

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
MASTER BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCION PARA LA
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA Y
DISTRES MORAL EN PERSONAL SANITARIO COVID-19**

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MARÍA ANGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

MAYO 2024

Tutora Dra. Janet Delgado Rodríguez

ÍNDICE:

	Pág.
1. Introducción.....	4
1.1. Definiciones.....	5
1.2. Estrategias para afrontar esta situación	9
1.3. Herramientas metodológicas.....	12
2. Objetivos.....	13
3. Material y métodos.....	14
3.1. Diseño.....	15
3.2. Participantes.....	15
3.2.1. Criterios de inclusión.....	16
3.2.2. Criterios de exclusión.....	16
3.3. Procedimiento.....	17
3.4. Instrumentos.....	18
3.5. Análisis estadístico de los datos.....	19
3.6. Programa piloto de prevención de desgaste por empatía y distrés moral	20
4. Planteamiento temporal de ejecución.....	29
4.1. Cronograma del proyecto.....	29
5. Resultados esperados.....	30
6. Discusión.....	30
7. Referencias.....	33
8. Anexos.....	39
Anexo I: Cuestionario de datos sociodemográficos y situaciones traumáticas en el pasado, entre otras, adaptadas del CETS.....	39
Anexo II: ProQOL-v IV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-Version IV.....	43
Anexo III: Escala de Agotamiento por Empatía (ESAPE) o Inventario de desgaste por empatía (IDE).....	45
Anexo IV: Cuestionario Distrés Moral (MMD-HP-SPA).....	48
Anexo V: Hoja de información y consentimiento informado.....	51

Resumen

El desgaste por empatía, así como el distrés moral, son conceptos que han captado el interés de los profesionales sanitarios debido a que el trabajo en el ámbito de la salud implica un coste emocional que repercute en la misma salud del trabajador y en su labor profesional. El objetivo de este proyecto es evaluar el impacto de un programa de prevención del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral en profesionales sanitarios de los servicios que han atendido a pacientes COVID-19. Se trata de un proyecto de investigación de un estudio de intervención cuasi experimental pre-post test con grupo experimental y grupo control, prospectivo y longitudinal. Para ello se llevará a cabo una valoración inicial entre los profesionales sanitarios de servicios “diana” que han trabajado con pacientes COVID-19 que consistirá en la realización de dos cuestionarios validados que miden los síntomas y el desgaste por empatía, y el cuestionario validado MMD-HP-SPA que mide el distrés moral. Una vez identificados los profesionales con “niveles altos” de desgaste por empatía, y angustia moral se procederá a la selección de los 30 profesionales que participarán en el programa piloto de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral. Éste consistirá en 5 sesiones de 2 horas cada una, en las que se trabajará en: a) identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas de desgaste por empatía y distrés moral; b) desarrollar habilidades para enfrentar esas dificultades; c) identificar recursos para fortalecer la resiliencia; d) aprender técnicas de reducción de la tensión y e) desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y auto-supervisión. Una vez finalizado el programa se procederá a la re-evaluación de los profesionales participantes, realizando nuevamente los mismos cuestionarios de la evaluación inicial, al finalizar el programa y a los 6 meses del mismo.

Palabras clave: desgaste por empatía, distrés moral, resiliencia moral, infecciones por coronavirus, agotamiento profesional, salud mental, prevención secundaria.

Abstract

Empathy burnout and moral distress are concepts that have captured the interest of health professionals because work in the health field implies an emotional cost that has an impact on the worker's health and their professional work. The objective of this project is to evaluate the impact of the prevention program for empathy burnout syndrome and moral distress in health professionals from services that have cared for COVID-19 patients. This is research project for a quasi-experimental pre-post test intervention study with an experimental group and a control group, prospective and longitudinal. To this end, an initial assessment will be carried out among health professionals from “target” services who have worked with COVID-19 patients, which will consist of carrying out two validated questionnaires that measure symptoms and empathy burnout, and the validated MMD-HP questionnaire. -SPA that measures moral distress. Once professionals with “high levels” of empathy burnout and moral distress have been identified, the 30 professionals who will participate in the pilot program for secondary prevention of Empathy Burnout Syndrome and moral distress will be selected. This will consist of 5 sessions of 2 hours each, in which we will work on: a) identifying, understanding and developing a hierarchy of events that trigger the symptoms of Empathy Burnout and moral distress; b) develop skills to face those difficulties; c) identify resources to strengthen resilience; d) learn tension reduction techniques and e) develop techniques for resolving internal conflicts and self-monitoring. Once the program is finished, the participating professionals will be re-evaluated, carrying out the same questionnaires from the initial evaluation again, at the end of the program and 6 months after it.

Keywords: empathy burnout, moral distress, moral resilience, coronavirus infections, professional burnout, mental health, secondary prevention.

1. Introducción

Los profesionales sanitarios son un colectivo especialmente vulnerable a experimentar estrés, desgaste por empatía, burnout y distrés moral, debido a las exigencias y las responsabilidades que implica su trabajo, así como a los dilemas y conflictos éticos que enfrentan en su práctica clínica. Estos factores pueden afectar negativamente a su salud física y mental, a su desempeño profesional y a la calidad de la atención que brindan a los pacientes (Koppmann, 2021; Moreno, et al., 2023).

Durante la pandemia por la COVID-19 los profesionales sanitarios han sido sometidos a momentos de gran presión asistencial produciendo, en muchas ocasiones, estrés y un alto grado de incertidumbre. Este malestar, generado por el miedo a lo desconocido, el dolor por ver morir a tantos pacientes, el temor a contraer el virus e infectar a sus seres queridos, la frustración por las disparidades en la atención médica (Shapiro J, McDonald TB., 2020), ha supuesto que hayan tenido que desarrollar herramientas adaptativas frente al cambio continuo. Además, han tenido que sacrificar su tiempo personal y familiar para atender a la población, afectando sus relaciones personales.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha llevado a los profesionales sanitarios a enfrentar importantes conflictos éticos. Se ha pasado de un enfoque de atención centrado en el individuo a uno basado en la salud pública, justificando la restricción de los derechos y preferencias de los pacientes para garantizar el bien común (Cabré, et al., 2020; CBE, 2020^a; Olivella,2020; Boceta, et al., 2020).

Los profesionales sanitarios han tenido que tomar decisiones difíciles debido a la escasez de recursos, acompañar a las personas en su fallecimiento sin la presencia de familiares y proporcionar información exclusivamente por teléfono, incluyendo malas noticias. Estas situaciones pueden ser desmoralizantes y tener un gran impacto emocional (Rimmer, 2020; Back et al., 2020; Greenberg et al., 2020). El desafío constante de mantener los recursos necesarios para proporcionar un cuidado seguro y de calidad puede llevar al distrés moral (Cacchione, 2020). Estos conflictos éticos han

resultado en un alto distrés moral, con efectos evidentes en la salud de los sanitarios (Boceta et al., 2020). Este estrés, conocido como sufrimiento o distrés moral, puede resultar en un residuo moral, una acumulación de conflictos no resueltos que aumenta progresivamente la angustia (Dunham et al., 2020). Esto puede resultar en agotamiento, incertidumbre, miedo y angustia emocional, y eventualmente llevar a la despersonalización y falta de satisfacción laboral (Conti et al., 2020).

En el transcurso de la pandemia de COVID-19, la sociedad ha ensalzado a los profesionales sanitarios como héroes, destacando su habilidad, sacrificio y estoicismo (Cox, 2020). Sin embargo, este reconocimiento puede llevar a los sanitarios a ignorar sus propias necesidades y ocultar sus vulnerabilidades para cumplir con las expectativas. Se sugiere cambiar esta cultura de superhéroes por una que reconozca que los sanitarios también son humanos vulnerables que necesitan cuidados (Carel, 2009; Morera et al. 2024). Ignorar esta vulnerabilidad puede afectar tanto a los sanitarios como a los pacientes y sus familias, aumentando el riesgo de agotamiento, angustia moral y fatiga por compasión, especialmente en un entorno laboral que no apoya a los sanitarios (Delgado, et al., 2021).

1.1 Definiciones

En la literatura española, se usan varios términos para traducir “*moral distress*”, como “distrés moral”, “estrés moral”, o “angustia moral”. Este concepto, introducido en los años 80 en enfermería, se refiere a la angustia que surge cuando se sabe cuál es la acción éticamente correcta, pero hay obstáculos que impiden realizarla (Jameton, 1984). Incluye la complicidad en irregularidades, la falta de voz en decisiones y experiencias que dejan un “residuo moral”. Como puntualizan (Yepes-Temiño et al., 2021), el daño moral, aunque no es una enfermedad, puede ser un factor de riesgo para problemas de salud mental como la depresión o el estrés postraumático.

El distrés moral ha sido estudiado desde los años 2000, con el desarrollo del instrumento MMD-HP (Epstein et al., 2019). Recientemente, en 2021, se ha

publicado su versión en español, MMD-HP-SPA (Rodríguez-Ruiz et al., 2021).

Se entiende por angustia moral, un conjunto de situaciones que ocurren con una cierta frecuencia y que pueden ocasionar cierto nivel de desasosiego, entendido como la falta de sosiego, un término que alude a la quietud, tranquilidad y serenidad. El desasosiego es asociado a inquietud (Moreno González, et al., 2022).

Los profesionales que manejan situaciones estresantes y emocionalmente demandantes, como trabajar con pacientes terminales o víctimas de violencia, pueden experimentar malestar. Este se conoce como Desgaste por Empatía, Traumatización Vicaria o Estrés Traumático Secundario. Estos factores estresantes pueden desencadenar o intensificar el agotamiento, la depresión, la ansiedad y el miedo a sufrir por mostrar empatía, lo que tiene consecuencias negativas (Aycock, 2009; Potter et al. 2010; Bermúdez, 2014; Kapoulitsas-Corcoran, 2015; González-Sánchez-Peña, 2018).

El desgaste por empatía, un concepto en evolución, se refiere a las consecuencias de cuidar a personas que sufren dolor o trauma (Acinas, 2012; Moreno-Jiménez et al., 2004a). Este término, acuñado por primera vez en enfermería, (Moreno Jiménez et al., 2004a), se aplica generalmente a profesionales que brindan atención y cuidados, como médicos, psicólogos y enfermeros. Se ha observado que estos profesionales pueden manifestar síntomas similares a los de sus pacientes, especialmente cuando trabajan con personas traumatizadas por la guerra, desastres naturales o delitos violentos. El desgaste por empatía es un estado de tensión constante donde el individuo acumula traumas que eventualmente se manifiestan (Figley, 2002).

Según Benito, et al. (2010), el desgaste por empatía y el burnout son dos conceptos distintos. El burnout, ampliamente estudiado, se caracteriza por la discrepancia entre nuestras expectativas de comportamiento y nuestras acciones reales, y está asociado a problemas profesionales que no podemos controlar. Por otro lado, el desgaste por empatía (Figley, 1995) se refiere a la erosión de la relación entre el profesional y el paciente, causada por la falta

de recursos para manejar el sufrimiento propio y del paciente o sus familiares.

