del papel del médico conductual en el abordaje integral del paciente con cáncer. Por lo que, en adelante, se describen las actividades que

se realizaron en el servicio de oncología, comenzando por la evaluación inicial del servicio y presentando finalmente el reporte de productividad de enero a marzo de 2020.

#### **2.4.2 Evaluación inicial del servicio de oncología**

Debido a los cambios realizados durante el 2019 (comentados en el apartado de ubicación del residente en la sede), el servicio de oncología resultó con algunos cambios; de las áreas con las que cuenta el servicio, la residente solo tuvo oportunidad de trabajo en el área de hospitalización, ya que no se permitió estar dentro de consulta externa, quimioterapia ambulatoria, ni urgencias, debido a que psicoterapeutas adscritos del servicio se encargaban de atender dichas áreas. Esta situación limitó atender pacientes en consulta externa que, según reportes del propio personal médico, es donde ellos necesitan más apoyo, debido a las crisis presentes al comunicar malas noticias. Asimismo, no se permitió a la residente abordar necesidades que podrían haber estado presentes en las salas de quimioterapia ambulatoria.

Otra situación que limitó el trabajo de los residentes de oncología, fue que no se permitió realizar talleres en el servicio, a diferencia de los demás residentes asignados en otros servicios, lo cual fue lamentable ya que se detectaron necesidades en pacientes, familiares y personal médico que son relevantes de abordar, por ejemplo, talleres de información sobre el cuidado del paciente oncológico (dirigido a familiares), de comunicación de malas noticias (para el personal médico), de manejo de emociones (para pacientes).

Pese a las situaciones antes mencionadas, el área de hospitalización tiene diversas oportunidades de trabajo desde la MC. Se encontró al servicio de oncología como un área organizada, con horarios establecidos sobre pases de visitas y para el trabajo de los residentes de primer año (R1) y de segundo año (R2) de MC; desde la asignación de pacientes de nuevo ingreso, hasta la división de R2 y R1 para supervisión y

apoyo de este último, lo cual implicó trabajo en equipo y comunicación eficiente. Asimismo, la comunicación y el trabajo multidisciplinario se vio enriquecido con el acercamiento de la residente MC con el personal de enfermería, personal médico (residentes y adscritos) y trabajo social, quienes estuvieron dispuestos a abordar de forma integral los casos de pacientes oncológicos con necesidades psicológicas identificadas.

### **2.4.3 Actividades diarias**

El objetivo general del programa de residencia en la sede es desarrollar competencias necesarias en el ejercicio psicológico profesional cognitivo-conductual. Buscando detectar, evaluar e intervenir en problemas de pacientes con enfermedad crónica mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la MC, es decir, fundamentados en el modelo-cognitivo conductual.

Para lograr estos objetivos, la residente se presentó formalmente en el HJM dentro del servicio de oncología desde el 6 de enero del 2020 en un horario de 7:00 am a 2:30 pm, con el fin de realizar diversas actividades acordes al plan estructurado bajo convenio de la supervisión académica e in situ que se describen a continuación:

- Supervisión in situ. Se realizó con la Mtra. Cintia Sánchez Cervantes para comentar dudas u observaciones sobre los casos abordados en el servicio, además de supervisar notas clínicas del día.
- Rol de atención a pacientes hospitalizados. Una vez en piso, se realizaba la consulta del censo de pacientes hospitalizados, para asignar los pacientes de cada residente, detectando aquellos subsecuentes y los de nuevo ingreso.
- Pase de visita. Los residentes de MC asignados al servicio acudían a pase de visita de los médicos adscritos y médicos residentes de cada clínica (mama, cabeza y cuello, ginecología, tumores mixtos, oncología médica y cuidados

paliativos) con el fin de conocer los detalles sobre el padecimiento de cada paciente que aportara información importante para las intervenciones psicológicas, así como detectar comportamientos del paciente relevantes durante la notificación de información sobre su evolución.

- Asistencia psicológica a pacientes hospitalizados. De acuerdo con la información y observación recabada durante el pase de visita, se acudía para realizar entrevistas iniciales de rutina o por petición del personal médico, entrevistas subsecuentes con los pacientes y/o, en casos particulares, entrevistas con familiares.
- Elaboración de notas clínicas. Posterior a las entrevistas, se realizaban las notas clínicas iniciales con formato SOAP de acuerdo a la normativa, con los elementos:  
1) Presentación del paciente con nombre, datos sociodemográficos, diagnóstico médico, días y motivo de hospitalización, así como motivo de entrevista (por rutina o por petición del personal médico), 2) Subjetivo, es decir el motivo de consulta, 3) Objetivo, referente al examen mental y elementos psicológicos complementarios, 4) Plan, con un resumen de lo realizado y plan para la siguiente sesión, 5) Impresión diagnóstica psicológica de acuerdo a criterios nosológicos del DSM-IV, y 6) pronóstico psicológico (favorable/reservado). En su caso, se realizaban notas subsecuentes, cuando se acudía a seguimiento y/o notas informativas cuando se atendían crisis, se entrevistaba al familiar por condición médica no favorable del paciente o para complementar la evaluación del paciente.
- Supervisión de notas clínicas por R2. Posterior a la finalización de las notas clínicas y antes de la presentación de éstas a la supervisora in situ para su evaluación, el R2 las revisaba, corregía y retroalimentaba sobre el trabajo realizado.

En la Tabla 19, se muestran las actividades diarias anteriormente descritas organizadas por día y con horarios establecidos.

**Tabla 19***Cronograma de actividades de oncología para residentes de Medicina Conductual*

| Horario     | Día de la semana                           |                                            |                                                                            |                                            |                                            |
|-------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
|             | Lunes                                      | Martes                                     | Miércoles                                                                  | Jueves                                     | Viernes                                    |
| 7:00-8:00   | Supervisión in situ                        | Supervisión in situ                        | Supervisión in situ                                                        | Supervisión in situ                        | Supervisión in situ                        |
| 8:00-9:00   | Pase de visita                             | Pase de visita                             | Sesión general                                                             | Pase de visita                             | Pase de visita                             |
| 9:00-10:00  |                                            |                                            | Sesión bibliográfica                                                       |                                            |                                            |
| 10:00-11:00 | Atención a pacientes en hospitalización    | Atención a pacientes en hospitalización    | Supervisión académica                                                      | Atención a pacientes en hospitalización    | Atención a pacientes en hospitalización    |
| 11:00-12:00 |                                            |                                            | Presentación de caso clínico                                               |                                            |                                            |
| 12:00-13:00 |                                            |                                            | Clase implicaciones psicológicas de las enfermedades crónico-degenerativas |                                            |                                            |
| 13:00-14:30 | Supervisión in situ y elaboración de notas | Supervisión in situ y elaboración de notas |                                                                            | Supervisión in situ y elaboración de notas | Supervisión in situ y elaboración de notas |

*Nota.* Elaboración propia.

**2.4.4 Actividades académicas**

Las actividades académicas desarrolladas durante el programa de residencia se pueden dividir en tres: 1) actividades establecidas por supervisión académica, bajo la dirección de la Dra. Cristina Bravo González y la Mtra. Maetzin Ordaz Carrillo; 2) actividades establecidas por la supervisión in situ de la Mtra. Cintia Cervantes; y 3) actividades que se realizaron en conjunto por ambos programas de supervisión:

***Actividades establecidas por supervisión***

- Sesiones bibliográficas. Durante éstas, se revisaron textos especializados con el objetivo de favorecer y/o mejorar el desempeño de la residente en la práctica

diaria. Además, se analizaban y discutían lecturas pertinentes para apoyar la elaboración del protocolo de investigación a desarrollar.

- Elaboración de reporte de experiencia profesional. La residente elaboró, para su retroalimentación, los diversos componentes del reporte de experiencia profesional, incluyendo la productividad dentro del servicio de oncología.
- Elaboración de protocolo de investigación, dirigido a la resolución de alguna problemática detectada en el servicio.
- Tareas adicionales de acuerdo con las necesidades detectadas por la residente (control de entrevista a pacientes difíciles, primeros auxilios psicológicos).

#### ***Actividades establecidas por supervisión in situ***

- Sesión general. Se dirigen al personal de salud del hospital para comunicar información científica, opiniones y experiencias sobre áreas comunes en la práctica clínica, esta es una actividad fundamental para todos los residentes incluyendo los de MC.
- Clase: Implicaciones psicológicas de las enfermedades crónico-degenerativas. Se realizaban exposiciones por los residentes de MC de acuerdo con las problemáticas de su servicio, con el fin de analizar las consecuencias psicológicas de las enfermedades crónicas y la manera en la que se podrían intervenir. En este espacio, la residente presentó el tema: “*Cáncer ginecológico*”.

#### ***Actividades establecidas en conjunto***

Exposición de casos clínicos. Se presentaba a los residentes de MC, así como a adscritos y alumnos de la unidad de salud mental, un caso trabajado con al menos tres sesiones de intervención, con el objetivo de recibir retroalimentación. Durante éste se

abordaron los siguientes rubros: 1) ficha de identificación, 2) criterio de selección del caso (justificación), 3) motivo de consulta, 4) antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, patológicos y psicológicos patológicos, 5) dinámica familiar y familiograma, 6) historia médica, psicológica y padecimiento actual, 8) impresión y actitud general, 9) examen mental de primera vez, 9) factores psicológicos complementarios, 10) selección y aplicación de técnicas de evaluación, 12) análisis y descripción de conductas problema (AFC), 13) diagnóstico DSM, 14) objetivos del tratamiento psicológico, 15) estrategia terapéutica, 16) resultados, 17) conclusiones, áreas de oportunidad y comentarios finales (Ver apéndice G).

#### **2.4.5 Reporte de productividad**

Durante el periodo de enero a marzo del 2020, antes de la migración al trabajo a distancia, mismo que será descrito posteriormente, la residente de MC brindó atención psicológica en el área de Oncología a un total de 75 pacientes, en su mayoría mujeres, casadas y el rango de edad en el que se concentró la población atendida fue de 40 a 49 años (Tabla 20).

**Tabla 20***Características de pacientes atendidos de enero a marzo 2020 en el servicio de oncología*

| Característica       | %    |
|----------------------|------|
| <b>Género</b>        |      |
| Mujer                | 72.0 |
| Hombre               | 28.0 |
| <b>Estado civil</b>  |      |
| Casado/a             | 49.3 |
| Soltero/a            | 28.0 |
| Unión libre          | 9.3  |
| Separado/a           | 6.7  |
| Viudo/a              | 4.0  |
| Divorciado/a         | 2.7  |
| <b>Rango de edad</b> |      |
| 40-49                | 29.3 |
| 50-59                | 24.0 |
| 60-69                | 17.3 |
| 30-39                | 13.3 |
| 70-79                | 12.0 |
| 20-29                | 2.7  |
| 80-90                | 1.3  |

*Nota.* Elaboración propia.

Se realizaron un total 112 consultas en el área de hospitalización, de las cuales el 67% fueron consultas de primera vez, en las que se diagnosticaban las conductas problema, para la intervención en esa misma consulta (en casos de urgencia) y el 33% consultas subsecuentes (de seguimiento).

Debido a la demanda de atención en el servicio, el 85.7% de las consultas fueron dirigidas a pacientes hospitalizados con diferentes problemáticas y necesidades psicológicas, mientras que el 14.3% fueron orientadas a la contención de familiares o cuidadores primarios informales.

La Tabla 21 especifica el tipo de atención psicológica brindada durante este periodo, como puede observarse, se realizaron mayormente intervenciones psicológicas con técnicas adaptadas al ámbito hospitalario.

**Tabla 21***Tipo de atención psicológica realizada de enero a marzo 2020*

| Tipo de atención   | %    |
|--------------------|------|
| Intervención       | 73.2 |
| Entrevista Inicial | 24.1 |
| Monitoreo          | 1.8  |
| Evaluación         | 0.9  |

*Nota.* Porcentaje de 112 consultas realizadas.

De los pacientes atendidos, la mayoría no tenían un diagnóstico definido, por lo que se encontraban hospitalizados para estudiar el tumor, principalmente a través de cirugía o estudios de imagen (Ver Tabla 22).

**Tabla 22***Distribución porcentual de diagnóstico médico de los pacientes atendidos*

| Diagnóstico médico    | %    |
|-----------------------|------|
| Tumor en estudio      | 40   |
| Cáncer de mama        | 16   |
| Cáncer cervicouterino | 9.3  |
| Cáncer de testículo   | 5.3  |
| Cáncer de colon       | 5.3  |
| Cáncer de endometrio  | 4    |
| Cáncer de ovario      | 2.6  |
| Leiomiomasarcoma      | 2.6  |
| Cáncer de próstata    | 2.6  |
| Otros                 | 12.3 |

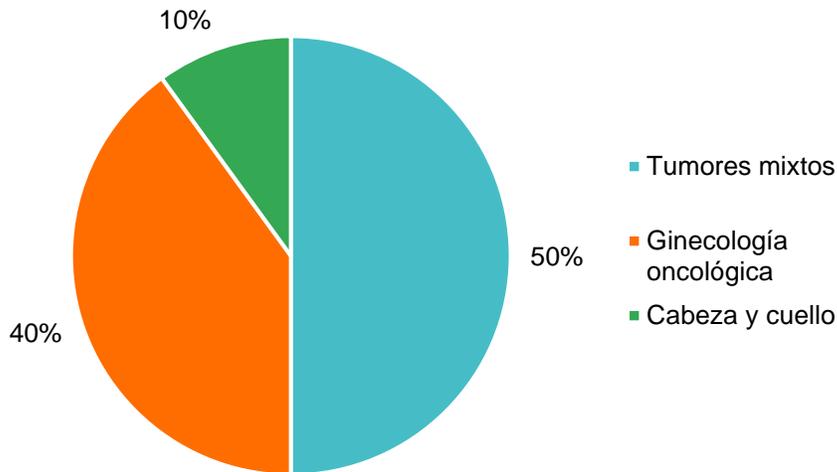
*Nota.* Otros: sarcoma de Ewing, liposarcoma, linfoma No Hodgkin, mesotelioma, gíst gástrico, cáncer de recto, tiroides, lengua y basocelular.

De los pacientes atendidos diagnosticados, el 40% se encontraban asignados a la clínica de tumores mixtos, 32% en ginecología oncológica, 15% en clínica de mama, 8% en cabeza y cuello, mientras que el 5% en oncología médica.

La Figura 10, muestra la frecuencia de pacientes con tumor en estudio asignados a las clínicas oncológicas, lo que da un indicio del tipo de cáncer que sería si es que el diagnóstico se confirmara.

**Figura 10**

*Porcentaje de pacientes con tumor en estudio asignados a clínicas oncológicas*



*Nota.* Porcentaje de 30 pacientes con tumor en estudio.

La mayoría de estos pacientes se encontraban en la clínica de tumores mixtos, la cual atiende neoplasias torácicas, intestinales, urológicas, neoplasias de la piel, tumores de tejidos blandos y neoplasias hematológicas; menos frecuente asignados a la clínica de ginecología oncológica, que atiende tumores abdominopélvicos, anexiales o neoplasias específicas en el aparato reproductor femenino; mientras que solo tres pacientes fueron asignados a la clínica de cabeza y cuello, en la que atienden tumores localizados en los senos paranasales, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, tiroides, cavidad oral y glándulas salivales.

La información anterior resultaba relevante para la residente de MC, ya que las afectaciones psicológicas en este momento de la enfermedad (pre-diagnóstico) aunado a

las afectaciones en la calidad de vida de los pacientes, dependiendo la localización del tumor (aún en estudio) eran particulares, por lo que se tenían mejores herramientas al momento de la evaluación e intervención psicológica.

Siguiendo esta línea, respecto a las impresiones diagnósticas psicológicas de los pacientes atendidos, se observa que prevalecieron síntomas de ansiedad que afectan el curso de la enfermedad, seguido de sin trastorno psicológico aparente y déficit de información que afecta el curso de la enfermedad (Ver Tabla 23).

**Tabla 23**

*Distribución porcentual de pacientes con diagnóstico psicológico*

| Diagnóstico psicológico                                                               | %    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Síntomas de ansiedad que afectan el curso de la enfermedad                            | 29.3 |
| Sin trastorno psicológico aparente                                                    | 25.3 |
| Déficit de información que afecta el curso de la enfermedad                           | 14.6 |
| Reacción de estrés aguda                                                              | 9.3  |
| Síntomas depresivos que afectan el curso de la enfermedad                             | 8.0  |
| Aplazado                                                                              | 4.0  |
| Síntomas mixtos que afectan el curso de la enfermedad                                 | 2.6  |
| Estilo de afrontamiento + Déficit de información que afecta el curso de la enfermedad | 2.6  |
| Síntomas de ansiedad + Déficit de información que afecta el curso de la enfermedad    | 2.6  |
| Trastorno depresivo                                                                   | 1.3  |
| Trastorno distímico                                                                   | 1.3  |
| Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad                                         | 1.3  |

*Nota.* Aplazado= sin elementos para generar un diagnóstico

Aunado a lo anterior, la estrategia de establecimiento de componentes de relación fue la más realizada, mientras que las técnicas propiamente psicológicas más frecuentemente utilizadas para la atención a las diversas problemáticas fueron: orientación, respiración diafragmática y psicoeducación (Ver Tabla 24).

**Tabla 24**

*Porcentaje de técnicas psicológicas empleadas en pacientes atendidos de enero a marzo 2020*

| Técnica psicológica                   | %    |
|---------------------------------------|------|
| Componentes de relación               | 27.7 |
| Orientación                           | 16.2 |
| Respiración diafragmática             | 13.0 |
| Psicoeducación                        | 11.3 |
| Imaginería Guiada                     | 8.1  |
| Terapia Cognitiva                     | 7.3  |
| Solución de Problemas                 | 4.8  |
| Detención de pensamiento              | 3.2  |
| Autoverbalizaciones                   | 3.2  |
| Distracción instrumental              | 2.4  |
| Entrenamiento en habilidades sociales | 2.4  |
| Balance decisional                    | 1.6  |
| Respiración rítmica                   | 1.6  |
| Autoinstrucciones                     | 0.8  |
| Respiración profunda                  | 0.8  |

*Nota.* Elaboración propia.

