

**Psicoeducación en Autocuidado en Proveedores de Salud VIH para Reducir
el Burnout**

Ivana Romero Luna

Universidad Iberoamericana.

Universidad de Salamanca

30 de abril 2024

Agradecimientos

A mi padre, Bartolomé Romero, y mi madre, Carmen Luna, quienes siempre han invertido su fe y orgullo en cada paso de mi carrera académica. Su constante apoyo y orientación han sido cruciales para mi desarrollo profesional y personal, motivándome a superar cualquier obstáculo en el camino a la conclusión de este proyecto de investigación. Estoy eternamente agradecida por su apoyo y amor incondicional, y sé que su influencia seguirá guiándome en mi futuro profesional. Su ejemplo de dedicación y sacrificio me ha inspirado a ser la mejor versión de mí mismo y a seguir persiguiendo mis metas con determinación.

Dra. Vanessa Espailat, por darme la oportunidad de desarrollarme como profesional de la salud mental, brindando comprensión, apoyo y confianza en mis habilidades para lograr esta meta.

Gracias especiales a mi asesora de tesis, Alba Polanco, por brindar su apoyo y orientación a lo largo de este proceso. Asimismo, agradezco a la Universidad Iberoamericana UNIBE por brindar los recursos necesarios para llevar a cabo este proyecto académico.

Finalmente, agradezco a mis colegas, familiares y amigos que, de alguna manera, contribuyeron a mi desarrollo académico y personal; su apoyo ha sido fundamental en este proceso. Espero poder retribuir de alguna forma todo lo recibido y seguir creciendo profesionalmente.

Contenido

Resumen.....	5
Introducción	6
Metodología.....	10
Participantes	10
Instrumentos.....	10
Procedimiento	11
Protocolo de intervención.	12
Sesión 1:.....	12
Introducción al Burnout y Estrategias de Afrontamiento.	12
Materiales:	12
Sesión 2:.....	12
Cinismo y desapego en el Trabajo	12
Materiales:	13
Sesión 3:.....	13
Materiales:	13
Sesión 4:.....	13
Plan de autocuidado	13
Materiales.....	14
Análisis de Datos	14
Resultados	15
Prevalencia del Burnout.....	15
Cambios en las subescalas	19
Agotamiento Emocional	19
Despersonalización	22
Percepción de la Eficacia Personal	24
Proceso Terapéutico.....	27
Sesión 1:.....	27
Sesión 2:.....	28
Sesión 3:.....	28
Sesión 4:.....	29
Recepción de los participantes.....	29
Discusión.....	30
Limitaciones y consideraciones adicionales.....	32
Conclusión	33
Referencias.....	34
Anexo 1	37
Anexo 2.....	40

Carta de Aprobación.....	40
Anexo 3.....	42
Consentimiento informado para la participación en una investigación.....	42
Anexo 4.....	46
Aprobación Comité de Ética.....	46
Anexo 5.....	47
Anexo 6.....	49
Anexo 7.....	50
Anexo 8.....	51

Resumen

El objetivo de este estudio fue implementar un programa psicoeducativo grupal de autocuidado a proveedores de salud primaria que atienden a pacientes con VIH, en 4 sesiones, 1 vez por semana, para identificar y reducir las manifestaciones de burnout y aumentar su conocimiento e integración en la cultura laboral de acciones preventivas basadas en autocuidado. Este fue un estudio prospectivo cuantitativo con un diseño de un solo grupo con pre y post test. Los instrumentos utilizados fueron Maslach Burnout Inventory versión traducida al español y un cuestionario para levantamiento de información basado en relatoría durante las sesiones de debriefing. Para iniciar, se identificaron los principales signos de agotamiento, junto con el nivel de conocimiento del grupo sobre el tema.

En cuanto a los hallazgos principales a nivel de subescalas, previo a la intervención, el grupo tuvo puntuaciones promedio de 2.64 en agotamiento emocional, 0.68 en despersonalización y 4.58 en satisfacción en su desempeño. Así mismo, previo a la intervención, un participante cumplía con los criterios de burnout, mostrando alta despersonalización y agotamiento emocional, así como poca percepción de efectividad.

Post intervención, a diferencia de lo esperado, el grupo no presentó altos índices de burnout, y se identificó nueva vez, que un participante cumplía con el criterio. En términos de subescalas, en promedio, a nivel grupal, los resultados arrojados fueron bajos índices de agotamiento emocional con un 2.55 y despersonalización 0.72 y altos índices de logro personal 4.98. Estos hallazgos no caen dentro del criterio de burnout a nivel grupal. Sin embargo, a nivel individual los índices evidencian, aunque ligeramente, por el tamaño de la muestra y el corto plazo de las intervenciones (4 semanas), que la psicoeducación en auto cuidado en proveedores de salud primaria a pacientes VIH, desde el punto de vista clínico, impacta favorablemente en la calidad de vida y el desempeño laboral de los servidores.

Palabras clave: Burnout, psicoeducación, autocuidado, proveedores de salud primaria, VIH, autocuidado del profesional de la salud.

Introducción

A nivel mundial, la población afectada por VIH/SIDA oscila entre los 36.7 millones (OMS, 2017). En República Dominicana, aproximadamente, 71,985 personas se encuentran afectados por la condición (UNAIDS,2019). En este país, el tema VIH sigue siendo considerado un tabú; a diario, los pacientes se enfrentan a los estigmas e informaciones erróneas que son pasadas de generación en generación, creando así desinformación y miedo ante un posible caso de infección. Por tanto, el personal de salud que trabaja directamente con esta población debe manejar momentos de crisis diarias, que derivan de las situaciones desafiantes y adversas que viven estas personas; desde problemas de salud complejos (ejemplo: cuadros de comorbilidad con otras infecciones/condiciones de salud) hasta situaciones de la vida cotidiana que afectan su calidad de vida desde la esfera emocional (tales como pérdidas de una pareja infectada, rechazo, discriminación, otros).

Así, en contraste con otros profesionales de la salud, los servidores de salud integral VIH pueden experimentar cargas excesivas de trabajo, niveles más altos de estrés y condiciones de trabajo menos favorables, debido a las particularidades de la condición de salud que afecta a los usuarios de estos servicios (Qiao et al., 2016). Además de las complejidades de salud y demandas emocionales y psicológicas derivadas de la discriminación y el estigma de los pacientes que atienden, esto también se asocia con a otras dificultades dadas por el sistema de salud como: falta de reconocimiento laboral, falta de comunicación y apoyo de los supervisores, falta de recursos para complementar las necesidades de los usuarios (ratio desbalanceado entre usuarios y proveedores, accesibilidad limitada a los centros), condiciones de trabajo irregulares (Gruszczyńska & Rzeszutek, 2023).

En países donde la condición VIH-SIDA tiene alta incidencia, vemos que los profesionales de salud que sirven a ese segmento presentan más absentismo laboral, agotamiento o cansancio persistente, falta de empatía hacia usuarios o entre colaboradores, y otros efectos negativos emocionales de su trabajo, indicadores clásicos del burnout o agotamiento laboral (Remien et al., 2019). El "burnout" también conocido

como "enfermedad laboral", es la respuesta negativa de los trabajadores a situaciones estresantes constantes, ya que sus expectativas laborales pueden entrar en conflicto con la compleja realidad de su trabajo, afectando negativamente su calidad de vida y rendimiento laboral. Este fenómeno es más frecuente en las profesiones de ayuda que enfrentan emociones intensas, enfermedades, dolor, o sufrimiento psicológico (Gómez-Gascón et al., 2013).

En República Dominicana, un 2% de los médicos especialistas pertenecientes a 3 centros médicos ubicados en diferentes ciudades del país presentaba síndrome de burnout, y de estos, un 28.8% presenta un alto nivel de agotamiento emocional de acuerdo con la escala de Maslach (Butler-Ransohoff, 2013). Como se indicó anteriormente, los desafíos en el sistema de atención de la salud afectan tanto a la calidad de vida de los pacientes como a la de los proveedores (Peláez-Fernández, 2013). Algunas de las características que reflejan la situación de VIH en República Dominicana son barreras en la obtención del tratamiento, servicios de atención limitados y carencias en el sistema. En República Dominicana, las intervenciones psicológicas con los proveedores de salud VIH son escasas; algunas de las existentes trabajan las intervenciones de manera individual y no están dirigidas específicamente a esta población (Tapia et al., 2019).

Investigadores costarricenses desarrollaron un módulo de ayudas psicológicas para asesores de crisis que proporciona apoyo psicológico básico. Los investigadores encontraron que los asesores eran muy receptivos a la capacitación, su contenido, y su capacidad para proporcionar tales auxilios. También crearon un programa de intervención psicológica para promover la aplicación de nuevas estrategias para hacer frente a la escasez de recurso humano y la falta de autoatención entre los profesionales médicos de la zona de Cruz Roja. Esta herramienta hace hincapié en la importancia de las iniciativas que abordan las necesidades de la población, incluidas las estrategias de enseñanza, el cuidado propio, las habilidades sociales, y la eficacia (M. J. Pérez Molina y N. Rodríguez Chinchilla, 2011).

Diferentes intervenciones para el "burnout" incluyen planes de autocuidado, prácticas contemplativas, procesos de entrenamiento, micro prácticas, y apoyo de profesionales de

la salud mental. Estas intervenciones, como la respiración diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson, han demostrado ser beneficiosas (Vásquez Caubet et al., 2019). Los estudios sugieren que la respiración diafragmática puede reducir el estrés, utilizando biomarcadores fisiológicos e instrumentos psicológicos de auto reporte (Hopper et al., 2019). También ha sido demostrada la efectividad de la intervención con debriefing en proveedores de salud en diferentes áreas para tratar burnout. Ha sido descrito como una oportunidad para compartir con colegas que experimentan estresores similares relacionados al tratamiento de pacientes en situaciones vulnerables, incluyendo apoyo, resolución de conflictos, identificación de estresores y discusión de estado emocional. Esto ha demostrado mejora en reducción de estrés en el área laboral (Gómez-Gascón et al., 2013).

Gracias a los estudios que se han realizado sobre burnout, se ha demostrado que la exposición prolongada de los intervencionistas en el área de salud a los problemas que afectan a sus pacientes podría conducirlos a altos niveles de inestabilidad emocional. Este desgaste podría ser trabajado a través de las diferentes herramientas psicoterapéuticas y de intervención que se han diseñado con estos propósitos, como el debriefing. No obstante, actualmente no existe en República Dominicana una estructura formal de intervención que trabaje con el personal de salud que brinda atención primaria a pacientes con VIH.

El Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) se focaliza en brindar atención primaria a pacientes conviviendo con VIH y poblaciones vulnerables. Este centro recibe un alto porcentaje de pacientes tanto para prevención, detección como cuidado de la salud VIH. En este centro se realizan reuniones semanales con el personal clínico para presentar y discutir agendas y casos específicos que surgen en el día a día, sin embargo, estos profesionales no cuentan con un espacio estructurado que permita la identificación de estresores o para debriefing dirigidos a la mejora en la comunicación entre proveedores clínicos y superiores. De igual forma, se espera que la cantidad de pacientes que se presentan diario sobrepase el número de personal contratado hasta el momento, y que esto contribuya a la sobrecarga laboral. Por otro lado, los pacientes que atienden se encuentran usualmente en condiciones de vulnerabilidad, lo que agrega carga

emocional para el profesional dedicado al tratamiento de VIH en todos ámbitos. Las limitaciones y barreras que presentan los pacientes también incrementan la preocupación del proveedor, ya que puede afectar el resultado del servicio brindado. Es por ello por lo que una intervención con estos proveedores serviría para ayudarlos a continuar luchando por el bienestar de las personas que viven con el VIH/Sida en este país.