Según Figley (2011), tres factores contribuyen al aumento del desgaste por empatía: la exposición prolongada al cuidado del paciente, los recuerdos traumáticos de experiencias con otros pacientes, y los cambios repentinos en la vida y rutina. Los síntomas, que pueden surgir repentinamente, incluyen revivir el trauma, evitación, embotamiento emocional e hiperactivación (Cazabat, 2002; Moreno-Jiménez et al., 2004b). Los profesionales sanitarios, expuestos constantemente a estos eventos traumáticos, deben manejarlos con naturalidad, lo que requiere un esfuerzo adicional para empatizar con el sufrimiento ajeno (Cazabat, 2002).

En un ambiente hospitalario, es común encontrar altos niveles de estrés y síntomas de desgaste por empatía. Este ambiente laboral requiere decisiones rápidas que pueden afectar el sufrimiento, el dolor, el trauma e incluso la vida de los pacientes. Por lo tanto, cuando las cosas no salen según lo planeado, es probable que el personal sanitario experimente síntomas de desgaste (Moreno et al., 2004a).

Según Smith (2009), las causas de estrés en los cuidadores incluyen la incapacidad para decir no, la necesidad de apoyo, la falta de respeto de los demás, la falta de organización, las relaciones disfuncionales, y la falta de sueño, buena alimentación y actividades placenteras. Las personas pueden ser vulnerables al síndrome de desgaste por empatía (SDPE) si tienen mala salud, cansancio, desesperanza, falta de apoyo, pérdida de sentido de vida, limitaciones en las relaciones y actividades, y falta de energía (Smith, 2009). Estos factores pueden llevar a la desmotivación, deterioro de las relaciones, deshumanización de la práctica profesional, pérdida de bienestar psicológico y disminución de la calidad de la atención sanitaria (Klersy et al., 2007).

El burnout se entiende como un estado mental persistente y negativo, en individuos normales, reactivo a un estrés laboral crónico debido al trabajo que realizan, de alguna manera relacionada con personas, y que se caracteriza principalmente por un cansancio y/o agotamiento emocional, una despersonalización del individuo, y una baja realización personal, mediante

la emisión de respuestas cognitivo- conductuales y actitudes negativas hacia sí mismo y el trabajo, un bajo nivel de auto estima y auto concepto y una baja productividad laboral e incapacidad para soportar la presión socio laboral (Maslach, et al., 1982).

Podemos definir la fatiga por compasión como el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo el que ello evoca (Lynch y Lobo, 2012). Para Figley (2002), “la fatiga por compasión como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás”.

Por otra parte, la satisfacción por compasión, un concepto relevante en el ámbito de la salud, se refiere al placer de ayudar a los demás. Se asocia con la comprensión del proceso de sanación entre cuidador y paciente, la autorreflexión, la conexión con otros, un mayor sentido de espiritualidad y un alto grado de empatía. Por ello, Benito et al. (2010), sugieren la importancia de la autoconexión para la calma como estrategia preventiva, coincidiendo con Vázquez et al. (2003), que se centran en fomentar emociones positivas para contrarrestar el malestar.

El estrés laboral se entiende como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a aspectos determinados adversos y nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo; caracterizado por altos niveles de excitación y angustia y la frecuente sensación de no poder hacer nada al respecto” (Moreno-Jiménez, et al., 2005). Definición que podríamos ampliar con la señalada por Buendía (1998), para quien “el estrés laboral un problema de adaptación a nuestro entorno laboral, que nos produce angustia y sensación de indefensión”.

El bienestar del personal sanitario durante y después de la pandemia de COVID-19 es un desafío tanto para el aprendizaje como para el liderazgo. Mejorar los síntomas de agotamiento puede llevar a una mejor salud mental, lo que resulta en profesionales más productivos y, en última instancia, en una mejor atención para los pacientes (Acinas, 2012; Klersy et al., 2007). Un sistema de salud eficaz es crucial para la salud de la población. Por lo tanto, es importante promover condiciones seguras y saludables para todos los

proveedores de salud como estrategia para mejorar la salud de la población (Montero, 2014). Sin embargo, aún es necesario investigar y entender mejor las complejas relaciones entre la empatía y el agotamiento puede ser beneficioso para los profesionales de la salud e instituciones, ya que podría ayudar a disminuir el riesgo de agotamiento (Delgado et al., 2023).

1.2 Estrategias para afrontar esta situación

Es necesario que haya un cambio de paradigma, y que tanto el Estado como las organizaciones sanitarias se comprometan a incorporar el apoyo psicológico a los profesionales, proporcionando los recursos necesarios y garantizando un entorno de apoyo ético y emocional (Olivella, 2020; Xu et al., 2021; Oliveira et al. 2021; Bellver, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020). Para ello, el primer paso es asegurar un ambiente de trabajo seguro, ajustar la compensación económica al esfuerzo, mitigar las desigualdades profesionales y establecer protocolos para manejar conflictos éticos (Xu et al., 2021).

El desarrollo de la resiliencia de los sanitarios puede prevenir tanto el residuo como el daño moral (Dunham et al., 2020). Según Rushton (2016), la resiliencia moral, aún en desarrollo, es la capacidad de superar la desesperación e impotencia en situaciones angustiantes. Aunque es importante fomentarla, no debe usarse para enfrentar condiciones laborales inaceptables (Oliver, 2018). Esta resiliencia necesita el apoyo de la sociedad y sus instituciones, y se construye a través de valores compartidos y apoyo mutuo en los equipos, incluyendo el apoyo de la gestión.

También se han descrito las comunidades de práctica como espacios clave para compartir experiencias, reflexionar colectivamente, plantear nuevas cuestiones, hablar sobre la vulnerabilidad y explorar éticamente (Delgado et al., 2020).

Para abordar el distrés moral, (Koppmann2021), sugieren varias estrategias:

1. Desarrollar un plan de autocuidado.

2. Buscar la ayuda de un consultor en ética o del Comité de Ética Asistencial.
3. Participar en reuniones de equipo para compartir experiencias y sentimientos de distrés.
4. Contar con apoyo y recursos para minimizar el residuo moral y fomentar el bienestar.
5. Crear oportunidades para revisar y aprender de las experiencias vividas.

Se deben implementar programas y estrategias para ayudar a los profesionales a asimilar la situación, cultivar la resiliencia moral y reforzar la fortaleza moral. Esto incluye protocolos de triaje, comités de ética, formación profesional, medidas de seguridad, intervenciones psicológicas y apoyo institucional. Las comunidades de práctica pueden ayudar a fortalecer los vínculos en el equipo, reconocer la vulnerabilidad compartida y desarrollar estrategias de afrontamiento. Esto puede aumentar la resiliencia de los profesionales, que no son superhéroes, sino personas comprometidas éticamente con sus pacientes. En esta pandemia, los sanitarios no son héroes, son víctimas (Delgado, 2020; Morera et al. 2024).

La investigación sobre el distrés moral ha revelado que los profesionales sanitarios enfrentan diversas fuentes de angustia moral. Algunos incluso abandonan sus carreras o, en casos extremos, experimentan intentos de suicidio debido a esta tensión (Torijano et al. 2021). Aunque es probable que siempre exista cierto nivel de distrés moral, hay estrategias que pueden ayudar a reducirlo y prevenir su progresión.

Tabla I. Estrategias para reducir el distrés moral

Reflexión ética	Tomarse el tiempo para considerar los valores personales y profesionales antes de tomar decisiones difíciles
Apoyo entre colegas	Compartir experiencias y preocupaciones con otros profesionales
Formación en ética clínica	Proporcionar herramientas para abordar dilemas morales
Supervisión clínica	Consultar con supervisores o mentores

Cuidado personal	Mantener el bienestar físico y emocional
------------------	--

Fuente: Hamric, et al., 2006; Epstein et al., 2009).

Según Figley (2002), para prevenir o disminuir el SDPE, los profesionales pueden desarrollar las siguientes fortalezas:

1. Sentido del logro: La satisfacción de lograr el objetivo de ayudar al paciente puede disminuir o prevenir el estrés por compasión.
2. Conexión con otros: La capacidad de distanciarse de los problemas del paciente en cada encuentro puede ayudar a disminuir o prevenir el estrés por compasión.
3. Resiliencia: Las herramientas que posee el cuidador son fundamentales para prevenir el desgaste por empatía.
4. Adquisición de herramientas: Un conocimiento profundo del campo de trabajo puede ayudar a ser menos vulnerable al desgaste por empatía.

Expresar sentimientos y emociones relacionadas con la experiencia traumática de otra persona, siempre con contención emocional y reestructuración cognitiva, ha demostrado ser efectivo para una adecuada regulación emocional (Barbero et al., 2013; Nolte et al., 2017). Según (Gálvez, 2020), las estrategias de autocuidado y regulación emocional han sido útiles para manejar las emociones negativas experimentadas por los sanitarios durante la COVID-19. En este sentido, es necesario intervenir en factores individuales, interpersonales y organizacionales, ya que todos influyen en el desarrollo de malestar psíquico (Baranowsky, et al., 1999). Propusieron un Programa de Recuperación Acelerada del Desgaste por Empatía. Este protocolo de 5 sesiones tiene como objetivos:

1. Identificar y entender los eventos que desencadenan los síntomas de Desgaste por Empatía.
2. Desarrollar habilidades para manejar estas dificultades.
3. Identificar recursos para reforzar la resiliencia.
4. Aprender técnicas para reducir la tensión.

5. Desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y realizar auto-supervisión

1.3 Herramientas metodológicas

Se han desarrollado numerosas herramientas con el objetivo de abordar esta esfera de salud de las personas. Por ejemplo, el cuestionario ProQOL – vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV (Stamm, 1997-2005, traducida por Morante Benadero et al., 2008). Esta escala es la última versión de la escala de fatiga por compasión creada por Figley. Es una escala con tres subescalas: fatiga de compasión, burnout y satisfacción de compasión.

Por otro lado, la Escala de Agotamiento por Empatía (ESAPE), también llamada Inventario de Desgaste por Empatía (IDE), diseñada por Maín et al. (2009), valora el grado de desgaste por empatía, permitiendo evaluar si el profesional percibe satisfacción o cansancio y desgaste emocional en su trabajo.

Hay estudios que evidencian la efectividad para profesionales sanitarios de algunas estrategias personales de regulación emocional, tales como: el manejo de tiempo libre, actividades de hábitos saludables de vida y ocio saludable, la atención plena (Mindfulness), el fortalecimiento de la red de apoyo familiar y social, la resiliencia, enfocarse en lo positivo, y el uso del humor, (Acinas, 2012; Alfonso et al., 1982; Beck, 2011; Domínguez-Gómez, et al., 2009; Gregory, 2015; Hevezi, 2015; Jenkins, et al., 2002; Kuiper, 2012; Montero, 2014; Moreno-Jiménez et al., 2004a; Moreno-Jiménez et al., 2004b; Nolte et al., 2017; Peral, 2017; Radey, et al., 2007; Ying-ying, et al., 2018; Yoder, 2010).