A cada uno de los pacientes, se les aplicaron diferentes tipos de técnicas y estrategias psicológicas de acuerdo con el diagnóstico establecido. Destaca el empleo de psicoeducación y orientación, en todos los diagnósticos psicológicos, incluyendo déficit de información que afecta el curso de la enfermedad. Respecto a aquellos pacientes sin diagnóstico psicológico aparente, solo se establecieron componentes de relación, indicándoles que podían asistir al servicio de psicología ante cualquier necesidad futura.

Algunas técnicas específicas como el entrenamiento en relajación (respiración diafragmática, imaginería guiada, respiración rítmica y profunda), autoinstrucciones, distracción instrumental y detención de pensamiento se realizaron con pacientes con sintomatología ansiosa; entrenamiento en habilidades sociales, ejercicios de solución de problemas y balance decisional en pacientes con reacción de estrés aguda; ejercicios de terapia cognitiva, autoverbalizaciones, solución de problemas, detención de pensamiento,

distracción instrumental y habilidades sociales en pacientes con sintomatología depresiva, distimia, trastornos adaptativos y sintomatología mixta (ansiedad y depresión).

#### **2.4.6 Actividades desarrolladas vía remota**

A finales del año 2019, en China, se reportó la aparición de un nuevo coronavirus llamado SARS-COV-2, causante de COVID-19, enfermedad que, inicialmente afecta las vías respiratorias con neumonía atípica y en casos graves provoca inflamación sistémica que puede provocar un rápido deterioro, insuficiencia circulatoria, respiratoria y alteraciones de coagulación. Tras su origen, comenzó a expandirse a todos los continentes del mundo, razón por la cual, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote como pandemia (Escudero et al., 2021).

En México, se detectó el primer caso en febrero de 2020, para el 24 de marzo, la Secretaría de Salud decretó la Fase 2 de "contingencia sanitaria", con medidas más estrictas de distanciamiento social, confinamiento y restricción laboral (Escudero et al., 2021).

Ante la emergencia sanitaria por COVID-19 y como se comentó en el apartado correspondiente, el HJM tuvo un proceso de reconversión hospitalaria. A partir de este momento, los residentes de MC tuvieron que suspender actividades en la sede, implicando la migración del programa de residencia de forma presencial a modalidad vía remota a través de dos modalidades; asincrónica, que implicó la participación de los residentes de MC de forma no simultánea, y sincrónica, con la participación simultánea.

Como se resume en la Tabla 25, las actividades académicas planeadas para el semestre 2020-2 tuvieron que ser adaptadas para seguir siendo revisadas y trabajadas vía remota mediante OneDrive, la residente incluía sus trabajos a la plataforma y recibió retroalimentación del equipo de supervisión académica y de otros residentes, esto mediante el uso de comentarios dentro de los documentos.

**Tabla 25***Actividades desarrolladas vía remota de marzo 2020 a junio 2021*

| Periodo                   | Modalidad                | Actividades                                                                                                                                                  |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Marzo a junio 2020        | Asincrónica              | - Revisión de casos clínicos<br>- Sesiones bibliográficas<br>- Avances del reporte de experiencia profesional<br>- Seguimiento al protocolo de investigación |
| Octubre 2020 a enero 2021 | Sincrónica y asincrónica | - Sesiones bibliográficas (telepsicología)<br>- Caso clínico para intervención online<br>- Elaboración de nuevo protocolo de investigación                   |
| Febrero a junio 2021      | Sincrónica y asincrónica | - Preparación del protocolo de investigación<br>- Elaboración del reporte de experiencia profesional                                                         |

*Nota.* Elaboración propia.

Durante el periodo de octubre de 2020 a enero de 2021, las actividades consistieron en revisión de sesiones bibliográficas dinámicas enfocadas en el aprendizaje de la práctica de la telepsicología; algunas temáticas relacionadas con la ciberpsicología y uso de tecnologías, lineamientos éticos e intervenciones cognitivo-conductuales realizadas vía remota, además, se participó en sesiones de role playing de un caso clínico abordado bajo esta modalidad de atención, y se elaboró un nuevo protocolo de investigación adaptado a las nuevas condiciones. En el periodo de febrero a junio de 2021 las actividades se concentraron en la preparación para aplicar el protocolo de investigación y la finalización del reporte de experiencia profesional.

**2.4.7 Otras actividades no programadas**

Desde la migración al trabajo a distancia por condiciones de la pandemia, se realizaron actividades que no habían sido consideradas en el programa de la residencia, a continuación se enlistan:

- Elaboración de material psicoeducativo (Ver Apéndice H). La residente realizó una infografía dirigida al público en general sobre estrategias para enfrentar el miedo a la enfermedad por COVID-19. Asimismo, colaboró para la realización de un video dirigido al personal de salud del HJM para disminuir pensamientos negativos, mismo que fue publicado en redes sociales de la institución (<https://fb.watch/fEzJUlr46/>).
- Participación en el XIV Congreso de posgrado en psicología de la UNAM el día 28 de enero del 2021, presentando bajo la modalidad cartel, la propuesta de taller online para disminución de estrés en personal de salud (Ver Apéndice I).

## **2.6 Competencias profesionales alcanzadas**

A lo largo del presente apartado, se expondrá la percepción de la residente sobre las competencias profesionales alcanzadas en el programa de residencia de MC, mismas que fueron adquiridas tanto en la sede hospitalaria (actividades diarias), como durante clases teóricas (en el hospital y en la FES-I) y, posteriormente, en el trabajo en modalidad vía remota (actividades académicas), asimismo, se describirán aquellas competencias desarrolladas a través de la elaboración de protocolos de investigación y con la supervisión in situ y académica.

### **2.6.1 Actividades diarias**

Las actividades diarias realizadas dentro del servicio asignado, en el periodo correspondiente de enero a marzo de 2020, permitieron a la residente alcanzar algunas de las competencias objetivo del programa operativo del HJM, cabe resaltar que, dado el periodo corto de estancia en el servicio, algunas de estas habilidades pueden considerarse que se alcanzaron parcialmente.

Oncología es uno de los servicios más grandes del hospital, por lo tanto, el equipo de trabajo es grande, adecuado a la necesidad de atención integral al paciente con cáncer, lo anterior demanda a los residentes de MC la capacidad de adaptarse al trabajo multidisciplinario necesario en contextos hospitalarios.

Lo anterior se vio reflejado en actividades como el pase de visita en el que en ocasiones los médicos se acercaron a la residente de MC cuando detectaban alguna necesidad de índole psicológica con su paciente, además se lograba establecer comunicación sobre la enfermedad y condición física de un paciente que permitía a la residente saber la posible causa de la problemática psicológica y cómo adecuar las intervenciones.

En el caso de pacientes con déficit de información, la residente de MC se acercó con el personal médico para apoyarse de su explicación y en su caso, participaba en conjunto para facilitar el entendimiento de los pacientes respecto a su condición, favoreciendo también la calidad de comunicación médico-paciente. Asimismo, se estableció una relación estrecha con el personal de trabajo social, quienes también sostenían comunicación con la residente para la canalización de pacientes y/o para brindar información sobre el contexto de un paciente. Con lo anterior, la residente adquirió, dentro del programa, habilidades de trabajo en equipo con personal médico, de enfermería y trabajo social que permitió la atención integral del paciente.

Respecto al trabajo propiamente clínico con los pacientes, los residentes de MC requieren de habilidades de entrevista conductual, así como de la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales adaptados al contexto hospitalario, en el que el tiempo, la condición física del paciente y el propio contexto (falta de privacidad, interrupciones intermitentes, ruido, iluminación) puede ser una limitante.

En este sentido, se lograron realizar las entrevistas e intervenciones, la residente fue capaz de identificar áreas de oportunidad y, apoyándose con el equipo de supervisión

in situ y académica, fue mejorando sus habilidades de intervención en pacientes y familiares.

Además, y con ayuda del equipo de supervisión, la residente fue mejorando la capacidad de realizar diagnósticos en los pacientes, en aquellos casos en los que se presentó alguna dificultad. De igual forma las habilidades para evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas realizadas, tales como la aplicación de escalas numéricas analógicas.

### **2.6.2 Actividades académicas**

Como se mencionó anteriormente, un día específico a la semana se dedicó como día académico, con actividades que permitieron a la residente desarrollar algunas capacidades profesionales.

Tal es el caso de las sesiones bibliográficas que se realizaban en conjunto con supervisión académica, tanto en clases presenciales como en la migración a trabajo a distancia, la residente fue capaz de enriquecerse de información teórica pertinente para la mejora de su práctica en escenarios reales, asimismo desarrolló la habilidad de búsqueda de textos complementarios que aportaran más información a los temas revisados.

Otra actividad académica fue la redacción y presentación de caso clínico, lo cual para la residente mostró ser un reto que, con ayuda del equipo de supervisión pudo superarse. Esta actividad generó competencias no solo al presentarlo, sino también al observar los casos clínicos de otros residentes. La residente logró la habilidad de esbozar la problemática de un paciente, organizar la información obtenida y mostrarla de forma estructurada y adecuada a otros profesionales en formación, asimismo, la retroalimentación permitió identificar áreas de oportunidad para mejorar la práctica en casos futuros.

Las tareas adicionales realizadas para supervisión académica, surgidas de acuerdo con las necesidades y áreas de oportunidad de la residente, fueron de gran utilidad para que mejorara su competencia en cuanto a la recolección de información en entrevistas iniciales como en la ejecución de técnicas psicológicas, al saber y poner en práctica la forma de abordar a pacientes difíciles, como aquellos “verborreicos”, enojados o con llanto incesante.

Por otra parte, las clases realizadas entre el grupo de residentes, y bajo la supervisión in situ, permitió que la residente conociera sobre las implicaciones psicológicas de otros servicios médicos, con el fin de no limitarse al servicio médico asignado.

Referente al cambio en modalidad vía remota, la residente fue capaz de adquirir aprendizaje sobre la práctica de la telepsicología, desde sus lineamientos éticos hasta la forma de trabajar con pacientes mediante intervenciones basadas en web, lo que se logró mediante lecturas realizadas en las sesiones bibliográficas y el trabajo con un caso clínico.

De igual forma, la residente adquirió la capacidad de realizar materiales psicoeducativos didácticos utilizando las tecnologías de la información para su presentación y difusión.

### **2.6.3 Supervisión in situ y académica**

Las actividades que fueron realizadas en conjunto con la supervisión in situ a cargo de la Mtra. Sánchez, permitieron que la residente incrementara su conocimiento sobre las intervenciones psicológicas en ámbitos hospitalarios gracias a la retroalimentación brindada ante la exposición de casos percibidos como difíciles, asimismo, brindó herramientas para que la residente pudiera adaptarse al trabajo en contexto hospitalario; desde la comunicación con otros equipos de salud, la elaboración

de notas SOAP, y perfeccionamiento en técnicas de entrevista e intervención con pacientes hospitalizados.

Por la parte de supervisión académica, bajo la Mtra. Ordaz y la Dra. Bravo, se realizaron actividades enriquecedoras para la práctica de la residente, desde la revisión de materiales de lectura, hasta tareas adicionales individuales, que permitieron no solo comprender la forma de trabajo de forma presencial y online, sino también la práctica mediante *role playing*.

Con lo anterior, la que suscribe, mejoró sus competencias de manejo y puesta en práctica de técnicas cognitivo-conductuales para atender las necesidades psicológicas de pacientes con enfermedades crónicas, especialmente, cáncer.

## **2.7 Evaluación del programa de residencia**

### **2.7.1 Servicio asignado**

Tal como se mencionó anteriormente, el servicio de oncología, al contar con gran cantidad de pacientes y por las propias repercusiones biopsicosociales para éstos, demanda el trabajo inter y multidisciplinario. Algunos de los adscritos y residentes médicos de las diferentes clínicas de oncología, son profesionales comprometidos con el bienestar psicológico de sus pacientes, por lo que la comunicación con el equipo de psicooncología fue muy cercana, de igual forma con el área de trabajo social, siempre hubo disposición para compartir información que permitía conocer las esferas de la vida de los pacientes que, a su vez, la residente de MC usaba para contextualizar la problemática psicológica y adecuar las intervenciones.

Sin duda, el servicio por sus características brinda diversas herramientas para el aprendizaje del residente de MC en el área de oncología, ya que permite el trabajo con

pacientes con cáncer con variadas problemáticas psicológicas y en diferentes etapas de la enfermedad, desde el diagnóstico reciente hasta la sobrevida o cuidados paliativos.

Algunas de las áreas de oportunidad dentro del servicio, sigue siendo la preparación de residentes médicos para mejorar algunas habilidades como la comunicación de malas noticias, para mejorar la comunicación con sus pacientes y en ocasiones, para involucrarse de mayor forma en los aspectos psicológicos de los pacientes, al colaborar de mejor forma con los residentes de MC.

Aunado a lo anterior, el hecho de que otros profesionales en psicología, propiamente en tanatología, también tengan lugar dentro del servicio, entorpece de alguna forma la atención que se le pudiera brindar al paciente, ya que en consecuencia, las áreas de atención para el residente de MC se ve limitada solo al área de hospitalización, aun cuando se detectan muchas necesidades psicológicas en consulta externa, por ejemplo ante la comunicación de malas noticias en consulta médica, y estas en ocasiones no son atendidas, esto se favorecería con un mayor acercamiento entre profesionales y trabajo interdisciplinar entre psicólogos adscritos y residentes de MC, además de que estos últimos cuenten con un consultorio propio para el servicio de atención psicooncológica, debido a la multitud de alteraciones psicológicas que genera la enfermedad.

### **2.7.2 Actividades diarias y académicas**

Las actividades diarias realizadas durante el periodo de enero a marzo de 2020 en el hospital permitieron desarrollar las habilidades prácticas necesarias para la intervención con pacientes oncológicos en el área de hospitalización, a través de un programa organizado entre los residentes y el equipo de supervisión in situ y académica.

Al ser un servicio grande, se requiere de buena organización de los residentes desde el momento del pase de visita con el personal médico, esto se realizaba

eficazmente de forma diaria con el fin de captar en gran medida las necesidades de atención psicológica de pacientes con diversos tipos de cáncer, asimismo, algunos de los médicos se mostraron flexibles y se comunicaban con los residentes de MC para informar la condición de algunos pacientes.

Por su parte, las actividades académicas también se mostraron adecuadas y organizadas en tiempo que, sin duda, hacen posible la adquisición de las competencias objetivo de la residencia en MC. Además, permitieron obtener mayor aprendizaje teórico sobre la práctica de las intervenciones psicológicas en enfermedades crónico-degenerativas, especialmente en pacientes oncológicos, que se complementa con el aspecto práctico realizado en las actividades diarias.

Para las actividades realizadas vía remota, las académicas permanecieron organizadas, lo cual representa la capacidad de adaptación al trabajo a distancia por parte de supervisión académica y los propios residentes, ahora con el objetivo de aprender a aplicar intervenciones psicológicas online a través de lecturas y materiales complementarios adecuados a este fin.

### **2.7.3 Protocolo**

La elaboración de un protocolo de investigación es uno de los productos necesarios a realizar durante el programa de residencia. En este caso, se tuvo oportunidad de realizar dos protocolos, uno dirigido a pacientes con tumores ginecológicos, que se desarrollaría idealmente en el servicio de oncología, sin embargo, este no pudo ser concluido debido a la situación de pandemia, por lo que se tuvo que realizar un nuevo protocolo para la segunda fase del programa de MC dirigido al personal de salud. Esto implicó que se dejara de lado una necesidad de atención imperante para las pacientes con este tipo de neoplasias, una alternativa hubiera sido que se identificara a los pacientes y tratara en lo posible de adaptar breves intervenciones a distancia (vía

online, por teléfono, etc.), sin embargo, se tuvo que abandonar el proyecto, ya que implicaba dificultades institucionales para su realización.

Pese a ello, durante el desarrollo de ambos protocolos, se obtuvo apoyo adecuado y en tiempo por parte del equipo de supervisión académica y tutoría, lo que hizo que el proceso fuera menos complejo. El protocolo de investigación resulta un producto necesario para desarrollar habilidades teóricas, metodológicas y, además, prácticas, esenciales para la preparación profesional del residente en MC.

#### **2.7.4 Sistemas de supervisión in situ y académicas**

Las competencias y habilidades de los residentes en MC, son influidas por la participación de los equipos de supervisión in situ, con la Mtra. Sánchez y académica con la Mtra. Ordaz y la Dra. Bravo quienes, en su deber, se mostraron bastante accesibles y flexibles con la residente cuando se pedía apoyo con pacientes y casos difíciles, la experiencia y conocimiento de las tres supervisoras fueron clave; para la mejora de la práctica clínica con pacientes en contexto hospitalario, el conocimiento sobre implicaciones psicológicas de pacientes con enfermedades crónico degenerativas en general y oncológicas en particular, y para el caso del trabajo remoto, la adquisición de conocimientos sobre la telepsicología.

Asimismo, cabe destacar la enorme responsabilidad y compromiso por parte de las supervisoras académicas por seguir brindándonos aprendizaje en tiempos complejos y bajo el trabajo vía remota, con todo lo que implicó (tiempo, adaptación a nuevas estrategias de enseñanza, sobrecarga de actividades, entre otras).

## 2.8 Reflexiones finales

Tal y como se pretendió describir en los apartados anteriores, el programa de residencia de MC, representa una operatividad organizada y ajustada para la enseñanza de diversas habilidades y competencias académicas del alumno, adecuado para el tiempo que implica (dos años).

Desde el primer semestre se sientan las bases que ayudarán para la práctica en escenarios reales y a partir del segundo semestre el residente se inmersa dentro de este escenario para conjuntar y poner en práctica los conocimientos, de la mano de los equipos de supervisión in situ, académica y tutoría, en este sentido, el servicio de Oncología del HJM resulta ser un escenario facilitador de competencias profesionales para los residentes de MC dadas sus características y la población que atiende.

Dentro de las sugerencias, se considera necesario que en el servicio de Oncología se negocie un espacio dedicado a la atención psicooncológica de parte de los residentes de MC, así como la autorización a los residentes en salas de quimioterapia, como se tuvo en generaciones pasadas, con el objetivo de que el residente en MC pueda aprovechar diferentes campos de acción, no solo en hospitalización, ya que, de acuerdo con el propio personal médico, son escenarios en los que es imperante la atención del paciente con cáncer.