Metodología

Este es un estudio prospectivo cuantitativo con diseño de un solo grupo con pre y post test.

Participantes

La población seleccionada fue conformada por el cuerpo de trabajo clínico del centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), que superan la mayoría de edad. La mayor parte del personal es dominicana, y algunos son de nacionalidad cubana. De estatus civil mixto (casados, divorciados, viudos, solteros, unión libre). Los participantes pertenecen a diferentes áreas, como son: la práctica psicológica, médica, bioanálisis, enfermería, y de trabajo social. Se esperó un total de 10 participantes conformados por el personal de los diferentes departamentos del área clínica. Los criterios de inclusión fueron que pertenecieran al área clínica, leyeran el consentimiento informado y aceptaran participar en el estudio.

Instrumentos

Para evidenciar el Síndrome de Carga del Cuidador en los participantes previo a la intervención, se utilizó la adaptación al castellano del “Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). El MBI-HSS consta de 22 ítems con valores que van desde “Nunca” hasta “Todos los Días” (0-6) agrupados en 3 categorías (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logro Personal). Su estructura de tres factores ha sido validada en diferentes muestras, incluidos empleados de ayuda legal, terapeutas y empleados de empresas (Wheeler y et al, 2001). La consistencia interna se evalúa típicamente utilizando el coeficiente alfa de Cronbach de los cuales se han reportado aproximadamente 0.90 para la dimensión de Agotamiento Emocional, alrededor de 0.79 para Despersonalización y cerca de 0.71 para Logro Personal. Estos valores indican una alta consistencia interna entre los ítems que componen cada dimensión del inventario, lo que sugiere que las escalas son confiables para medir el agotamiento en el contexto de los servicios humanos (Maslach, 2016).

Procedimiento

Para iniciar, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de UNIBE (anexo 2). En conjunto con el director clínico, se envió por correo el consentimiento informado (anexo 3) y el enlace para tomar la prueba en línea a todos los integrantes del departamento clínico, conformado por Psicología, Medicina, Trabajo Social, Odontología, Laboratorio y Enfermería. Para proteger la confidencialidad de los participantes y sus datos, no se recogió su correo para proceder al llenado del pretest. Para identificarlos al momento de comparar pre y post test, se tomó como identificadores su color favorito y los últimos 2 dígitos de su cédula. Las sesiones de intervención se llevaron a cabo en un lugar aislado, separado del resto de los empleados del centro. Se reiteró a los participantes que, si así lo deseaban, podían retirarse de la investigación en el momento que desearan, sin ningún tipo de repercusión ni compromiso de los datos brindados durante su participación.

La intervención fue grupal, desarrollada en un plazo de 4 sesiones, 1 vez a la semana. En un inicio, se identificaron las principales sintomatologías de burnout y los niveles de conocimiento del grupo sobre el tema. Basado en esto, se desarrolló el plan de intervención en 4 sesiones para aplicar la intervención estructurada, iniciando con psicoeducación sobre el síndrome del quemado y maneras de prevenirlo. Además de técnicas progresivas de relajación muscular, técnicas para identificar barreras entre trabajo y vida personal, técnicas de identificación de pensamientos y acciones cénicas. La intervención concluyó con una evaluación para medir si los síntomas del burnout arrojaban variación: identificar si habían aprendido cómo prevenirlo y aplicar lo aprendido para impedir que ocurra.

Protocolo de intervención.

Sesión 1:

Introducción al Burnout y Estrategias de Afrontamiento.

- Presentación del tema.
- Psicoeducación sobre el síndrome de Burnout y sus aspectos.

- Implementación de técnicas para romper el hielo.
- Sesión de debriefing al final de la sesión.
- Discusión de las tareas asignadas.

Materiales:

- Uso de tarjetas de presentación.
- Suministro de papel blanco, lápices y lapiceros.
- Utilización de material psicoeducativo de apoyo relacionado al tema.
- Velas aromáticas, luz cálida y música suave.

Sesión 2:

Cinismo y desapego en el Trabajo

- Exploración de manifestaciones de cinismo y desapego en el trabajo.
- Identificación de pensamientos y acciones cínicas y formas de mitigarlos.
- Uso de material psicoeducativo de apoyo relacionado con el tema.
- Discusión de las tareas asignadas.
- Realización de ejercicios de Body Scan o Escáner Corporal.
- Retroalimentación sobre lo discutido y las prácticas aplicadas.

Materiales:

- Suministro de papel blanco, lápices y lapiceros.
- Velas aromáticas, luz cálida y música suave.

Sesión 3:

Burnout: sentimientos de ineffectividad y bajo desempeño.

- Liderazgo Positivo.

- Psicoeducación sobre el cuidado de la salud mental (acudir a un profesional, realizar sesiones de difusión), formas de mejorar políticas relacionadas con el estrés laboral.
- Ejercicio de Caminata de Atención Plena.

Materiales:

- Material psicoeducativo de apoyo relacionado con el tema.
- Velas aromáticas, luz cálida, bocinas.
- Papel blanco, lápices y lapiceros.

Sesión 4:

Plan de autocuidado

- Elaboración del plan basado en aprendizajes y conclusiones de la intervención.
- Discusión de aprendizajes y aplicación de post test.
- Discusión sobre referimientos y sesiones individuales para casos particulares.
- Aplicación de post-test.

Materiales

- Material psicoeducativo proporcionado para disponibilidad del personal.
- Papel blanco, lápices y lapiceros, velas aromáticas, luz cálida, bocinas.

Análisis de Datos

Luego de la realización de cuatro sesiones de terapia se procedió a analizar los datos registrados en el pre y post test junto con los levantamientos dentro de cada intervención realizada por la investigadora, durante las sesiones de debriefing.

En cuanto a los cambios percibidos entre una sesión y otra, a través del seguimiento de tareas, y realización de preguntas escalas; tanto en la primera sesión para evidenciar su nivel de carga percibida, como en la última sesión, para identificar su mejoría;

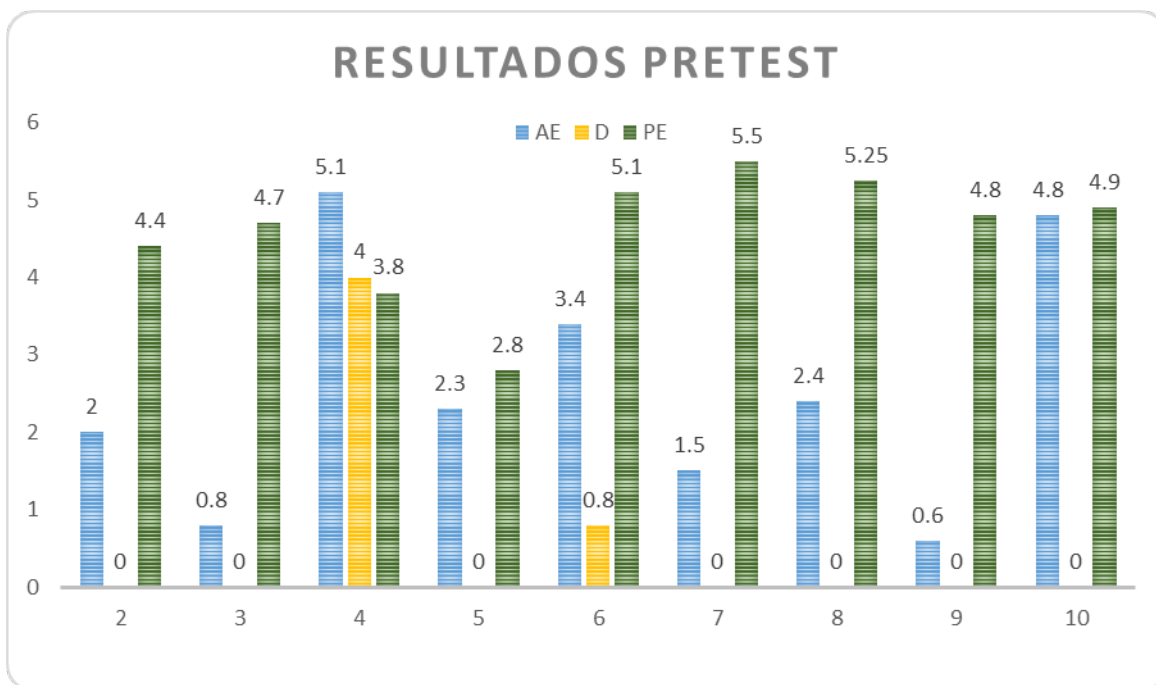
considerando un progreso cualquier aumento en el número. Así mismo, siguiendo los conceptos del debriefing de manera oral, se identificaron áreas de oportunidad para facilitar un ambiente adecuado, así como la mejoría de las conductas desadaptativas utilizando las herramientas aplicadas. Se intercambiaron las percepciones de los objetivos alcanzados, así como los que aún requerían de trabajo adicional por parte del grupo.

Resultados

Prevalencia del Burnout

A nivel general, antes de la intervención, solo 1 persona cumplía con los criterios de Burnout. Es decir, que tenía despersonalización y agotamiento emocional elevado combinado con poca percepción de efectividad.

Gráfico 1. Puntuaciones en cada Subescala por participante



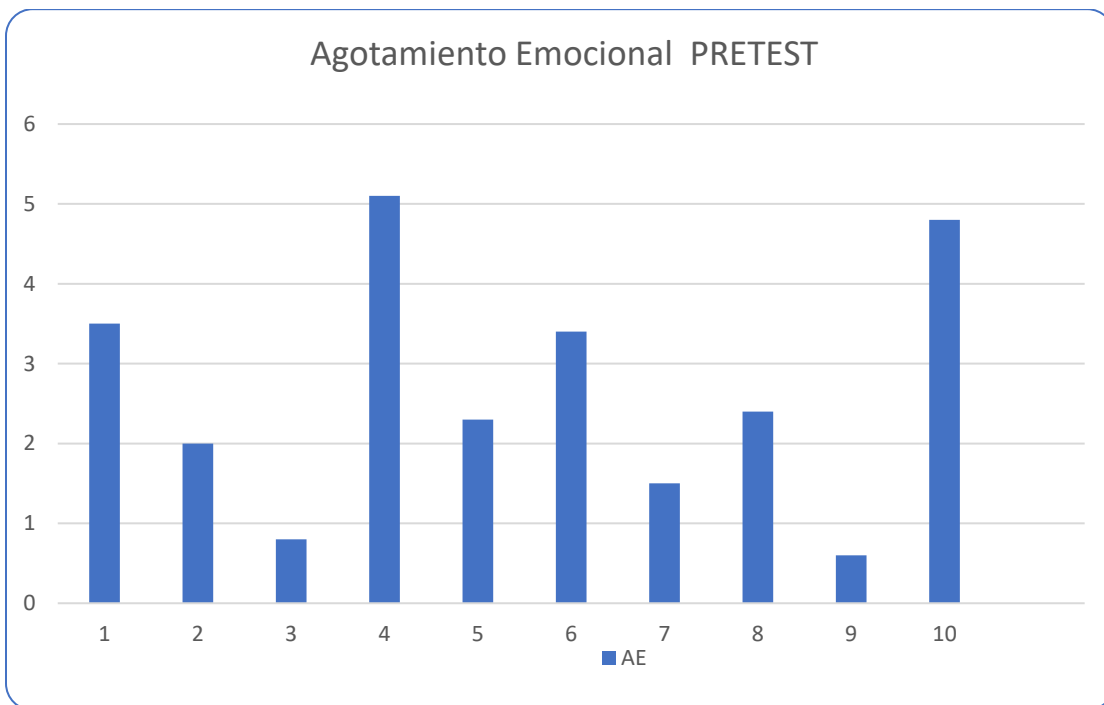
Nota: AE agotamiento emocional. D despersonalización. PE percepción de la eficacia.