La calidad de la atención sanitaria está directamente relacionada con el estado mental de los profesionales de la salud, que se ha visto afectado durante la crisis sanitaria. Por lo tanto, es esencial enfocarse en su salud mental y tomar medidas de protección para su bienestar y la calidad de la

atención. Es necesario proporcionar prevención específica y apoyo psicológico (Ulrich et al., 2020; Xu et al., 2021).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en este trabajo se propone conocer el nivel de desgaste por empatía y distrés moral de los profesionales más expuestos en el momento crucial de la pandemia, y proponer el diseño de una intervención para desarrollar habilidades para enfrentar las dificultades laborales, mejorar la resiliencia, manejar el estrés, y abrir espacios de comunicación donde puedan compartir sus experiencias. De esta manera, se podrá trabajar la prevención secundaria del SDPE y la angustia moral.

2. Objetivos

Con este estudio se pretende mostrar si los profesionales de la salud que han trabajado en servicios COVID-19, desde el inicio de la pandemia, son vulnerables a desarrollar el SDPE y distrés moral debido a las situaciones a las que han estado expuestos en su trabajo diario.

Además, se pretende evaluar el impacto del SDPE y distrés moral con profesionales sanitarios que han trabajado en servicios COVID-19 desde el inicio de la pandemia. Una vez hecho este diagnóstico de la situación, se propone un programa de prevención secundaria del SDPE y del distrés moral para los profesionales sanitarios más expuestos, que disminuya los niveles del mismo y ayude a los profesionales a desarrollar habilidades para enfrentar estas dificultades.

Los objetivos específicos que se han propuesto en este trabajo son:

- Medir el SDPE y distrés moral en los profesionales sanitarios en un hospital terciario.
- Identificar las situaciones, dilemas y conflictos éticos que han generado distrés moral y cómo se han afrontado y resuelto.
- Diseñar una intervención para prevenir los síntomas de SDPE y distrés moral.

- Permitir espacios de canalización, de expresión de emociones y de regulación emocional, con los que normalmente no cuentan este tipo de profesionales.
- Desarrollar una intervención que permita:
 - proporcionar psicoeducación a este tipo de profesionales en estrategias funcionales de prevención de este tipo de reacciones al estrés y afrontamiento a la muerte.
 - promover estrategias de trabajo en equipo facilitando el desarrollo de una red de apoyo entre iguales.
 - transformar el desgaste por compasión en satisfacción por compasión, que se define como la satisfacción de trabajar ayudando a los demás.
 - empoderar a este tipo de profesionales dotándoles de estrategias de afrontamiento ante este tipo de situaciones de estrés.
 - disminuir los niveles de desgaste por empatía, generando bienestar, promoción en salud y calidad de vida, en general.
- Prevenir en el futuro el desborde de este tipo de reacciones al estrés con el fin de promover profesionales sanos y, en consecuencia, más competentes.
- Diseñar un estudio para evaluar la efectividad de esta intervención para poder elaborar propuestas de mejora para la prevención, detección y manejo del distrés moral a nivel individual y organizacional.

3. Material y método

3.1. Diseño

Se realizará un estudio de intervención cuasi experimental pre-post test con dos grupos, experimental y control (de lista de espera), prospectivo y longitudinal. Para ello se realizará una evaluación pre-intervención. Al final de la intervención se volverá a realizar la evaluación. Y una evaluación final a los 6 meses de la intervención con el fin de comprobar si se mantienen los resultados esperados.

3.2. Participantes

El estudio va dirigido a profesionales sanitarios que han trabajado en servicios COVID-19 desde el inicio de la pandemia, tales como médicos, enfermeros y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Para identificar al grupo de intervención, se invitará a realizar el cuestionario de evaluación del SDPE y distrés moral a los profesionales de los servicios “diana” que han trabajado con pacientes COVID tales como, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neumología, y otros servicios que en los momentos álgidos de la pandemia se reconvirtieron en “salas COVID”.

Una vez identificados los profesionales que presenten niveles altos de desgaste por empatía según los resultados de los cuestionarios ProQOL - Versión IV, y el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) y cuestionario de distrés moral (MMD-HP-SPA) se conformará el grupo sobre el que se realizará el programa piloto de prevención secundaria y las evaluaciones posteriores.

El programa piloto de prevención secundaria del SDPE y distrés moral se llevará a cabo con un total de 30 profesionales, divididos en grupos de 15 para facilitar unas sesiones educativas/participativas cómodas para los profesionales sanitarios que participen en las mismas. Para trabajar con una representación de todos los profesionales sanitarios, se destinarán aproximadamente 17 plazas del programa para enfermeras, 8 plazas para TCAEs y 5 plazas para médicos. Además, se contará con un grupo control equivalente ($N = 30$) que se mantendrá sin intervención durante el desarrollo del programa de intervención y que, una vez probada la eficacia del mismo, podrá participar en la intervención.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Para la evaluación:
 - ✓ Ser profesional sanitario (médico, enfermera o TCAE)
 - ✓ Haber trabajado durante la Pandemia.

- ✓ Pertener a los servicios de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neumología, u otros servicios que en los momentos álgidos de la pandemia se reconvirtieron en “salas COVID”.
 - ✓ Que firme el consentimiento informado del estudio.
- Para la intervención:
 - ✓ Obtener índices altos de desgaste por empatía y angustia moral en los cuestionarios del estudio.
 - ✓ Comprometerse a participar en las 5 sesiones del programa piloto de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral.
 - ✓ Que firme el consentimiento informado del estudio.

3.2.2. Criterios de exclusión

- ✓ No firmar el consentimiento informado.
- ✓ Estar de baja médica o laboral en el momento del estudio.
- ✓ Haber faltado a más de una sesión del programa piloto de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral.

3.3. Procedimiento

Fase 1: Evaluación pre-post del SDPE y distrés moral

Evaluación pre intervención

La captación de los profesionales se realizará enviando un mail de invitación a participar en la fase de evaluación a jefes de servicio y supervisores de los servicios de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neumología, u otros servicios que en los momentos álgidos de la pandemia se reconvirtieron en “salas COVID”, con la finalidad de que sea difundido entre los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y TCAES). El correo electrónico contendrá un enlace donde se alojarán los cuestionarios de evaluación (Anexo I-II-III-IV). Además, del consentimiento informado que tendrá que ser firmado y

devuelto a los investigadores (Anexo V). Dependiendo del nivel de participación, se considerará oportuno reenviar el correo electrónico a la semana de haber enviado el primer correo y, posteriormente, a las tres semanas de haber enviado el segundo correo, con el fin de invitar a participar nuevamente, de forma voluntaria, a los profesionales.

Evaluación post-intervención (se realizará tras la fase 2 del proyecto)

Una vez finalizadas las 5 sesiones del programa piloto de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés mortal, se pasará nuevamente los cuestionarios de evaluación a los profesionales, con el fin de evaluar el impacto de la intervención a corto plazo. Además de la evaluación a corto plazo, se realizará una segunda evaluación a los 6 meses, esta tiene como propósito analizar el impacto a largo plazo de la intervención, comprender si las estrategias implementadas han tenido efectos sostenibles en el bienestar emocional de los profesionales, también nos permitirá ajustar estrategias y mejorar las intervenciones.

En cuanto a la confidencialidad, tal y como aparece en la hoja de información, los datos se guardarán de la siguiente manera:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De modo que se mantendrá el anonimato para que no puedan ser identificados sino con un código que permitirá emparejar las medidas tomadas en los tres momentos de evaluación (pre, post y seguimiento)

Para llevar a cabo esta investigación se solicitará los permisos pertinentes al Comité de Ética correspondiente. Se respetarán los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964) con sus revisiones posteriores, el Informe de Belmont (1978), la Declaración Bioética de Gijón del 2000 y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005). Al igual que los principios éticos (beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia) y la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la de responsabilidad medioambiental también se tendrán en cuenta.

Se entregará la hoja de información a los sujetos participantes. El investigador explicará al paciente los objetivos y procedimiento del estudio, y solicitará la firma del formulario de consentimiento informado. Una vez obtenida la firma del consentimiento, el investigador iniciará las exploraciones y recogida de datos necesarios para el estudio. El investigador no iniciará ninguna investigación correspondiente al estudio hasta que haya obtenido el consentimiento. Se adjunta anexo con hoja de información del participante y consentimiento informado (Anexo V)

3.4. Instrumentos

La evaluación inicial incluirá unas preguntas abiertas y con alternativas de respuesta que indagan información sociodemográfica tales como sexo, edad, estado civil, hijos/as personas a su cargo, categoría profesional, experiencia laboral, servicio de trabajo y situaciones traumáticas en el pasado, adaptadas del CETS (Moreno-Jiménez et al. , 2004) (Anexo I)

El cuestionario *ProQOL – vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV* (Stamm, 2005), traducida por Morante Benadero, et al., 2006). Es una escala compuesta por 30 ítems, que se distribuyen en tres subescalas: fatiga de compasión (10 ítems), burnout (10 ítems) y satisfacción por compasión (10 ítems). Todos los ítems miden los aspectos tanto positivos como negativos del nivel de empatía de los profesionales. La escala de respuestas es de tipo Likert, con 6 opciones de respuesta (0 nunca a 5 siempre). La media del sumatorio de los ítems que evalúan la fatiga de compasión es de 13, por lo que una puntuación superior a 17 significa que el encuestado presenta índices altos de fatiga por compasión. La puntuación media de la escala satisfacción por compasión es de 37, considerando alta satisfacción por compasión aquella puntuación superior a 42, y baja satisfacción por compasión inferior a 33. El burnout tiene una media de 22, y las puntuaciones superiores a 27, indican riesgo alto de padecerlo, en cambio, si la puntuación es menor a 18, el riesgo es bajo. El Alfa de Cronbach es de 0.70.

El Inventario de Desgaste por Empatía (IDE- Maín et al., 2009), valora el grado de desgaste por empatía, permitiendo evaluar si el profesional percibe satisfacción o cansancio y desgaste emocional en su trabajo. El IDE está formado por 27 ítems, donde cada enunciado debe responderse eligiendo una opción dentro de las cinco posibles respuestas mediante una escala tipo Likert: muy de acuerdo (1), de acuerdo (2), desacuerdo (3), muy en desacuerdo (4). El Alpha de Cronbach es de 0,69. El análisis del instrumento se obtiene a partir de la sumatoria de todos los ítems en general y por otro lado de la puntuación total obtenida en cada uno de los factores por separado. Estos valores darán como resultado uno de los perfiles descritos a continuación:

- a) perfil 1: funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer síndrome de desgaste por empatía,
- b) perfil 2: funcionamiento empático, sin riesgo de contraer síndrome de desgaste por empatía,
- c) perfil 3: funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer síndrome de desgaste por empatía
- d) perfil 4: funcionamiento empático anormal, con síndrome de desgaste por empatía.