Por otro lado, es desafortunado que esta generación de residentes quede marcada por una pandemia, que impidió seguir con el ritmo de trabajo, el cual, aunque era acelerado, resultaba eficaz para lograr por completo el perfil de egreso del médico conductual. Esto resulta lamentable, porque, entre otras cosas, los productos a realizar dentro del hospital (notas clínicas, discusión de casos clínicos), las clases teóricas, y la interacción con otros equipos médicos y con los propios pacientes, resulta sin lugar a duda enriquecedor para el residente de MC.

Con lo anterior, surgió un nuevo reto tanto para residentes como para el claustro de profesores de MC, adaptarse al trabajo remoto, reto que pudo superarse con los esfuerzos y dedicación puesta al trabajo. Sin embargo, es innegable que se perdieron muchas horas de práctica, hubiera sido más enriquecedor, combinar las clases teóricas sobre telepsicología con práctica, buscando la manera de hacer llegar la atención psicológica a algún sector de la población con el uso de tecnologías de la información.

Ligado a lo anterior y otra de las áreas de oportunidad que pueden reconocerse a causa de la migración al trabajo a distancia, es el descuido de la atención a pacientes con cáncer, que fue una condición inevitable por el cese de actividades en la sede, de seguir con la misma modalidad, podría ser conveniente que el claustro de profesores puedan realizar convenios con organizaciones, fundaciones, clínicas u otros hospitales, con el fin de no dejar desprotegidos a los pacientes oncológicos respecto a las problemáticas psicológicas originarias por la enfermedad y, posiblemente exacerbadas con una enfermedad altamente contagiosa como la COVID-19. Pese a estas situaciones, y como se comentó antes, la que suscribe logró adquirir habilidades y competencias para la intervención psicológica de corte cognitivo-conductual, de manera presencial, con pacientes oncológicos gracias a las horas de práctica supervisada, vía remota.

## Referencias

- Acar-Sevinc, S., Metin, S., Balta Basi, N., Cinar, A. S., Turkel Ozkan, M., & Oba, S. (2022). Anxiety and burnout in anesthetists and intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 72(2), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.011>
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M., & Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>
- Alenezi, A., McAndrew, S., & Fallon, P. (2019). Burning out physical and emotional fatigue: Evaluating the effects of a programme aimed at reducing burnout among mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1045-1055. <https://doi.org/10.1111/inm.12608>
- Alkhaldeh, J. M., Soh, K. L., Mukhtar, F., Peng, O. C., Alkhaldeh, H. M., Al-Amer, R., & Anshasi, H. A. (2020). Stress management training program for stress reduction and coping improvement in public health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 3123-3135. <https://doi.org/10.1111/jan.14506>
- Álvarez-Reza, S., Flores-Olivares, L., Fernández-López, M., Durán-Oyarzabal, C., Hernández Granillo, P., y Tapia-Ortega, E. (2021). Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud Pública De México*, 63(2), 162. <https://doi.org/10.21149/12203>

- American Cancer Society. (2015). *Tipos comunes de tratamiento para el cáncer*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/despues-del-diagnostico/tratamientos-comunes-contr-el-cancer.html>
- American Cancer Society (2016). *Acerca del cáncer*. Cancer.org <https://www.cancer.org/es/tratamiento/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer/escuche-con-el-corazon/acerca-del-cancer.html>
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- Antonio, M. (2019). *Programa anual de trabajo 2019*. <https://www.gob.mx/salud/hjm/documentos/hospital-juarez-de-mexico-programa-anual-de-trabajo-2019?idiom=es>
- Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala *Maslach Burnout Inventory* (HSS) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522016000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005)
- Arigo, D., Jake-Schoffman, D. E., Wolin, K., Ellen Beckjord, Hekler, E. B., & Pagoto, S. L. (2019). The History and Future of Digital Health in the Field of Behavioral Medicine. *Physiology & Behavior*, 42(1), 67–83. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9966-z>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5° ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bagheri T., Fatemi M.J., Payandan H., Skandari A. & Momeni M. (2019). The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 32(3), 184-189. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7155410/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-32-184.pdf>

- Bakhamis, L., Paul, D., Smith, H., & Coustasse, A. (2019). Still an Epidemic. The burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *The Health Care Manager, 38*(1), 3-10. <http://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000243>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 290*, 113-129. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Barrett, K., & Stewart, I. (2022). A preliminary comparison of the efficacy of online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) stress management interventions for social and healthcare workers. *Health & Social Care in the Community, 29*(3), 113-126. <https://doi.org/10.1111/hsc.13074>
- Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso & A. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-26). Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>
- Bellanti, F., Lo Buglio, A., Capuano, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., & Kasperczyk, S. Et al. (2021). Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research And Public Health, 18*(10), 5051. <http://doi.org/10.3390/ijerph18105051>
- Bernburg, M., Groneberg, D., & Mache, S. (2020). Professional training in mental health self-care for nurses starting work in hospital departments. *Work, 67*(3), 583-590. <https://doi.org/10.3233/wor-203311>
- Bosković, S. (2021). Structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory in Croatian nurses. *Journal of Health Sciences, 11*(1), 25-28. <https://doi.org/10.17532/jhsci.2021.1082>

- Bridgeman, P., Bridgeman, M., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of health-System Pharmacy*, 27(3), 147-152.  
<https://doi.org/10.2146/ajhp170460gil>
- Calder, C. (2017). The Effects of the Relaxation Response on Nurses' Level of Anxiety, Depression, Well-Being, Work-Related Stress, and Confidence to Teach Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 35(4), 318-327.  
<http://doi.org/10.1177/0898010117719207>
- Calderón-De la Cruz, G., y Merino, C. (2020). Análisis de la estructura interna del Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey) en médicos peruanos. *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1.  
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9275>
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Cañadas, G. R., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., y De la Fuente-Solana, E. I. (2018b). Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*, 30(5), 328-331.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6549715>
- Cañadas-De la Fuente, G., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. (2018a). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 15(10), 3-10.  
<http://doi.org/10.3390/ijerph15102102>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En L. Moreno, F. Cano-Valle, y H. García-Romero (Eds.). *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). Interamericana-McGraw Hill
- Castro-López, V. y Franco-Paredes, K. (2021). Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en

- muestras mexicanas: ¿debemos regresar al principio? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 237-247. <https://doi.org/10.5944/rppc.26180>
- Çelmeçe, N., & Menekay, M. (2020). The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Colmenares J., Acosta, R., Cárdenas, E., Carvajal, C., Guzmán, O., Hernández, M., Hernández M., Lara, R., y Cordero, I. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 19(2), 14-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2018/cst182b.pdf>
- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout inventory-human services survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), 286-293. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342011000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000300004)
- Cox, T., & Mackay, C. (1981). *A transactional approach to occupational stress*. Wiley & Sons.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Dapueto, J. J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica de Uruguay*, 32(3), 197-204. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000300009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300009)

- Davidson, J., Mendis, J., Stuck, A., Demichele, G. & Zisook, S. (2018). Nurse suicide: breaking the silence. *NAM Perspectives*, 8(1), <https://doi.org/10.31478/201801a>.
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183.  
<http://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- De La Fuente-Solana, E. I., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.004>
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2008). *The Oldenburg Burnout Inventory: A Good Alternative to Measure Burnout and Engagement*. Health Care.
- 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>
- Díaz-Campos, I., Avellaneda-Enriquez, E., y Soto-Cáceres, V. (2022). Asociación entre tener Síndrome de Burnout y presentar problemas de salud mental en personal de salud mental de un Hospital Covid- Lambayeque, 2021. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 8(2), 101-105. <https://rem.hrlamb.gob.pe>
- Díaz, M. I., Villalobos, A., y Ruiz, M. A. (2012). La desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En M. A., Ruiz, M. I., Díaz y A. Villalobos. (Eds.) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 237-276). Desclée De Brouwer.
- Dobson, H., Malpas, C. B., Burrell, A. J. C., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J., & Winton-Brown, T. (2021). Burnout and psychological distress amongst Australian

- healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry*, 29(1), 26-30. <https://doi.org/10.1177/1039856220965045>
- Domínguez, R., y Villarreal, C. (2022). *Prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de la salud: una revisión sistemática* [Tesis de licenciatura, Facultad de ciencias de la salud, Perú]. Registro Nacional de Trabajos de Investigación. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/82523>
- Dos Santos, K. M., Rodríguez, M. H., Gomes, S. M., De Souza, T. A., Medeiros, A., & Barbosa, I. R. (2021). Depression and anxiety in nursing professionals during the covid-19 pandemic. *Escola Anna Nery*, 25, 1-15. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0370>
- Drennan, V. M., & Ross, F. (2019). Global nurse shortages the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25-37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014>
- Dyrbye, L., Shanafelt, T., Johnson, P., Johnson, L., Satele, D. & West, C. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18(57), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0382-7>
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Science Press.
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M., & Del-Río, C. (2021). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos De Cardiología De México*, 90(91), 7-14. <http://doi.org/10.24875/acm.m20000064>
- Etzion, D. (1987). *Burnout: The hidden agenda of human distress*. Tel Aviv University.
- Ezenwaji, I. O., Eseadi, C., Okide, C. C., Nwosu, N. C., Ugwoke, S. C., Ololo, K. O., Oforika, T. O., & Oboegbulem, A. I. (2019). Work-related stress, burnout, and

related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrators, research, and policy. *Medicine*, 98(3), e13889.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013889>

Fadaei, M. H., Torkaman, M., Heydari, N., Kamali, M., & Ghodsbin, F. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Occupational Stress among the Intensive Care Unit Nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 24(3), 178-182.

[https://doi.org/10.4103/ijoom.IJOEM\\_286\\_19](https://doi.org/10.4103/ijoom.IJOEM_286_19)

Fernández, A., Estrada, M. N., y Arizmendi, E. A. (2019). Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(1), 29-40. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i1.277>

Ferry, A. V., Wereski, R., Strachan, F. E., & Mills, N. L. (2021). Predictors of UK healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 114(6), 374-380. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab065>

Fischer, R., Mattos, P., Teixeira, C., Ganzerla, D. S., Rosa, R. G., & Bozza, F. A. (2020). Association of Burnout with Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians in Brazil. *JAMA Network Open*, 3(12), 1-8.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.30898>

Foronda, D., Ciro, D., y Berrio, N (2018). Síndrome de burnout en personal de la salud latinoamericano: *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 157-181.

<http://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a07>

Freedland, K. (2019). The Evolution of Professional Societies in Behavioral Medicine.

*Physiology & Behavior*, 42(1), 52–56. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9946-3>.

Freitas, A. R., Carneseca, E. C., Paiva, C. E., & Paiva, B. S. (2014). Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*,

22(2), 332–336. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3307.2420>

- Freudenberg, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 154-165.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burn-out: How to beat the high cost of success*. Bantam Books.
- Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 1-17.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14839>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. (2015a). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M. R., y Aguilar, J. L. (2015b). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n2-3.51016](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016)
- Gangadharan, M. P., & Madani, M. A. H. (2018). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation Techniques on Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Health Sciences & Research*, 8(2), 155-163. [https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.8\\_Issue.2\\_Feb2018/20.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.8_Issue.2_Feb2018/20.pdf)
- García, C., Abreu, L., Ramos, J., Castro, C., Smiderle, F., Santos, J., & Bezerra, I. (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 55(9), 1-13. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
- García-Torres, M., Aguilar-Castro, A.de and García-Méndez, M. (2021). Bienestar Psicológico y burnout en personal de Salud Durante la pandemia de Covid-19.

*Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 96-106.

<https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>

- Gavino, A. (2011). Establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración de tiempo. En F. Labrador (Coord.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 483-498). Pirámide.
- Gillet, N., Huyghebaert, T., Réveillère, C., Colombat, P., & Fouquereau, E. (2019). The Effects of Job Demands on Nurses' Burnout and Presenteeism through Sleep Quality and Relaxation. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 583-592.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15116>
- Gil-Monte, P. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. [Tesis de doctorado, Universidad de La Laguna, España]. Archivo digital. <https://www.semanticscholar.org>
- Gil-Monte, P. (2015). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Editorial Pirámide.
- Gil-Monte, P., García-Juegas, J. A., Núñez, E. M., Carretero, N., Roldán, M. D., Caro, M. (2006). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). *Interpsiquis*, 10(3), 1-9.  
<https://www.redalyc.org/pdf/647/64712156014.pdf>
- Gobierno de México. (s.f.). *Hospital Juárez de México: ¿qué hacemos?*.  
<https://www.gob.mx/salud%7Chjm/que-hacemos>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <http://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez-De Regil., L., y Estrella-Castillo, D. (2015). Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia Humanismo y Salud*, 2(3), 116-122.

[https://www.researchgate.net/publication/304625645\\_Sindrome\\_de\\_Burnout\\_Una\\_revision\\_breve](https://www.researchgate.net/publication/304625645_Sindrome_de_Burnout_Una_revision_breve)

- Gómez-Francisco, A. L., Montoya, D. E., Valtierra, C. G., Ocampo, S., Rentería, F., Vázquez, M. A., Reyna, A. S., y Rodríguez, V. F. (2021). Ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría. *Lux Médica*, 16(8), 1-15. <http://dx.doi.org/10.33064/48lm20212918>
- Granados-Alós, L., Aparicio-Flores, M., Fernández-Sogorb, A. y García-Fernández, J. (2020). Depresión, ansiedad y estrés y su relación con el burnout en profesorado no universitario. *Revista Espacios*, 41(30), pp. 127-141. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n30/a20v41n30p11.pdf>
- Guillén-Díaz-Barriga, C., González-Celis, A. L., Sánchez, C. T., y Fernández, M. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en mexicanos con asma: confiabilidad y validez. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), 75-87. <https://doi.org/10.48102/pi.v26i2.25>
- Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., Nichols, B., Brady, K., & Sen, S. (2015). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for the Prevention of Suicidal Ideation in Medical Interns: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1192–1198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1880>
- Günüşen, N. P. & Üstün, B. (2009) Turkish nurses' perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review* 56, 237–242. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00682.x>
- Günüşen, N. P., & Üstün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International nursing review*, 57(4), 485–492. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00808>

- Hernández, C., Llorens, S. y Rodríguez Sánchez, M. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fórum de recerca*, 16, 837-846.  
<http://hdl.handle.net/10234/77348>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Herrera, B., Galindo, O., y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), 121-130. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2544>
- Hersch, R. K., Cook, R. F., Deitz, D. K., Kaplan, S., Hughes, D., Friesen, M. A., & Vezina, M. (2016). Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied nursing research: ANR*, 32, 18-25.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.003>
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L., Wan, S., Liu, Z., Shen, Q., Yan, J., He, H., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *Eclinicalmedicine*, 24, e100424.  
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Huo, L., Zhou, Y., Li, S., Ning, Y., Zeng, L., Liu, Z., Qian, W., Yang, J., Zhou, X., Liu, T., & Zhang, X. Y. (2021). Burnout and Its Relationship With Depressive Symptoms in Medical Staff During the COVID-19 Epidemic in China. *Frontiers in Psychology*, 12. Article 616369. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.616369>
- INFOCANCER. (2019). *¿Qué es el cáncer?* Gob.mx.  
<https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=que-es>

- International Agency for Research on Cancer (2020). *Population Fact Sheets, "Mexico"*.  
GLOBOCAN. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>
- Jihn, C. H., Kim, B., & Kim, K. S. (2021). Predictors of burnout in hospital health workers during the covid-19 outbreak in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 1-14.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111720>
- Jiménez, E. (2021). *Factores predictores de miedo al contagio y síndrome de burnout en personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Archivo digital.  
<https://tesiunam.dgb.unam.mx/>
- Johnson, M., & Stone, G. L. (1987). Social workers and burnout: A psychological description. *Journal of Social Service Research*, 10, 67-80.  
[https://doi.org/10.1300/J079v10n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J079v10n01_07)
- Jun, J., Ojemeni, M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal Of Nursing Studies*, 119, 1-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kakemam, E., Chegini, Z., Rouhi, A., Ahmadi, F., & Majidi, S. (2021). Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. *Journal Of Nursing Management*, 29(7), 1974-1982. <https://doi.org/10.1111/jonm.13359>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-x](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-x)

- Kangas, M., & Gross, J. J. (2017). The Affect Regulation in Cancer framework: Understanding affective responding across the cancer trajectory. *Journal of Health Psychology, 00*(0), 1-19. <http://doi.org/10.1177/1359105317748468>
- Kanste, O., Miettunen, J., & Kyngäs, H. (2006). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing & health sciences, 8*(4), 201-207. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00283.x>
- Karbakhsh Ravari, A., Farokhzadian, J., Nematollahi, M., Miri, S., & Foroughameri, G. (2020). The Effectiveness of a Time Management Workshop on Job Stress of Nurses Working in Emergency Departments: An Experimental Study. *Journal Of Emergency Nursing, 46*(4), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.03.013>
- Keefe, F. (2011). Behavioral Medicine: A Voyage to the Future. *Annals of Behavioral Medicine, 41*(2), 141-151. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9239-8>
- Kelly, L., Gee, P., & Butler, R. (2021). Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook, 69*(1), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.008>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health, 12*(1), 652-666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research, 23*(3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002>

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*, 19(3), 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kuribayashi, K., Imamura, K., Watanabe, K., Miyamoto, Y., Takano, A., & Sawada, U. et al. (2019). Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) intervention on improving depressive symptoms and work-related outcomes among nurses in Japan: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2221-5>
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, Á. E., González-Barranco, J., y Salín-Pascual, R. J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=5869>
- Luengo, C., Hidalgo, N., Jara, G., y Rivera, R. (2019). Burnout en profesionales de enfermería de la atención primaria de la salud: una revisión sistemática. *Revista Enfermería del Trabajo*, 9(3), 125-138. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726381>
- Lugo, G. (2021). *Programa anual de trabajo 2021*. Gob.mx. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628269/HJM2021.pdf>
- Lugo, V. I., Pérez, Y. Y., y Sánchez, C. T. (2018). Validación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con ERC en hemodiálisis. *Aportaciones a la Psicología Social*, 4, 1209-1225. [https://www.researchgate.net/publication/327261389\\_VALIDACION\\_DE\\_LA\\_ESCALA\\_DE\\_ANSIEDAD\\_Y\\_DEPRESION\\_HOSPITALARIA\\_EN\\_PACIENTES\\_CON\\_ERC\\_EN\\_HEMODIALISIS](https://www.researchgate.net/publication/327261389_VALIDACION_DE_LA_ESCALA_DE_ANSIEDAD_Y_DEPRESION_HOSPITALARIA_EN_PACIENTES_CON_ERC_EN_HEMODIALISIS)