Para que sea considerado burnout las puntuaciones deben ser: PE mayor de 4 y AE D menor de 4.

A nivel de las subescalas, el grupo obtuvo puntuaciones promedio que reflejan un poco de agotamiento (promedio 2.64), poca despersonalización (0.68) y una alta satisfacción con su desempeño (4.58).

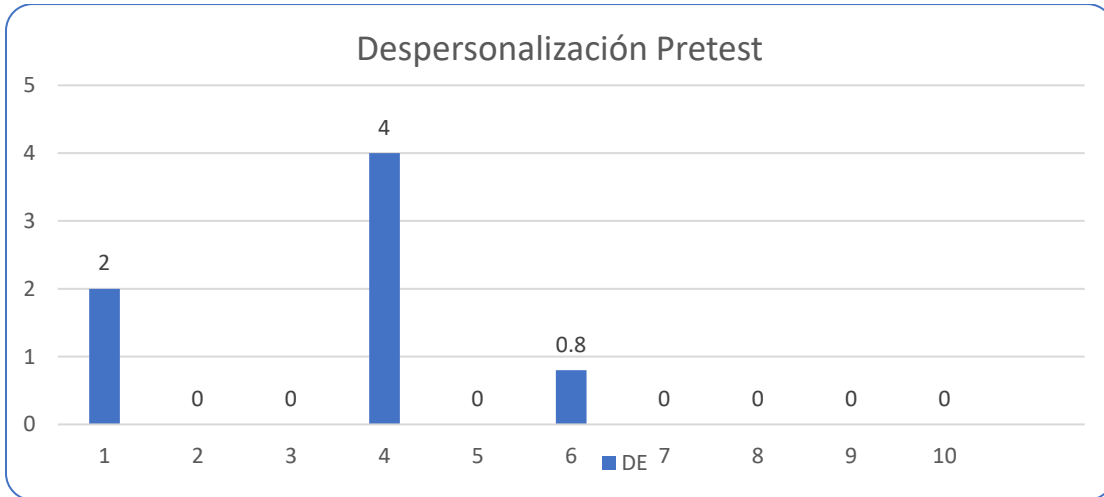
En el Grafico 2 se refleja las respuestas de cada ítem de la subescala Agotamiento Emocional, recordar que las respuestas van de 0 a 6 puntos, para todos los ítems el promedio de agotamiento emocional pretest fue bajo ya que no sobrepaso la puntuación de 4.

Gráfico 2. Agotamiento Emocional PRETEST



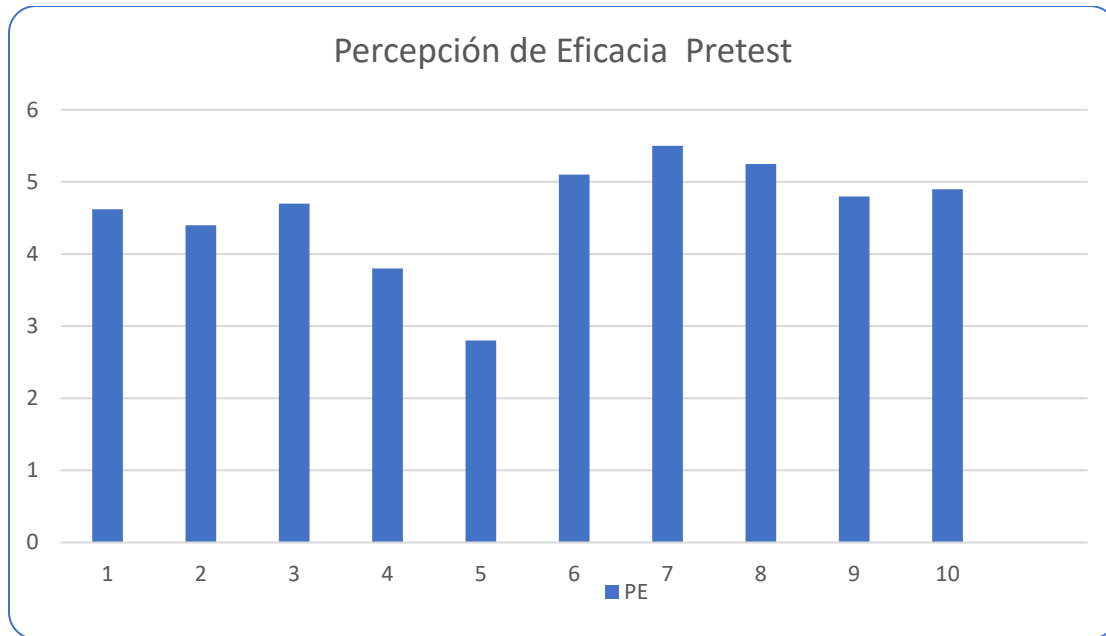
En el Gráfico 3, se puede ver el promedio de las respuestas de cada ítem de la subescala despersonalización, recordando que las respuestas van de 0 a 6 puntos, por lo que en general, para todos los ítems, el promedio de los síntomas de despersonalización fue bajo, dado que ningún participante sobrepasó la puntuación de 4.

Gráfico 3. Puntuaciones promedio de Despersonalización pretest por participante



En el gráfico 4, se puede ver el promedio de las respuestas de cada ítem de la subescala Percepción de Eficacia, recordando que las respuestas van de 0 a 6 puntos, por lo que en general, para todos los ítems, el promedio de los síntomas de Percepción de Eficacia fue alto.

Gráfico 4. Puntuaciones promedio pretest en Percepción de Eficacia por participante



Cambios en las subescalas

Agotamiento Emocional

El agotamiento emocional se ve manifestado por sentimientos de haberse sentido emocional y físicamente sobrecargado por su trabajo.

Luego de la intervención los participantes mostraron una ligera mejoría en cuanto al agotamiento emocional, pasando de un promedio de 2.64 a 2.55. El cambio entre pre y post test no fue estadísticamente significativo ($t=-0.449$; $p=0.663$). Para considerar que una persona reflejaba un síntoma, se consideró una respuesta al ítem igual o superior a 4 (por lo menos una vez a la semana). La subescala de agotamiento emocional consiste en 9 ítems.

En específico, solo 1 participante señaló un promedio de síntomas de agotamiento emocional por encima de un día a la semana. Esta persona reflejó un promedio de 4.2 después de la intervención, lo cual refleja que, aunque sigue en burnout bajo esta subescala, aun así, mostró mejoría luego de recibir la intervención.

La problemática asociada al agotamiento emocional más común en esta muestra fue el ítem 14 en el cual 7 de 10 participantes informaron que sentían que estaban trabajando demasiado duro en sus funciones. **Luego de la intervención igual un 70% respondió de esta manera, pero el promedio de respuesta aumentó. Es decir, que luego de las sesiones, los participantes identificaron una mayor frecuencia semanal del “trabajo demasiado duro”.**

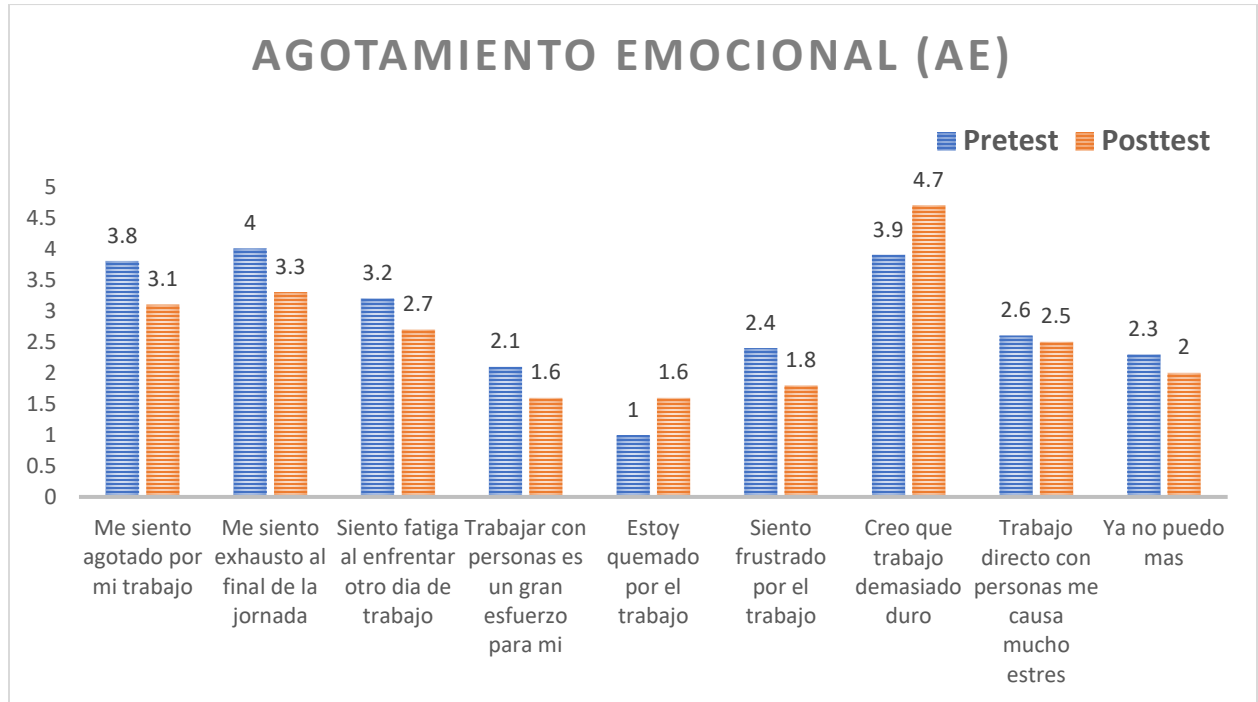
Sin embargo, solo 1 participante señaló que esto le ocurría con frecuencia (respuesta de 4 o más), luego de la intervención solo 1 de estas personas permaneció igual. Para el resto de los ítems de agotamiento emocional 0 de 10 participantes señaló tener dificultades, disminuyéndose a una periodicidad menor que una vez a la semana.

En el gráfico 5, se puede ver el promedio de las respuestas de cada ítem de la subescala de agotamiento emocional, recordando que las respuestas van de 0 a 6 puntos, por lo que en general, para todos los ítems.

G

Gráfico 5 Cambio en el promedio de ítems de Agotamiento Emocional.

Cuadro comparativo AE: Agotamiento Emocional



Despersonalización

La despersonalización implica una respuesta desinteresada e impersonal que reciben los destinatarios de un servicio, atención, tratamiento o instrucción por parte de los proveedores.