Versión española de Measure of Moral Distress – Healthcare Professionals questionnaire (MMD-HP-SPA). Compuesto por 27 preguntas con valoración tipo Likert con una escala de 0 a 4 de menor a mayor nivel de frecuencia y desasosiego. Un espacio en blanco donde el encuestado puede añadir una situación en la que haya tenido sentimiento de desasosiego. La puntuación es acumulativa, a mayor puntuación mayor frecuencia y mayor sentimiento de desasosiego moral (Anexo IV)

3.5. Análisis estadístico de los datos

El análisis de datos será tratado desde el paquete estadístico informatizado SPSS. 24. 0 de IBM Co R, en entorno operativo Microsoft NT Professional. En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias de las variables cualitativas, y el cálculo de los valores habituales para las variables continuas (media, desviación típica, valores mínimo y máximo e intervalos de confianza del 95%).

Las comparaciones entre variables se realizarán mediante la prueba de Fisher o χ^2 , si las variables se expresan en forma de proporciones, y la prueba de t de Student para las comparaciones de grupos independientes. Cuando se realicen comparaciones múltiples para evaluar el seguimiento temporal (pre-post-seguimiento) de variables cuantitativas, se aplicará el análisis de la varianza de medidas repetidas. El nivel de significación se establece en un valor de $p < 0,05$.

3.6. Fase 2 Intervención:

Programa de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral

El programa se llevará a cabo en 5 sesiones de 2 horas de duración, a realizar a lo largo de 3 meses. Cada sesión se llevará a cabo cada 15 días hasta completar el programa. La estructura de cada sesión contendrá los siguientes elementos: puesta en común del estado de ánimo de cada participante para la sesión actual, revisión de la tarea para casa, psicoeducación, discusión grupal, dinámicas individuales y grupales y tareas para casa. Las técnicas de intervención propuestas han mostrado la efectividad para los objetivos específicos. Es importante resaltar que en el interior de cada espacio se mantendrá una atmósfera de confidencialidad y respeto hacia el otro. Finalmente, la idea es que la propuesta pueda trascender y formar parte de cursos de Formación Continuada, lo que implicaría que se llevarían a cabo distintas versiones, para así también poder trabajar diversas estrategias.

Sesión 1: Identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas de Desgaste por Empatía y distrés moral.

Sesión de dos horas enfocada a trabajar la identificación, síntomas y desarrollo del síndrome de desgaste por empatía, y distrés moral con la finalidad de que los profesionales participantes, adquieran conocimientos para identificar los detonantes y poder afrontarlos. Se realizará a través de dinámica grupal y talleres psicoeducativos.

Objetivo general de la sesión:

- Dar la bienvenida a los participantes y crear un clima seguro de trabajo.

Objetivos específicos de la sesión:

- Presentación del terapeuta y de los participantes.
- Definición del concepto de Desgaste por empatía y distrés moral y del sentido y necesidad del programa.
- Obtener información cualitativa sobre los perfiles de afrontamiento de los participantes, su vivencia subjetiva de la pandemia y sobre sus expectativas sobre el programa.

Tareas a realizar en la sesión:

- Actividad 1: Dinámica de presentación de los participantes (nombre, edad, lugar de procedencia, cuánto tiempo lleva trabajando en el servicio, hobbies e intereses y cómo se siente en ese momento).
- Actividad 2: Psicoeducación: presentación del concepto desgaste por empatía y distrés moral, de sus antecedentes y consecuencias, y de su relación con el colectivo de sanitarios antes y durante la pandemia que justifica la necesidad del programa.
- Actividad 3: Discusión grupal sobre sus experiencias del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral antes y durante la pandemia (¿han notado diferencias? ¿Cuáles?) y sobre recursos o estrategias de afrontamiento que hayan puesto en marcha.
- Actividad 4: Expresión de las expectativas que cada uno tiene sobre el programa y discusión grupal donde el terapeuta hará apuntes y aclaraciones.

Tareas para casa:

- Los participantes apuntan las conductas de autocuidado que llevan a cabo y lo entregan al terapeuta en la próxima sesión.

Sesión 2: Desarrollar habilidades para enfrentar las dificultades

Sesión de dos horas enfocada a trabajar habilidades e interiorizar herramientas y estrategias de autocuidado que ayuden a enfrentar las dificultades del día a día en el ámbito laboral, aun cuando estén sometidos a niveles altos de presión. A través de talleres psicoeducativos, rol-playing, ejercicios prácticos.

Objetivo general de la sesión:

- Aumentar las conductas de autocuidado físico en el trabajo y fuera del trabajo, a través del desarrollo de un plan personalizado de autocuidado.

Objetivos específicos de la sesión:

- Conocer los conceptos autocuidado y autocompasión
- Aprender estrategias para ponerlos en práctica

Tareas a realizar en la sesión:

- Actividad 1: Breve ronda para la puesta en común del sentir y disposiciones de los participantes y del terapeuta en el día de hoy, si están cansados, motivados, distraídos, enfadados, etc.
- Actividad 2: Psicoeducación sobre los siguientes aspectos:
 - ✓ Qué es el autocuidado
 - ✓ Las tres áreas del autocuidado: físico, trabajo y ocio
 - ✓ Más allá del autocuidado: la autocompasión. La importancia de hablarnos con cariño y paciencia.
 - ✓ Relación entre el autocuidado y el Síndrome del desgaste por empatía en profesionales sanitarios.
- Actividad 3: Discusión grupal sobre cómo se cuidan y con qué frecuencia lo hacen.
- Actividad 5: Se llevará a cabo un rol-playing donde se pondrán por parejas y, de forma alterna, uno hará de “sí mismo” mientras que el compañero se pondrá en la camiseta un cartelito identificativo con el nombre de ese “Pepito grillo interno” que tiene el compañero (que no nos deja relajarnos, descansar, ser amables con nosotros mismos y cometer fallos) Habrán de representar ese diálogo interno: ¿Qué nombre le pondrían a su Pepito Grillo? ¿Cómo de presente está en su día a día? ¿Cuándo aparece? ¿Qué le dice y cómo le responde? ¿Cómo podría fomentar un diálogo más compasivo entre él y su “Pepito grillo interno”?
- Actividad 6: Desarrollo de un plan personalizado de autocuidado:
 - ✓ En un folio en blanco dibujarán un calendario de la siguiente manera:
 - 1) Sus obligaciones y horarios.
 - 2) Planificar cómo se van a cuidar en su tiempo libre durante la siguiente semana (a nivel físico y de ocio) y anotarlo en el calendario.

- ✓ Piensan y toman nota de qué maneras pueden cuidarse más en el puesto de trabajo.

Tareas para casa:

- Se llevan el plan de autocuidado para casa. Han de comprometerse con realizar una actividad a la semana para cada área del autocuidado, por lo menos.

Sesión 3: Aprender técnicas de reducción de la tensión

Sesión de dos horas enfocada a trabajar y desarrollar técnicas de reducción de la tensión, y estrategias para reducir el distrés moral, a través de psicoeducación para que reconozca el distrés moral, talleres de relajación, mindfulness y técnicas de respiración.

Objetivo general de la sesión:

- Mejorar el nivel de activación psicofisiológica, a través del desarrollo de estrategias de regulación emocional y fisiológica.

Objetivos específicos de la sesión:

- Conocer el funcionamiento de las emociones y de la regulación emocional.
- Aumentar la autoconciencia de las emociones y su identificación.
- Aprender estrategias de regulación fisiológica: respiración diafragmática, escaneo corporal y meditación de Fluir (Franco, 2009a).
- Continuar reforzando las conductas de autocuidado.

Tareas a realizar en la sesión:

- Actividad 1: Breve ronda para la puesta en común de las sensaciones y disposiciones de los participantes y del terapeuta en el día de hoy, si están cansados, motivados, distraídos, enfadados, etc.
- Actividad 2: Repaso de la tarea de la sesión anterior, es decir, del plan de autocuidado.
- Actividad 4: Psicoeducación:

- ✓ Qué es la regulación emocional.
- ✓ Cómo funcionan las emociones: dimensiones y la curva de la emoción.

- ✓ Las emociones como consejeras valiosas a las que cuidar y que nos cuidan: ¿qué nos dice cada una? Se explican las funciones de las emociones básicas y más frecuentes (miedo, sorpresa, alegría, asco, ira y tristeza).
 - ✓ ¿Qué hacemos cuando aparecen emociones displacenteras? Evitación, Aceptación o regulación.
 - ✓ Autorregulación y corrección: en el equilibrio está la salud.
 - ✓ Introducción al concepto de atención plena.
 - ✓ Beneficios de la atención plena.
 - ✓ Revise la definición y los síntomas del estrés moral y pregúntese si lo que está sintiendo es estrés moral. ¿Sus colegas también exhiben signos de estrés moral?
 - ✓ ¿Qué aspecto de su integridad moral está siendo amenazado? ¿Qué papel podrías (y deberías) desempeñar?
 - ✓ ¿Qué se está haciendo actualmente y por qué?
 - Actividad 5: Se les pedirá que piensen en un momento de la semana donde hayan sentido alguna emoción que puedan catalogar como desagradable: enfado, miedo, culpa o vergüenza. Ha de ser una emoción que hayan sentido con poca intensidad. Cerrarán los ojos y volverán a esa situación. Tomarán conciencia de dónde sienten esa emoción en el cuerpo, cómo la sienten, si tiene color, forma, si se mueve. Habrán de observarla simplemente y no luchar contra ella ¿Dónde se ubicaría dentro de su ventana de tolerancia emocional? Por último, tratarán de conectar con el mensaje que les trae la emoción: ¿qué les mueve, ¿qué les toca de la situación donde la han sentido? ¿están viendo traspasados sus límites? ¿sienten que es algo que no merecen?
 - Actividad 6: Modelado y moldeado del ejercicio practicar la atención plena durante 20-30 segundos. Se pueden traer recuerdos agradables al momento actual.
 - Actividad 7: Modelado y moldeado de la respiración diafragmática.
 - Actividad 8: Modelado y moldeado del escaneo corporal y de la meditación Fluir.
 - Actividad 9: Discusión grupal sobre la dinámica anterior.
- Tareas para casa:
- ✓ Inclusión de una actividad de autocuidado adicional para cada área.

- ✓ Práctica de la respiración diafragmática durante 7 minutos.

Sesión 4: Identificar recursos para fortalecer la resiliencia

Sesión de dos horas enfocada a trabajar recursos para fortalecer la resiliencia y aumentar estrategias de resolución de problemas, en la que los participantes trabajarán las herramientas necesarias para generar alternativas a situaciones difíciles.

En esta sesión se indagan las estrategias personales de afrontamiento con las que cuenta cada profesional. El objetivo de esta sesión es conocer las herramientas que utilizan los profesionales para afrontar situaciones estresantes (como trabajar contra reloj, dificultades con compañeros, la muerte de un paciente, etc.).