- Lundgren-Nilsson, Å., Jonsdottir, I. H., Pallant, J., & Ahlborg, G. (2012). Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1>
- Mahmoodi, M., Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M. & Khaleghi, F. (2000). Anxiety in cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1405>
- Mark, G., & Smith, A. P. (2016). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17, 505-521. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x>
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hall Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12(2), 59-62. [https://www.researchgate.net/publication/285357005\\_Burned-out\\_cops\\_and\\_their\\_families](https://www.researchgate.net/publication/285357005_Burned-out_cops_and_their_families)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Malach-Pines, A. (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78-88. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The Burn-out síndrome in the day care setting. *Child care Quarterly*, 6, 100-113. <https://doi.org/10.1007/BF01554696>
- Maslach, C. Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, E. & Ortiz, G. (2008). Análisis Factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118112.pdf>

- Medina, A. (2021). *Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos asociados en el personal de enfermería del Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H Tovar Acosta*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Archivo digital. <https://tesiunam.dgb.unam.mx/>
- Miranda, R., & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Moeini, B., Hazavehei, S., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., & Moghimbeigi, A. (2011). The impact of cognitive-behavioral stress management training program on job stress in hospital nurses: applying PRECEDE model. *Journal of Research in Health Sciences*, 11(2), 114-120. <http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/380/>
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J., Cañadas, G., De la Fuente, E., & Cañadas-De la Fuente, G. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 15(12), 2-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph1512280>
- Mousavi, S., Ramezani, M., Salehi, I., Ali, A., Khanzadeh, H., & Sheikholeslami, F. (2017). The Relationship between Burnout Dimensions and Psychological Symptoms (Depression, Anxiety and Stress) Among Nurses. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 20(2), 37-43. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-882-en.html>
- Murat, M., Köse, S., & Savaşer, S. (2020). Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 30(2), 533-543. <https://doi.org/10.1111/inm.12818>
- Nabizadeh-Gharghozar, Z., Adib-Hajbaghery, M., & Bolandianbafghi, S. (2020). Nurses' Job Burnout: A Hybrid Concept Analysis. *Journal Of Caring Sciences*, 9(3), 154-161. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.023>

- Naldi, A., Vallelonga, F., di Liberto, A., Cavallo, R., Agnesone, M., Gonella, M., Sauta, M. D., Lochner, P., Tondo, G., Bragazzi, N. L., Botto, R., & Leombruni, P. (2021). COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *Bjpsych Open*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.161>
- Nuñez-Ocman, S. D., López-Rentería, A., Robles Garay, B., Montalvo-Salas, L., Rodríguez-Rivera, J., Flores-Rodarte, D. C., y Hernández-Cantú, E. I. (2022). Psicodrama como tratamiento para ansiedad y depresión en personal de salud que atiende pacientes con covid-19, en un hospital de Nuevo León, México. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 30, 1-12. <https://doi.org/10.1590/psicodrama.v30.491>
- Obando, R., Arévalo-Ipanaqué, J., Aliga, R., y Obando, M. (2021). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia COVID-19. *Index de enfermería*, 29(4), 225-229. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008)
- Olivares-Faúndez, V. (2016, 20 de octubre). Cristina Maslach, comprendiendo el burnout [conferencia]. *Ceremonia de entrega del Doctorado Honoris Causa a Cristina Maslach*, Valparaíso, Chile. [https://www.researchgate.net/publication/311611859\\_Christina\\_Maslach\\_comprendiendo\\_el\\_burnout](https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprendiendo_el_burnout)
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Onofre, M. A., Rodríguez, S., Jaramillo, J., Salazar, J., Hernández, M. G., y Luna, O. D. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios e salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina*, 5(5), [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i5.804](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804)

- Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. E. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied Nursing Research, 25*(3), 152-157. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.01.004>
- Ortega-Campos, E., Cañadas-De La Fuente, G. A., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., & De la Fuente-Solana, E. I. (2019). A multicenter study of psychological variables and the prevalence of burnout among primary health care nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(18), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183242>
- Ozgundodu, B., & Metin, Z. (2019). Effects of progressive muscle relaxation combined with music on stress, fatigue, and coping styles among Intensive Care Nurses. *Intensive and Critical Care Nursing, 54*, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.007>
- Pallavicini, F., Orena, E., di Santo, S., Greci, L., Caragnano, C., & Ranieri, P. et al. (2022). A virtual reality home-based training for the management of stress and anxiety among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 23*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06337-2>
- Pelit-Aksu, S., Özkan-Şat, S., Yaman-Sözbi R, Ş., & Şentürk-Erenel, A. (2021). Effect of progressive muscle relaxation exercise on clinical stress and burnout in student nurse interns. *Perspectives in psychiatric care, 57*(3), 1095-1102. <https://doi.org/10.1111/ppc.12662>
- Pereira, S. S., Fornés-Vives, J., Unda-Rojas, S. G., Pereira-Junior, G. A., Juruena, M. F., & Cardoso, L. (2021). Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey in health professionals in emergency services. *Revista latino-americana de enfermería, 29*, e3386. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3320.3386>

- Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35, 283-305. <https://doi.org/10.1177/001872678203500402>
- Pines, A., & Kafry, D. (1982). Occupational tedium in the social services. *Social Work*, 23, 499-507. <https://doi.org/10.1093/sw/23.6.499>
- Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F., Violani, C., & Lazzari, D. (2013). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: a test of alternative models. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 697-707. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06114.x>
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Emilia, I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 13(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Price, D., & Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58. <https://doi.org/10.1080/07481188408251381>
- Puig-Lagunes, A., Ricaño-Santos, K. A., Quiroz-Rojas, E., González-Gutiérrez, R. D., & Puig-Nolasco, A. (2021). Sintomatología de ansiedad y burnout al término de la licenciatura de médico cirujano. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(1), 25-28. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n1.28447>
- Quiroz-Ascencio, G., Vergara-Orozco, M., Yáñez-Campos, M., Pelayo-Guerrero, P., Moreno-Ponce, R. y Mejía-Mendoza, M. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Revista de Salud Jalisco*, 8, 20-32. <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101502&id2=>
- Rainbow, J., Gilbreath, B., & Steege, L. (2020). Risky Business: A Mediated Model of Antecedents and Consequences of Presenteeism in Nursing. *Nursing Research*, 70(2), 85-94. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000484>

- Rendón, M., Peralta Peña, S., Hernández Villa, E., Hernández Pedroza, R., Vargas, M., & Favela Ocaño, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(3), 479-506. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Reynoso, L. (junio 2011). *El trabajo de los psicólogos especializados en Medicina Conductual en México*. En SINCA, México.  
[https://www.researchgate.net/publication/264001348\\_El\\_trabajo\\_de\\_los\\_psicologos\\_especializados\\_en\\_medicina\\_conductual\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/264001348_El_trabajo_de_los_psicologos_especializados_en_medicina_conductual_en_Mexico)
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 313-333). Qartuppi.  
<http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>
- Reynoso, L., Lugo, I., Becerra, A y Pérez, Y. (2021). Educación a distancia y asistencia psicológica online de cara a la COVID-19: un modelo de trabajo. En L. Reynoso & A. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas* (pp. 224-244). Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/2021/CONDUCTUAL.pdf>
- Rezaei, S., Karami Matin, B., Hajizadeh, M., Soroush, A., & Nouri, B. (2018). Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 65(3), 361-369. <https://doi.org/10.1111/inr.12426>.
- Rivera, S. (2017). *Oncología general para profesionales de la salud de primer contacto*. Permanyer.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Rodríguez-Naranjo, C. y Gavino, A. (2018). Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones. En A. Gavino (Coord.). *Guía de técnicas de terapia de conducta* (pp. 111-121). Pirámide.

- Rubén, G. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), pp. 11-22.  
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12019207.pdf>
- Rudman, A., Arborelius, L., Dahlgren, A., Finnes, A., & Gustavsson, P. (2020). Consequences of early career nurse burnout: A prospective long-term follow-up on cognitive functions, depressive symptoms, and insomnia. *Eclinicalmedicine*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100565>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruiz, J. M., & Revenson, T. A. (2020). Behavioral Medicine in the COVID-19 Era: Dawn of the Golden Age. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral*, 54(8), 541–543. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa057>
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. CD002892. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub5>
- Ryerson, D. W., & Marks, N. (1982). *Career burnout in the human services: Strategies for intervention*. London House Press.
- Sailaxmi, G., & Lalitha, K. (2022). Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 42-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.002>
- Salud Pública (2016). *Aniversario del Hospital Juárez de México*.  
<https://amiif.org/2016/08/23/salud-publica-aniversario-del-hospital-juarez-de-mexico/>
- Salvagioni, D., Melanda, F., Mesas, A., González, A., Gabani, F., & Andrade, S. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A

systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), 3-29.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Sampson, M., Melnyk, B., & Hoying, J. (2020). The MINDBODYSTRONG Intervention for New Nurse Residents: 6-Month Effects on Mental Health Outcomes, Healthy Lifestyle Behaviors, and Job Satisfaction. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 17(1), 16-23. <https://doi.org/10.1111/wvn.12411>

Sánchez-Narváez, F. (2020). *Síndrome de Burnout: Relación con otros trastornos emocionales*. Porrúa.

Sánchez-Narváez, F., y Velasco-Orozco, J. J. (2017). Comorbilidad entre síndrome de burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de educación básica del estado de México. *Papeles de Población*, 23(94), 261-286.

<https://doi.org/10.22185/24487147.2017.94.038>

Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K., Cheruvu, M., Bradley, A., & Burke, J. (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).

<https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>

Sawyer, A. T., Bailey, A. K., Green, J. F., Sun, J., & Robinson, P. S. (2021). Resilience, Insight, Self-Compassion, and Empowerment (RISE): A Randomized Controlled Trial of a Psychoeducational Group Program for Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 00(0), 1-14.

<https://doi.org/10.1177/10783903211033338>

Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*, 9(2), 64-67.

<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/>

918

- Simón, A., Jiménez, M. L., Solano, J, Simón, L., Gaya, B. y Bordonaba, D. (2022). Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 21(66), 184-234.  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.489911>
- Secín, R., Martínez, M., Ramírez, A., y Pérez, B. (2022). Efecto en la salud emocional del personal de salud de un Hospital Privado de Tercer Nivel que enfrenta la pandemia de COVID-19. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(2), 137-144.  
<https://doi.org/10.35366/104274>
- Secretaría de Salud (2014). *Historia del Hospital Juárez del Centro*.  
<http://hjc.salud.gob.mx/contenidos/direccion/historia.html>
- Secretaria de salud (2017a). *Hospital Juárez de México: Mapa de localización*.  
[http://hjm.salud.gob.mx/interna/conocenos/mapa\\_de\\_localizacion](http://hjm.salud.gob.mx/interna/conocenos/mapa_de_localizacion)
- Secretaria de salud (2017b). *Servicios y especialidades*. Salud.  
[http://www.hjm.salud.gob.mx/interna/atencion\\_medica/servicios\\_y\\_especialidades](http://www.hjm.salud.gob.mx/interna/atencion_medica/servicios_y_especialidades)
- Semerci, R., Öztürk, G., Akgün Kostak, M., Elmas, S., İhsan Danacı, A., & Musbeg, S. (2020). The effect of progressive muscle relaxation exercises on compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue of nurse managers. *Perspectives In Psychiatric Care*, 57(3), 1250-1256. <https://doi.org/10.1111/ppc.12681>
- Serrano-Ripoll, M., Ricci-Cabello, I., Jiménez, R., Zamanillo-Campos, R., Yañez-Juan, A., & Bannasar-Veny, M. et al. (2021). Effect of a mobile-based intervention on mental health in frontline healthcare workers against COVID-19: Protocol for a randomized controlled trial. *Journal Of Advanced Nursing*, 77(6), 2898-2907.  
<http://www.doi.org/10.1111/jan.14813>
- Shah, M., Gandrakota, N., Cimiotti, J., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. (2021). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), 1-11. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>

- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C. L. Cooper & L. Robertson (Eds.). *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). Wiley.
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322. <http://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Stanton, A. L., Wiley, J. F., Krull, J. L., Crespi, C. M., & Weihs, K. L. (2018). Cancer-related coping processes as predictors of depressive symptoms, trajectories, and episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(10), 820-830. <https://doi.org/10.1037/ccp0000328>
- Stocchetti, N., Segre, G., Zanier, E. R., Zanetti, M., Campi, R., Scarpellini, F., Clavenna, A., & Bonati, M. (2021). Burnout in intensive care unit workers during the second wave of the covid-19 pandemic: A single center cross-sectional Italian study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116102>
- Sturgess, J., & Poulsen, A. (1983). The prevalence of burnout in occupational therapists. *Occupational Therapy Mental Health*, 3, 47-60. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J004v03n04\\_05](https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J004v03n04_05)
- Tapullima, C., Munguía, E., Reyes, E., y Sánchez, E. (2021). Revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 197-221. <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20608>
- Torrecilla, M., Victoria, M. Y Richaud de Minzi, M. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en personal de enfermería que trabaja en unidades de terapia intensiva con pacientes con covid-19, Mendoza, 2021. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 1-7.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-810X2021000200025](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200025)

- Trask, P. C., Schwartz, S. M., Deaner, S. L., Paterson, A. G., Johnson, T., Rubenfire, M., & Pomerleau, O. F. (2002). Behavioral medicine: the challenge of integrating psychological and behavioral approaches into primary care. *Effective Clinical Practice*, 5(2), 75–83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11990215/>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Medicina Clinica*, 135(11), 507-511. <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Vázquez-Ortiz, J., Vázquez-Ramos, M., Álvarez-Serrano, M., Reyes-Alcaide, M., Martínez-Domingo, R., Nadal-Delgado, M., & Cruzado, J. (2012). Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología*, 9(1). [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2012.v9.n1.39145](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2012.v9.n1.39145)
- Veiga, G., Dias Rodrigues, A., Lamy, E., Guiose, M., Pereira, C., & Marmeleira, J. (2019). The effects of a relaxation intervention on nurses' psychological and physiological stress indicators: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.03.008>
- Wang, X., Freedman, R. & Kavanagh, J. (2006). Venous thromboembolism syndrome in gynecological cancer. *International Journal Gynecological Cancer*, 16, 458-471. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2006.00515.x>
- Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B. & Tan, J. (2019). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 17(96), 1-29. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>
- Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., & Mengin, A. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare

- workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s13063-020-04772-7>
- Woo, T., Ho, R., Tang, A. & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- World Health Organisation [WHO] (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": international classification of Diseases*. WHO. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/).
- Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng. C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Yildiz, E. (2021). Psychopathological Factors Associated with Burnout in Intensive Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 00(00), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1078390321999725>
- Young, A., Chapman, O., Connor, C., Poole, C., Rose, P., & Kakkar, A. K. (2012). Thrombosis and cancer. *Nature reviews. Clinical oncology*, 9(8), 437-449.  
<https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2012.106>
- Zhang, Y., Han, W., Qin, W., Yin, H., Zhang, C., Kong, C., & Wang, Y. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal Of Nursing Management*, 26(7), 810-819.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12589>
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

## Apéndice A

### Contenido del taller: estrategias de acción contra el burnout

| Módulo            | Sesión | Habilidades esperadas                                                                             | Actividades realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Recursos adicionales                                                                                                                                      |
|-------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Psicoeducación | 1      | Identificación del burnout; manifestaciones, consecuencias y estrategias para regular reacciones. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienvenida al taller: Dinámica de presentación, exposición de objetivos generales y reglas de participación.</li> <li>- Introducción al Módulo, objetivos específicos y utilidad de la psicoeducación.</li> <li>- Mural colaborativo: "<i>Lluvia de ideas sobre burnout</i>". Los participantes escribieron palabras que relacionan con "Burnout", interactuando entre sus respuestas.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Conociendo al burnout</i>". Explicación del fenómeno del burnout; cómo se manifiesta, cómo surge, las consecuencias fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales.</li> <li>- Encuesta: "<i>Identificando al burnout</i>". Los participantes señalaron con qué manifestaciones y consecuencias del burnout se sintieron más identificados.</li> <li>- Gamificación: "<i>Verdadero o falso</i>". Reforzamiento de conocimientos aprendidos.</li> <li>- Video: "<i>Mi historia con burnout</i>". Presentación de caso hipotético de enfermera con burnout. Los participantes discutieron las etapas por las que pasó la enfermera para desarrollar burnout, así como las reacciones y consecuencias que experimentó (laborales y psicológicas).</li> <li>- Mural colaborativo: "<i>Experiencia con burnout</i>". Participantes voluntarios describieron su experiencia identificando situaciones que les han hecho experimentar algunas manifestaciones del burnout, cómo han reaccionado a estas situaciones, qué consecuencias les han generado y qué estrategias han adoptado para controlar estas manifestaciones del burnout.</li> <li>- Práctica del módulo: <i>Autorregistro de situaciones estresantes</i>. Explicación de la importancia de observar e identificar situaciones estresantes y las respuestas físicas, emocionales y conductuales. Se modeló cómo hacer el registro y se instruyó a los participantes para que, durante cinco días, lo llenaran.</li> <li>- Cierre de Sesión. Resumen de lo abordado en sesión, respondiendo dudas.</li> <li>- Evaluación del módulo. Cinco preguntas relacionadas con el contenido revisado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infografía: <i>Burnout en personal de salud</i>.</li> <li>- Autorregistro de situaciones estresantes.</li> </ul> |

| Módulo                          | Sesión | Habilidades esperadas                                                                                   | Actividades realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Recursos adicionales                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II. Entrenamiento en Relajación | 2      | Utilidad y práctica de la relajación para el manejo de respuestas al estrés.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen del Módulo I y retroalimentación sobre autorregistro de situaciones estresantes.</li> <li>- Presentación de objetivos del Módulo II.</li> <li>- Encuesta: "<i>Estrés y relajación</i>". Los participantes identificaron con qué frecuencia han experimentado estrés en el trabajo durante el último mes, y cuáles son las actividades que más les gusta realizar para relajarse después de un día arduo de trabajo, eligiendo entre las siguientes opciones: pasar tiempo con familiares/amigos, leer un libro o escuchar música, hacer ejercicio, ejercicios de relajación/respiración, otras.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Estrés y relajación</i>". Explicación de la relación entre estrés y burnout, cómo se desarrolla el estrés, sus consecuencias y beneficios de las técnicas de relajación.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Entrenamiento en relajación</i>". Psicoeducación y modelamiento de técnica de RMP de 4 grupos musculares en combinación con respiración profunda.</li> <li>- Sesión guiada de RMP. A través de un audio-guía, los participantes realizaron su práctica de RMP indicando, previa y posteriormente al ejercicio, su nivel de relajación del 0 al 10.</li> <li>- Práctica del módulo. Los participantes realizaron, durante cinco días, su práctica de relajación con ayuda del audio-guía, indicando sus niveles de relajación (ENA) a través de autorregistros diarios.</li> <li>- Cierre de Sesión. Resumen de lo abordado en sesión, respondiendo dudas.</li> <li>- Evaluación del módulo. Cinco preguntas relacionadas con el contenido revisado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infografía: <i>Guía rápida para la RMP</i>.</li> <li>- Audio-guía RMP.</li> </ul>                                                                    |
| III. Solución de problemas      | 3      | Identificar los problemas como comunes e inevitables. / Identificar la orientación hacia los problemas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen del Módulo II y retroalimentación sobre registro de relajación.</li> <li>- Presentación de objetivos del Módulo III.</li> <li>- Video de introducción en el que se presentó la técnica de Solución de Problemas.</li> <li>- Encuesta: "<i>Estilos de enfrentamiento a los problemas</i>". Los participantes identificaron cómo reaccionan ante la presencia de un problema, eligiendo entre las siguientes opciones: evitar el problema, actuar impulsivamente, dejar que otros lo resuelvan, buscar la mejor opción para resolverlo.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Beneficios de la técnica de Solución de Problemas</i>". Psicoeducación de la técnica; su utilidad para disminuir burnout. Se definió qué es un problema, una solución y el proceso de solución de problemas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infografía: <i>5 pasos para la solución eficaz de los problemas</i>.</li> <li>- Hoja de trabajo para el proceso de solución de problemas.</li> </ul> |