Luego de la intervención los participantes mostraron un ligero aumento de la despersonalización, pasando de un promedio de 0.68 a 0.72. El cambio entre pre y post test no fue estadísticamente significativo ($t=-0.128$; $p=0.901$).

Para considerar que una persona reflejaba un síntoma, se consideró una respuesta al ítem igual o superior a 4 (por lo menos una vez a la semana).

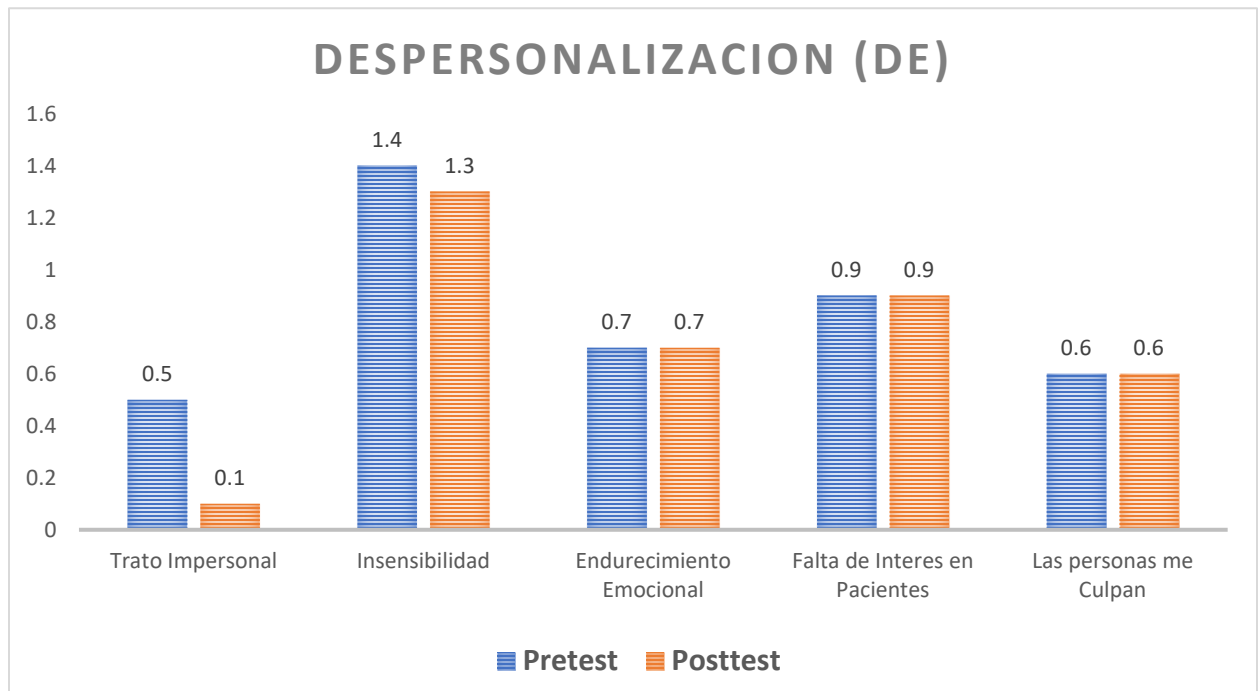
En específico, solo 1 participante señaló un promedio de síntomas de despersonalización por encima de un día a la semana. Luego de la intervención, a pesar

del aumento en promedio de las puntuaciones, ningún participante reflejó una periodicidad promedio de síntomas igual o superior a una vez a la semana.

La subescala de despersonalización tiene un total de 5 ítems que pueden verse en el gráfico 6.

La problemática asociada a despersonalización más común en esta muestra fue sentirse más insensible a partir del trabajo que realizan (ítem 10), sin embargo, solo 3 participantes señalaron que esto les ocurría con frecuencia (respuesta de 4 o más), luego de la intervención solo 1 de estas personas permaneció igual. Para los otros 5 ítems de despersonalización solo una persona de 10 señaló tener dificultades significativas en cada uno de los reactivos, en todos estos casos la periodicidad reportada disminuyó luego de la intervención, a periodicidad menor que una vez a la semana, con excepción de la persona que reportó sentir que los pacientes le culpan de sus problemas (ítem 22), ya que su respuesta no permaneció igual en el post test.

Gráfico 6: Cambio en el promedio de ítems de Despersonalización



Percepción de la Eficacia Personal

La eficacia personal evalúa sentimientos de competencia y éxito en el trabajo con las personas. Las puntuaciones más bajas corresponden a una mayor manifestación de burnout. Luego de la intervención los participantes mostraron un ligero aumento de la eficacia personal, pasando de un promedio de 4.58 a 4.90. El cambio entre pre y post test no fue estadísticamente significativo, sin embargo, fue la subescala en la que más cambio se percibió ($t=-1.85$; $p=0.094$). Para considerar que una persona reflejaba un síntoma, se consideró una respuesta al ítem igual o superior a 4 (por lo menos una vez a la semana). La subescala de Percepción de Eficacia tiene un total de 8 ítems que pueden verse en el gráfico 7.

En cuanto a la cantidad de personas que manifiestan alta frecuencia de sintomatología, se destaca que el ítem 19, pasó de 7 (en el pretest) a 10 de 10 participantes (en el postest) que expresaron sentimientos de logro con su trabajo actual por encima de una vez a la semana. pasando de un promedio de 5.1 a 5.6. Sin embargo, en términos de aumento en promedio de respuestas, para el resto de los ítems de Eficacia Personal, es importante señalar que “Tengo Mucha Energía” aumentó 1.2 puntos y “afrento con calma los problemas emocionales” aumentó 0.7 puntos, siendo los ítems con mayor cambio en promedio luego de la intervención.

Gráfico 7 Cambio percepción de la eficacia

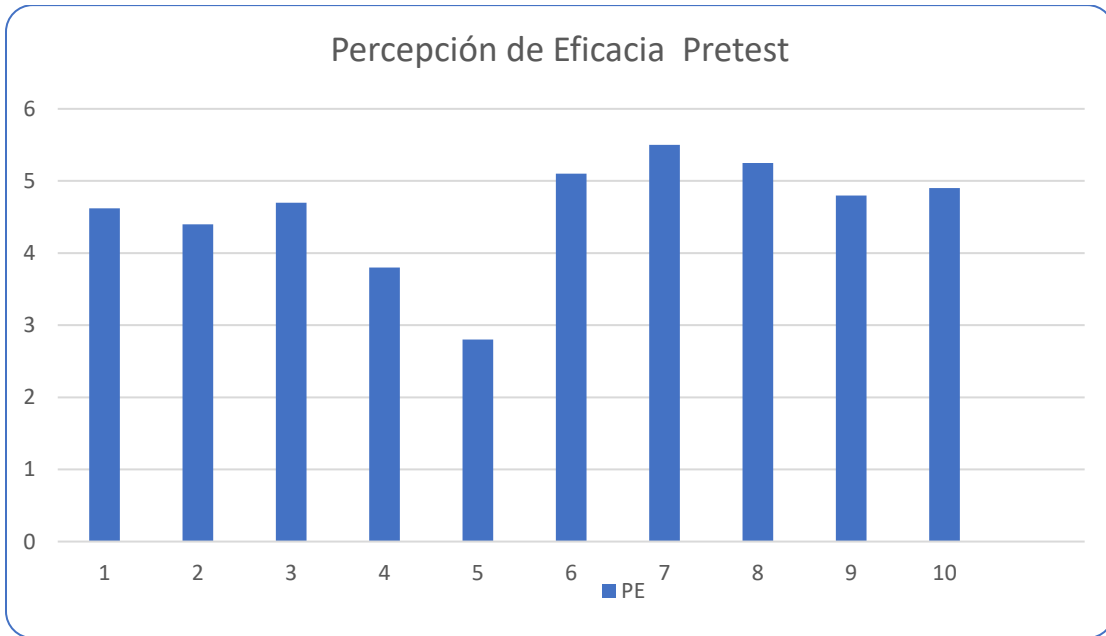


Gráfico 8 Cambio en el promedio de ítems de Percepción de Eficacia.

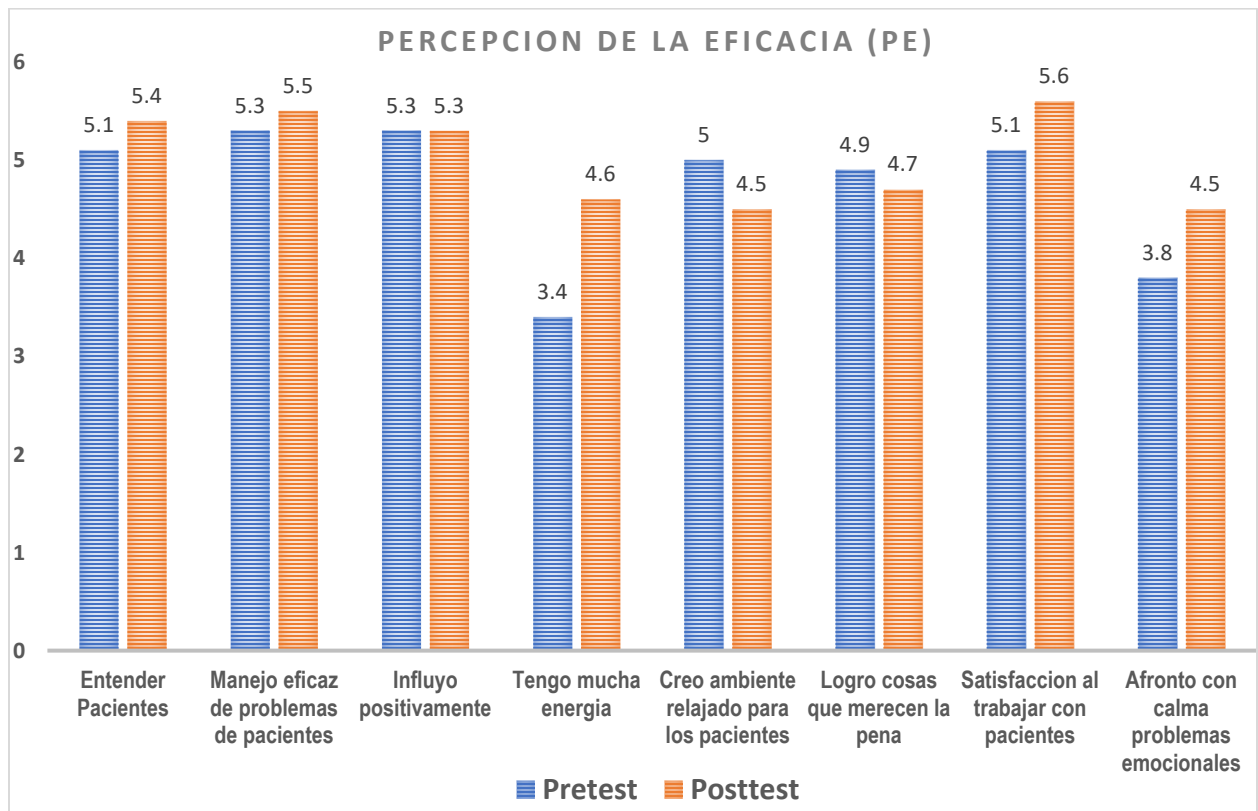
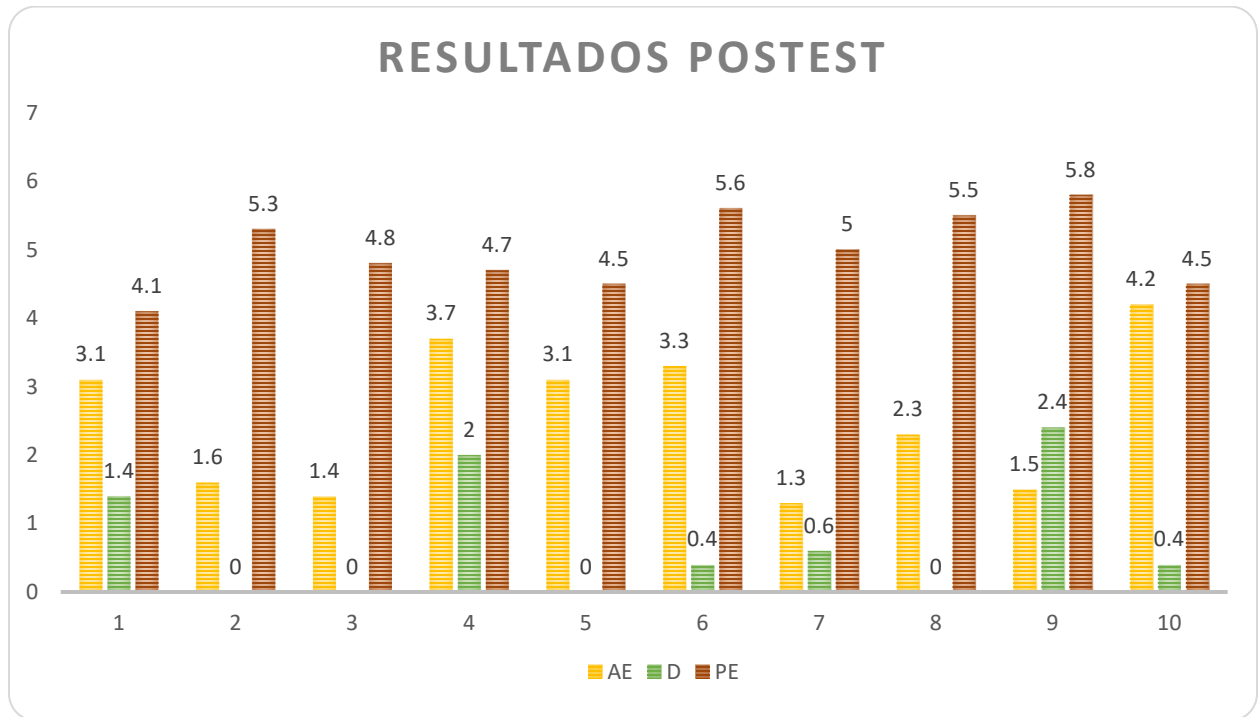