Objetivos generales de la sesión:

- Mejorar y aumentar la estrategia de afrontamiento activo y la resolución de problemas, a través de la psicoeducación y del entrenamiento en el proceso de resolución de problemas.
- Mejorar la competencia de afrontamiento ante la muerte de pacientes por COVID-19, a través de la psicoeducación en las pautas de actuación frente a la misma.

Objetivos específicos de la sesión:

- Aprender a transformar y resolver “ el conflicto”
- Redefinir la situación en principio “conflictiva” en función de los intereses y las necesidades del colectivo.
- Aprender a focalizar la atención y el afrontamiento en la solución, en lugar de en la dificultad.
- Aprender pautas sobre cómo actuar ante los procesos terminales y el fallecimiento del paciente.
- Aprender pautas para la comunicación de malas noticias por teléfono.
- Aprender cómo elaborar una carta de condolencias para los familiares del fallecido.

Actividades a realizar en sesión:

- Actividad 1: Repaso del plan de autocuidado (supervisión, moldeado y refuerzo).

- Actividad 2: Psicoeducación sobre la diferencia entre “conflicto” (connotación de situación disfuncional que se atribuye a alguien o que representa los intereses personales encontrados) y “problema” (situación lógica con posible solución).
- Actividad 3: Psicoeducación sobre los cinco pasos de resolución de problemas
 - ✓ Orientación positiva hacia el problema
 - ✓ Definición e identificación
 - ✓ Generación de alternativas de solución
 - ✓ Toma de decisiones
 - ✓ Implementación y comprobación de la solución
- Actividad 4: Práctica sobre la resolución de conflictos. En grupo, se pide a los participantes que piensen en algún conflicto que tengan en su trabajo. A continuación, se les pide que, en pequeños grupos, lo resuelvan en base a los cinco pasos explicados de forma individual. Analizando cada paso y anotándolo en un papel. Finalmente, se realiza una puesta en común de los problemas solucionados, así como de las dificultades sobrevenidas en el proceso.
- Actividad 5: Psicoeducación de pautas de afrontamiento ante la muerte y los procesos terminales para profesionales (Alarcón, et al., 2020). El terapeuta explicará al grupo pautas relacionadas con:
 - ✓ cómo aliviar el duelo, cómo actuar frente a los procesos terminales y el fallecimiento del paciente.
 - ✓ cómo comunicar malas noticias por teléfono.
 - ✓ cómo elaborar una carta de condolencias para la familia.
- Actividad 6: Role-playing de comunicación de malas noticias por teléfono a un familiar. Se escenifica por parejas esta situación. El terapeuta supervisa y moldea las intervenciones en caso necesario).
- Actividad 7: ejemplo de reunión de equipo (defusing/debriefing) sobre la experiencia de muerte durante la pandemia como profesionales (Alarcón, et al., 2020). Con la supervisión y moderación del terapeuta los participantes exponen:
 - ✓ los hechos vividos.
 - ✓ los sentimientos y emociones experimentados.
 - ✓ cuestiones a mejorar y a valorar positivamente como grupo y como individuos.

Tareas para casa:

- Práctica de la meditación Fluir en casa durante 10 minutos a razón de 2 veces por semana.
- Inclusión de actividades de autocuidado en los casos en los que sea posible y recomendable.

Sesión 5: Desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y auto-supervisión.

Sesión de dos horas enfocada a desarrollar técnicas de resolución de conflictos internos y auto-supervisión. En estos talleres los profesionales podrán adquirir habilidades y estrategias para regular el pensamiento, las emociones y conductas. Se realizarán a través de dinámica grupal, psicoeducación, moldeado.

Objetivo general de la sesión:

- Mejorar y aumentar la estrategia de afrontamiento activo, a través de reestructuración cognitiva.

Objetivos específicos de la sesión:

- Aprender el concepto de reestructuración cognitiva.
- Aprender las distintas distorsiones cognitivas.
- Aprender los pasos de la reestructuración cognitiva para regular el pensamiento, las emociones y la conducta.
- Continuar reforzando las conductas de autocuidado.

Actividades a realizar en la sesión:

- Actividad 1: Repaso del plan de autocuidado (supervisión, moldeado y refuerzo).
- Actividad 2: Psicoeducación:
 - ✓ Qué es la distorsión cognitiva
 - ✓ Cuáles son las principales distorsiones cognitivas: personalización, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, pensamiento polarizado, razonamiento emocional, inferencia arbitraria, catastrofismo, entre otras.
 - ✓ ¿Funcionan realmente estos tipos de razonamiento?
 - ✓ Cómo afectan a nuestras emociones: la utilidad del esquema A - B - C - D - E.

- Actividad 4: Dinámica de grupo y modelado. El terapeuta del programa expondrá un ejemplo de situación (ven a alguien por la calle y no les saluda), y habrán de sugerir motivos por los cuáles esto pasa. Tras esto, el terapeuta expondrá, a modo de ejemplo, cómo se realizaría una reestructuración cognitiva (identificación de la distorsión, papel en el esquema A-B-C-D-E, evidencia, funcionalidad y sustitución por un pensamiento más adaptativo).
- Actividad 5. Discusión grupal. ¿Con qué distorsiones se identifican más? Cada uno habrá de poner un ejemplo y se aplicará la técnica entre todos, de forma que el conductor moldeará y reforzará.
- Actividad 6. Escaneo corporal y atención plena. En este caso, se realizará durante 15 minutos.
- Actividad 7. Se repasará la tarea de la sesión anterior de respiración diafragmática, se resolverán dudas y se moldeará en caso necesario.

Tareas para casa:

- Práctica de la respiración diafragmática durante 10 minutos a razón de 2 veces durante la semana.
- Inclusión de actividades de autocuidado.

En esta última sesión se realiza el cierre de todo el ciclo, a través de la autoevaluación de todo el proceso, tanto a nivel personal como grupal. El objetivo es que cada participante haga un auto-análisis de su propia experiencia a través de las sesiones, de lo aprendido durante las mismas y de los beneficios obtenidos. El rol del terapeuta es de contención y de realizar feedback a lo que surja dentro de la sesión.

- ✓ ¿Qué han aprendido durante el programa?
- ✓ ¿Cómo lo han notado en su vida diaria?
- ✓ ¿Cómo les hace sentir?
- ✓ ¿De qué se sienten más capaces?
- ✓ ¿Cómo creen que podrán continuar avanzando en su camino después del programa?
- ✓ ¿Qué diferencias hay entre quienes eran antes y después del programa?
- ✓ Que piensen en una situación temida: ¿qué hubieran hecho antes y qué harían ahora?
- ✓ Se recalca que siempre pueden pedir ayuda.

- ✓ Tareas para casa: Se les anima a que pongan en práctica los recursos aprendidos, especialmente los relacionados con la atención plena.

4. Planteamiento temporal de ejecución

Cronograma del Proyecto

Fases el proyecto	Comienzo	Fin
Diseño y elaboración metodológica, revisión bibliográfica.	Mes 1	Mes 3
Fase de evaluación inicial del Síndrome de Desgaste por Empatía y Distrés Moral selección de participantes.	Mes 4	Mes 5
Desarrollo del Programa Piloto de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral.	Mes 6	Mes 9
Evaluación final y a los 6 meses del impacto del Programa Piloto	Mes 10	Mes 15
Análisis de resultados, elaboración de memoria y conclusiones.	Mes 15	Mes 17
Difusión de resultados.	Mes 18	Mes 23

5. Resultados esperados

Algunos factores de riesgo a tener en cuenta frente a los resultados de la implementación de un programa de prevención secundaria y distrés moral de este tipo son que, en los servicios de atención a los pacientes COVID-19, las unidades suelen ser estructuras cerradas, con la posibilidad de mantener una relación significativa y duradera con los pacientes y los colegas. En la evidencia cotidiana se deduce que los profesionales de enfermería y los TCAEs tienen mayores niveles de agotamiento que los médicos, ya que los primeros tienen contactos más prolongados con estos pacientes (Acinas, 2012; Klersy et al., 2007; Peters, 2018).

Tanto las condiciones de trabajo, las condiciones sociodemográficas de los profesionales y otras situaciones personales se han asociado, no solo a la presentación de síntomas de desgaste emocional, distrés moral y a la posibilidad de desarrollar en el futuro burnout, sino a las respuestas posteriores a su implementación. Con la instauración del Programa Piloto de Prevención Secundaria, esperamos ver como los niveles de estrés de desgaste por empatía y de angustia moral en el grupo disminuyen, como resultado de haber aprendido a gestionar adecuadamente el estrés.

6. Discusión

El presente estudio tiene dos objetivos fundamentales. El primero consiste en identificar a los profesionales que han estado sufriendo SDPE y distrés moral debido a la situación de COVID-19. El segundo consiste en diseñar un programa de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral para ser aplicado a los profesionales sanitarios que han trabajado en los servicios COVID-19 durante la pandemia. A medio plazo, se pretende proporcionar evidencia sobre la eficacia de la aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados previsibles tanto para la salud de los ciudadanos como para la mejora del sistema sanitario.

Para ello se ha realizado una propuesta, en base en los programas de intervención que hasta el momento se han llevado a cabo con población sanitaria, con el fin de disminuir los niveles de desgaste por empatía y distrés moral en profesionales que a diario deben enfrentarse al “coste de cuidar”. Se espera que la propuesta de este programa sea un aporte a la disminución de dichos niveles de estrés de los participantes. Además, se espera que estos efectos se mantengan tanto a corto como a largo plazo. La idea es proporcionar psicoeducación y entrenamiento a los participantes por medio de un variado conjunto de estrategias y habilidades para hacer frente el sufrimiento de los pacientes y al estrés que la anterior situación conlleva.

La propuesta del programa de intervención constituye una aportación al concepto del desgaste por empatía y distrés moral, campo en el que aún hace falta investigación no solo dirigida a este tipo de población en particular, sino

en general a los profesionales sanitarios, constantemente expuestos a altos niveles de estrés por situaciones de difícil manejo en el ámbito de la salud y que requieren un cuidado y un autocuidado específicos. Creemos que trabajar sobre la prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral, así como evaluar su impacto, puede ser muy beneficioso para el sistema sanitario y los profesionales que lo conforman. Mejorar esta esfera de los profesionales sanitarios más expuesto puede llegar a disminuir el absentismo laboral relacionado con el mismo, aumentar la calidad de los cuidados ofrecidos y mejorar el clima laboral.

Las situaciones de estrés elevado durante la crisis han causado angustia moral en los profesionales, afectando seriamente su salud. Es esencial implementar estrategias de prevención, detección y apoyo para salvaguardar su bienestar, lo cual indirectamente también protege la salud de los pacientes. La falta de preparación de los sistemas sanitarios ha expuesto la precariedad preexistente a nivel global. El distrés moral y el residuo moral deben ser tratados seriamente, ya que pueden ser perjudiciales tanto para los profesionales sanitarios como para los entornos que requieren sensibilidad moral y ética. Es crucial evaluar el grado de distrés para evitar que los profesionales se vuelvan insensibles ante situaciones éticamente desafiantes.