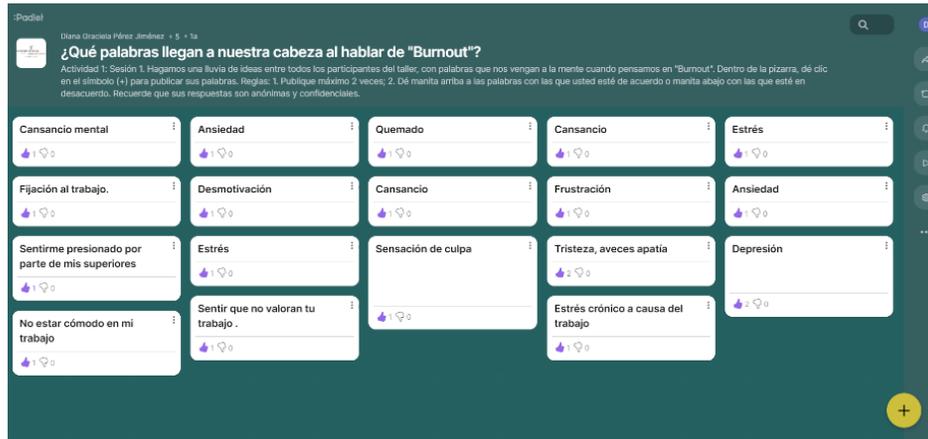
| Módulo                     | Sesión | Habilidades esperadas                                                    | Actividades realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Recursos adicionales                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |        |                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividad grupal: "<i>¿Qué es un problema para mí?</i>" Los participantes ejemplificaron una situación que consideraron un problema en su trabajo, recibiendo retroalimentación.</li> <li>- Gamificación: "<i>Ordenando los pasos del proceso para la solución de problemas</i>". Reforzamiento de conocimientos aprendidos.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Identificar mi postura ante el problema</i>". Explicación del primer paso de SP; cómo Identificar la postura ante el problema, ejemplificando con un caso hipotético. Un participante ejemplificó, con su experiencia, el paso uno del proceso de solución de problemas con ayuda de la Hoja de trabajo proporcionada por la ponente del taller, recibiendo retroalimentación.</li> <li>- Cierre de Sesión. Resumen de lo abordado en sesión, respondiendo dudas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |
| III. Solución de problemas | 4      | Capacidad para analizar y buscar soluciones eficaces ante los problemas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen del sesión anterior y presentación de objetivos de la segunda parte del Módulo III.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Definir el problema que tengo</i>". Explicación y ejemplificación sobre cómo definir un problema.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Explorar opciones para solucionar el problema</i>". Se explicó y ejemplificó cómo hacer una lluvia de ideas sobre posibles soluciones para el problema.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Analizar y elegir la idea de solución más efectiva</i>". Se mencionó cómo analizar las ideas de solución y tomar decisiones.</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Realizar la solución y evaluar resultados</i>". Explicación sobre cómo llevar a cabo la solución elegida y evaluar sus resultados.</li> <li>- Gamificación. Repaso y reforzamiento de conocimientos sobre el proceso de solución de problemas.</li> <li>- Práctica del módulo. Se instruye a los participantes para que, durante la siguiente semana, realicen su proceso de solución de problemas, eligiendo una situación para analizar con ayuda de su hoja de trabajo.</li> <li>- Cierre de Sesión. Resumen de lo abordado en sesión, respondiendo dudas.</li> <li>- Evaluación del módulo. Cinco preguntas relacionadas con el contenido revisado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infografía: <i>5 pasos para la solución eficaz de los problemas</i>.</li> <li>- Hoja de trabajo para el proceso de solución de problemas.</li> </ul> |

| <b>Módulo</b>                    | <b>Sesión</b> | <b>Habilidades esperadas</b>                                                      | <b>Actividades realizadas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Recursos adicionales</b>                                                                                                                                      |
|----------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IV. Planificación de actividades | 5             | Mayor control del tiempo a través de la organización y planeación de actividades. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen del Módulo III y presentación de objetivos del Módulo IV.</li> <li>- Encuesta: "<i>Planificación de actividades</i>". Los participantes respondieron a preguntas dicotómicas (Sí/No): ¿Creo que planificar mis actividades y organizar mi tiempo ayudará a disminuir mi estrés? / ¿Pienso que necesito más tiempo para realizar actividades agradables fuera del trabajo?</li> <li>- Videoconferencia: "<i>Estrategias de planificación de actividades</i>". Se presentó la técnica y cómo realizarla, así como su utilidad para reducir burnout.</li> <li>- Gamificación sobre planificación de actividades. Reforzamiento de conocimientos sobre la planificación de actividades y administración del tiempo.</li> <li>- Práctica del módulo. Se instruyó a los participantes para que, durante la siguiente semana, realizaran su planificación de actividades y administración del tiempo con ayuda de su hoja de trabajo.</li> <li>- Cierre de Sesión. Resumen de lo abordado en sesión, respondiendo dudas.</li> <li>- Evaluación del módulo. Cinco preguntas relacionadas con el contenido revisado.</li> <li>- Resumen del contenido del taller, reflexiones finales y conclusiones.</li> <li>- Retroalimentación del taller.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infografía: <i>Estrategias de planificación de actividades</i>.</li> <li>- Hoja de trabajo y agenda semanal.</li> </ul> |

## Apéndice B

### Materiales psicoeducativos

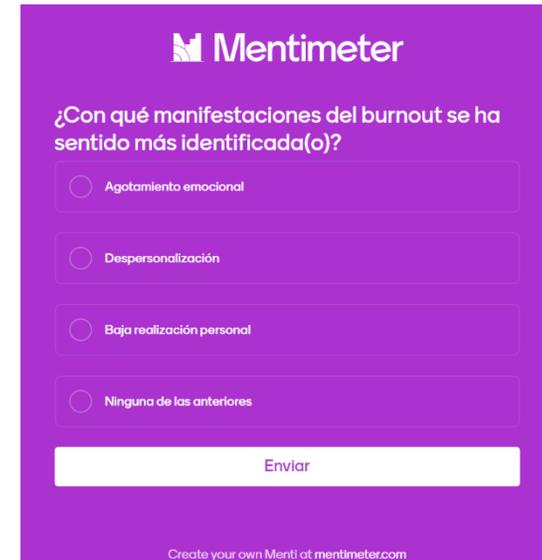
Cuadros colaborativos:



Gamificaciones:



Encuestas grupales:



Videos explicativos:



Presentaciones interactivas:

El estrés se presenta en 3 fases:

| Fase de alarma                                                                      | Fase de adaptación                                                                   | Fase de agotamiento                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |
| Se prepara el organismo para enfrentar el evento amenazante.                        | El organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la amenaza.                       | El organismo comienza con alteraciones fisiológicas.                                  |

(Cabrera y Salinas, 2018)

Módulo 2. Rejalación. ¿Qué es el estrés?

## Apéndice C

### Registro de situaciones estresantes



Estrategias de acción —  
— contra el burnout  
• TALLER ONLINE •

## REGISTRO DE SITUACIONES ESTRESANTES

Práctica 1: Sesión 1. Psicoeducación.  
Instrucciones:

El objetivo de este registro, es que usted logre identificar aquellas situaciones que le hacen sentir estrés o algunas manifestaciones del burnout, así como las reacciones que tiene ante ellas a nivel conductual (¿Qué hice cuando enfrenté la situación?), fisiológica (¿Qué sentí en mi cuerpo cuando se presentó la situación?) y cognitiva (¿Qué pensé de la situación?).

En este registro podrá relatar qué situaciones enfrentó durante el día y el tipo de reacciones que tuvo. Por favor llene los recuadros por cada día de la semana, si enfrentó varias situaciones en el día, registre la que haya sido más significativa. Le sugiero tener a la mano el link de este registro para que sea más sencillo acceder a él diariamente, y no se olvide de anotar su nombre y la fecha del día que está registrando.

Nombre de quien llena el registro \*

Tu respuesta

Fecha \*

Fecha

dd/mm/aaaa

Situación ¿Qué pasó? \*

Tu respuesta

¿Qué hice cuando enfrenté la situación? (por ejemplo, me puse a romper cosas...) \*

Tu respuesta

¿Qué sentí en mi cuerpo cuando se presentó la situación? (por ejemplo, me sudaban las manos...) \*

Tu respuesta

¿Qué pensé de la situación? (por ejemplo, pensé que estaba recibiendo un castigo...) \*

Tu respuesta

Enviar

Página 1 de 1

Borrar formulario

## Apéndice D

### Registro de ejercicio de relajación muscular progresiva



Estrategias de acción —  
— contra el **burnout**  
• TALLER ONLINE •

---

## REGISTRO DIARIO DE RELAJACIÓN

Práctica 1: Sesión 2. Relajación.  
Instrucciones:

El siguiente registro le permitirá tener mayor control de su práctica de ejercicios de relajación, por favor llene UN registro diariamente anotando su nombre y fecha del día en que los hizo. En las escalas que aparecen en la parte inferior señale su nivel de relajación antes y después de realizar el ejercicio de Relajación Muscular Progresiva que aprendió en esta sesión.

Recuerde que anotará 0 si no se siente nada relajado(a) y 10 si se encuentra completamente relajado(a). Puede guiarse en la escala visual, aquí presentada.

Nombre \*

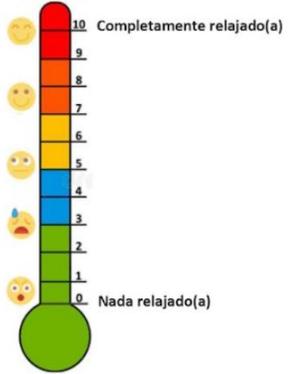
Tu respuesta \_\_\_\_\_

Fecha \*

Fecha

dd/mm/aaaa 📅

Escala visual de relajación



10 Completamente relajado(a)  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0 Nada relajado(a)

Nivel de relajación antes del ejercicio. \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NADA RELAJADO(A)             COMPLETAMENTE RELAJADO (A)

Nivel de relajación después del ejercicio. \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NADA RELAJADO(A)             COMPLETAMENTE RELAJADO(A)

Enviar Página 1 de 1 Borrar formulario

## Apéndice E

### Ejemplo de hoja de trabajo de Solución de problemas

# HOJA DE TRABAJO: BUSCANDO SOLUCIONES

Taller online: Estrategias de acción contra el burnout  
Práctica 1: Sesión 3. Solución de problemas

NOMBRE: Anónimo

FECHA: 2/marzo/22

Describa un problema que ha experimentado a causa de su labor profesional:

Trato con personal de nuevo ingreso que no traen las habilidades, la experiencia, ni los conocimientos, ni ganas de aprender

#### 1. IDENTIFICAR MI POSTURA ANTE EL PROBLEMA.

Lista de chequeo sobre visión ante el problema. Señale los enunciados con los que se sienta identificado(a).

- |                                                                         |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Pienso que mi problema es algo que le puede ocurrir a cualquier persona | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pienso que los problemas como el mío son inevitables                    | <input type="checkbox"/>            |
| Veo mi problema más como un reto que como una amenaza                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mi problema es solucionable                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tengo la habilidad para solucionar mi problema                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Acepto que tengo un problema y me causa malestar emocional              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Resolver mi problema implicará tiempo y esfuerzo                        | <input checked="" type="checkbox"/> |

¿Cómo me hace sentir el problema? (Señale).



Nada de  
estrés



Mucho  
estrés

- ¿Qué pasa por mi cabeza al pensar en ese problema?

-Así no me son productivos  
-Me pueden generar quejas con mis pacientes y/o problemas legales  
-¿Por qué vienen con tantas deficiencias?

- ¿Qué pensamientos alternativos pueden ayudarme a solucionar el problema?

-Algunos sí tienen iniciativa, si me dicen les puedo enseñar  
-Tengo iniciativa para detectar problemas en los de nuevo ingreso para ponerlos a practicar

## 2. DEFINIR EL PROBLEMA QUE TENGO.

Reúna la siguiente información con base en hechos y no en suposiciones.

¿Quién o quiénes están involucrados?

Los supervisores, los encargados del servicio y el personal de nuevo ingreso

¿Qué es lo que me molesta del problema?

No puedo estar segura de lo que están haciendo, siempre tienen que supervisarlo

¿Cuándo sucede el problema?

Cuando hay procedimientos fuera de lo común, 4 o 5 veces por semana

¿Dónde se presenta el problema?

Sala de urgencias

¿Por qué sucede el problema?

Falta de interés del personal por aprender o falta de honestidad para decir que no saben hacer algo

¿Qué hago ante el problema?

Se les pide que investiguen el procedimiento y eso me quita tiempo

¿Qué pienso cuando ocurre el problema?

¿Cómo pueden decir que no lo aprendieron en la escuela si son gente recién egresada?

¿Qué siento cuando el problema ocurre?

Molestia, enojo y decepción por cómo son ahora, sin iniciativa

¿Tengo un tiempo límite en que se tiene que resolver?

Sí  ¿Cuántos días? 6 meses  
No

**OBJETIVO/META**

¿Qué lograré si resuelvo mi problema?

Tener tranquilidad de dejarlos solos en el servicio

**OBSTÁCULOS**

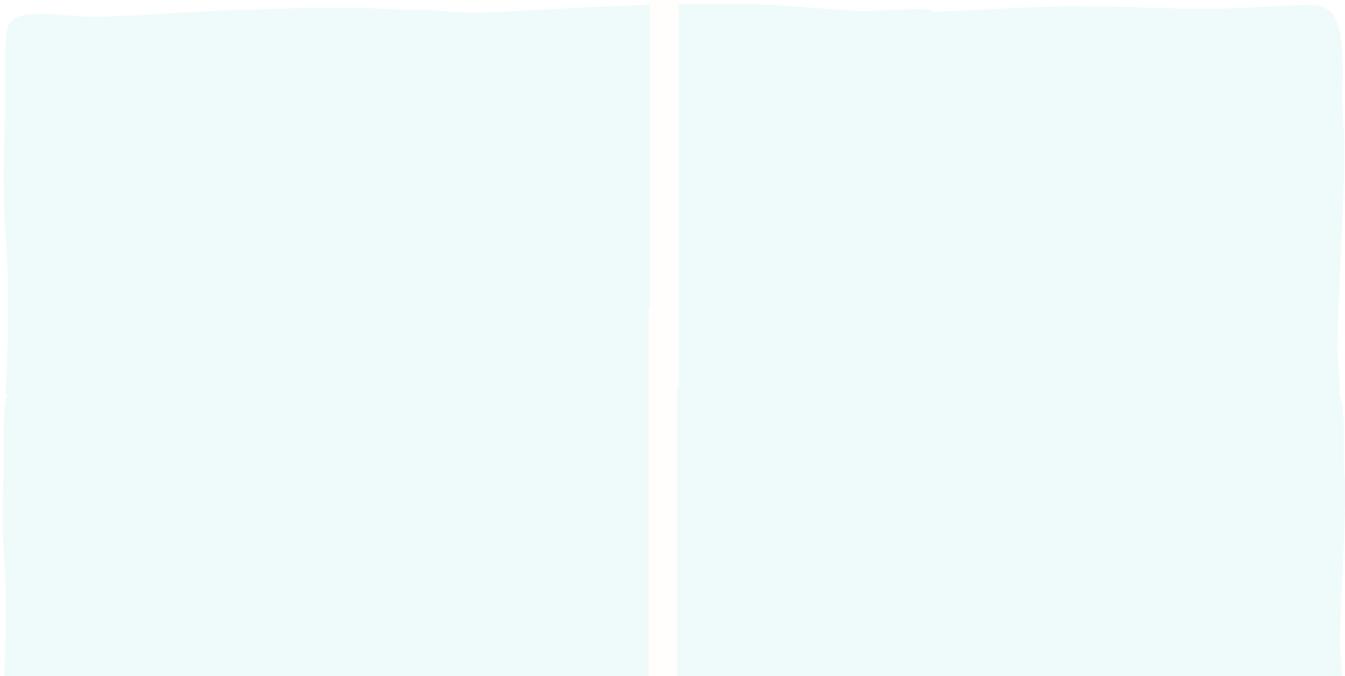
¿Qué me impide alcanzar mis metas?

Falta de compromiso de ellos

**3. EXPLORAR OPCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.**

Realice una lluvia de ideas sobre posibles soluciones para resolver el problema, sea creativo(a) para tener ideas variadas y considere desde las más descabelladas hasta las más serias. Recuerde que entre más ideas, es más probable encontrar la solución efectiva.