Gráfico Puntuación Posttest en cada subescala por participante



Nota: *AE: Agotamiento Emocional D: Despersonalización PE: Percepción de la Eficacia*

Se evidenció por medio de la relatoría que los participantes sentían falta de apoyo por parte de superiores y colaboradores, distribución injusta de la carga de trabajo, falta de remuneración basada en competencias y falta de delimitaciones claras de horarios (descansos y cambios de turnos) y responsabilidades tanto individuales como departamentales. Sobre la percepción del burnout y del autocuidado se pudo percibir falta de conocimiento a profundidad sobre el tema, cómo impacta directamente en la labor y la persona.

Proceso Terapéutico.

Sesión 1:

Los participantes fueron recibidos en un entorno tranquilo, con música suave e iluminación tenue. Se inició la sesión con una presentación, recordando la importancia de

la confidencialidad y estableciendo los objetivos de la intervención. Antes de adentrarnos en el tema principal, se les solicitó a los participantes que compartieran su conocimiento sobre el Burnout; la mayoría expresó estar familiarizado con el término y lo asociaron principalmente con un "agotamiento excesivo". Se abordó la parte educativa de la sesión, enfocándonos en los factores estresantes en el ámbito laboral e identificando similitudes entre distintos departamentos. Se exploraron tanto métodos positivos como negativos de afrontamiento, utilizando ejemplos prácticos para ilustrar cada uno. Además, se les asignó una tarea para que identificaran estresores y aplicaran los métodos discutidos.

Sesión 2:

Se inició con una recapitulación de la sesión anterior y se discutieron los resultados de la tarea asignada. Durante la discusión se levantaron como estresores comunes en la vida laboral del grupo: la falta de respeto a los horarios de almuerzo, cantidades desbalanceadas entre proveedores y pacientes (sobrecarga de pacientes). También la falta de reconocimiento basado en competencias, falta de equipos y herramientas óptimas y cómo estas cosas entorpecen el ritmo de trabajo en los diferentes departamentos. Se profundizó en los estresores laborales y los procesos cognitivos y emocionales asociados. Luego se introdujo el concepto de cinismo y desprendimiento del trabajo, con una actividad de reflexión grupal en la cual los participantes escribieron en etiquetas adhesivas pensamientos y acciones cínicas para, en grupo, transformarlas en reacciones más favorables. Para finalizar se entregaron herramientas de referencia para mitigar el cinismo y se ofreció una sesión de Escaneo Corporal. De tarea para la próxima sesión se les entregó un registro en el cual debían identificar brechas en las barreras entre su vida laboral y personal.

Sesión 3:

Se revisaron las tareas previas y se identificaron patrones comunes en las brechas entre la vida laboral y personal de los participantes. Se abordaron pensamientos negativos y su impacto en el desempeño laboral, destacando el liderazgo positivo y la mejora de la comunicación en el equipo clínico. Los participantes resaltaron algunas soluciones comunes: el adecuado suministro de las herramientas de trabajo, una distribución

equitativa de las tareas mediante delegación, establecimiento de responsabilidades claras tanto a nivel individual como departamental, y el fomento de la integración del personal fuera del ámbito laboral como una forma de incentivo. De tarea se brindó material psicoeducativo, un resumen de lo abordado e instrucciones para realizar un ejercicio de Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva como tarea.

Sesión 4:

Se elaboró un plan de autocuidado basado en los aprendizajes de la intervención y se proporcionó material educativo para su referencia. Se brindó retroalimentación sobre las sesiones anteriores y se discutieron posibles referimientos para casos individuales. Les fue entregado un plan de intervención basado en los aprendizajes y las necesidades expresadas por los participantes, que favoreciera al equipo clínico reforzando el autocuidado, trabajo en equipo, comunicación asertiva, entre otros. Se les envió nuevamente un correo conteniendo el post-test para evaluar los resultados de la intervención.

Recepción de los participantes

Al final del proceso, el grupo expresó agradecimiento por las técnicas aprendidas, admitiendo que, a pesar de estar familiarizados con muchos de los conceptos utilizados, había sido difícil enfocarse en la relación entre su vida laboral/personal y cómo los ha afectado no tener el control para delinear claramente estos límites. El método al que mejor respondieron fue el debriefing.

Los participantes se sintieron más cómodos y emocionados por la dinámica durante las dos últimas sesiones, lo que les permitió expresar sus pensamientos negativos en las conversaciones de grupo. El grupo aprendió a establecer límites positivos para las funciones individuales y de grupo, crear caminos importantes para situaciones emergentes y desarrollar programas de liderazgo positivos. Un evento importante ocurrió cuando un participante fue elegido el nuevo líder, quedando sorprendido ya que estaba escéptico acerca de su trabajo debido al agotamiento. Los hallazgos confirmaron las

teorías de Hopper et al. sobre el autocuidado psicopedagógico y las técnicas de respiración para mejorar la salud física y mental.

Discusión

El objetivo que motivó este estudio, a la luz de los resultados estadísticos procesados, no fue logrado, ya que la medida de burnout mostrada fue baja. A diferencia de lo esperado, este grupo no tenía alta proporción de burnout (solo una persona cumplía con los criterios) y en términos de las subescalas se encontró que, en promedio, el agotamiento emocional y la despersonalización eran bajos, mientras que tenían un promedio alto de logro personal. A pesar de que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones promedio por subescala pre y post intervención, el integrante del estudio que cumplía con los criterios de Burnout, ya no presentaba esta sintomatología, pues sus puntuaciones de agotamiento y cinismo bajaron, mientras que el logro personal aumentó, demostrando el beneficio individual de este tipo de intervenciones con debriefing, tal y como se puede observar en la literatura de Gómez-Gascón.

Durante las sesiones, dentro de los métodos a los que los integrantes del grupo respondieron de manera más positiva fue precisamente al debriefing, un concepto conocido por el área clínica del centro, ya que pasan semanalmente por un proceso interno similar, aunque más inclinado a investigar procedimientos departamentales o discutir casos específicos. El debriefing que se impartió durante el estudio fue mejor recibido, debido a que su estructura favorecía un acercamiento personal entre los individuos; las sesiones estaban más enfocadas en ellos mismos y por ello su acogida y efectos fueron más positivos. Esto les brindó la confianza necesaria para poder comunicar con más fluidez sus preocupaciones, algunas de las cuales estaban exacerbando los síntomas de Burnout. Algunas de las quejas que más parecen afectar a los participantes, pero que no habían podido identificar y articular directamente antes de la intervención, fueron la falta de delimitaciones claras entre los tiempos de descanso y cambios de turno, lo que periódicamente causa sobrecarga, independientemente del departamento al que

pertenezcan. Debido al acercamiento holístico del centro, el cuidado de sus pacientes requiere constante comunicación entre departamentos, lo cual se ha convertido en un punto de choque lleno de áreas de oportunidad. Durante las sesiones, los participantes lograron comunicar sus dudas y frustraciones, reconocer el impacto de las emociones negativas que estas causaban y, utilizando el aprendizaje del material psicoeducativo de autocuidado, pudieron de manera grupal practicar alternativas más constructivas de afrontarlas. Los lineamientos de actuaciones y medidas de carácter individual señalados en la literatura de Caubet, et al fueron esenciales para ello.

Durante las últimas dos sesiones, los participantes se mostraron mucho más cómodos y a gusto con las dinámicas, logrando fácilmente señalar sus pensamientos negativos en tiempo real durante las conversaciones grupales. Gracias al aprendizaje en las sesiones anteriores, algunas de las soluciones generales más importantes que el grupo pudo manifestar fueron: aprender a establecer nuevos límites de manera asertiva para aclarar funciones individuales y grupales; crear rutas críticas para situaciones de emergencia y la creación de programas de liderazgo positivo. Un hecho importante que ocurrió en una de estas sesiones fue precisamente durante la actividad grupal de liderazgo. En una ronda de sugerencias donde se conversó sobre posibles mejoras en todo el Centro, se hizo una simulación de votos donde los participantes eligieron a un integrante como el nuevo líder de sus respectivos departamentos. Cuando tocó el turno de Psicología, todos eligieron unánimemente al integrante que presentaba *los índices más altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y los más bajos en Logro Personal*. Esto lo dejó visiblemente muy sorprendido, pero para sus demás compañeros era lógico: su trabajo dentro del centro siempre fue impecable. Su visión de sí mismo estaba sesgada debido al burnout que padecía. Este fue un punto de inflexión para él, y su comportamiento cambió visiblemente durante el resto del día y la sesión siguiente.