Si conseguimos demostrar que un programa de prevención secundaria ayuda a mejorar el estado psico-emocional del personal, disminuyendo tanto el SDPE como el distrés moral, y ayudándoles a manejar el estrés, podríamos plantear este tipo de intervenciones educativo/participativas tanto dentro de los programas de riesgos laborales del centro, como en las actividades de formación continuada del mismo. Para ello, reforzar el papel del psicólogo sanitario en los diferentes servicios hospitalarios debe ser un objetivo a perseguir.

La principal limitación de nuestro estudio será conseguir que los profesionales sanitarios de las tres categorías profesionales (médicos, enfermeras y TCAEs) participen en el estudio, en la evaluación inicial. Una vez seleccionados los participantes tributarios al programa piloto de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía y distrés moral,

otra de las limitaciones será la disponibilidad de los mismos para participar en las sesiones presenciales del programa.

Para garantizar la participación de los profesionales sanitarios en nuestro estudio, hemos implementado varias estrategias entre ellas explicar cómo su participación contribuirá al avance científico y al bienestar de los profesionales y pacientes, reconoceremos estas sesiones como parte de su desarrollo profesional, permitiremos horarios flexibles, ofreceremos compensación horaria por su asistencia.

7. Referencias

1. Acinas, M. P. (2012). Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
2. Alarcón, E., Cabrera, C. E., García, N., Montejo, M., Plaza, G., Prieto, P.,... & Vega, N. (2020). Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (COVID-19). *EQUIPO KOMOREBI, Especialistas en Pérdidas y Duelo*.
3. Alfonso, P., Martín, M.A. y Buisan, R. (1982) La enfermera de nefrología y el morir en las unidades renales.
4. Aycok, N. y Boyle, D. (2009) Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(2), 183.
5. Back, A., Tulskey, J. A., Arnold, R. M. (2020). "Communication Skills in the Age of COVID-19". *Annals of internal medicine*, 172(11), 759–760. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>
6. Baranowsky, A. B., & Gentry, J. E. (1999). In *Treating compassion fatigue* 155-170.
7. Barbero, J., Herreruela, P. F., Llana, H. G., Pulido, O. M., & Yuste, V. J. (2013). Valoración de la eficacia percibida de la dinámica grupal "¿Qué tal?" para el autocuidado y aprendizaje mutuo en un equipo

- asistencial. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 10(2), 353-363.
8. Bellver, V. (2020). Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index De Enfermería*, 46-50.
 9. Benito, E., Arranz, P., & Cancio, H. (2010). Herramientas para el autocuidado de profesionales que atienden a personas que sufren. FMC (Formación Médica Continuada). *Atención Primaria*.
 10. Bermúdez Santana, S. P. (2014). *El síndrome de burnout y la fatiga por compasión en el personal que trabaja con adultos mayores. (Estudio realizado en el Hogar Corazón de María de la ciudad de Quito en el periodo abril-julio del 2013)* (Bachelor's thesis, PUCE).
 11. Boceta, J., García, H., y Altisent, R. (2020). Reflexiones éticas desde la experiencia práctica de la crisis COVID-19. *Med Paliat.*, 27(3), 255-262.
 12. Boceta, J., Ruiz, M., & Cabrera, E. (2020). El desasosiego moral en los profesionales sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202012067.
 13. Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva
 14. Cabré, L., y Casado, M. (2020). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados intensivos en situaciones de pandemia. *Observatori de Bioètica i Dret*. Universitat de Barcelona.
 15. Cacchione, P. Z. (2020). "Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic." *Clin Nurs Res.*, 29(4), 215-216. doi:10.1177/1054773820920385
 16. Cameron CD, Harris LT, Payne BK. El costo emocional de la humanidad: el agotamiento anticipado motiva la deshumanización de los objetivos estigmatizados. *Soc Psychol Personal Sci.* 2016; 7(2):105–112. doi: 10.1177/1948550615604453 [CrossRef] [Google Académico]
 17. Carel H. Una respuesta a 'Hacia una comprensión de la enfermería como respuesta a la vulnerabilidad humana' de Derek Sellman: vulnerabilidad y enfermedad. *Enfermeras Philos.* 2009; 10(3):214–9. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00401.x>.

18. Cazabat, E. H. (2002). Desgaste por empatía: el costo de ayudar. *Recuperado de <https://bit.ly/30hhPkE>*.
19. Comité de Bioética de España. (2020a). Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus.
20. Conti, C., Fontanesi, L., Lanzara, R., Rosa, I., & Porcelli, P. (2020). Fragile heroes. The Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PloS one*, 15(11), e0242538.
21. Cox, C. L. (2020). Healthcare Heroes': problems with media focus on heroism from health care workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of medical ethics*, 46(8), 510-513.
22. Delgado J, Siow S, de Groot JM. El valor de las comunidades de práctica como proceso de aprendizaje para aumentar la resiliencia en los equipos de salud. *Eur J Nat Scie Med*. 2021; 4(1):1–20. <https://doi.org/10.26417/763xzb78s>
23. Delgado Rodríguez, J. (2020). El papel de las comunidades de práctica en la construcción de resiliencia moral: un análisis a partir de la pandemia de Covid-19. *Dilemata*, (33), 23–37.
24. Delgado N, Delgado J, Betancort M, Bonache H, Harris LT. ¿Cuál es la relación entre los diferentes componentes de la empatía y el agotamiento en los profesionales de la salud? Una revisión sistemática y meta-análisis. *Psychol Res Behav Manag*. 15 de febrero de 2023; 16:447-463. doi: 10.2147/PRBM. S384247. PMID: 36814637; PMCID: PMC9939791
25. Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 35(3), 199-204.
26. Dunham, A.M., Rieder, T.N., y Humbyrd, C.J. (2020). A Bioethical Perspective for Navigating Moral Dilemmas Amidst the COVID-19 Pandemic. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 10.5435/JAAOS-D-20-00371
27. Epstein, E. G., and Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), (p. 330-342).

28. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for healthcare professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10:113---24, <http://dx.doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>.
29. Franco, C. (2009). Meditación Fluir Para Serenar el Cuerpo y la Mente. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 223-233.
30. Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*.
31. Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. *Secondary traumatic stress*, 3-28.
32. Gálvez, M. (2020). Emociones y COVID-19 en el contexto sanitario: pacientes, familias y profesionales. *Enfermería clínica*, 31(1), 62-67.
33. González Procel, C., Sánchez Padilla, Y. y Peña Loaiza, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498.
34. Gregory, A. (2015). Yoga and mindfulness program: The effects on compassion fatigue and compassion satisfaction in social workers. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 34(4), 372-393.
35. Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., Wessely, S. (2020). "Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic". *BMJ*, 368, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>.
36. Hamric, A. B., Davis, W. S., and Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1), 16-23.
37. Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 343-350.
38. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs; 1984.
39. Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation al study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432.

40. Jiménez, B. M., Benadero, M. E. M., Novoa, M. M. L., Carvajal, R. R., & Hernández, E. G. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76.
41. Jiménez, C. P. (2017). ¿Podemos prevenir el trauma? Reflexiones del uso del arteterapia como vía para la prevención del trauma y el desarrollo de la resiliencia. *Arteterapia*, 12, 277.
42. Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-118.
43. Kapoulitsas, M., y Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(1), 86–101.
44. Klersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C., Malberti, F.,... & Working Group On Burnout And Dialysis. (2007). Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy— a multicentre study. *Nephrology dialysis transplantation*, 22(8), 2283-2290.
45. Koppmann, A., Cantillano, V. i Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75-80.
46. Kuiper, N. A. (2012). Humor and resiliency: Towards a process model of coping and growth. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3).
47. Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125–34. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x
48. Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982). “Burnout in health professions: A social psychological analysis”, en Sanders, G. y Suls, J. (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
49. Montero, F. (2014). Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental.
50. Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12(2), 215-231.

51. Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R. y Losada, M.M. (2004b). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22 (1):69-76.
52. Moreno, L. A., & Marzal, A. G. (2023). Síndrome de desgaste por empatía en el personal sanitario. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(5), 75-801
53. Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa, E., y Morante, M. E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez, "Quemarse en el trabajo" (Burnout), (pp 161-183). Zaragoza: Egido Editorial
54. Morera D, Delgado J, Lorenzo E, de Castro-Peraza ME, Delgado N. "Superheroes? No, thanks." Accepting vulnerability in healthcare professionals. *Human Resources for Health*. 2024 Feb 20;22(1):16
55. Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4364-4378.
56. Oliveira, S.R., Valente, C., Rios da Silva, F., Carneiro, F., Ribeiro, M., y Santana, K. (2021). Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 7510.1590/0034-7167-2021-0067
57. Olivella, M. C. (2020). Actuar Ético y Bioético de Enfermería en la Pandemia y la Postpandemia por COVID-19. *Ética De Los Cuidados*, 13, e12828- e12828.
58. Oliver D. (2018). "Moral distress in hospital doctors". *BMJ*. 2018; 360:k1333.
59. Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. In *Nursing forum* (53(4), 466-480).
60. Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5).
61. Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.
62. Redondo, A. I., Depaoli, M., & D'Onofrio, M. (2011). Síndrome de desgaste por empatía.

63. Rimmer, A. (2020). "How can I break bad news remotely?" *BMJ*, 369:m1876 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1876>.
64. Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Estany-Gestal A, Blanco Hortas A, Rodríguez-Calvo MS, Rodríguez-Núñez A. Validation and psychometric properties of the Spanish version of the measure of moral distress for healthcare professionals (MMD-HP-SPA). *Med Intensiva*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2021.03.002>
65. Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*.
66. Rushton, C. H. (2016). "Moral resilience: A capacity for navigating moral distress in critical care". *AACN Advanced Critical Care*, 27 (1), 111-119.
67. Shapiro J, McDonald TB. Apoyar a los médicos durante la COVID-19 y más allá: aprender de los fracasos del pasado e imaginar nuevas estrategias. *N Engl J Med*. 2020; 383(27):E142. doi: 10.1056/NEJMp2024834 [PubMed] [CrossRef] [Google Académico]
68. Smith, P. (2009). *To weep for a stranger: Compassion fatigue in caregiving*. Healthy Caregiving.
69. Stamm, B. H. (2005). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue subscales, versión R-IV (ProQOL).
70. Vázquez, C., & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y estrés*, 9(2-3), 231-254.
71. Xu, H., Stjernswärd, S., y Glasdam, S. (2021). Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic - A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100037. [10.1016/j.ijnsa.2021.100037](https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100037)
72. Yepes-Temiño, M.J., Callejas, R., y Álvarez, J.M. (2021). Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nuestra práctica clínica. *Revista Española De Anestesiología Y Reanimación*, 68(1), 28-36. [10.1016/j.redar.2020.09.004](https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.09.004)
73. Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26).