1. Hablar con el personal de nuevo ingreso sobre la situación, en un ambiente relajado
2. Hacer un taller de capacitación
3. Recordarles que habrá consecuencias legales si no saben cómo hacerlo
4. Que cambien al personal
5. Incentivarlos/castigar
6. Dar periodo de prueba, si no se capacitan cambiarlos de servicio
7. Que expongan un tema específico entre ellos
- 8.
- 9.
10. Realizar exámenes teórico-prácticos
11. Presentar un examen para después darles la capacitación
12. Coordinarlo con la supervisora de cada servicio



#### 4. ANALIZAR Y ELEGIR LA IDEA DE SOLUCIÓN MÁS EFECTIVA.

Para esta sección, siga las siguientes instrucciones.

- (1) Regrese a revisar su lluvia de ideas, elimine aquellas que son muy descabelladas, que conllevan riesgos inaceptables si se realizan, o son difíciles o imposibles de hacer.
- (2) En el siguiente recuadro, copie las ideas que siguen vigentes en su lluvia de ideas, y analice sus ventajas y desventajas tanto a corto como a largo plazo, y tomando en cuenta las consecuencias en uno mismo y en los demás.

Preguntas guía:

- ¿Cómo va a influir en mi bienestar emocional?
- ¿Cuánto tiempo y esfuerzo me requiere dicha solución?
- ¿Qué efectos tendrá en mi salud física y en el aspecto económico?
- ¿Cómo influirá en los demás?

- (3) Identifique la idea más eficaz, evaluando cada idea de solución. De acuerdo a sus ventajas y desventajas, asigne la siguiente puntuación:

¿Esta idea me ayudará a resolver el problema? (0=Improbable / 5=Muy probable)

¿Puedo llevar a cabo la idea de solución? (0=Improbable / 5=Muy probable).

- (4) Sume ambas puntuaciones para identificar qué tan eficaces son cada una de sus ideas para solucionar el problema (0=Nada eficaz / 10=Completamente eficaz).

- (5) Elija la idea de solución que tenga la mayor puntuación.

| Posibles soluciones                                                                 | Ventajas                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Desventajas                                                                                                | ¿Esta idea me ayudará a resolver el problema?<br>(0=Improbable/<br>5=Muy probable) | ¿Puedo llevar a cabo la idea de solución?<br>(0=Improbable/<br>5=Muy probable) | ¿Qué tan eficaz es la idea?<br>(Puntuación total)<br>(0=Nada eficaz /<br>10=Completamente eficaz) |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hablar con el personal de nuevo ingreso sobre la situación, en un ambiente relajado | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ellos sabrán que existe una deficiencia</li> <li>-Voy a tener una evidencia de que yo ya detecté una problemática</li> </ul>                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Herir susceptibilidades</li> <li>-Sacrificaré mi tiempo</li> </ul> | 3                                                                                  | 5                                                                              | 8                                                                                                 |
| Hacer un taller de capacitación                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Voy a enseñar procedimientos específicos</li> <li>-Tendré la certeza de que saben hacer el procedimiento</li> <li>-Me puedo actualizar al estudiar para dar un tema</li> <li>-Tendría la evidencia de que ya se les capacitó y me puedo respaldar</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiempo que se le va a dedicar</li> </ul>                           | 5                                                                                  | 5                                                                              | 10                                                                                                |
| Recordarles que habrá consecuencias legales si no saben cómo hacerlo                | <p>concientizar al personal sobre las consecuencias legales que se pueden enfrentar en caso de cuasar algún daño a algún paciente.</p>                                                                                                                                                               | <p>motivar el estres en el personal de nuevo ingraso</p>                                                   | 2                                                                                  | 3                                                                              | 7                                                                                                 |

| Posibles soluciones                                              | Ventajas                                                                                             | Desventajas                                                                                                                    | ¿Esta idea me ayudará a resolver el problema?<br>(0=Improbable/<br>5=Muy probable) | ¿Puedo llevar a cabo la idea de solución?<br>(0=Improbable/<br>5=Muy probable) | ¿Qué tan eficaz es la idea?<br>(Puntuación total)<br>(0=Nada eficaz /<br>10=Completamente eficaz) |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dar periodo de prueba, si no se capacitan cambiarlos de servicio | conocer las habilidades con que cuenta el personal y detectar en que servicio se desenvuelven mejor. | no se puede contar inmediatamente con el personal para cubrir servicios sin ser asesorados por alguien más                     | 2                                                                                  | 3                                                                              | 5                                                                                                 |
| Incentivarlos/castigar                                           | queda un registro de sus buenas o malas actividades realizadas                                       | pueden caer en estrés por sentirse presionados y a la vez sentir que se les está acosando derivando en un informe de maltrato. | 2                                                                                  | 2                                                                              | 4                                                                                                 |
| Que expongan un tema específico entre ellos                      | se les obliga a conocer la parte teórica de los procedimientos en los cuales tiene fallas            | tendría que designar a personal antiguo a supervisar dichas ponencias                                                          | 4                                                                                  | 4                                                                              | 8                                                                                                 |

| Posibles soluciones                                     | Ventajas                                                                                                                      | Desventajas                                                                                               | ¿Esta idea me ayudará a resolver el problema?<br>(0=Improbable/<br>5=Muy probable) | ¿Puedo llevar a cabo la idea de solución?<br>(0=Improbable/<br>5=Muy probable) | ¿Qué tan eficaz es la idea?<br>(Puntuación total)<br>(0=Nada eficaz /<br>10=Completamente eficaz) |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar exámenes teórico-prácticos                     | saber las habilidades y conocimientos del personal da tranquilidad al personal antiguo sobre que tanto confiar en el personal | para el departamento de enseñanza y jefatura designar personal para elaborar examen y revision del mismo. | 4                                                                                  | 4                                                                              | 8                                                                                                 |
| Presentar un examen para después darles la capacitación | conocer la curva de aprendizaje de los compañeros de nuevo ingreso                                                            | tiempo del personal antiguo que realiza la revision                                                       | 4                                                                                  | 4                                                                              | 8                                                                                                 |
| Que cambien al personal                                 | no lidiar con personal que no tiene practica y conocimientos                                                                  | quedarte sin personal por pedir cambio de personal a nivel central                                        | 2                                                                                  | 2                                                                              | 4                                                                                                 |

## 5. REALIZAR LA SOLUCIÓN Y EVALUAR LOS RESULTADOS.

### Mi decisión es:

realizar un examen diagnostico teorico practica a la llegada de los compañeros de nuevo ingreso con base a los resultados proponer a la jefatura un taller en ls temas en que se encontraron mas area de oportunidad realizar un examne posterior al taller.

### Los pasos que debo seguir son:

- 1.- solicitar a la jefaura realizar la evaluacion de los compañeros de nuevo ingreso
- 2.- ya con la autorizacion de la jefatura elaborar el material para la evaluacion
- 3.- presentar el proyecto a los compañeros de nuevo ingreso, despues que se les de la bienvenida y recorrido por las instalciones de la unidad hospitalaria
- 4.- aplicar examne diagnostico y conocer las areas que podemos subsabar y en las que no tiene problemas.
- 5.- elaborar programa para taller en grupos pequeños en horarios que no esten de turno los compañeros
- 6.- aplicar examen teorico parctico a los compañeros al termino del taller
- 7.- en caso de presentar aun falta de habilidad, practica, realizar sanciones disciplinarias.
- 8.- solicitar a nivel central no recontractacion de los compañeros que no tienen la aptitudes para mejorar.

### Para hacerlo necesito:

- 1.- dispnibilidad de tiempo (compañeros que apoyaran en el talles y mio)
- 2.- aula de enseñanza
- 3.- papeleria necesaria
- 4.- equipo electromedico e insuemos medicos

### Lo que haré en caso de obstáculos:

solicitar a mi jefa que reconsidere la capacitacion, ya que es importante para la tranquilidad de todos, (jefes, compañeros y pacientes)

### ¿Cuándo llevaré a cabo la solución?

3 meses

## • EVALUACIÓN

¿Qué consecuencias buenas y malas tuvo la solución que apliqué?

buenas

se motivo al personal a estudiar y capacitarse

el personal antiguo logra trabajar sin estar cuidado las actividades del personal de nuevo ingreso

la supervision puede contar con el personal de nuevo ingreso para cubrir servicios sin la preocupacion que estan solos y van a cometer errores.

cambios de actitud del personal, mas motivados

malos

se sacrificio tiempo fuera del horario laboral de personal antiguo y nuevo ingreso

no todo el personal de nuevo ingreso acepto sus deficiencias

¿Qué resultados obtuve?

mayor tranquilidad al dejar solo en los servicios a personal de nuevo ingreso.

cambio de actitud del 70% del personal de nuevo ingreso

¿Se resolvió el problema?

Sí  No

Si no se resolvió, ¿Qué tan frecuente se ha presentado en la última semana después de intentar solucionarlo? \_\_\_\_\_

Nivel de estrés después de aplicar la técnica de Solución de Problemas (Señale).



Nada de  
estrés



Mucho  
estrés

¿Qué tan satisfecho(a) estoy con el resultado?

0= Nada satisfecho(a)

10= Completamente satisfecho(a)

8

## Apéndice F

### Ejemplo de hoja de trabajo de planificación de actividades

# HOJA DE TRABAJO: ORGANIZANDO ACTIVIDADES

Taller online: Estrategias de acción contra el burnout  
Práctica 1: Sesión 4. Planificación de actividades

NOMBRE: Anónimo

FECHA: 08-03-2022

En el siguiente espacio, haga un listado de las actividades que tiene que realizar en los siguientes 30 días.

REALIZAR YOGA  
DESAYUNAR ANTES DE SALIR A TRABAJAR  
CAMINATA DE 30 MINUTOS  
LEER UN LIBRO  
SALIR CON MIS AMIGOS  
RETOMAR LAS CLASES DE NATACION  
TOMAR CURSOS  
IR A TRABAJAR  
PASAR TIEMPO CON MI HIJO  
CONVIVIR CON MIS PADRES  
IR DE COMPRAS  
IR AL CINE

Ahora que identificó sus actividades, clasifíquelas y comience a administrar su tiempo para realizarlas. Posteriormente, programe sus actividades en una agenda semanal.

| <p><b><u>ACTIVIDAD Y CLASIFICACIÓN</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoria u optativa.</li> <li>• Urgente o no urgente.</li> <li>• Agradable, desagradable o neutra.</li> <li>• Individual o colectiva.</li> <li>• Flexible o rígida.</li> </ul> | <p><b><u>OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD</u></b></p> <p>(Finales e intermediarios).</p> | <p><b><u>TIEMPO</u></b></p> <p>Señale el tiempo que le dedicará a la actividad (horas a la semana, días, momento del día).</p> | <p><b><u>DÍA/HORA</u></b></p> <p>Indique la fecha y hora en el que realizara la actividad.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>REALIZAR YOGA</p> <p>OPTATIVA<br/>NO URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>INDIVIDUAL<br/>FLEXIBLE</p>                                                                                                                                                                             | <p>RELAJARME</p>                                                                 | <p>LUNES A SABADO 30 MIN. POR LA MAÑANA</p>                                                                                    | <p>LUNES A SABADO A LAS 5:00 am</p>                                                            |
| <p>DESAYUNAR ANTES DE SALIR A TRABAJAR</p> <p>OBLIGATORIA<br/>URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>INDIVIDUAL<br/>RIGIDA</p>                                                                                                                                                         | <p>CUIDAR LA ALIMENTACION Y MI SALUD</p>                                         | <p>LUNES A DOMINGO POR LA MAÑANA</p>                                                                                           | <p>LUNES A DOMINGO A LAS 6:30 am.</p>                                                          |
| <p>CAMINATA</p> <p>OPTATIVA<br/>NO URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>INDIVIDUAL<br/>FLEXIBLE</p>                                                                                                                                                                                  | <p>MANTENERME ACTIVA Y EJERCITAR MI CUERPO</p>                                   | <p>LUNES A VIERNES POR LAS NOCHES</p>                                                                                          | <p>LUNES A VIERNES A LAS 7:30pm.</p>                                                           |

| <p><b><u>ACTIVIDAD Y CLASIFICACIÓN</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoria u optativa.</li> <li>• Urgente o no urgente.</li> <li>• Agradable, desagradable o neutra.</li> <li>• Individual o colectiva.</li> <li>• Flexible o rígida.</li> </ul> | <p><b><u>OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD</u></b></p> <p>(Finales e intermediarios).</p> | <p><b><u>TIEMPO</u></b></p> <p>Señale el tiempo que le dedicará a la actividad (horas a la semana, días, momento del día).</p> | <p><b><u>DÍA/HORA</u></b></p> <p>Indique la fecha y hora en el que realizara la actividad.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>LEER UN LIBRO</p> <p>OPTATIVA<br/>NO URGENTE<br/>NEUTRA<br/>INDIVIDUAL<br/>FLEXIBLE</p>                                                                                                                                                                                | <p>ACTIVACION MENTAL E INTELLECTUAL</p>                                          | <p>TRES DIAS A LA SEMANA 30 MINUTOS</p>                                                                                        | <p>LUNES, MIERCOLES Y VIERNES 9:00 pm.</p>                                                     |
| <p>SALIR CON MIS AMIGOS</p> <p>OPTATIVA<br/>NO URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>GRUPAL<br/>FLEXIBLE</p>                                                                                                                                                                          | <p>TENER VIDA SOCIAL</p>                                                         | <p>UNA VEZ AL MES</p>                                                                                                          | <p>SABADO TARDE-NOCHE</p>                                                                      |
| <p>RETOMAR CLASES DE NATACION</p> <p>OBLIGATORIA<br/>URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>INDIVIDUAL<br/>FLEXIBLE</p>                                                                                                                                                                | <p>POR SALUD DE MI COLUMNA</p>                                                   | <p>CUATRO DIAS A LA SEMANA, DOS HORAS</p>                                                                                      | <p>MARTES, JUEVES A LAS 20:00 pm. SABADO Y DOMINGO 08:00 am.</p>                               |

| <p><b><u>ACTIVIDAD Y CLASIFICACIÓN</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoria u optativa.</li> <li>• Urgente o no urgente.</li> <li>• Agradable, desagradable o neutra.</li> <li>• Individual o colectiva.</li> <li>• Flexible o rígida.</li> </ul> | <p><b><u>OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD</u></b></p> <p>(Finales e intermediarios).</p> | <p><b><u>TIEMPO</u></b></p> <p>Señale el tiempo que le dedicará a la actividad (horas a la semana, días, momento del día).</p> | <p><b><u>DÍA/HORA</u></b></p> <p>Indique la fecha y hora en el que realizara la actividad.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PASAR TIEMPO CON MI HIJO</p> <p>OBLIGATORIA<br/>URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>INDIVIDUAL<br/>RIGIDA</p>                                                                                                                                                                    | <p>MANTENER SIEMPRE LA COMUNICACION Y CONVIVENCIA</p>                            | <p>TODOS LOS DIAS</p>                                                                                                          | <p>LUNES A DOMINGO A CUALQUIER HORA DEL DIA</p>                                                |
| <p>CONVIVENCIA CON MIS PAPAS</p> <p>OPTATIVA<br/>NO URGENTE<br/>AGRADABLE<br/>GRUPAL<br/>FLEXIBLE</p>                                                                                                                                                                     | <p>DISFRUTAR DE SU PRESENCIA, ESTAR SIEMPRE PRESENTE EN CUANTO ME NECESITEN.</p> | <p>DOS DIAS A LA SEMANA</p>                                                                                                    | <p>MIERCOLES SALIENDO DE TRABAJAR.<br/>DOMINGO TARDES</p>                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                                                                                                                                |                                                                                                |

# CALENDARIO SEMANAL DE ACTIVIDADES

Semana n.º: 1

Fechas: 14-03-2022-20-03-2022

## LUNES

YOGA  
DESAYUNO  
CAMINATA  
LEER  
TIEMPO CON MI HIJO

## MARTES

YOGA  
DESAYUNO  
CAMINATA  
CLASES DE NATACION  
TIEMPO CON MI HIJO

## MIÉRCOLES

YOGA  
DESAYUNO  
CAMINATA  
LEER  
CONVIVENCIA CON MIS PAPAS  
TIEMPO CON MI HIJO

## JUEVES

YOGA  
DESAYUNO  
CAMINATA  
CLASES DE NATACION  
TIEMPO CON MI HIJO

## VIERNES

YOGA  
DESAYUNO  
CAMINATA  
LEER  
TIEMPO CON MI HIJO

## SÁBADO

YOGA  
DESAYUNO  
CLASES DE NATACION  
TIEMPO CON MI HIJO  
SALIR CON MIS AMIGOS

## DOMINGO

DESAYUNO  
CLASES DE NATACION  
CONVIVENCIA CON MIS PAPAS  
TIEMPO CON MI HIJO

## NOTAS

LAS ACTIVIDADES QUE NO SE REALICEN EN EL DIA, NI LA HORA, ASIGNADA TENDRAN QUE SER REALIZADAS A OTRO DIA O EL MISMO DIA SI SOLO ES AJUSTAR LA HORA.

## Apéndice G

### Caso clínico



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL



### SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Primer Caso Clínico

*Lic. Psic. Diana Graciela Pérez Jiménez*

#### Ficha de identificación

**Nombre:** Fernanda

**Edad:** 41

**Ocupación:** Ama de casa

**Religión:** Católica

**No. De hermanos:** 6

**No. De hijos:** 0

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Soltera

**Escolaridad:** Secundaria

**Lugar de origen/residencia:** Edo de México

**Posición que ocupa:** 7

**Dx médico:** Diabetes Mellitus Tipo II,  
Tumor abdominopélvico (Pb. Cáncer de ovario)

#### Selección de caso

El cáncer genera diversos cambios no solo a nivel fisiológico, sino también psicológico y social. Desde el comienzo de los primeros síntomas y la sospecha de enfermedad, los pacientes se enfrentan a una etapa de incertidumbre, en la que se tienen que someter a diversos estudios para confirmar un probable diagnóstico de cáncer y decisiones médicas respecto al tratamiento a seguir. Durante esta fase de pre-diagnóstico, es común que los pacientes experimenten altos niveles de angustia, preocupación, miedo y ansiedad, asociados principalmente a creencias anticipadas y disfuncionales (Scharf, 2005). En este sentido, la labor del médico conductual es identificar las situaciones que generan estas respuestas, así como detectar aquellas creencias asociadas al padecimiento de la enfermedad, sin perder de vista la importancia

de abordar el probable diagnóstico de manera que el paciente cuente con los recursos de afrontamiento en caso de confirmar la patología (Becerra, 2014).