El flujo de las sesiones reforzó lo visto en la literatura: los síntomas del burnout pueden pasar desapercibidos o ser ignorados por los que lo padecen, a pesar de que tienen un impacto físico y mental contundente que puede ser difícil de identificar. Las tendencias de los resultados demuestran las posibilidades de continua mejoría física y

mental si se aplica la psicoeducación de autocuidado y técnicas guiadas de respiración proporcionadas en la intervención, reforzando los métodos inspirados en la literatura de Hopper et al. (2019).

Limitaciones y consideraciones adicionales.

A pesar de la mejoría palpable del participante más afectado, es posible que la efectividad del estudio haya sido mermada debido principal limitación que tuvo mayor incidencia en que los resultados de las intervenciones no reflejaran un cambio significativo en las puntuaciones, es el hecho de que la muestra esperada para diseñar este estudio fue un 50% mayor a la muestra que participó, así como también el hecho de que las sesiones programadas fueron 6 y hubo que ajustarlas a 4 por las urgencias de demanda del centro participante que surgieron en las fechas programadas para llevar a cabo el estudio.

El segundo aspecto limitante fue que las sesiones fueron llevadas a cabo en el mismo lugar de trabajo, ya que esto limitó la espontaneidad de los participantes de sentirse libres de expresarse sin temor a retaliación, y garantizando su confidencialidad, ya que tenían la creencia de que podrían ser escuchados por personas fuera de la muestra.

El tercer aspecto limitante fue el hecho de que los líderes departamentales no tuvo integrantes participando en el estudio, lo que podría haberles añadido otra dimensión a las sesiones y haber hecho más efectivas las soluciones a las quejas expresadas.

Estimamos que una vez psico educados y llevando a cabo el plan de intervención que les fue provisto para continuar aplicando lo aprendido, hacer un seguimiento aplicando la prueba Maslach nuevamente podríamos ver si la muestra arroja un cambio más significativo y poder comprobar si el cambio se ha integrado a la cultura laboral de la clínica; así como obtener más información útil para entender las dinámicas entre pacientes y proveedores de salud afectados por Burnout. Habría que tomar en cuenta la

posibilidad de replicar el estudio en más centros de atención primaria VIH en República Dominicana, para comparar los resultados dentro de un estudio parecido.

Conclusión

Visto los resultados estadísticos, estos no arrojaron una correlación importante entre los valores de burnout de los participantes en el pre y el post test; sin embargo, la investigadora, a través de las sesiones de debriefing identificó falta de conocimiento en el concepto de burnout y de qué tan alto es el nivel de riesgo al que se exponen en su día a día laboral, a desarrollar los síntomas si no es prevenida, identificada y abordada, estimando que una vez psico educados y llevando a cabo el plan de intervención que les fue provisto para continuar aplicando lo aprendido, al hacer un seguimiento aplicando el test Maslach nuevamente, podríamos ver si la muestra arroja un cambio más significativo al aplicar lo aprendido y poder comprobar si el cambio se ha integrado a la cultura laboral de la clínica; así como obtener más información útil para entender las dinámicas entre pacientes y proveedores de salud afectados por Burnout, tal como proponen en su investigación (Maslash & Leiter, 2016) donde indican las limitaciones de los resultados de las investigaciones sobre burnout que se han hecho hasta el momento, ya que son más comunes los estudios con un único grupo de intervención de participantes, como es el caso de la presente investigación, para los que rara vez hay evaluaciones de seguimiento, luego de las intervenciones. Igualmente, según el citado estudio, aún no está claro si el burnout es generalmente susceptible a una serie de estrategias o si lo correcto es adaptar la estrategia al contexto específico de un lugar de trabajo para que sea eficaz.

Se recomienda la posibilidad de replicar el estudio en más centros de atención primaria VIH en República Dominicana, para comparar los resultados.

Referencias

- AIDSinfo* | UNAIDS. (n.d.). <https://aidsinfo.unaids.org/>
- Burnout: Symptoms and Signs*. (2024, March 5). WebMD.
<https://www.webmd.com/mental-health/burnout-symptoms-signs>
- Butler-Ransohoff M.A. *, Cruz A.+, Fernández-Yamaki M.K. +, Pichardo-Minier J.J. (2013). Burnout en Medicos Especialistas. *Anales De Medicina PUCMM*, 3(2), 33–41. <https://medicina.pucmm.edu.do/investigaciones/revistas/>
- Dominican Republic*. (n.d.). UNAIDS.
<https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/dominicanrepublic>
- Freudenberger, H. J. (1974, January). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fung, G. J. (2022, July 28). *Burnout Guide: Symptoms, Causes, and Prevention*. Commoncog. <https://commoncog.com/g/burnout/#how-to-prevent-burnout>
- Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. C. (2013, November 17). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>
- Gruszczyńska, E., & Rzeszutek, M. (2023, July 3). HIV/AIDS stigma accumulation among people living with HIV: a role of general and relative minority status. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37948-7>
- Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015, March 9). Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgraduate Medical Journal*, 91(1074), 182–187. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-132847>
- Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R., & Singleton, J. K. (2019, September). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: a quantitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1855–1876. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003848>
- Kruse, G. R., Chapula, B. T., Ikeda, S., Nkhoma, M., Quiterio, N., Pankratz, D., Mataka, K., Chi, B. H., Bond, V., & Reid, S. E. (2009, July 13). Burnout and use of HIV services among health care workers in Lusaka District, Zambia: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-55>

- Maslach, C. (2016, January 1). *Maslach Burnout Inventory*.
http://books.google.ie/books?id=EDx3swEACAAJ&dq=1981,+2016+Christina+Maslach+%26+Susan+E.+Jackson.&hl=&cd=5&source=gbs_api
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016, June). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15*(2), 103–111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Peláez-Fernández, M. A. (2013, February). Burnout y variables asociadas en médicos de atención primaria. *Atención Primaria, 45*(2), 123–124.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.001>
- Qiao, Z., Chen, L., Chen, M., Guan, X., Wang, L., Jiao, Y., Yang, J., Tang, Q., Yang, X., Qiu, X., Han, D., Ma, J., Yang, Y., & Zhai, X. (2016, April 14). Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare workers in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 16*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2890-7>
- Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019, July 15). Mental health and HIV/AIDS. *AIDS, 33*(9), 1411–1420.
<https://doi.org/10.1097/qad.0000000000002227>
- Tapia, L., Peña, P., Manoslavas, L., & Paulino-Ramírez, R. (2019, November 25). Modelo de Cascada de Atención para la co-infección de las hepatitis virales para el cuidado continuo en personas con VIH/Sida. *Ciencia Y Salud, 3*(3), 35–41. <https://doi.org/10.22206/cysa.2019.v3i3.pp35-41>
- Vasquez Caubet, Sanchez-Arcilla Conejo, Caso Pita, & Pacheco Tabuenca. (2019, June). | *Comunidad de Madrid*. Comunidad De Madrid. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20304>
- Vidal, J. F. C., Cuartero-Castañer, M. E., Adrover, J. A. R., & Cardona, J. (2016, April 21). *Cuidado profesional y mecanismos paliativos del Desgaste por Empatía*. ResearchGate.
https://www.researchgate.net/publication/304352738_Cuidado_profesional_y_mecanismos_paliativos_del_Desgaste_por_Empatia

Anexo 1

For use by Ivana Romero Luna only. Received from Mind Garden, Inc. on December 1, 2023
Permission for Ivana Romero Luna to administer 50 copies
within three years of December 1, 2023

Maslach Burnout Inventory™

MBI Forms and Scoring Keys:

Human Services - MBI-HSS
Medical Personnel - MBI-HSS (MP)
Educators - MBI-ES
General - MBI-GS
Students - MBI-GS (S)

License to Administer

By Christina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter,
Wilmar B. Schaufeli & Richard L. Schwab

Published by Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

Important Note to Licensee

It is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any physical or digital medium, including online survey, handheld survey devices, etc.

You agree to track the number of reproductions or administrations, and to compensate Mind Garden for any usage in excess of the quantity purchased.

This license is valid for three years from the date of purchase.

This instrument, and any use thereof, is covered by U.S. and international copyright laws. For any further use or reproduction of the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.

MBI-Human Services Survey: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Human Services Survey for Medical Personnel: Copyright ©1981, 2016 Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Educators Survey: Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab.
MBI-General Survey: Copyright ©1996 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-General Survey for Students: Copyright ©1996, 2016 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.
All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

For use by Ivana Romero Luna only. Received from Mind Garden, Inc. on December 1, 2023

**Permission for Ivana Romero Luna to reproduce 1 copy
within three years of December 1, 2023**

For Publications:

We understand situations exist where you may want sample test questions for various fair use situations such as academic, scientific or commentary purposes. No items from this instrument may be included in any publication without the prior express written permission from Mind Garden, Inc. Please understand that disclosing more than we have authorized will compromise the integrity and value of the test.

For Dissertation and Thesis Appendices:

You may not include an entire instrument in your thesis or dissertation, however you may use the three sample items specified by Mind Garden. Academic committees understand the requirements of copyright and are satisfied with sample items for appendices and tables. For customers needing permission to reproduce the three sample items in a thesis or dissertation, the following page includes the permission letter and reference information needed to satisfy the requirements of an academic committee.

Online Use of Mind Garden Instruments:

Online administration and scoring of the Maslach Burnout Inventory is available from Mind Garden, (<https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory>). Mind Garden provides services to add items and demographics to the Maslach Burnout Inventory. Reports are available for the Maslach Burnout Inventory.

If your research uses an online survey platform other than the Mind Garden Transform survey system, you will need to meet Mind Garden's requirements by following the procedure described at [mindgarden.com/mind-garden-forms/58-remote-online-use-application.html](https://www.mindgarden.com/mind-garden-forms/58-remote-online-use-application.html).

All Other Special Reproductions:

For any other special purposes requiring permissions for reproduction of this instrument, please contact info@mindgarden.com.

Anexo 2

Carta de Aprobación



30 de enero de 2021

Señores
Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN)
Calle Aníbal de Espinoza #352, Villas Agrícolas

Atención: Licenciada Rosa Mayra Rodríguez
Gerente del Departamento de Salud Mental

Estimados señores:

Por medio de la presente le solicitamos cortésmente su autorización, a petición de la interesada, Ivana Romero Luna, matrícula 13-0034, alumna de la Especialidad Intervenciones en Crisis y Trauma en la Universidad Iberoamericana, UNIBE, para que pueda recolectar datos de esa institución para la parte práctica de su Proyecto de Investigación, ya que es requisito para graduarse.

Esperando que reciba todo el apoyo de su parte.

Saludos cordiales,


Dra. Vanessa Espaillet
Coordinadora Especialidad Intervenciones en Crisis y Trauma
Escuela de Graduados UNIBE/ EGRU



Vanessa Espallat
Coordinadora

Por medio de la presente certifico que la estudiante **Ivana Romero Luna**, con número de matrícula _____, de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), puede realizar su trabajo de investigación a partir de los expedientes médicos de esta clínica. Como centro hospitalario confirmamos que nuestro manejo de los expedientes, reclutamiento de muestra y las intervenciones a realizar, se adhiere a las normas éticas nacionales e internacionales en materia de protección de participantes humanos.