74.Zamponi, J., Rondón, J. M., & Viñuela, M. A. (2009). Primer cuestionario validado para evaluar Síndrome de desgaste por Empatía

8. Anexos

Anexo I: Cuestionario de datos sociodemográficos y situaciones traumáticas en el pasado, entre otras, adaptadas del CETS (Moreno-Jiménez et al. 2004)

“PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCION PARA LA PREVENCIÓN SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA, DISTRES MORAL EN SANITARIOS COVID-19”

Este estudio pretende evaluar el impacto de programa de prevención secundaria del síndrome de desgaste por empatía en profesionales sanitarios de los servicios que han trabajado en servicios de atención COVID-19 desde el inicio de la pandemia.

Nombre: ----- **Apellidos** -----

Teléfono:-----**e-mail**-----

Servicio:-----

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Género MASCULINO FEMENINO NO BINARIO

Edad Años

Estado Civil

SOLTERO CASADO SEPARADO VIUDO PAREJA

¿Vive solo/a?

SI NO

Hijos/ personas a su cargo

SI NO

Años de experiencia laboral

EXPERIENCIA EN EL SECTOR SANITARIO AÑOS

Tipo de vinculación laboral

EVENTUAL INTERINO FIJO PLANTILLA

Servicio O Unidad de Trabajo

ESPECIFICAR:

Categoría profesional

MÉDICO ENFERMERÍA TCAE RESIDENTE

He tenido situaciones traumáticas o estresantes de forma directa en el pasado

SI NO

Especificar dicha experiencia en caso de respuesta afirmativa:

.....
.....

1.- ¿Ha padecido el COVID-19?

SI NO

2.- ¿Ha desarrollado su labor profesional durante la pandemia por COVID-19?

SI NO

3.- ¿Ha padecido algún problema de salud mental?

SI Antes pandemia Covid-19 Durante pandemia COVID-19 NO

Especificar.....

4.- Haz visto peligrar tu salud e integridad física y mental con la pandemia COVID-19

Sí No

5.- Has recibido ayuda de algún profesional (psicólogo, psiquiatra) para poder afrontar el estrés, o gestionar las emociones relacionadas con tu labor profesional durante la pandemia COVID-19

Sí No

6.- ¿Estas recibiendo tratamiento farmacológico o terapia para poder afrontar tu actividad profesional?

Si Antes pandemia Covid-19 Durante pandemia COVID-19 No

7.- Le es difícil pedir ayuda, si la necesita

Nunca Algunas veces Bastantes veces Siempre

8.- ¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los demás y comunicarse con ellos?

Nunca Algunas veces Bastantes veces Siempre

9.- Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo

Nunca Algunas veces Bastantes veces Siempre

10.- Sentí que no tenía nada porque vivir

Nunca Algunas veces Bastantes veces Siempre

11.-Se me hace difícil la iniciativa para hacer cosas

Nunca Algunas veces Bastantes veces Siempre

12.- ¿Con qué frecuencia se siente completamente solo?

Nunca Algunas veces Bastantes veces Siempre

AnexoII: ProQOL-vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion

ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre
5=Siempre

- _____ 1. Soy feliz.
- _____ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- _____ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- _____ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- _____ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- _____ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- _____ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- _____ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- _____ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- _____ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
- _____ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- _____ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- _____ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- _____ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- _____ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- _____ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
- _____ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- _____ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
- _____ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- _____ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- _____ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- _____ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- _____ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
- _____ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- _____ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
- _____ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.
- _____ 27. Considero que soy un buen profesional.
- _____ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
- _____ 29. Soy una persona demasiado sensible.

_____ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

**Self-scoring directions Research Information on the
ProQOL – CSF-vIV: Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and
Fatigue Subscales**

Por favor anote lo que ha encontrado en este cuestionario y considere que las siguientes puntuaciones deberían ser usadas como una guía, no como información confirmatoria. Las subescalas y los puntos de corte se han derivado teóricamente. Cuando sea posible, los datos deberían de ser usados de una manera continuo, así como la puntuación de corte. Estos puntos de corte deben de utilizarse como orientación y ejemplos comparativos, no como información diagnóstica o confirmatoria.

Self-scoring directions

1. Estar seguro de su respuesta en todos los ítems.
2. Algunos ítems son inversos, y la puntuación obtenida sería la contraria.
3. La puntuación inversa sería (i.e. 0=0, 1=5, 2=4, 3=3). Los ítems cuya puntuación hay que invertir son cinco: 1, 4, 15, 17 y 29.

Nota: la puntuación 0 no es reversible porque a pesar de todo es una evaluación nula en la dirección del ítem.

4. Marca los ítems según:

- a. Poner una x en los siguientes diez ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
- b. Poner un “visto” en los siguientes diez ítems: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29
- c. Poner un círculo en los siguientes 10 ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28

5. Sume los números que anotó por cada uno de los ítems y compárelos con las puntuaciones teóricas.

6. Escriba sus respuestas debajo. La puntuación está basada en puntos de corte teóricos derivados de continuas investigaciones y aproximaciones. Si usted tiene alguna cuestión o duda, debería discutir las con el mismo profesional de la ayuda.

La puntuación media en esta escala es de 13 (SD 6; alpha .80). Aproximadamente el 25% de gente puntúa por debajo de 8 y un 25% de la gente por encima de 17. Si su puntuación está por encima de 17, usted puede tomarse algún tiempo para pensar sobre lo espantoso que es para usted su trabajo o si hay alguna otra razón para esta elevada puntuación. Mientras que puntuaciones altas no significan que usted tenga un problema, sí es un indicador de que usted puede querer interrogarse sobre cómo se siente ante su trabajo y lo que a éste le rodea. Usted puede desear discutir esto con su supervisor, un compañero de trabajo, o con un profesional.

Anexo III: Escala de Agotamiento por Empatía (ESAPE) o I

INVENTARIO DE DESGASTE POR EMPATÍA IDE

ZAMPONI, VIÑUELA, RONDON, TAUBER, MAIN

Edad: Sexo:
 Profesión: Antigüedad en la profesión:
 Ámbito de trabajo -privado-.....publico-.....
 Lugar de residencia.....
 Estado civil.....

El cansancio natural que surge de su actividad profesional puede derivar de diversos factores. La cantidad de horas que usted trabaja, el lugar físico en el que trabaja, la relación con sus pares y auxiliares, suelen ser aspectos que generan tensión y cansancio. Pero además, por la naturaleza de su profesión, usted está constantemente ayudando a personas que tienen problemas. Buena parte de su eficiencia profesional depende de su habilidad para entender y ayudar a sus pacientes/clientes. El compartir el sufrimiento – empatizar – produce desgaste emocional. A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con este aspecto de su trabajo profesional.

CONSIGNA: Por favor, lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique cuánto coincide con lo que le sucede a usted. Marque con una cruz debajo del número que usted elija, teniendo en cuenta que:

- 1 = muy de acuerdo
- 2 = de acuerdo
- 3 = desacuerdo
- 4 = muy en desacuerdo

Se garantiza total confidencialidad de los datos proporcionados.
 Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

	1	2	3	4
1. Mantengo el cuidado de mi salud.				
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.				
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.				
4. Me sobre involucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.				
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas.				
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.				
7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.				
8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.				
9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.				
10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes				
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos				
12. Me cuesta mantener la concentración.				
13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.				
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.				
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.				

16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.				
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes				
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.				
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.				
20. No presento síntomas somáticos.				
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes				
22. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.				
23. Aumento de peso de modo llamativo.				
24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.				
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.				
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.				
27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.				

HOJA DE CORRECCIÓN PARA IDE

Factor 1: Involucración Profesional: continuo que evalúa el grado de involucración en la relación paciente/cliente-profesional. El buen desarrollo del trabajo profesional implica un grado razonable de involucración. Tanto el exceso como la falta de involucración perturban la calidad y el resultado del trabajo.

$$\frac{\quad}{*2} + \frac{\quad}{*5} + \frac{\quad}{*9} + \frac{\quad}{*12} + \frac{\quad}{*15} + \frac{\quad}{*18} + \frac{\quad}{*21} + \frac{\quad}{*24} + \frac{\quad}{*26} = \frac{\quad}{9}$$

Factor 2: Cuidado personal: continuo que indica en qué medida el profesional cuenta con recursos personales y técnicos de cuidado personal para prevenir o afrontar el desgaste biopsicofísico propio del trabajo de ayuda.

$$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{8} + \frac{\quad}{*11} + \frac{\quad}{14} + \frac{\quad}{*17} + \frac{\quad}{20} + \frac{\quad}{*23} + \frac{\quad}{*25} + \frac{\quad}{27} + \frac{\quad}{10} = \frac{\quad}{\quad}$$

Factor 3: Vulnerabilidad: continuo entre poco vulnerable a muy vulnerable. Refiere a la medida en que el sujeto se percibe afectado por su trabajo profesional, manifestándose y reconociéndose tanto a nivel físico, psíquico, emocional y de relaciones sociales.

$$\frac{\quad}{*3} + \frac{\quad}{*4} + \frac{\quad}{*7} + \frac{\quad}{*10} + \frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{*16} + \frac{\quad}{*19} + \frac{\quad}{*22} + \frac{\quad}{8} = \frac{\quad}{\quad}$$

* Se invierten los valores

DIAGNÓSTICO IDE

- Perfil 1: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer SDpE. Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

a- Que el resultado de la evaluación total sea menor a 20.

b- Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 25. (i.e. Involucración Profesional, menor o igual que 6; Cuidado Personal, menor o igual que 8; y/o Vulnerabilidad, menor o igual a 7).

c- Que ningún factor tenga un puntaje mayor a su percentil 50. O sea, el puntaje del factor Involucración Profesional no debe ser mayor a 12; el del factor Cuidado Personal no debe ser mayor a 15; y el del factor Vulnerabilidad no debe ser mayor a 14.

d- En caso de no cumplirse el punto „b” y/o „c”, por más de que el puntaje total sea inferior a 20, el diagnóstico corresponde al perfil 2 –Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.-

- Perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE. Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

a- Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor 20 y menor que 41.

b- Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 50 (i.e. Involucración Profesional, menor o igual que 12; Cuidado Personal, menor o igual que 15; y Vulnerabilidad, menor o igual a 14).

c- Que ningún factor tenga un puntaje mayor a su percentil 75. O sea, el puntaje del factor Involucración Profesional no debe ser mayor a 18; el del factor Cuidado Personal no debe ser mayor a 22; y el del factor Vulnerabilidad no debe ser mayor a 23.

d- En caso de no cumplirse el punto „b” y/o „c”, por más de que el puntaje total sea un valor entre 21 y 41, el diagnóstico corresponde al perfil 3 –Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.-

- Perfil 3: Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE. Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

a- Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 41 y menor que 61.

b- Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean mayores al valor correspondiente a su percentil 50 y menores o iguales que el valor de su percentil 75. (i.e. Involucración Profesional, mayor que 12, pero menor o igual que 18; Cuidado Personal, mayor que 15, pero menor o igual a 22; y/o Vulnerabilidad, mayor a 14, pero menor o igual que 23).