Aunado a lo anterior, se debe considerar realizar intervenciones breves y susceptibles a cambios respecto a la variabilidad en la condición física y psicológica del paciente, anticipando las posibles complicaciones que se pudieran presentar por el curso de la enfermedad. Una de estas complicaciones, relacionadas con pacientes con tumores ginecológicos, es la trombosis, que se forma cuando las células sanguíneas se pegan entre sí y bloquean los vasos sanguíneos, este padecimiento es especialmente grave ya que, si no se trata a tiempo, el trombo puede romperse y viajar hacia los pulmones, lo que se conoce como embolia pulmonar (Young et al., 2012; Wang et al., 2006;).

La presentación del siguiente caso clínico permite ilustrar lo anteriormente escrito; se trata de la situación que vive una paciente con probable diagnóstico de cáncer de ovario y presencia de trombosis, experimentando sintomatología ansiosa reflejada en respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas exacerbadas. Además, a manera de ejemplo, se presenta la intervención realizada bajo el modelo cognitivo conductual con el objetivo de dotar al paciente de habilidades para hacer frente al probable diagnóstico.

### **Motivo de consulta**

Se entrevista a la paciente por primera vez el día 21 de enero del 2020, por rutina del servicio ante probable diagnóstico de cáncer de ovario. Durante el acercamiento inicial, la paciente menciona que desde sus primeros síntomas sospechaba que de algo malo se trataba. Posterior a estudios y al recibir información sobre problemas con sus ovarios, comenzó a sentirse muy “*nerviosa*”, pues refiere temor a padecer cáncer por los tratamientos agresivos, por lo que menciona: “*tengo miedo de que sea cáncer, no quiero que lo sea, no sé si podría soportarlo, sufriría mucho y me costaría salir de esto, es más, no creo que salga de esto, me siento muy preocupada*” (sic pac.). Además, presenta una complicación, trombosis del miembro pélvico, a lo que refiere: “*todo se me está juntando, Dios me está mandando mucho sufrimiento*” (sic pac.). Respecto a la información que tiene sobre el cáncer, ella menciona: “*es una enfermedad horrible, te hace sufrir mucho hasta llevar a la muerte*” (sic pac.). Refiere su deseo por tener la atención psicológica ya que “*quiero sentirme más segura, que no me de miedo esto y pueda afrontarlo con seguridad y valentía sea el resultado que sea*” (sic pac.).



## **HISTORIA DEL PROBLEMA**

### **Médica:**

Abril 2019 - Diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo II.

Octubre 2019 - Colectomía laparoscópica.

Noviembre 2019 - Abdomen distendido por tumoración de 5 cm.

Diciembre 2019 - Sangrados vaginales irregulares, busca atención médica recibiendo noticia de tumor.

Enero 2020 - Trombosis del miembro pélvico, ingresa al hospital para mejora de condiciones y protocolo de estudios.

Febrero 2020 - Reingreso a hospitalización por trombosis del miembro pélvico izquierdo de vena ileofemoral y embolia pulmonar.

### **Psicológica:**

Noviembre 2019 - Preocupación constante sobre síntomas iniciales (sangrado vaginal irregular, presencia de tumoración).

Diciembre 2019 - Miedo y conducta de evitación para buscar atención médica ante síntomas de trombosis (hinchazón y adormecimiento de pierna) y aumento de volumen de tumoración.

### **Padecimiento actual**

Durante el pase de visita de la clínica de ginecología oncológica, a Fernanda se le informa sobre la probabilidad de cáncer y el procedimiento a llevar a cabo para diagnosticarlo. Asimismo, y dado que llega a hospitalización principalmente por trombosis de miembro pélvico a causa del tumor, se le comenta que previo a llegar a un diagnóstico deberán erradicar la trombosis. Posterior a la información, la paciente se muestra inquieta y rascando su antebrazo, en la zona de venoclisis.

Para Fernanda, los días de hospitalización fueron difíciles, pues se encontraba preocupada por el diagnóstico, al respecto ella refiere: *“no quiero tener cáncer, no lo soportaría, he visto a los enfermos con cáncer y sufren mucho, les va muy mal y se mueren, no saldré de esto (llora)... quisiera salir en estos momentos corriendo de aquí, ya les he dicho a los doctores que quiero irme, no puedo dejar de ver a los pacientes y*

*pensar que así estaré, además cuando veo llegar a las enfermeras hasta me sudan las manos, porque me da miedo lo que me hagan, siempre he sido cobarde para el dolor, hace poco me quitaron la vesícula y tuve mucho dolor, no lo aguantaba, ahora imagínate teniendo cáncer, mi corazón late muy fuerte de pensarlo, más cuando se acercan los médicos, pienso que me darán una mala noticia... es terrible esta situación porque no puedo ni dormir bien, no tengo hambre, además en ocasiones tengo náuseas y hasta he vomitado” (sic pac).*

La paciente presenta movimientos estereotipados en manos y piernas, así como cambios constantes de posición en la cama, además, rasca constantemente en la zona de venoclisis, razón por la que posteriormente se le observan hematomas.

Fernanda se encontró hospitalizada durante 3 días, dándole alta debido a que no se le podía realizar estudios de diagnóstico hasta tratar la trombosis, por lo que, en su último día comentó: *“se alarga mi angustia, además me preocupa mucho mi pierna, espero que cure pronto, pero me siento contenta de irme a mi pueblo” (sic pac.)*.

La paciente es hospitalizada dos semanas después a causa de complicación por trombosis, durante su primer día de estancia ella comenta: *“la he pasado muy mal, ahora no solo es la preocupación de tener cáncer, también de mi pierna, no se me quita el dolor y se me puso peor, no he podido caminar, tengo muchas molestias en mi pierna, esto es terrible, quisiera un día despertar y no tener nada de esto” (sic pac.)*. Durante su segundo día de estancia, Fernanda recibe la noticia de probable amputación, por lo que menciona: *“¿por qué me pasa esto a mí? He sido una persona buena, no le he hecho nada a nadie, ¿por qué a mí y no a otras personas?” (sic pac.)*. En su tercer día de hospitalización se encuentra con dificultad respiratoria, por lo que se decide interrumpir la sesión, logrando solo referir “esperanza” ya que el especialista comentó sobre la probabilidad de salvar su pierna cambiando su esquema de medicamentos.

### **Impresión y actitud general**

Paciente femenina de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes al contexto hospitalario, con llanto contingente al tema del posible diagnóstico de cáncer y movimientos estereotipados en manos y piernas. Cooperadora a la entrevista.

## **Examen mental de primera vez**

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, orientada en las cuatro esferas (TEPC), alerta, consciente y con respuesta adecuada al ambiente, lenguaje coherente, congruente y fluido, sin alteraciones aparentes en sensopercepción, atención, concentración y memorias conservadas, pensamiento concreto, impresiona clínicamente inteligencia promedio, estado de ánimo “preocupada”, afecto ansioso, con noción de enfermedad.

## **Factores psicológicos complementarios**

Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Locus de control externo. Apoyo social percibido como existente de tipo emocional e instrumental. Redes de apoyo existentes suficientes y funcionales.

## **Selección y aplicación de técnicas de evaluación**

- Entrevista conductual
- IDARE
- ENA Ansiedad
- Autorregistros de relajación

## **Análisis y descripción de conductas problema**

### Conductuales:

- Llanto contingente
- Movimientos estereotipados en manos y piernas
- Rascar zona de venoclisis
- Hipervigilancia al ambiente (estado físico de pacientes, llegada de médicos y enfermeras)

### Fisiológicas:

- Sudoración
- Taquicardia
- Insomnio
- Comezón en cuerpo
- Náusea y vómito
- Inapetencia

Cognitivas:

- *“No quiero que sea cáncer, no voy a poder soportarlo, he visto gente con cáncer y sufren mucho, les va muy mal y se mueren, no saldré de esto”*
- *“Quisiera salir en estos momentos corriendo de aquí (hospital)”*
- *“No solo es la preocupación de tener cáncer, también de mi pierna... esto es terrible”*
- *“¿Por qué me pasó esto a mí y no a otras personas? He sido una buena persona, no debería haberme pasado esto”*

Pensamientos anticipatorios catastróficos:

- *“Si tengo cáncer será lo peor, no podré soportarlo”*
- *“No saldré de esto, sufriré mucho”*

## ANÁLISIS DE SECUENCIAS

### E EXTERNOS

- Hora de pase de visita
- Observar pacientes en hospitalización
- Ver llegar a la enfermera con su medicamento

### INTERNOS

- Pensamientos sobre posible diagnóstico de cáncer, tratamientos y complicaciones
- Estar sola
- Adormecimiento en pierna izquierda
- Imposibilidad para caminar

### HISTORIA

#### Contemporánea

- Estar hospitalizada por protocolo de estudios

#### Extemporánea

- Colecistectomía con complicaciones posteriores (hace 3 meses)

### O BIOLÓGICO

- Tumor abdominopélvico en estudio. Pb. Cáncer de ovario
- Dolor abdomen y pierna izquierda
- Trombosis de vena ileofemoral miembro pélvico

### VARIABLES COGNITIVO CULTURALES:

- Creencia cáncer igual a dolor y muerte

### HABILIDADES, DÉFICITS Y EXCESOS:

- Déficit de información sobre el cáncer

### HISTORIA DE REFORZAMIENTO

- “He visto a los enfermos de cáncer y les va muy mal”
- “Soy la más pequeña de mis hermanas, siempre fui muy protegida por todos”
- Colecistectomía que generó dolores, asociando hospital a dolor

### R QUEJA

- Sintomatología ansiosa relacionada a probable diagnóstico de cáncer: *“Estoy muy preocupada, no quiero tener cáncer, no lo soportaría”* (sic pac.)

#### Motor:

- Llanto
- Movimientos estereotipados de manos y piernas
- Cambios constantes de posición en cama
- Rascar piel sobre venoclisis

#### Fisiológico:

- Sudoración
- Taquicardia
- Insomnio
- Náusea y vómito
- Inapetencia

#### Cognitivas:

- “Quisiera salir del hospital corriendo” / “¿por qué me pasó esto a mí y no a otras personas? He sido una buena persona, no debería haberme pasado esto”*
- Pensamientos anticipatorios y rumiativos: *“voy a tener cáncer, no podré soportarlo”*

### C INMEDIATAS

#### Individuales

##### Internas

- Miedo a sufrir dolor y morir a causa de cáncer
- “Soy cobarde al dolor, no puedo soportarlo”
- Hipervigilancia al ambiente hospitalario (condición física de pacientes, llegada de médicos y enfermeras a la cama)
- Evitar información de los médicos

##### Externas

- Cerrar los ojos
- Hematomas

#### MEDIATAS Individuales

##### Internas

- Piensa que tener cáncer será insoportable

##### Externas

- Refiere a médicos deseos de irse

## ANÁLISIS FUNCIONAL

Fernanda es una paciente femenina de 41 años, sin hijos, ama de casa, de complexión ectomórfica. Con diagnóstico médico en estudio, probable cáncer de ovario. A causa del tumor abdominopélvico, se presenta vientre abultado sin dolor y adormecimiento en pierna izquierda debido a trombosis en miembro pélvico izquierdo de vena ileofemoral. Se realiza entrevista por rutina del servicio, detectando sintomatología ansiosa a causa de posible cáncer, por lo que acepta la atención psicológica debido a que quiere *“tener seguridad en mí misma y estar preparada para lo que venga”* (sic pac.).

Durante la entrevista inicial, la paciente refiere: *“tengo mucho miedo de que sea cáncer, no quiero que lo sea, no sé si podría soportarlo, sufriría mucho y me costaría salir de esto, es más, no creo que salga de esto, me siento muy preocupada porque el cáncer es una enfermedad horrible, te hace sufrir mucho hasta llevar a la muerte... todo se me está juntando (trombosis), Dios me está mandando mucho sufrimiento”* (sic pac.).

Fernanda refiere que, en los momentos en los que se preocupa (la mayor parte del tiempo), presenta llanto contingente al tema de posible cáncer, acompañado de movimientos estereotipados de manos y piernas, cambios constantes de posición en la cama de hospitalización y se rasca sin razón sobre la piel en la zona de venoclisis. Aunado a esto, refiere sentir que sus manos sudan y su corazón late muy fuerte, además reporta dificultades para dormir y para comer, en ocasiones su preocupación es tan intensa que experimenta náuseas y vómito. A nivel cognitivo, refiere tener ganas de salir corriendo del hospital e incapacidad para entender por qué le sucede a ella y no a otras personas, asimismo refiere que los pensamientos sobre el cáncer son frecuentes y molestos, principalmente afirmando que tendrá cáncer y no podrá soportarlo.

Las respuestas que presenta Fernanda, se hacen presente cuando ella sabe que es hora del pase de visita de los médicos, pues teme a que le den una mala noticia, al observar a pacientes graves dentro del hospital y al ver llegar a la enfermera por miedo a dolor que pueda sentir respecto a lo que le harían. Además, se intensifican cuando recuerda que es probable que tenga cáncer; lo doloroso de los tratamientos y las complicaciones que pueda tener; cuando se queda sola durante la hospitalización o en casa; y cuando siente molestias en su pierna.

Lo anterior genera consecuencias que a su vez pueden estar manteniendo las conductas problema, como miedo a sufrir dolor y a morir a causa del cáncer, encontrarse hipervigilante al ambiente (condición física de pacientes y llegada de médicos y enfermeras a la cama), evitar información de los médicos, además también se mantiene al

pensar frecuentemente que tener cáncer sería insoportable y al referir a los médicos sus deseos de irse del hospital.

Analizando las variables organísmicas, se puede observar que algunas de éstas están relacionadas con la conducta problema; Fernanda considera que tener cáncer significa dolor y muerte, creencia que está sostenida debido al déficit de información que tiene sobre la enfermedad. Además, algunas situaciones han hecho que Fernanda se encuentre con miedo y preocupación excesiva; una es el hecho de haber visto a enfermos de cáncer con resultados negativos y el haber pasado por una colecistectomía con algunas complicaciones que le refuerzan el hecho de sentirse incapaz de hacer frente a una enfermedad como el cáncer. Otro aspecto importante es que la paciente refiere ser la hija más pequeña y por consiguiente la más protegida por su familia, lo cual puede influir en su sentimiento de incapacidad para hacer frente a esta situación.

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la intervención debe enfocarse en los tres niveles de respuestas de ansiedad, ya que han resultado disfuncionales para la paciente, de manera que si la paciente controla sus respuestas fisiológicas, podrá disminuir sus respuestas motoras, además es importante trabajar sus respuestas cognitivas, ya que sus creencias sobre la enfermedad y los pensamientos catastróficos e imperativos exacerbaban las demás respuestas. Por lo tanto, se propone un tratamiento cognitivo-conductual mediante técnicas de relajación y ejercicios de terapia cognitiva para que la paciente logre disminuir sintomatología ansiosa y tenga habilidades para enfrentar el posible diagnóstico.

### **Hipótesis funcional**

Si la paciente adquiere habilidades para afrontar sus respuestas de ansiedad (fisiológicas, conductuales y cognitivas), entonces podrá disminuir la sintomatología ansiosa durante estancia hospitalaria y además se podrá adaptar a la enfermedad en caso de confirmar diagnóstico de cáncer.

### **Diagnóstico dsm-iv**

**EJE I.** F54. Síntomas de ansiedad que afecta a neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de órganos genitales femeninos [316]

**EJE II.** Sin diagnóstico

**EJE III.** Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de órganos genitales femeninos [D39]

**EJE IV.** Sin diagnóstico

**EJE V.** EEAG= 60 (actual)

**DSM 5**

316 (F54) Síntomas de ansiedad que afecta a neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de órganos genitales femeninos (D39). WHODAS 45 puntos (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador).

**CIE 10**

F54 Factores psicológicos del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otras categorías. Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de órganos genitales femeninos (F54+C50).

Crterios:

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316]:

- A. Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III).
- B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:
  - (1) Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.
  - (2) Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.
  - (3) Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.
  - (4) Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerbaban los síntomas de la enfermedad médica.

**Objetivos de tratamiento psicológico**

**General:**

Disminuir sintomatología ansiosa mediante el control de respuestas disfuncionales fisiológicas, conductuales y cognitivas asociadas a la preocupación y el miedo exacerbado al diagnóstico de cáncer.

### **Específicos:**

La paciente:

- a) Identificará pensamientos anticipatorios y rumiativos, así como su relación con respuestas de ansiedad
- b) Aplicará ejercicios de relajación ante situaciones que generan ansiedad durante su hospitalización
- c) Aplicará detención de pensamientos anticipatorios y rumiativos
- d) Identificará pensamientos disfuncionales para modificarlos por pensamientos funcionales
- e) Identificará aspectos importantes sobre la enfermedad

### **Estrategia terapéutica**

- Psicoeducación
- Respiración diafragmática
- Imaginación guiada
- Detención de pensamiento
- Ejercicios de terapia cognitiva (debate socrático)

### **Descripción de las sesiones**

Para lograr los objetivos planteados y basados en la hipótesis funcional, se llevó a cabo un plan de intervención cognitivo-conductual, el cual podrá consultarse en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Descripción de las sesiones*

| Sesión y fecha         | Técnica de intervención                       | Procedimiento                                                                                                                                                                                                        | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sesión 1<br>20/01/2020 | Entrevista                                    | Se realiza entrevista inicial posterior a observación de conductas durante pase de visita en área de hospitalización.                                                                                                | La paciente refiere síntomas de ansiedad, reflejados en movimientos estereotipados en manos y piernas, a causa de posible diagnóstico de cáncer. A la entrevista menciona: <i>"tengo mucho miedo de que sea cáncer, no quiero que lo sea, no sé si podría soportarlo, sufriría mucho y me costaría salir de esto"</i> (sic pac.), y agrega: <i>"me veo a mí misma en un futuro sin cabello, ni cejas, vomitando cualquier comida, y muy flaca "</i> (sic pac.).                                                               |
|                        | Psicoeducación de pensamientos anticipatorios | Se realiza diagrama sobre la relación entre situación, pensamiento y emoción, además de la relación con respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas de la ansiedad.                                                | Refiere: <i>"sí, sé que me estoy adelantando y es muy malo para mí porque hay noches que no puedo ni dormir, trato de yo misma regañarme y dejar de pensar, pero a veces no puedo parar lo que pienso y lo que siento en mi cuerpo"</i> (sic pac.).                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sesión 2<br>23/01/2020 | Respiración diafragmática                     | Se realiza psicoeducación, se modela y se moldea entrenamiento en respiración diafragmática. Se instiga a realizarlo cinco veces cada hora y realizar registro de niveles de ansiedad antes y después del ejercicio. | Anterior a la sesión, la paciente se encontraba gritando sobre dolores en sus piernas a causa de la trombosis, por lo que además de trabajar con sus respuestas fisiológicas por la ansiedad ante el diagnóstico con respiración diafragmática, se trabajó con sus síntomas de dolor mediante imaginación guiada. Como resultado, la paciente contuvo su respuesta al dolor, y además logró sentirse más relajada, refiriendo: <i>"hace mucho tiempo que no me sentía así de relajada, me quedo más tranquila"</i> (sic pac.) |
|                        | Imaginación guiada                            | Se realiza psicoeducación y se induce a imaginación guiada, se instiga a realizar el ejercicio durante estancia hospitalaria y realizar registro de niveles de ansiedad antes y después del ejercicio.               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sesión 3<br>24/01/2020 | Evaluación Detención de pensamiento           | ENA de ansiedad<br>Se realiza psicoeducación y emplea la técnica, mediante la evocación de pensamientos desagradables, un estímulo discriminativo y la inducción inmediata de pensamientos.                          | Refiere ENA inicial de ansiedad 9/10, y ENA final de ansiedad 6/10. La paciente logra identificar pensamientos e imágenes recurrentes que causan un grado de malestar e identifica cómo puede cambiarlos inmediatamente a un chasquido y la palabra "alto", por la evocación de pensamientos más agradables. Por lo tanto, menciona: <i>"el ejercicio me gusta porque me hace pensar que yo</i>                                                                                                                               |

| Sesión y fecha         | Técnica de intervención        | Procedimiento                                                                                                                         | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Evaluación                     | Aplicación de instrumento IDARE                                                                                                       | <i>tengo el control de mis pensamientos... me deja más tranquila con los ejercicios, me van a ayudar mucho si sigo haciéndolos</i> (sic pac.)<br>Se obtiene puntuación de ansiedad estado medio (43) y ansiedad rasgo alta (60).                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sesión 4<br>10/02/2020 | Respiración diafragmática      | Continuación de entrenamiento en respiración diafragmática para disminuir respuestas de ansiedad, mediante moldeamiento de ejercicio. | Durante esta sesión, la paciente se encontraba con síntomas exacerbados de ansiedad, esto a causa de su reingreso a hospitalización, progresión de trombosis y procedimiento de toma de biopsia en miembro izquierdo, refiriendo ganas de salir corriendo del hospital. Con el objetivo de disminuir sus respuestas, se moldeó la técnica de respiración diafragmática, como resultado comentó: <i>“creo que no los había hecho correctamente, ahora me siento menos ansiosa, me podré preparar para la biopsia de mañana”</i> (sic pac.). |
|                        | Evaluación                     | ENA de ansiedad                                                                                                                       | Reporta ENA inicial de ansiedad 7/10 y ENA final de ansiedad 5/10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sesión 5<br>11/02/2020 | Ejercicio de terapia cognitiva | Ejercicio de debate socrático ante distorsiones cognitivas imperativas.                                                               | La paciente es notificada de posible amputación de pierna izquierda, por lo que menciona: <i>“el cáncer y ahora esto, no debería pasarme esto a mí”</i> (sic pac.). Posterior a la intervención, refiere: <i>“Sé que a muchos le pueden pasar, no estoy exenta, pero no me lo imaginaba, ni me lo esperaba, sigo sin entender por qué a mí”</i> (sic pac.)                                                                                                                                                                                 |
|                        | Respiración diafragmática      | Moldeamiento de ejercicio.                                                                                                            | La paciente menciona sentirse menos desesperada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                        | Evaluación                     | ENA de ansiedad                                                                                                                       | Reporta ENA inicial de ansiedad 8/10 y ENA final de ansiedad 3/10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

*Nota:* Debido a complicaciones por trombosis, Fernanda tuvo una embolia pulmonar, razón de su fallecimiento, por lo que no fue posible continuar con la intervención.

## Resultados

El objetivo terapéutico general del presente caso fue disminuir sintomatología ansiosa mediante el control de respuestas disfuncionales fisiológicas, conductuales y cognitivas asociadas a la preocupación y el miedo exacerbado al diagnóstico de cáncer.

Analizando los resultados obtenidos durante la intervención, se ha podido observar que dicho objetivo no pudo ser cumplido totalmente, ya que, si bien mostró en algunas sesiones disminuir las respuestas fisiológicas y conductuales, las respuestas cognitivas asociadas a la preocupación y el miedo exacerbado al diagnóstico de cáncer no lograron trabajarse por completo en tiempo y forma, esto debido a la variabilidad en la condición médica de la paciente y su posterior fallecimiento.

Sin embargo, cabe mencionar, que algunos objetivos específicos si fueron cumplidos parcial o totalmente principalmente los que se refieren a la identificación de pensamientos anticipatorios y rumiativos, las respuestas de ansiedad, el entrenamiento y la puesta en práctica de ejercicios de relajación que permitió que Fernanda dejara de realizar conductas disfuncionales y controlar sus respuestas fisiológicas (Ver Tabla 2).

**Tabla 2**

### *Cumplimiento de objetivos específicos*

| Objetivo                                                                                               | ¿Se cumplió? |    | Criterio                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | Sí           | No |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Identificar pensamientos anticipatorios y rumiativos, así como su relación con respuestas de ansiedad. | X            |    | La paciente refirió: <i>“Pienso mucho en que tendré cáncer y podré morir, pero estoy anticipando resultados... pero mis pensamientos no desaparecen y están la mayoría del día, justamente cuando pienso eso, me llego a sentir nerviosa y sentirme como me siento”</i> (sic pac.) |
| Aplicar ejercicios de relajación ante situaciones que generan ansiedad durante su hospitalización      | X            |    | La paciente logró replicar su entrenamiento dentro y fuera del hospital. Disminuyendo por completo conductas de náusea y vómito, además evitó rascarse la zona de venoclisis.                                                                                                      |
| Aplicar detención de pensamientos anticipatorios y rumiativos                                          | X*           |    | La paciente logró inducir pensamientos e imágenes agradables, tras la detención del pensamiento mediante un sonido. Sin embargo, no se monitoreó la ejecución correcta del mismo.                                                                                                  |
| -Identificar pensamientos disfuncionales para                                                          |              | X  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Objetivo                                              | ¿Se cumplió? |    | Criterio |
|-------------------------------------------------------|--------------|----|----------|
|                                                       | Sí           | No |          |
| modificarlos por pensamientos funcionales             |              |    |          |
| -Identificar aspectos importantes sobre la enfermedad |              | X  |          |

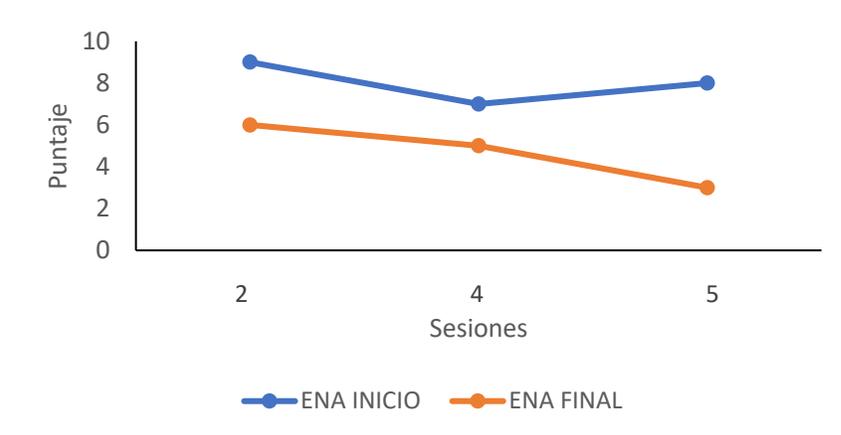
*Nota.* Elaboración propia. \*Objetivo parcialmente cumplido.

Con el objetivo de complementar la entrevista psicológica y para sustentar el diagnóstico, se evaluó la ansiedad a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en el que la paciente obtuvo un puntaje de ansiedad estado medio (43) y ansiedad rasgo alta (60).

Asimismo, durante las sesiones transcurridas, se realizaron evaluaciones del nivel de ansiedad a través de Escalas Numéricas Análogas (ENA's), que se registraban al inicio y al final de las sesiones, y que por lo tanto dan cuenta del efecto de las técnicas realizadas. Como puede verse en la Figura 2, los puntajes que la paciente asignaba a su ansiedad al inicio de las sesiones tuvieron una variación, de la sesión 2 a la 4 hubo una disminución de su ansiedad, sin embargo, en la quinta sesión la paciente recibió la noticia de probable amputación de pierna (a causa de trombosis), lo cual elevó su nivel de ansiedad, refiriendo preocupación y nerviosismo extremo. Pese a estas variaciones, las puntuaciones de ansiedad al final de las sesiones mostraron tendencia negativa, es decir, disminuyó la percepción de ansiedad para la paciente posterior a cada intervención realizada.

**Figura 2**

*Puntuaciones ENA's de ansiedad*



## **Conclusiones**

La etapa de pre-diagnóstico de cáncer llega a ser un periodo de considerable malestar emocional caracterizado por incertidumbre hacia el futuro, acompañado de diversas reacciones a nivel físico, motor y cognitivo, respuestas que caracterizan la sintomatología ansiosa (Montazeri et al., 2000).

Aunado a lo anterior, el trabajo con pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico requiere de una acción inmediata que se justifica principalmente, entre otros factores, por el deterioro físico y psicológico que genera en el paciente, cuya evolución de la enfermedad puede ser de manera aguda o crónica. En este tipo de pacientes en específico, se puede llegar a tener serias complicaciones, una de estas es el tromboembolismo que aumenta de manera significativa el pronóstico de una muerte rápida (Wang et al., 2006). Dada la complejidad, se deben realizar intervenciones breves y sensibles a cambios por la historia natural de la enfermedad.

El caso presentado, da cuenta de la importancia de intervenciones psicológicas del médico conductual para identificar y disminuir las respuestas de ansiedad durante la fase de pre-diagnóstico; las ENA's evaluadas durante las sesiones muestran efectividad en las intervenciones realizadas ya que hay una tendencia a la baja en cuanto a la percepción de ansiedad en la paciente, sin embargo, y como es de esperarse, la condición médica variable de la paciente, hizo que también su sintomatología variara entre las sesiones, puesto que en algunas de ellas, la notificación de malas noticias (gravedad de trombosis, probabilidad de amputación) exacerbaba su respuesta de ansiedad.

Asimismo, y por la misma complicación, no fue posible trabajar con los componentes cognitivos de la paciente, dado su fallecimiento, misma razón por la que no se pudo confirmar el efecto de la intervención en la disminución de ansiedad estado para la paciente, ni dar seguimiento al trabajo realizado con el fin de observar el mantenimiento de los cambios.

### **Áreas de oportunidad**

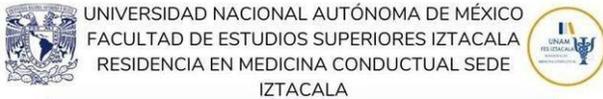
Este caso clínico expuesto, presenta áreas de oportunidad importantes de mencionar. Para futuros casos, la terapeuta debe:

- Considerar en las intervenciones psicológicas la condición médica del paciente.
- Conocer complicaciones relacionadas con la enfermedad con el fin de proporcionar un pronóstico del paciente y anticipar respuestas.

- Mejorar la comunicación con los especialistas médicos para valorar el pronóstico de la paciente y en su caso, adecuar las intervenciones.
- Evaluar ENA's en todas las sesiones para mostrar patrón de cambio.
- Valorar al familiar para triangulación de información y evaluación de posibles conductas que reforzaran las respuestas de la paciente ante el dolor.

## Apéndice H

### Material psicoeducativo realizado para población del Hospital Juárez de México



# 10 RECOMENDACIONES PARA ENFRENTAR EL MIEDO AL COVID-19

Es común sentir miedo en una crisis como la que estamos pasando.

Aquí hay **10** recomendaciones para enfrentarlo

**1**

Reduzca el **tiempo** en que ve, lee o escucha noticias; busque información en momentos específicos del día, una o dos veces.



**2**  
Busque información de fuentes **confiables y útiles** para protegerse a usted y a sus seres queridos, no se sature de información que aumente su angustia.

**3**

Atienda a los **hechos**, no a los rumores, ayudará a reducir su temor.



**4**  
Manténgase en **comunicación** con sus seres queridos por teléfono, videollamadas u otros medios sociales. El **apoyo social** que brinde y reciba ayuda a mejorar su bienestar emocional.

**5**

Intente, dentro de lo posible, mantener su **rutina diaria** personal o cree nuevas rutinas acordes a las circunstancias.



**6**  
Mantenga su **rutina de sueño** regular, **coma saludablemente** e **hidrátase** con regularidad para fortalecer su sistema inmunológico.

**7**

Si es posible, **realice ejercicio**, así como actividades que disfrute y encuentre relajantes.



**8**  
Practique ejercicios de **relajación** como respiración diafragmática y profunda.

**9**

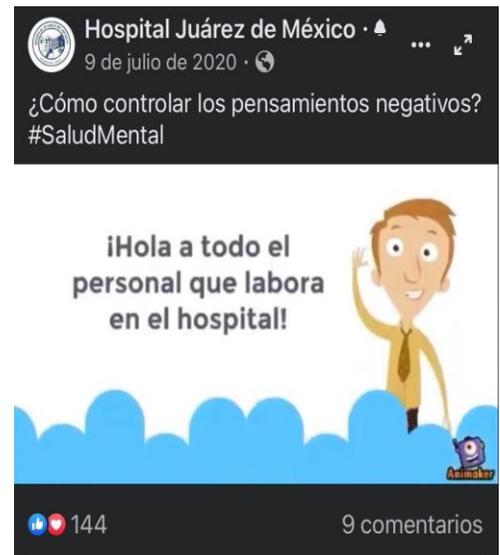
Preste atención a sus **necesidades y sentimientos**, si su miedo afecta su vida diaria y bienestar emocional, contacte al servicio de salud mental.



**10**  
Siga las indicaciones para **reducir** el riesgo de contagio.

Elaboró:  
Lic en Psic. Diana Graciela Pérez Jiménez  
Ced. Prof.: 10902506  
Email:  
medicinaconductualiztacala@gmail.com

Referencia:  
World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. En <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>



## Apéndice I

### Cartel de exposición en el XIV Congreso de Posgrado en Psicología UNAM

**XIV CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA UNAM**  
FES Zaragoza

Maestría | Medicina Conductual

# Intervención cognitivo-conductual online para el manejo del estrés en personal de salud

Autora: Diana Graciela Pérez Jiménez | Tutora Principal: Maricela Osorio Guzmán

## I. Antecedentes y justificación del Estudio

El estrés se refiere a la respuesta del organismo para adaptarse ante una situación amenazante [1]. En el ámbito laboral, específicamente en personal de salud, pueden presentarse múltiples estresores por las características propias de la profesión y las condiciones de trabajo (largas jornadas laborales, atención de casos difíciles, roles conflictivos, entre otros) [2,3], la exposición constante a estos estresores repercute a nivel físico, psicológico y laboral [4,5,6]. Por lo anterior es necesario diseñar intervenciones psicológicas dirigidas a esta población para el manejo de estrés.

## II. Objetivo | Hipótesis

Determinar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual online para el manejo del estrés en personal de salud.

## III. Metodología

Participarán profesionales de salud de instituciones públicas de México, reclutados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se trabajará un diseño intra-sujeto de medidas repetidas, utilizando el instrumento de estrés de Wolfgang (pre y post evaluación), Escala Visual Analógica (EVA) de estrés y autorregistros. La intervención consistirá en un entrenamiento modular online y asincrónico de cuatro semanas con técnicas cognitivo-conductuales (Ver Tabla 1, anexa en código QR), a través de una plataforma web (Ver Figura 1).



## IV. Resultados

Se espera que los participantes completen todas las actividades de cada uno de los módulos (Ver Figura 2).

## V. Discusión | Conclusiones

Como resultado de la intervención se espera que los hallazgos proporcionen evidencia de la adquisición de información científica sobre el estrés y sobre las técnicas psicoeducación, relajación, solución de problemas y programación de actividades, en modalidad online, que permitan a los participantes un manejo adecuado del estrés laboral.

## Agradecimientos

Se agradece al personal de salud participante, a los supervisores del programa y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Figura 1: Portada de página web del taller de intervención asincrónico. Imagen de un teléfono móvil con el texto: "Taller en línea: Estrategias de acción ante el estrés".

Figura 2: Actividades por desarrollar en cada módulo de trabajo. Diagrama de flujo: "Taller de estrés: introducción" -> "El estrés: cómo afectarlo" -> "Estrés y salud" -> "Taller de estrés".

**Referencias**

1) Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Técnicas de relación y mediación. En P. T. P. (Coord.), *Intervención psicológica: Técnicas y procedimientos* (p. 1-24). México: McGraw-Hill.

2) Rodríguez, R., Rodríguez, M., & García, J. (2018). Estrés y bienestar en el personal de salud. *Revista de Psicología y Educación*, 13(1), 1-12.

3) Rodríguez, M., Rodríguez, R., & García, J. (2018). Estrés y bienestar en el personal de salud. *Revista de Psicología y Educación*, 13(1), 1-12.

4) Taylor, S., Lambert, T., Kessler, R., & Mermelstein, J. (2012). Health-related quality of life and mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(1), 1-12.

5) Rodríguez, M., Rodríguez, R., & García, J. (2018). Estrés y bienestar en el personal de salud. *Revista de Psicología y Educación*, 13(1), 1-12.

6) Taylor, S., Lambert, T., Kessler, R., & Mermelstein, J. (2012). Health-related quality of life and mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(1), 1-12.

**¡Todos nos Cuidamos en FES Zaragoza!**

**SANTA PUMA** **PONTE EL CUBREBOS**