Nombre: Rosa Nayra Rodríguez

Cargo: Encargada de Depto de Psicología

Numero de contacto: 829 6444267

Firma: [Firma manuscrita]

Fecha: 21/02/2020

Sello



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE UNA INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA DE BURNOUT Y EFECTOS LA PSICOEDUCACION EN AUTOCAUIDADO EN PROVEEDORES DE SALUD VIH.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: LICENCIADA IVANA ROMERO LUNA

INFORMACION ACERCA DE ESTE CONSENTIMIENTO

**Este consentimiento te da información importante acerca del estudio.
En él se describe el propósito, los riesgos y posibles beneficios de participar en el estudio.**

1. Información general sobre este estudio y los investigadores

1.1 Título del estudio: PREVALENCIA DE BURNOUT Y EFECTOS LA PSICOEDUCACION EN AUTOCAUIDADO EN PROVEEDORES DE SALUD VIH.

**1.2 Instituciones promotoras del estudio: Universidad Iberoamericana (UNIBE)
Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN).**

1.3 Nombre, grado y afiliaciones de los investigadores que realizaron el estudio:

- Ivana Romero Luna.
- Psicóloga Clínica.
- Estudiante de la Maestría Intervención en Crisis y Trauma de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).
- Maestra de Ingles en Progressive English Services (PES)

2. OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO

2.1 Propósito del estudio: Identificar el nivel de burnout en proveedores de salud VIH pertenecientes al Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) y observar los efectos de la intervención en psicoeducación en autocuidado dirigida al personal de salud.

3. INFORMACION SOBRE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Voluntariedad: La participación, por la cual se le solicita en este estudio es completamente voluntaria. Es libre de no participar. También puedes abandonar el estudio en cualquier momento o fase de este. Si dejas el estudio antes de que termine, no habrá penalización para ti y no perderás ningún beneficio al que tienes derecho.

3.1 ¿Quiénes participaran de esta investigación?

Miembros de los distintos departamentos que componen la Clínica del Centro de Orientación e investigación integral (COIN), que sean mayores de dieciocho (18) años. Estos Departamentos son:

**Medicina
Psicología
Enfermería
Laboratorio
Trabajo Social.**

4.

PROCEDIMIENTO

4.1 Usted será asignado aleatoriamente a un grupo. El grupo participará en sesiones de 45, minutos donde se les proveerá psicoeducación en autocuidado del profesional, sesiones de debriefing, mindfulness, yoga y técnicas de relajación.

5. TIEMPO Y LUGAR DEL

ESTUDIO

5.1 Las intervenciones serán llevadas a cabo en el salón Francys Taylor del COIN, con un total de 4 sesiones llevadas a cabo los jueves de cada semana, por dos horas en horario matutino, según lo acordado con la Gerencia Clínica, para no interrumpir con el trabajo de los participantes.

6. INFORMACIÓN SOBRE RIESGOS Y BENEFICIOS

6.1 Los riesgos conocidos o esperados son:

- Que se toquen temas sensibles que causen sentimientos o reacciones negativas en los participantes.
- Riesgo de que compañeros de trabajo conozcan detalles, pero todos los participantes presentes durante las intervenciones habrán firmado acuerdo de confidencialidad.

Como participante tendrás a tu disposición el contacto con profesionales calificados para tratar cualquier tema de ansiedad o inestabilidad que surjan dentro de tu participación en esta intervención.

Participar en el estudio no pondrá en riesgo tu trabajo en ningún aspecto, según lo acordado con la Gerencia clínica del COIN.

7. CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE LOS SUJETOS Y AUTORIZACION

PARA DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

La información siguiente describe cómo se protegerá tu privacidad y la confidencialidad de tus registros de la investigación en este estudio.

7.1 ¿De qué manera la investigadora protegerá mi privacidad?

- Las sesiones se llevarán a cabo en un salón privado proporcionado por el centro, se guardarán los datos recogidos de los participantes de manera segura bajo llave y encriptados en la computadora de la investigadora, estos registros serán eliminados luego de 5 años. Ninguna información será compartida con trabajadores o supervisores del centro, será cien porcientos confidenciales.

7.2 ¿Qué información sobre mí podría ser vista por la investigadora o por otras personas?
¿Por qué? ¿Quién más podría verlo?

La información que será reportada solo incluirá datos agregados como promedios, porcentajes, etc., que no me permitirán identificar a las personas participantes:

- Nacionalidad
- Edad
- Profesión

8. INFORMACIÓN DE CONTACTO

8.1 ¿A quién puedo contactar acerca de este estudio?

Por favor, acuda a los siguientes contactos en caso de que desee:

Realizar una consulta sobre los procedimientos del estudio
Hacer preguntas sobre los servicios anteriormente mencionados

Para abandonar el estudio antes de su finalización

Expresar una preocupación sobre el estudio
Si usted está preocupado por una posible violación de su privacidad

Lic. Ivana Romero Luna
Teléfono: 809-913-9555
Correo: ivanaromerolunapsicologa@gmail.com

Comité De Ética de la Universidad Iberoamericana
Teléfono: 809-689-4111, ext. 1198
Dirección: Avenida Francia #129, Gazcue

9. RECORD DE LA INFORMACION PROPORCIONADA

9.1 ¿Qué documentos se me entregarán?

Su firma en los próximos medios de sección que ha recibido copias de todos los documentos siguientes: Este "Consentimiento para ser parte de un estudio de investigación" documento. *(Nota: Además de recibir una copia de este documento, otra copia será almacenada en un fichero confidencial de investigación independiente.)*

10. FIRMAS

Nombre.	Documento de Identidad.	Firma
---------	-------------------------	-------

ANEXO 4

Aprobación Comité de Ética



Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2023-112

Nombre del Estudiante #1 Ivana Romero Luna

Matrícula del Estudiante #1 130034

Nombre del Proyecto de Investigación

PREVALENCIA DE BURNOUT Y EFECTOS LA PSICOEDUCACION EN AUTOCUIDADO SOBRE EL AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN PROVEEDORES DE SALUD VIH.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Monday, October 9, 2023

ESTADO DE LA APLICACIÓN APROBADO

ANEXO 5

Protocolo de Intervención

Sesión 1:

Introducción al Burnout y Estrategias de Afrontamiento.

- Presentación del tema.
- Psicoeducación sobre el síndrome de Burnout y sus aspectos.
- Implementación de técnicas para romper el hielo.
- Sesión de debriefing al final de la sesión.
- Discusión de las tareas asignadas.

MATERIALES:

- Uso de tarjetas de presentación.
- Suministro de papel blanco, lápices y lapiceros.
- Utilización de material psicoeducativo de apoyo relacionado al tema.
- Velas aromáticas, luz cálida y música suave.

Sesión 2:

Cinismo y desapego en el Trabajo

- Exploración de manifestaciones de cinismo y desapego en el trabajo.
- Identificación de pensamientos y acciones cínicas y formas de mitigarlos.
- Uso de material psicoeducativo de apoyo relacionado con el tema.
- Discusión de las tareas asignadas.
- Realización de ejercicios de Body Scan o Escáner Corporal.
- Retroalimentación sobre lo discutido y las prácticas aplicadas.

MATERIALES:

- Suministro de papel blanco, lápices y lapiceros.
- Velas aromáticas, luz cálida y música suave.

Sesión 3:

Burnout: sentimientos de ineffectividad y bajo desempeño.

- Liderazgo Positivo.
- Psicoeducación sobre el cuidado de la salud mental (acudir a un profesional, realizar sesiones de difusión), formas de mejorar políticas relacionadas con el estrés laboral.
- Ejercicio de Caminata de Atención Plena.

MATERIALES:

- Material psicoeducativo de apoyo relacionado con el tema.
- Velas aromáticas, luz cálida, bocinas.
- Papel blanco, lápices y lapiceros.

Sesión 4:

Plan de autocuidado

- Elaboración del plan basado en aprendizajes y conclusiones de la intervención.
- Discusión de aprendizajes y aplicación de post test.
- Discusión sobre referimientos y sesiones individuales para casos particulares.
- Aplicación de post-test.

MATERIALES

- Material psicoeducativo proporcionado para disponibilidad del personal.
- Papel blanco, lápices y lapiceros, velas aromáticas, luz cálida, bocinas.

ANEXO 6

Cuestionario de preguntas para levantamiento de información durante debriefing.

1. ¿Cuáles ideas de las expresadas durante la sesión fueron nuevas para ti?
2. ¿Qué te sorprendió?
3. ¿Como ha cambiado tu comprensión del tema?
4. ¿Cuál parte fue más interesante para ti?
5. ¿Qué ha sido lo más retador durante su participación?
6. ¿Qué te gustaría expresar?
7. ¿Como vemos la posibilidad de aplicar lo aprendido durante la sesión?

ANEXO 7

DEBRIEFING

GUIA

Inicio 1

- Informa sobre el propósito de la debriefing y los principios de funcionamiento del grupo.
- Enfatiza la necesidad de discreción y secreto profesional.
- Explica las reacciones potenciales postraumáticas y su naturaleza normal, natural y transitoria.
- Ofrece una presentación detallada a los participantes para obtener consentimiento informado.

DEBRIEFING

GUIA

Presentación de historias. 2

Se enfoca en los elementos objetivos de éxito: los hechos.

- ¿Quién, cuándo, dónde, qué sucedió, cómo y qué sucedió después?

Los verbos que se usan:

- Observar
- Escuchar
- Actuar

Aumenta la actividad cognitiva y crea una narración lógica y coherente guiada por un hilo conductor.

DEBRIEFING

GUIA

FASE DE TRANSICIÓN 3


- Permite abordar pensamientos y preocupaciones relacionadas con el éxito y la anonimidad del participante.
- Cada participante puede expresar su interpretación de los eventos, mejorando los sistemas de valores en cada opinión.
- Esta consideración inicial de sentimientos y emociones, a menudo sin saberlo, precede el siguiente paso.

DEBRIEFING

GUIA

4

EMOCIONES



El conjunto de impresiones y sentimientos experimentados durante un incidente crucial.

Las reacciones disociativas pueden conducir a la falta de consciencia de estas emociones a largo plazo.

DEBRIEFING

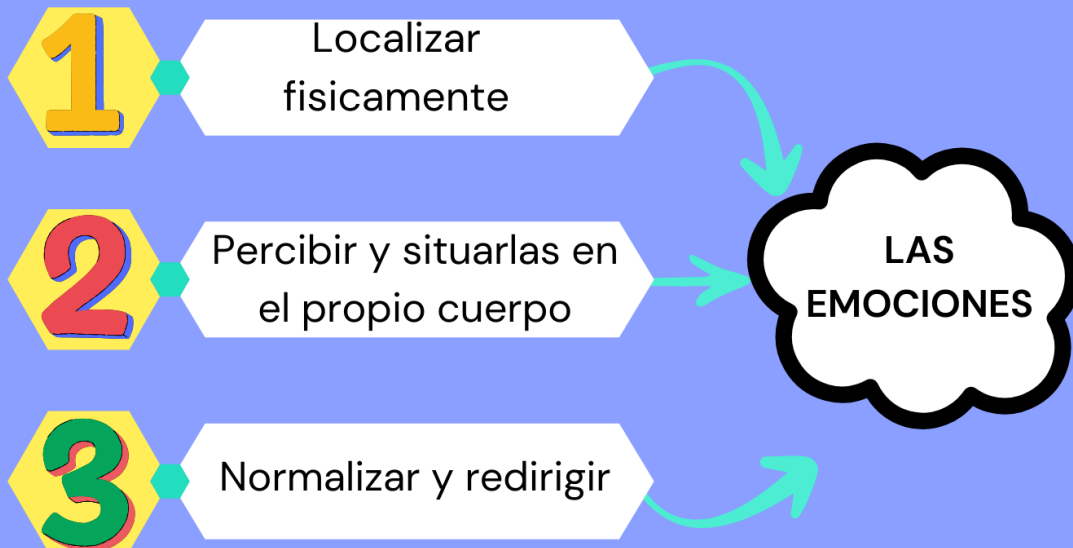
GUIA

4 REACTUALIZACION DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.

Es necesaria para:

- Controlar la intensidad de los sentimientos y emociones.
- Evitar una distribución subconsciente y dolorosa de los sentimientos y emociones que surgen dentro de la sesión de debriefing.

A TRAVÉS DE LA TÉCNICA FOCUSING.



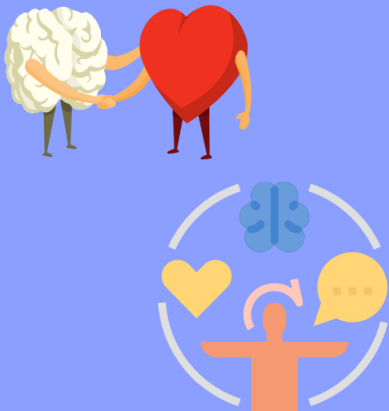
DEBRIEFING

GUIA

4 A TRAVÉS DE LA TÉCNICA FOCUSING.

La capacidad de:

- Nombrar
- Describir
- Controlar nuestras emociones



Nos permite:

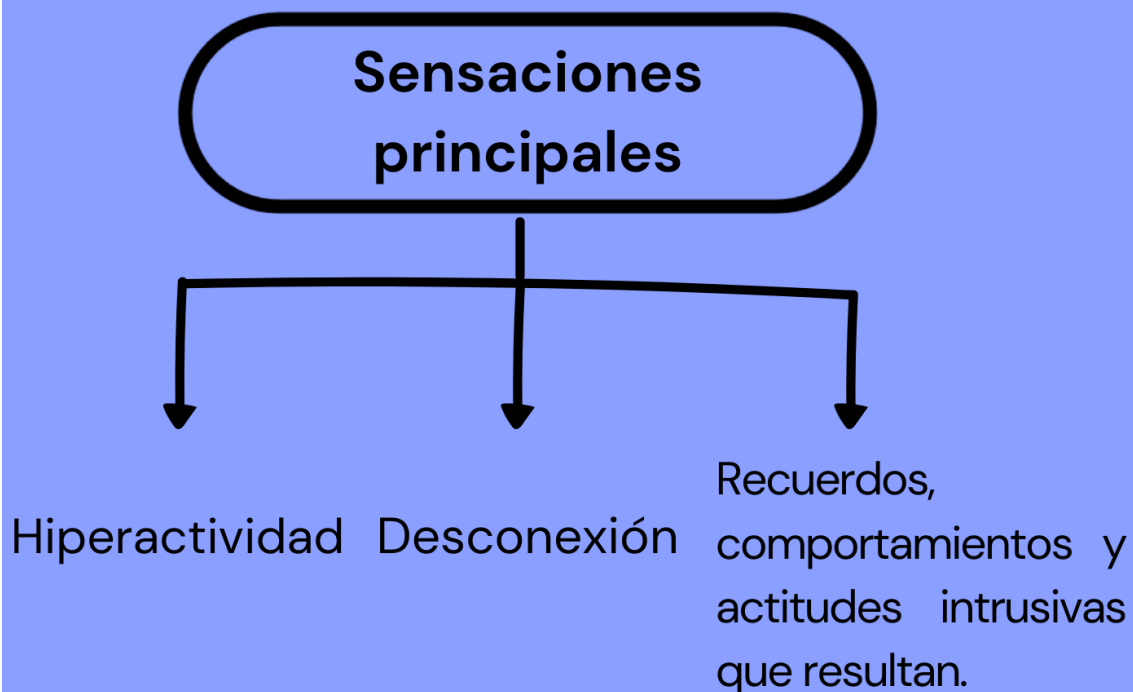
- Dominar impresiones indefinidas e incontrolables. Convirtiéndolas en algo manejable.

DEBRIEFING

GUIA

5 OBTENCIÓN DE DATOS Y NORMALIZACIÓN.

Fase de información y **normalización** de respuestas. Es la etapa aprendizaje que involucra a los **debriefers** y los **participantes**.



DEBRIEFING

GUIA

6

CEREMONIA DE DESPEDIDA.



Crea un ritual simbólico para expresar el final de un evento.

Los participantes ingresan a un nuevo capítulo de su existencia.

Indica la realidad del evento y la confianza previa.

DEBRIEFING

GUIA

1 *Revisión*

- Permite el regreso a la realidad y la vida cotidiana.
- Termina con una sensación de sensibilidad y empatía.
- Enfatiza que todos los eventos no normales son conocidos, compartidos y organizados en este momento.



El acceso telefónico del debriefer



La confidencialidad y la responsabilidad individual se agregan.



DEBRIEFING

GUIA



Es esencial

Al menos dos facilitadores, uno debe ser un profesional de salud mental.



El facilitador debe



Controlar las verbalizaciones

Detectar evaluaciones irracionales o disfuncionales



Dirigir reacciones específicas

DEBRIEFING

GUIA

● Entorno Psicosocial Adecuado



Debe llevarse a cabo en un entorno donde las personas trabajen juntas y reciban apoyo.



Evitar tomar notas durante los descansos entre las etapas de la intervención.

TECNICA GRUPAL DE DEBRIEFING

FASE	Facilitador	Participantes
1 Hechos	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta a sí mismo. • Informa de la meta del debriefing. Recuerda las reglas de que deben respetarse. • Solicita a cada uno de los participantes el relato de los hechos tal y como es recordado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Describen el suceso y los hechos, o bien las actividades cotidianas que son fuentes de estrés.
2 Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Hace detallar las sensaciones y emociones sentidas por cada uno de los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Describen sensaciones y emociones, así como expresan las emociones asociadas al suceso.
3 Normalización	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda la normalidad de las reacciones postraumáticas. • Hace puntualizar los síntomas residuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparten las dificultades que enfrentan y los trastornos que padecen.
4 Futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Afronta el futuro inmediato, que será la partida para algunos equipos y para otros será el proseguir con el compromiso. • Localiza a los participantes que necesiten un apoyo psicoterapéutico. • Informa de cómo proseguirá la operación y prevé, eventualmente un segundo debriefing si fuera necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes manifiestan sus necesidades y sus deseos.



Individual

- Mantener expectativas realistas y habilidades de comunicación asertiva.
- Resolver problemas y manejar conflictos.
- Controlar el estrés y gestionar el tiempo adecuadamente.
- Priorizar el descanso, la capacitación y el ejercicio regular.
- Practicar escucha activa y respetar el horario de trabajo.
- Recibir capacitación técnica, legal, ética y humana.
- Mantener relaciones familiares y amistosas.



Grupal

- Fomentar la cultura de trabajo en equipo para reducir el desgaste individual.
- Cultivar un ambiente de trato adecuado entre los compañeros mediante un código de conducta en el trabajo.
- Generar espacios y situaciones de convivencia con los compañeros de trabajo.
- Desarrollar relaciones formales e informales de apoyo mutuo en el ámbito laboral.



Organizativo

- Establecer una comunicación efectiva.
- Reconocer y evaluar el desempeño.
- Resolver conflictos internos y promover la mediación.
- Ser proactivo en la prevención de riesgos laborales.
- Fomentar la participación profesional, y cooperación.
- Ofrecer apoyo profesional y gestionar situaciones complejas.
- Realizar evaluaciones periódicas para mantener el estado de las instalaciones, definir funciones y objetivos, y asegurar un entorno de trabajo en equipo.

Herramientas de Autocuidado



ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA

- Comunicación asertiva y escucha activa.
- Protocolo de prevención de conflictos internos.
- Técnicas de relajación y control del estrés.
- Creación de espacios de apoyo entre pares.
- Trabajo en equipo.
- Códigos de buenas prácticas en el puesto de trabajo.
- Resolución de problemas y gestión de conflictos.
- Manejo del tiempo y de las tareas.

The infographic features a central title 'ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA' in a red and white box. It is surrounded by illustrations of healthcare workers, a hand holding a red ribbon, and a row of diverse medical professionals at the bottom. Each element is accompanied by a colored circle: green, blue, red, yellow, and light green.

ANEXO 8

- Falta de remuneración basada en Competencias.

- Remuneración / Reconocer Trabajo bien ejecutados

Aclarar aumentos.

Motivación / Evaluación de remuneración.

Valorización

Derechos / Igualdad.

Utilizar herramientas brindadas.

Equipamientos proporcionados de forma justa.

Paciente Impaciente.

Respeto a Procesos.
Supervisar De forma a gobernante.
Extiende la entrega.

Carga Laboral

Desvalorización

No ser escuchada.

Ambiental: Olores.

Trato Superior.

- Empatía?

- Abuso de poder?

Inseguridad del Proveedor

Privacidad limitada

Labores no correspondientes

Compañeros cínicos.

Imponer labores no deseadas

Trabajo extra no remunerado.

Priorizar asignar tareas basado en entrega.

Vocaciones.

Pasar la bola Coordinacion.

Acciones Positivas

Responsabilidad.

Positivo:
Por el usuario una
distorsion, que es un mal
entendido. Ahora Resolvo
Le Hago las Presion desde
Cerrido

Manejo de
Actividad.

vegetar
siempre
seguir
seguir
vegetar

Ser más Empatico

accavas
P.
1. Resolver las soluc.
2. Ejercer musica.

Acciones Cínicas.

Malparado:
Neces un servicio al
usuario, cuando del
malparado.

irresponsabilidad..

Mal Comportamiento

Resistencia
-
I Responsabilidad Conciencia
Lavarase la cara

Falta de Empatia
por parte de los
Compañeros de
trabajo.

Pensamientos Positivos

Pensamientos Positivos.
1. Estoy haciendo esto como siempre
Para un mejor futuro laboral
2. He evaluado positivamente en el
trabajo que hago en la empresa
3. He gate saber por los detalles
Proyectos como se resuelve el
Problema

Acepciones Positivas.
Reviso el trabajo
Para decir de memoria
Respondo lo que me
solicitan.

Positivos
algun día todo va a
Cambiar.
Aceptaros:
Siempre es lo mismo
No tengo ganas de trabajar
Resistencia Positiva y negativa
Positivo: tener una lista de
tareas y responder un trabajo
negativo: sentir todo el
carga e irme de apuro

Reaccion
P.O.R, valores a resolver
U.
-Substancia

Pensamientos Cínicos.

Negativos:
1. Si hubiera sabido que me iban
a dar el trabajo lo hubiera
2. Deseo que haya mas clientes que
trabaja en el.
3. Si me dieran de la materia y
otras con eso
4. Que me permitan y se largo del
trabajo

Negativo:
Problemas de
Memoria Memoria y
Memoria de Resolucion
ajustes al trabajo