Anexo IV. Versión Española de Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals questionnaire (MMD-HP-SPA)

	Frecuencia					Nivel de Desasosiego				
	Nunca		Muy frecuente			Ninguno		Mucho		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Estar presente cuando el paciente o su familia reciben "falsas esperanzas" por parte de profesionales sanitarios.										
2. Ceder ante la insistencia de la familia y continuar un tratamiento agresivo, incluso creyendo que esto no es lo mejor para el paciente.										
3. Sentirse presionado/a para pautar o llevar a cabo órdenes, que yo considero pruebas o tratamientos innecesarios o inapropiados.										
4. No poder proporcionar una atención óptima debido a las presiones de los administradores para reducir los gastos.										
5. Continuar proporcionando un tratamiento agresivo a una persona que tiene muchas probabilidades de morir, independientemente de este tratamiento, cuando nadie toma la decisión de retirarlo.										
6. Ser presionado/a para no tomar medidas cuando sé que un/a médico, enfermera/o u otro miembro del equipo ha cometido un error y no lo comunica.										
7. Ser requerido/a para atender a pacientes que no me siento calificado/a para atender.										
8. Participar en cuidados que causen sufrimiento innecesario o que no alivien adecuadamente el dolor u otros síntomas.										
9. Observar un deterioro en la calidad de la atención del paciente debido a la falta de continuidad del personal sanitario.										
10. Cumplir la petición de un médico o un miembro de la familia para no comentar el pronóstico del paciente con él mismo o su familia.										
11. Ser testigo del incumplimiento de un estándar de práctica clínica o una norma deontológica y no sentirse lo suficientemente respaldado para informar sobre dicho incumplimiento.										
12. Participar, por temor a demandas/juicios, en tratamientos con los que no estoy de acuerdo.										
13. Tener que trabajar con otros miembros del equipo sanitario que no tienen la competencia que la atención al paciente requiere.										
14. Observar una baja calidad en la atención proporcionada al paciente debido a la mala comunicación del equipo.										
15. Sentirse presionado/a para ignorar situaciones en las que los pacientes no han recibido una información adecuada que garantice el consentimiento informado.										
16. Tener que atender a más pacientes de los que puedo atender de forma segura.										

17. Ver comprometida la atención del paciente debido a la falta de recursos, equipamiento o disponibilidad de camas.										
18. Experimentar la inacción o la falta de apoyo administrativo en un problema que compromete la atención al paciente.										
19. Tener que cumplir requisitos de documentación / administrativos excesivos que comprometen la atención al paciente.										
20. Tener miedo a represalias si digo lo que se pienso.										
21. Sentirme inseguro/a o intimidado/a entre mis propios compañeros/as.										
22. Tener que trabajar con pacientes o familiares agresivos o maleducados que comprometen la calidad de la atención.										
23. Sentirse obligado/a a darle demasiada importancia a competencias y a la productividad o a medidas de calidad a expensas de la atención al paciente.										
24. Tener que atender a pacientes con planes de tratamiento poco claros o incongruentes, o que carecen de objetivos terapéuticos.										
25. Trabajar en equipos, unidades e instituciones con jerarquías de poder que comprometen la atención del paciente.										
26. Participar en un equipo que da mensajes contradictorios a un paciente o su familia.										
27. Trabajar con miembros del equipo que no tratan con dignidad y respeto a los pacientes vulnerables o estigmatizados.										
Si existen otras situaciones en las que hayas sentido desasosiego moral, escríbelas y calificalas aquí:										

Cuestionario MMD-HP-SPA

Supplementary Table 1 Spanish version of the Measure of Moral Distress – Healthcare Professionals questionnaire (MMD-HP-SPA). El "desasosiego moral" ocurre cuando, debido a restricciones o barreras, los profesionales no pueden llevar a cabo lo que creen que son acciones éticamente apropiadas. Este cuestionario enumera algunas situaciones que ocurren en la práctica clínica que, en el caso de haberlas experimentado, pueden haberte causado o no, desasosiego moral. Por favor, indica con qué frecuencia has experimentado cada una de estas situaciones. Además, indica el nivel de desasosiego que te genera cada situación. Si nunca has experimentado una situación en particular, marca "0" (nunca) en la columna de la frecuencia. Aunque no hayas experimentado una situación concreta, indica el nivel de desasosiego que te produciría en el caso de que te ocurriera durante la práctica clínica. Ten en cuenta que para cada situación deberás responder en las dos dimensiones señaladas: "Frecuencia con que te ocurre" y "Nivel de Desasosiego".

Puntuación de la escala:

El procedimiento de puntaje del MMD-HP está diseñado para medir los niveles actuales de angustia moral. El nivel de angustia moral experimentado es una función de la frecuencia con la que ocurre una situación y cuán angustiada es cuando se experimenta. Las dos dimensiones no deben estudiarse por separado, ya que ambas están involucradas en generar angustia moral. Conceptualmente, los elementos que nunca se han experimentado o que no se consideran angustiantes no contribuyen a la angustia moral. Para generar una puntuación de ítem compuesta, se deben multiplicar la puntuación de frecuencia y las puntuaciones de angustia para cada ítem; el producto de cada elemento de la frecuencia X angustia (fxd) variará de 0 a 16. Tenga en cuenta que este enfoque de puntuación da como resultado la eliminación de elementos nunca experimentados o no considerados angustiantes de la puntuación compuesta, dando un reflejo más preciso de la angustia moral real del encuestado. Para obtener una puntuación compuesta de sufrimiento moral, las puntuaciones compuestas de los ítems deben sumarse. La puntuación resultante basada en 27 elementos tendrá un rango de 0 a 432. Los elementos escritos no se incluyen en la puntuación compuesta. Más bien, se utilizan principalmente para monitorear nuevas causas raíz que aún no se han capturado en el instrumento.

Interpretación:

Dado que se trata de un instrumento nuevo, todavía no podemos decir qué puntuaciones constituyen una angustia moral alta o baja. Un enfoque para la interpretación de las puntuaciones implica la creación de "puntuaciones de corte"; Hamric y Blackhall (2007) dividieron los puntajes de la muestra en tres categorías o "puntajes de corte" (grupos alto, medio y bajo; 1/3 de la muestra en cada categoría) y luego compararon los puntajes altos y bajos con otras variables seleccionadas.

Un segundo enfoque sería calcular las medias y las desviaciones estándar para aquellos que pretenden dejar su puesto ahora debido a angustia moral y para aquellos que no pretenden dejar su puesto ahora debido a angustia moral. Aquellos que tienen la intención de irse deben tener niveles más altos de angustia moral que los que no tienen la intención de hacerlo. En este estudio de validación, los encuestados que pensaban dejar sus puestos debido a angustia moral tenían una puntuación media de MMD-HP de 168,4; aquellos que no pensaban en dejar sus puestos tenían una puntuación media de MMD-HP de 94,3. Una advertencia con este enfoque es que es probable que los dos grupos sean desiguales, lo que puede afectar el análisis estadístico. El número de participantes que no están considerando dejar su puesto debido a angustia moral es generalmente mucho mayor que el número de participantes que están considerando irse.

Factores (causas fundamentales del distrés moral)

Factor 1: causas fundamentales a nivel del sistema (ítems 16-17-19-23-4-7-22,18)

Factor 2: causas fundamentales clínicas a nivel del paciente (ítems 22, 2,5-1-3-8-10)

Factor 3 y 4: causas fundamentales a nivel de equipo, pero se observó una diferenciación entre estos dos factores.

Factor 3: implican compromisos a la integridad que ocurren dentro de un equipo y que un miembro del equipo podría percibir como una amenaza personal, como sentirse inseguro o acosado; temiendo represalias por hablar; y ser presionado para guardar silencio sobre un error médico o una violación ética. Hay una vulnerabilidad personal en estos desafíos particulares a la integridad moral de uno. (ítems 21-20-11-6-25-27-12)

Factor 4: parecen estar vinculadas a fallas en las interacciones del equipo con los pacientes y las familias, como mala comunicación, consentimiento informado inadecuado y mensajes inconsistentes. (ítems 15-14-13-24)

Anexo V: Hoja de información y consentimiento informado

“PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA, DISTRES MORAL EN SANITARIOS COVID-19”

Fase 1

Información a los participantes

Por favor, lea con atención la siguiente información. El presente estudio será desarrollado, por Dña. M^a de los Ángeles Rodríguez García, alumna máster Bioética y Bioderecho de la Universidad de La Laguna ULL. Si tiene alguna duda sobre la información contenida en este cuestionario, por favor, contáctenos al siguiente correo electrónico xx o teléfono xxxxxx.

Este estudio pretende evaluar síndrome de desgaste por empatía y distrés moral en profesionales sanitarios de los servicios que han trabajado en servicios COVID-19 desde el inicio de la pandemia.

Específicamente, se explorará las variables que se relacionan con los síntomas y desgaste por empatía y distrés moral derivado de su labor profesional. Si usted quiere participar en este estudio, le solicitamos amablemente que responda a una serie de preguntas, de unos cuestionarios validados. Este cuestionario tiene una duración estimada de 20 minutos. Es posible que, en función de los resultados, se le invite a participar en un programa de prevención secundaria. Si aceptara participar, se le volvería a pasar el cuestionario seis meses después (fase tres del estudio), con el fin de analizar los cambios que se hayan producido en su salud mental y bienestar psicológico.

Su participación es voluntaria. Las respuestas a este cuestionario son libres, de acuerdo a su opinión personal y puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. También puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de la comunicación al responsable del estudio. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD),

Antes de seguir con el cuestionario, compruebe que cumple con los criterios de inclusión del estudio:

1. Ser personal sanitario correspondiente a las siguientes profesiones:

Médico/a, Enfermera/o, TCAE

2. Tener más de 18 años.
3. Trabajar en los servicios o unidades que hayan atendido a pacientes COVID-19
4. Dar su consentimiento para participar en el estudio.
5. Ser personal activo en el momento de realizar la encuesta.

1. Tras haber leído y comprendido la información anterior, quedo informado/a y consiento expresamente el tratamiento de los datos resultantes de mi participación en este estudio.

Sí No

2. Autorizo a ser contactado/a por el equipo investigador de este estudio en 6 meses.

Sí No

Teléfono o correo electrónico de contacto:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCION PARA LA PREVENCIÓN SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA, DISTRES MORAL EN SANITARIOS COVID-19

Investigador principal: M^a de los Ángeles Rodríguez García

Centro: Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Nombre del participante:.....

He hablado con (Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento):.....

1. Declaro que he leído y la Hoja de Información sobre el estudio citado.
2. Se me ha entrega do una copia de la Hoja de Información y una copia de este Consentimiento Informado, fecha doy firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY

NODOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firma del participante que otorga su consentimiento por medio de su firma fecha da en este documento.

Fecha:

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento.

Fecha: