



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Máster Universitario en Psicología Positiva

Trabajo Fin de Máster

Inteligencia Emocional y Resiliencia: El Burnout en Médicos de Urgencias

Alumno/a: **Cecilia Lucena Rollán**

Tutor/a: D^a Encarnación Ramírez Fernández
 D^a Ana Raquel Ortega Martínez

Junio, 2021

Índice

RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	7
1.1. Síndrome de Burnout	7
1.2. Inteligencia Emocional y Síndrome de Burnout	9
1.3. Resiliencia y Síndrome de Burnout	11
Figura 1	13
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE ESTUDIO.....	14
2.1. Objetivo general	14
2.2. Objetivos específicos	15
2.3. Hipótesis de estudio	15
3. METODOLOGÍA	15
3.1. Participantes	15
3.2. Instrumentos de evaluación.....	15
3.3. Diseño y procedimiento	16
3.4. Descripción del plan de intervención.....	18
3.5. Programa de intervención	18
3.6. Cronograma.....	32
3.7. Presupuesto orientativo	32
4. RESULTADOS PREVISTOS.....	33
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
6. ANEXOS.....	47

Índice de figuras

Figura 1. Ilustración de la casita de la resiliencia	13
--	----

Índice de tablas

Tabla 1. Contenidos y temporalización del programa de intervención.....	18
Tabla 2. Presupuesto orientativo del programa	33

RESUMEN

El presente programa de intervención está basado en las fortalezas de Inteligencia Emocional y Resiliencia para reducir el burnout en los médicos de las unidades de Urgencias. La intervención se llevará a cabo mediante un diseño cuasi-experimental de medidas pre-test, post-test y seguimiento. La muestra estará compuesta por médicos de estas unidades, siendo divididos en dos grupos, uno el grupo experimental que será al que se le aplique el programa y otro el grupo control que no lo recibirá. Se plantean 10 sesiones con una duración aproximada de una hora cada una. Estas sesiones estarán repartidas en dos bloques, uno de IE y otro de resiliencia. Con este programa de intervención se pretende que el grupo experimental reduzca notablemente sus niveles de burnout y como consecuencia de ello, los profesionales obtengan beneficios tanto en su vida laboral como personal.

Palabras clave: burnout, inteligencia emocional, resiliencia y personal sanitario.

ABSTRACT

The present intervention program is based on the strenghts of emotional intelligence and resilience to reduce burnout in emergency departmet physicians. The intervention will be carried out through a quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up measures. The sample will be composed of physicians from these units, being divided into two groups, one the experimental group that will receive the program and the other the control group that will not receive it. Ten sesions are planned, each lasting approximately one hour. These sessions will be divided into two blocks, one on IE and the other on resilience. The aim of this intervention program is for the experimental group to significantly reduce their burnout levels and, as a result, for the professionals to obtain benefits in both their work and personal lives.

Keywords: burnout, emotional intelligence, resilience and medical staff.

1. INTRODUCCIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

1.1. Síndrome de Burnout

El término “burnout” es una palabra anglosajona que no solo significa agotado, sino también pérdida de motivación por el trabajo (Aranda, 2016).

El burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo, es considerado actualmente como uno de los daños laborales más importantes (Gil-Monte et al., 2006). Este término se introdujo por primera vez en 1974; y fue entonces cuando se postuló que dicho síndrome aparece ante una respuesta continua al estrés laboral, afectando a la salud de los trabajadores y a sus relaciones socio-laborales (Freudenberger, 1974; Marlasc, 1976; Maslach y Leiter, 2016).

La definición más aceptada de burnout es la propuesta por Maslach y Jackson (1981), quienes lo explicaban como una respuesta inapropiada al estrés, que se caracteriza por tres dimensiones:

- **Agotamiento emocional:** es la sensación de estar sobrecargado por el trabajo, incluye agotamiento físico, psicológico y emocional. A menudo las personas dicen no poder dar más de sí mismos cuando se encuentran agotados emocionalmente.
- **Despersonalización:** son las actitudes frías o comportamientos cínicos que tiene la persona con los demás, que conllevan adoptar un carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo.
- **Falta de logro personal:** sentimiento de inadecuación hacia las tareas que la persona debe realizar; el individuo se siente incapaz e incompetente a causa de su baja autoestima.

Según Lázaro (2004) para que aparezca este síndrome deben existir 4 fases.

En primer lugar se encuentra la fase de entusiasmo, en la que el trabajador posee grandes aspiraciones y se implica en su trabajo de forma adecuada; la segunda fase, de estancamiento, que se da cuando no se cumplen las expectativas que el trabajador tenía previstas. Le sigue la fase de frustración, aquí comienzan a decantarse los problemas emocionales, conductuales y físicos, constituyendo la fase decisiva del burnout. Y por último, la fase de apatía es desarrollada por la persona como autodefensa ante la frustración que siente.

Algunos estudios han demostrado que este síndrome es experimentado en mayor medida por aquellos trabajadores que cuidan y ayudan a otras personas, especialmente profesionales sanitarios (Alarcón et al., 2001; Sahin et al., 2008; Maslach y Leiter, 2017). Pero en el ámbito

sanitario no todas las ocupaciones presentan los mismo niveles de burnout, así la medicina, enfermería y urgencias tienen mayor riesgo de experimentarlos (Aiken et al., 2001; Embriaco et al., 2007).

La problemática del agotamiento de los médicos en los servicios de urgencias ha adquirido una enorme importancia en los últimos años (Fernández- Prada et al., 2017). Se ha demostrado que la tasa de incidencia de burnout es especialmente alta en los médicos de las unidades de urgencias (Escriba-Aguir y Perez-Hoyos, 2007; Gulalp et al., 2008). Así, la prevalencia de este síndrome es superior al 60% en médicos de urgencias, mientras que en otras unidades la tasa sólo alcanza un 38% (Shanafelt et al., 2012; Arora et al., 2013). Estas cifras han quedado consolidadas en un estudio en el que se ha encontrado que los médicos de urgencias tienen un agotamiento más severo respecto a médicos de otras unidades (Popa et al., 2010; Kansoun et al., 2019).

En cuanto a los factores generales que alientan y promueven que se desarrolle este agotamiento en los profesionales sanitarios, encontramos los siguientes: trabajar en turnos de noche, experimentar una gran tensión en el trabajo (ya que la unidad de urgencias requiere de máxima atención y alerta), experimentar miedo a cometer errores por tomar decisiones importantes de manera rápida y en tiempo reducido, así como estar expuesto a ser objeto de violencia por parte de los familiares del paciente en el lugar de trabajo (Durand et al., 2019; Moukarzel et al., 2019). Todo ello junto con la imprevisible carga de pacientes hace que el entorno se torne a veces inseguro e incierto (Adriaenssens et al., 2011).

En cuanto a los factores individuales que se han relacionado con unos mayores niveles de burnout, se han detectado como factores de riesgo el ser joven, tener poca experiencia en la unidad, y ser mujer (Peisah et al., 2009; Hamama, 2012; Kimo et al., 2014; Rajan y Engelbrecht, 2018). A lo largo del tiempo se han encontrado resultados discordantes respecto a la relación del burnout con la edad de los médicos; al igual que se ha encontrado que los que tienen entre 1 y 10 años de servicio puntúan, como promedio, 7'8 puntos más alto en burnout que aquellos que llevan más de 11 años en la profesión (Sarmiento Valverde, 2019). Igualmente se manifiesta que los trabajadores solteros son más propensos a experimentar burnout en comparación a los casados o los que viven en pareja (Maslach et al., 2001; Ahola et al., 2006; Bui et al., 2011).

También se pone de manifiesto que la inestabilidad en el empleo puede originar situaciones negativas y estresantes que conducen al burnout en el puesto de trabajo (Kozak et al., 2012; Schaufeli y Taris, 2014; Piccoli y de Witte, 2015).

El burnout produce un impacto negativo alto tanto en el propio individuo como en las organizaciones (Chen y Kao, 2012; Kozak et al., 2012). A nivel individual, algunas de las consecuencias que produce el burnout son un incorrecto desempeño de las tareas laborales, mayor número de errores por parte de los trabajadores e incapacidad para resolver conflictos de modo resolutivo (Maslach, 2009; Adriaenssens et al., 2015). Físicamente, este síndrome se relaciona directamente con dolores de cabeza, tensión muscular, problemas con los ciclos menstruales, hipertensión, problemas cardiovasculares, problemas de sueño y desordenes gastrointestinales entre otros (Gil-Monte et al., 2006; Maslach y Leiter, 2016).

En cuanto a las organizaciones, la literatura muestra que el síndrome de burnout está asociado y relacionado con resultados negativos tales como baja productividad, absentismo, poco interés por los pacientes, desmotivación, abandono del lugar de trabajo y baja satisfacción laboral; lo que se traduce en respuestas negativas en el lugar de trabajo causando mayores conflictos (Goleman, 1999; Gil-Monte y Neveu, 2013; Maslach y Leiter, 2016). Otras consecuencias observadas son el abandono de la profesión de medicina, el impacto negativo en la atención a los pacientes y comúnmente una mala gestión de las emociones (Ioannidou et al., 2008; Meires, 2018).

1.2. Inteligencia Emocional y Síndrome de Burnout

La inteligencia emocional (en adelante IE) como constructo, fue propuesto inicialmente por Salovey y Mayer (1990). Es preciso señalar que el término IE ha sido conceptualizado a lo largo de los años desde dos modelos teóricos; el modelo de habilidad y los modelos mixtos. Centrándonos en el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997), la IE se entiende como la interacción entre cognición y emoción. Así los autores la definen como:

La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (p.10)

La IE se considera competencia clave para los profesionales sanitarios, ya que mejora su resiliencia y bienestar psicológico; a la vez que los protege del agotamiento (Kinman y Grant, 2011; Görgens-Ekermans y Brand, 2012). Una adecuada IE concede equilibrio a los profesionales sanitarios, ya que sus habilidades les permitirán dar una respuesta adecuada a diferentes circunstancias adversas de la profesión, así como ofrecer una mejor atención individualizada al enfermo (Maidana y Samudio, 2018). Además, será un factor de protección

contra el estrés, la ansiedad y la depresión que puedan experimentar estos profesionales (Cejudo et al., 2018).

Se ha comprobado que existe una correlación positiva entre la IE y el rendimiento laboral (O'Boyle et al., 2011). Unos mayores niveles de burnout están relacionados con niveles más bajos de IE, y con un bajo rendimiento (Martínez, 2010; Faguy 2012). Con el paso de los años se ha demostrado la eficacia de las intervenciones en IE para reducir el burnout, o conseguir un mejor ajuste en el lugar de trabajo. En diversos estudios; se ha comprobado que la intervención en IE potenció las habilidades sociales y esto llevó a una mejora de la salud laboral de estos profesionales (Codier et al., 2010; Görgens-Ekermans y Brand, 2012).

En un estudio de Weng et al. (2011) se investigó las relaciones que había entre la IE de los médicos y su agotamiento y satisfacción laboral. Se halló que a mayor IE, menor agotamiento y que ese menor agotamiento correlacionaba con una satisfacción laboral más alta. Se demostró que si se les daba a los profesionales de los servicios de urgencias la posibilidad de formarse en IE, éstos mejoraban sus habilidades y se reducía posteriormente el estrés laboral (Bragard et al., 2015). Por otra parte, Jackson-Koku y Grime (2019) han comprobado que enseñar habilidades de IE y aplicar intervenciones de regulación emocional se asocian con una reducción del burnout, disminuyendo el desgaste profesional.

Párraga Sánchez (2006) propuso un programa de intervención, el programa I.R.I.S. (basado en el control de los impulsos, la mejora de la comunicación, la aplicación de recursos cognitivos y el entrenamiento en habilidades sociales) con el objetivo de disminuir los niveles de burnout del personal sanitario y mejorar las disfunciones emocionales de estos profesionales. El programa consta de 60 horas, distribuidas en un total de 20 sesiones de 2 horas y media de duración cada una. Al finalizar cada sesión, se realiza una sesión de relajación de 30 minutos. Los participantes del programa fueron 43 enfermeras y 39 auxiliares de enfermería pertenecientes a las unidades de laboratorio, urgencias y hospitalización del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, con edades comprendidas entre los 27 y los 59 años. Dichas sesiones se llevaron a cabo en formato grupal con grupos de 10-15 personas. Los resultados mostraron que el programa fue eficaz para la reducción del síndrome de burnout de los profesionales del grupo experimental, en relación con el grupo control; así como para reducir su estrés y ansiedad.

Bamberger et al. (2017) examinaron el grado en que una formación en IE puede estar asociado a un cambio en la IE de los médicos de un equipo de pediatría. La muestra la conformaban 17 médicos y 10 enfermeras de la unidad de pediatría. El programa tuvo una

duración de 18 meses e incluía en su intervención debates de grupo, simulaciones y estudios de casos. Tras su aplicación se encontró que las puntuaciones en IE del grupo experimental aumentaron significativamente en relación al grupo control; y que este aumento fue más importante en los médicos que en las enfermeras. Adquirieron puntuaciones más altas en manejo del estrés, y esto se asoció a una mejora de la calidad de vida de los participantes del grupo experimental y a un aumento de la satisfacción de los pacientes en relación a la atención médica.

Incluso las intervenciones en IE de carácter breve, han mostrado resultados positivos. Se realizó una intervención educativa breve para médicos residentes de medicina de urgencias. Participaron un total de 33 residentes que fueron asignados al azar al grupo experimental (con un total de 19 personas) y control (con un total de 14). La intervención tuvo una duración de dos horas realizadas en una sola sesión. Los resultados mostraron un aumento de las puntuaciones de IE del grupo experimental en relación al grupo control, en el cual no se observaron cambios (Gorgas et al., 2015).

Por otra parte, fue desarrollado un programa de intervención en habilidades emocionales con profesores para prevenir el síndrome de burnout, con la intención de promover la salud mental y el bienestar. Los participantes fueron 340 profesores distribuidos aleatoriamente al grupo experimental y control. El programa se realizó a lo largo de 3 meses en grupos de 15-20 personas, y consistió en cinco sesiones de dos horas cada una. Los resultados mostraron que los participantes del grupo experimental que recibieron la formación en IE, redujeron las puntuaciones de burnout, al mismo tiempo que aumentaron su autoestima y su satisfacción vital; en comparación con el grupo control que no mostró ninguno de estos resultados (Schoeps et al., 2019).

Por estos hallazgos creemos que las formaciones e intervenciones en IE pueden producir resultados muy positivos y beneficiosos para estos profesionales en relación con el burnout, ya que podría ayudarlos a reducir el malestar emocional negativo (Cejudo et al., 2018; Molero et al., 2019).

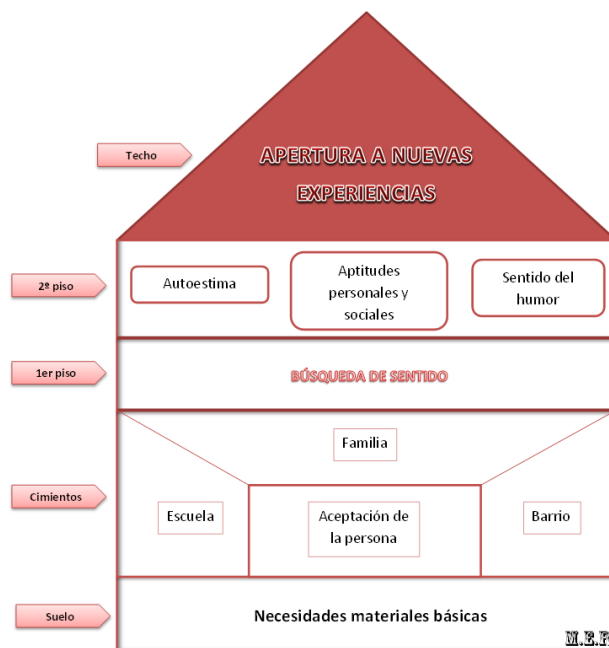
1.3. Resiliencia y Síndrome de Burnout

El concepto de resiliencia hace referencia a la capacidad de un individuo para recuperarse de la adversidad y superar circunstancias difíciles en la vida (Marsh, 1996). Actualmente, Menomi y Klasse (2015) definen la resiliencia como “una capacidad humana que permite enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad, habiendo

vivido experiencias de adversidad” (p. 25). Por adversidad entendemos una exposición o riesgo al progreso de una persona asociado con un sufrimiento o hecho trágico (Fredrickso, 2004; Infante García, 2008).

La resiliencia es un proceso dinámico por lo que una persona puede mostrarla en algunos aspectos de su vida, y en otros no (Tusaie y Dyer, 2004). Es necesario tener en cuenta que no es una habilidad innata en la persona, sino que va evolucionando a lo largo del tiempo dependiendo de las circunstancias y la etapa de la vida (Suriá, 2011).

Un modelo que aborda el desarrollo de la resiliencia es el de Vanistendael (2002) el cual estructura todos los elementos básicos para desarrollarla en un esquema conocido tradicionalmente como “la casita de la resiliencia” (Figura 1). En ella se compara el proceso de desarrollo de la resiliencia con el proceso de construcción de una casa. En esta casa, cada habitación o planta representa un área de posible intervención para su construcción y posterior mantenimiento. Comenzando por abajo, el suelo está formado por las necesidades materiales básicas de todo ser humano; que son la comida, la salud, la vivienda y el vestuario. En los cimientos nos encontramos la aceptación que la persona tiene, ya sea en su familia, trabajo o barrio. Pasando al primer piso, hallamos la búsqueda del sentir es decir, la facultad que tenemos las personas de encontrar un sentido a nuestra vida. Cuando llegamos al segundo piso, nos encontramos tres habitáculos: la autoestima, el sentido del humor y las aptitudes personales y sociales que la persona posee, incluyendo aquí el modo de resolución de conflictos. Por último en el techo, se encuentra la apertura a las nuevas experiencias que pueden contribuir de igual forma a la resiliencia.

Figura 1*Ilustración de la casita de la resiliencia*

Nota. Adaptado de *La casita de la resiliencia*, de Vanistendael y Lecomte, 2002.

La resiliencia destaca como uno de los componentes claves en el bienestar y la salud, y las personas que la poseen presentan además un afrontamiento más adecuado y sano al trauma que los que no la tienen (Drybye y Shanafelt, 2012; North et al., 2012).

Se ha demostrado que los individuos resilientes son propensos a recuperarse de los contratiempos o traumas que puedan sucederles, presentando unas características que les ayuda a afrontar los retos que la vida les pone (Herman et al., 2011). Respecto a estas características encontramos que una alta persistencia junto con una elevada autodirección suelen ser cualidades ventajosas para adaptarse adecuadamente a situaciones laborales muy exigentes (Cloninger et al., 2012). También hallamos que la empatía, poseer un locus de control interno, el comportamiento prosocial, la autoimagen positiva, una alta autoestima y el optimismo, permiten elaborar lazos afectivos fuertes con familiares o amigos, los cuales se emplearán en situaciones estresantes como refugio, ayudando a las personas a salir adelante (Friborg et al., 2003; Fletcher y Sarkar, 2013; Hernández, 2015).

Se ha constatado que existe una correlación positiva entre resiliencia y optimismo, ya que aquellas personas que puntúan alto nivel de resiliencia obtuvieron unos mayores niveles de optimismo, respecto a las personas con baja resiliencia (González et al., 2012). Otras características de las personas resilientes son poseer actitudes positivas, habilidad para regular

las emociones, tener buen sentido del humor y poder de ver el fracaso como una buena oportunidad para aprender (Michele et al., 2004; Jackson et al., 2007; Bustos, 2013; Hernández, 2015).

La resiliencia es una fortaleza psicológica que potencia y ayuda al bienestar de los médicos, encontrándose relacionada con su salud y su bienestar (Cloninger et al., 2012; Esteban, 2016). Se ha comprobado que su pérdida produce y conlleva inevitablemente al agotamiento en los médicos, produciendo un fuerte impacto en la atención sanitaria (Riley, 2004; Howe et al., 2012; Eckleberry-Hunt et al., 2009, Arrogante, 2015; Buck et al., 2019). Además se ha encontrado una relación negativa entre la resiliencia y el síndrome de burnout en estos profesionales, ya que a medida que aumenta la resiliencia de un individuo, disminuyen sus niveles de burnout (Wagnild, 2009; Abellán, 2020).

Se ha comprobado que cuando los médicos tienen altos niveles de resiliencia suelen tener más energía, y esto les ayuda a desarrollar estrategias eficaces para regular su estado de ánimo (Mache et al., 2014). Existen evidencias de que la resiliencia reduce el estrés laboral y minimiza sus consecuencias, evitando así el desarrollo del burnout (Arrogante, 2015). Por tanto es importante que en situaciones agobiantes, impetuosas o inciertas, todas ellas muy habituales en la práctica de la medicina, la persona tenga unos altos niveles de resiliencia (Drybye y Shanafelt, 2012).

El aprendizaje de la resiliencia se ha convertido en un elemento clave para los profesionales de la salud (McAllister y McKinnon, 2009, Esteban, 2016). A pesar de todos estos hallazgos, en la actualidad existen pocos estudios que trabajen la resiliencia para reducir el burnout de los médicos. Por esta razón es esencial diseñar nuevos programas de intervención que ayuden a estos profesionales tan importantes en nuestra sociedad. Debido a que no existen programas que trabajen las fortalezas de IE y resiliencia al unísono, sería interesante presentar una intervención que las combine para ayudar a reducir el burnout de los médicos, muy especialmente, los de las Unidades de Urgencias.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE ESTUDIO

2.1. Objetivo general

Diseñar un programa de intervención centrado en las fortalezas psicológicas de inteligencia emocional y resiliencia para la reducción de los niveles de burnout y el aumento de estas dos fortalezas en médicos que trabajan en una Unidad de Urgencias.

2.2. Objetivos específicos

- Reducir los niveles de burnout en los médicos de urgencias tras la aplicación del programa de intervención.
- Aumentar la resiliencia de los médicos de urgencias tras la aplicación del programa.
- Aumentar la inteligencia emocional (en las dimensiones de percepción, facilitación, comprensión y regulación) de los participantes tras la aplicación del programa.

2.3. Hipótesis de estudio

- Hipótesis 1: Esperamos encontrar una reducción del burnout en los médicos del grupo experimental en relación al grupo control.
- Hipótesis 2: Esperamos encontrar un aumento de la resiliencia en los médicos del grupo experimental en relación al grupo control.
- Hipótesis 3: Esperamos encontrar un aumento de la inteligencia emocional en las dimensiones de percepción, facilitación, comprensión y regulación de los participantes del grupo experimental en relación a los del grupo control.

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Este programa de intervención está dirigido a médicos de las Unidades de Urgencias pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Los criterios de exclusión que se plantean son los siguientes:

- No podrán participar aquellos médicos que estén en prácticas rotatorias temporales en las Unidades de Urgencias.
- Tampoco aquellos que hayan recibido algún tipo de formación en IE o resiliencia previa al mismo.

3.2. Instrumentos de evaluación

Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1986; adaptado y traducido al castellano por Gil-Monte y Peiró, 1999). Este instrumento es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems en forma de afirmaciones en una escala tipo Likert de 7 opciones de respuesta, con una puntuación posible que va de 0 = nunca a 6 = todos los días. Estos ítems se dividen en 3 escalas:

1-Realización Personal en el trabajo; que mide los sentimientos de realización personal y autoeficacia, con un total de 8 ítems; en los cuales los valores bajos serán indicativos del Síndrome de Desgaste Profesional.

2-Agotamiento Emocional, definido como el hecho de estar exhausto por hacer en tu trabajo un sobreesfuerzo físico y/o emocional, con un total de 9 ítems.

3-Despersonalización, reconocido como tener una respuesta fría e impersonal hacia los pacientes, con un total de 5 ítems.

Dicho cuestionario investiga acerca de las actitudes de un profesional con respecto a sus pacientes y a su trabajo en general. Además presenta un alfa de Cronbach (consistencia interna) para la versión española de .9.

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey, & Caruso, 2000), adaptación española Cuestionario MSCEIT versión española 2.0 (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002). Este cuestionario está compuesto por un total de 141 ítems que miden los 4 factores del modelo de Mayer y Salovey: percepción de emociones de manera eficaz y resolutive, usar emociones para facilitar nuestros pensamientos, comprender las emociones y saber regularlas. El índice de fiabilidad de la adaptación española oscila entre $\alpha = 0.63$ y $\alpha = 0.90$.

Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild (2009), en la versión española de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015). Esta escala mide el grado de resiliencia individual, considerándola una característica positiva de la personalidad que permite al individuo adaptarse a diferentes situaciones adversas. Consta de 14 ítems y mide dos factores: el Factor I que es la Competencia Personal, que consta de 11 ítems, entre ellos la autoconfianza, decisión, independencia, ingenio y perseverancia entre otros; y el Factor II, que es la Aceptación de uno mismo y de la vida, que consta de 3 ítems que son la adaptabilidad, el balance y la flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Esta escala posee una adecuada consistencia interna, ya que es de $\alpha = 0.79$.

3.3. Diseño y procedimiento

El programa se va a llevar a cabo a través de un diseño de tipo cuasi-experimental, con medidas pre-pos test y dos seguimientos. Las variables independientes son: el tipo de intervención (dos niveles: recibir o no tratamiento) y el tiempo en el que se evalúan las variables (3 niveles: pre-test, post-test y seguimientos) y las variables dependientes: la resiliencia y la IE.

Se dividirá la muestra inicial en dos grupos, uno experimental y otro control de espera. Los participantes de ambos grupos serán asignados al azar. El programa se le impartirá al grupo experimental, mientras que el grupo control no lo recibirá.

Debido a los turnos de trabajo que tienen estos profesionales, el grupo experimental será dividido en 3 grupos pequeños, con el objetivo de poder establecer horarios flexibles y adaptados a todos los médicos.

En cuanto al procedimiento que se llevará a cabo, en primer lugar será solicitado el consentimiento del Comité de Bioética de la Junta de Andalucía. Cuando éste dé su aprobación, se solicitará el consentimiento al Centro Hospitalario correspondiente, y a su director. Nos pondremos en contacto con los centros hospitalarios, pidiendo una cita personal con su director, en la cual le explicaremos el programa completo. Una vez obtenido el consentimiento del director del centro, éste comunicará la información a los médicos de Urgencias, y convocaremos una reunión con todos ellos en la cual recogeremos los datos de los que quieran participar. Una vez tengamos elaborada la lista de los futuros participantes, se convocará otra reunión con los mismos, en la que se les proporcionará un consentimiento informado en el cual podrán ver el objeto de estudio y las normas éticas. En dicho consentimiento quedará claro que todos los datos serán tratados de manera anónima y confidencial, y que la participación en dicho programa será totalmente voluntaria, pudiendo abandonar el programa en el momento que deseen. Este consentimiento deberá ser firmado y entregado por cada participante antes de comenzar. En esta reunión también se les informará que existen 3 grupos de trabajo, explicándoles claramente que ellos podrán organizarse y escoger el grupo al que asistir en función de sus horarios de trabajo.

Se realizará una sesión de evaluación antes de la intervención que tendrá una duración de 1 hora aproximadamente, en la que se aplicarán los instrumentos de evaluación a todos los participantes. A continuación se dará comienzo a la aplicación del plan de intervención solo en el grupo experimental, y una vez terminado, se realizará una segunda sesión de evaluación en la que todos volverán a completar los instrumentos indicados (duración aproximada de 1 hora).

Finalmente a los 3 y 6 meses de la intervención, se llevarán a cabo dos seguimientos donde se volverán a administrar los instrumentos con el fin de comprobar si se mantienen los resultados del programa (duración aproximada de los seguimientos: 1 hora).

3.4. Descripción del plan de intervención

Este programa de intervención tiene una duración total de 1 mes y una semana. Cuenta con 10 sesiones de entrenamiento y la evaluación pre y post test. Se realizarán dos seguimientos una vez finalizada la intervención; el primero a los 3 meses, y el segundo a los 6, para que haya transcurrido tiempo suficiente para comprobar los efectos del programa. Todas las sesiones tendrán una duración aproximada de una hora.

Puesto que con el grupo experimental se realizarán 3 grupos de trabajo para que todos los participantes puedan adaptar sus horarios, las sesiones se impartirán dos veces a la semana para cada uno de esos grupos; teniendo en cuenta que cada grupo tendrá días y horarios diferentes en función de sus cuadrantes de trabajo.

Las 10 sesiones de entrenamiento, se dividen en dos grandes bloques:

- El primer bloque de **Inteligencia Emocional**. Éste se subdivide en 4 partes, que se corresponden con las 4 habilidades de la IE. Este módulo contará con un total de 6 actividades.
- El segundo bloque es de **Resiliencia**. Este módulo tendrá 4 actividades.

A lo largo del programa se mandarán algunas actividades para que los participantes las realicen en casa; siempre que esto suceda, la sesión del día posterior la comenzaremos revisando y comentando estas actividades.

El lugar donde se realizarán las sesiones será un espacio del Complejo Hospitalario cedido para tal fin, el cual deberá disponer de sillas, mesas, pizarra, proyector y pantalla, además de una correcta iluminación.

3.5. Programa de intervención

En primer lugar, recogemos en la Tabla 1 el contenido y la temporalización de las sesiones.

Tabla 1

Contenidos y temporalización del programa de intervención.

<i>Bloques</i>	<i>Habilidad a trabajar</i>	<i>Nombre de las actividades</i>	<i>Nº de Sesión</i>	<i>Duración</i>
----------------	-----------------------------	----------------------------------	---------------------	-----------------

		Sesión de evaluación		1 hora
INTELIGENCIA EMOCIONAL	PERCEPCIÓN EMOCIONAL	Percepción emocional	1	1 hora
	FACILITACIÓN EMOCIONAL	¿Qué me ayuda en mi día a día?	2	1 hora
	COMPRENSIÓN EMOCIONAL	Entiendo tu problema, ayudémonos en rueda	3	1 hora
		Comprendiéndonos en urgencias	4	1 hora
	REGULACIÓN EMOCIONAL	Grupos de discusión	5	1 hora
		Mis conflictos reales y prácticas soluciones	6	1 hora
RESILIENCIA	CONCEPTOS CLAVE	¿Qué es la resiliencia?	7	1 hora
	REZORFAR LA EMPATÍA	Trabajando situaciones adversas	8	1 hora
	AUTOESTIMA	Carta al pasado	9	1 hora
	PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	Adiós a los pensamientos que no me dejan avanzar	10	1 hora
		Sesión de evaluación		1 hora

SEGUIMIENTOS	1º Seguimiento		1 hora
	2º Seguimiento		1 hora

A continuación, se detallarán las distintas actividades que se realizarán con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

SESIÓN 1	Bloque: Inteligencia Emocional- Percepción Emocional
ACTIVIDAD 1: “Percepción Emocional”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Psicoeducación sobre la IE y la habilidad de percepción emocional. -Percibir, descubrir y analizar las diferentes emociones que expresan los demás. -Reconocer los diferentes estados emocionales. -Aprender a ponerse en el lugar del otro.	
Descripción Agruparemos a los participantes en parejas y se le dará a cada una un folio donde aparecerá una situación laboral en la que surgen problemas entre dos compañeros de trabajo (Anexo 1). Cada miembro del binomio debe interpretar a una de las personas reflejadas en la historia. Realizarán el role-playing delante de sus compañeros, y al finalizarlo haremos una puesta en común sobre qué emociones han percibido en la historia, por qué se sienten así, qué creen que podría haberse hecho para mejorar la situación o como hubieran actuado ellos en su lugar. Realizaremos lo mismo con todas las parejas.	
Recursos: folios con las diferentes situaciones, bolígrafos.	

Fuente Actividad adaptada del programa INTEMO (Ruiz-Aranda et al., 2013).	
ACTIVIDAD PARA CASA: “Trabajando mi percepción emocional con frases inacabadas...”	Descripción de la actividad: Se le entregará a cada participante una ficha con un ejercicio para que refuercen los contenidos aprendidos en casa. El ejercicio consiste en completar las frases que aparecen en la ficha con diferentes situaciones que a ellos les hayan hecho experimentar una determinada emoción, por ejemplo la envidia: “siento envidia cuando mi jefe hace mi trabajo mejor que yo”. (Anexo 2)
Fuente: Actividad adaptada de Actividades Inteligencia Emocional del CEIP José Ramón.	

SESIÓN 2	Bloque: Inteligencia Emocional- Facilitación Emocional
ACTIVIDAD 2: ¿Qué me ayuda en mi día a día?	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Psicoeducación sobre la habilidad de facilitación emocional. -Reflexionar acerca de la función de las diferentes emociones que podemos expresar o sentir. -Relacionar las emociones con tareas en diferentes ámbitos de nuestra vida personal o laboral.	
Descripción	

Comenzaremos esta sesión explicando en qué consiste la habilidad de la facilitación emocional, se hablará sobre su importancia y utilidad. En todo momento animaremos al grupo a participar.

La actividad consistirá en lo siguiente: dividiremos a los participantes en grupos de 4-5 personas. Tendrán que reflexionar por grupos sobre diferentes situaciones a las que se enfrentan en su día a día. Cada grupo hará una lista en un papel con diferentes situaciones, y entre todos deben pensar qué emociones les facilitarían llevar a cabo esas tareas. Se les dejará unos 15-20 minutos para que realicen la actividad.

Finalmente, volveremos a juntarnos todos los grupos, y cada subgrupo explicará ante todos las situaciones y emociones facilitadoras elegidas. Todos los participantes podrán comentar, sugerir o indicar más emociones que crean necesarias y útiles, con el fin de que reflexionamos sobre las emociones beneficiosas en las distintas áreas de nuestra vida.

Recursos: folios y bolígrafos.

Fuente

Actividad adaptada de la propuesta de un programa de intervención en Habilidades Emocionales (Yell, 2020).

ACTIVIDAD PARA CASA:	Descripción de la actividad:
"Nuestra amiga la música"	A lo largo de esa semana deberán buscar un hueco en sus agendas para reproducir dos o tres fragmentos de canciones con diferentes ritmos. Deberán anotar en un papel qué emociones han despertado en ellos esas melodías, también anotarán a qué situación les han recordado, y responderán a la pregunta de si la música ha sido facilitadora de alguna emoción o por el contrario, la ha dificultado. La finalidad de esta actividad es comprobar que una misma canción puede ser o no facilitadora de una emoción o situación.
Fuente Actividad adaptada de Actividades Inteligencia Emocional del CEIP José Ramón.	

SESIÓN 3	Bloque: Inteligencia Emocional- Comprensión Emocional
ACTIVIDAD 3: “Entiendo tu problema, ayudémonos en rueda”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Psicoeducación sobre la habilidad de comprensión emocional. -Practicar la escucha activa y la cohesión grupal. -Comprender el problema que tienen otras personas y entender las emociones que ese problema les suscita. -Ser capaces de aportar soluciones para mejorar la situación la próxima vez que suceda.	
Descripción Nos sentaremos todos formando una gran rueda. Un compañero le tendrá que contar al de su derecha (formando parejas), una situación complicada que haya vivido recientemente en el trabajo, se expresará con sinceridad y claridad, el otro debe escucharlo atentamente y ofrecerle alternativas para dicha situación, como actitudes que puede mejorar la próxima vez. Entre los dos reflexionarán sobre la mejor opción de actuar para poder aplicar una buena estrategia cuando el problema ocurra en la vida real. Cada pareja estará conversando 10 minutos, pasado ese tiempo, sonará una campana, que indicará que deben cambiar de pareja. Se irán alternando las parejas hasta que se complete un determinado tiempo de la actividad. Cuando finalicen, entre todos debatiremos cómo nos ha ido, si nos hemos sentido escuchados, si creemos que la otra persona ha comprendido nuestro problema y viceversa. Debatiremos posibles soluciones para hacer frente a las distintas situaciones y recordaremos la importancia de entender los problemas de los demás y comprender sus emociones.	
Recursos: campana y reloj para contabilizar el tiempo.	
Fuente	

Esta actividad es de elaboración propia.	
ACTIVIDAD PARA CASA: “Mi diario emocional”	Descripción de la actividad: Durante esta semana completa los participantes deberán ir apuntando qué emociones sienten, con qué intensidad, en qué contexto se producen, etc. (Anexo 3), con el fin de construir un diario emocional que les ayude a visualizar sus emociones correctamente.
Fuente Actividad adaptada del programa de intervención Prevención del acoso escolar: resiliencia, optimismo e IE Bayona Martínez, J.L. (2020).	

SESIÓN 4	Bloque: Inteligencia Emocional- Comprensión Emocional
ACTIVIDAD 4: “Comprendiéndonos en urgencias”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos - Comprender los estados emocionales del resto del mundo y las nuestras propias.	
Descripción Leeremos en voz alta un ejemplo proporcionado como modelo de la actividad (Anexo 4). Tras leerlo, deben escribir en un papel (anexo 5) una situación que le haya ocurrido a cada uno de ellos, indicando el pensamiento que les surgió en ese momento, la emoción que sintieron y las consecuencias de la emoción experimentada. Cuando todos hayan terminado, comenzaremos un debate. Cada uno expondrá su situación y el resto de compañeros escucharán atentamente, y tratarán de ponerse en el lugar de esa persona, y entender como pudo sentirse. Pondremos gran énfasis en la importancia de comprender todo tipo de reacciones en el marco de la medicina de urgencia, dado su carácter estresante.	
Recursos: ejemplos impresos para cada participante, folios y bolígrafos.	

Fuente Esta actividad es de elaboración propia.		
ACTIVIDAD PARA CASA: “Pensando en casa”	Descripción de la actividad: A lo largo de esta semana, deben llevar una especie de diario donde anotarán sus reflexiones sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las causas de mis estados emocionales negativos? ¿Cuáles son las consecuencias de esos estados emocionales? ¿Son consecuencias positivas o negativas? ¿Cómo puedo entender mi estado de ánimo en un determinado momento? -La finalidad de esta actividad es que reflexionen en casa, sobre la importancia de entender cómo se sienten y el motivo de ello.	
Fuente Esta actividad es de elaboración propia.		

SESIÓN 5	Bloque: Inteligencia Emocional- Regulación Emocional
ACTIVIDAD 5: “Grupos de discusión”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Psicoeducación sobre la habilidad de regulación emocional. -Saber y conocer qué piensan sobre la importancia de esta habilidad. -Enseñarles la relevancia de controlar las emociones con ayuda del visionado del vídeo.	
Descripción Se formarán dos grandes grupos. En cada uno abriremos un debate sobre la importancia que cada persona le da a la regulación de emociones. Qué beneficios creen que puede	

tener, qué perjuicios, preguntaremos qué control creen tener sobre sus emociones, si creen que pueden ayudar en determinadas situaciones, etc.

Cada gran grupo estará siempre bajo la supervisión y ayuda de un profesional.

Cuando hayamos finalizado, y cada miembro del grupo haya expresado abiertamente sus emociones, les proyectaremos el siguiente vídeo: [Conflicto laboral - Proyecto La Grieta - YouTube](#) sobre la importancia de regular correctamente nuestras emociones. Si surgen preguntas o dudas se hará una ronda de cuestiones y las debatiremos.

Recursos: proyector, ordenador y altavoces.

Fuente

Esta actividad es de elaboración propia.

ACTIVIDAD PARA CASA:

Fuente

Esta actividad es de elaboración propia.

Descripción de la actividad:

Recomendación del visionado de la película “En busca de la felicidad”

SESIÓN 6	Bloque: Inteligencia Emocional- Regulación Emocional
ACTIVIDAD 6: “ Mis conflictos reales y prácticas soluciones”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Tomar conciencia de la importancia de saber regular nuestras emociones en momentos y situaciones de tensión. -Aprender de posibles soluciones que planteen los compañeros.	
Descripción Nos sentaremos formando una gran rueda, donde todos puedan verse. La actividad consiste, en que cada uno voluntariamente debe levantarse y contarle a los compañeros un conflicto que haya tenido recientemente en su vida laboral, la persona debe contar sus	

sensaciones, como actuó y qué sintió después de actuar de esa forma. Deberá reflexionar sola, por qué actuar así fue una buena o mala acción, e indicar si su actuación estuvo condicionada por sus emociones. Cuando finalice, el grupo podrá darle feedback y proponer posibles opciones para una mejor regulación de sus emociones.

Nosotros les proporcionaremos varias herramientas que pueden emplear para regular sus emociones como: planificarse, la supresión de actividades competitivas, hacer una reinterpretación positiva de las cosas y tomar pausas para poder comprender la situación y actuar adecuadamente.

La actividad la llevarán a cabo todos los miembros del grupo, y cuando finalicen se destacará la importancia de regular nuestras emociones para poder resolver mejor conflictos personales en nuestros ambientes de trabajo.

Recursos: -

Fuente

Esta actividad es de elaboración propia.

SESIÓN 7	Bloque: Resiliencia
ACTIVIDAD 7: “¿Qué es la resiliencia?”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo:	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Aprender y afianzar conceptos claves sobre el término. -Conocer cómo funciona “la casita de la resiliencia”. -Saber reconocer que todos pasamos por situaciones adversas en nuestra vida, y cómo vamos a trabajar para poder afrontarlas.	
Descripción Comenzaremos esta sesión con la psicoeducación sobre el término de resiliencia y de “la casita de la resiliencia” de Vanistendael. Explicaremos en qué consiste la casita, y les	

informaremos que nos vamos a centrar en ella para trabajar los diferentes aspectos de la misma.

Una vez terminada esta parte, reproduciremos el siguiente vídeo: [03-05-2013. RESILIENCIA: Conceptos de psicología positiva. - Bing video](#)

Cuando finalicemos el visionado del vídeo, abriremos una pequeña ronda de preguntas.

Recursos: ordenador, proyector y altavoces.

Fuente

Esta actividad es de elaboración propia.

ACTIVIDAD PARA CASA: “Mis cosas positivas”

Fuente

Actividad adaptada del programa INTEMO Ruiz-Aranda et al., 2013).

Descripción de la actividad:

Deberán emplear cinco minutos en elaborar dos listas. La primera será de 5 cosas positivas que hayan pasado a lo largo de la semana. La segunda, otras 5 cosas positivas que les hayan sucedido a lo largo de la vida. Potenciaremos así la capacidad que todos poseemos de centrarnos en el lado positivo de la vida.

SESIÓN 8	Bloque: Resiliencia
ACTIVIDAD 8: “Trabajando situaciones adversas”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin

Objetivos

- Saber reconocer y aceptar las diferentes situaciones adversas por las que hemos podido pasar a lo largo de nuestra vida.
- Tratar de recordar si fuimos resilientes o no en ese momento difícil. Pensar si actuamos con positivismo y sentido del humor.
- Dar sentido a la adversidad de cada persona.
- Escuchar y empatizar con los compañeros.

Descripción

Formaremos una rueda de trabajo. Esta actividad consiste en que cada participante tendrá que contar al grupo una situación adversa que le haya pasado o le esté pasando actualmente en su vida. Cuando haya finalizado se le realizará la pregunta de si cree que fue resiliente frente a este acontecimiento. También se le cuestionará sobre si actuó con sentido del humor y positivismo. Trabajaremos la escucha activa y la cohesión grupal, ya que esta actividad se hace ya avanzado el taller, para que entre ellos haya cierta confianza y así puedan expresarse abiertamente.

Cuando todos hayan acabado, hablaremos sobre la importancia de ver la adversidad como un desafío en nuestras vidas, tomando conciencia plena de ello. Hablaremos también sobre la importante función de tomarnos las cosas con sentido del humor y con un punto de vista positivo.

Recursos: ordenador y proyector.

Fuente

Esta actividad es de elaboración propia.

ACTIVIDAD PARA CASA: “Mi diario humorístico”

Fuente

Actividad adaptada del programa de intervención en IE y Sentido del Humor para la reducción del burnout en

Descripción de la actividad:

Los participantes deberán intentar llevar siempre consigo una pequeña libreta. Cada vez que detecten algo divertido, deberán anotarlo: un comentario gracioso, un personaje ridículo, una situación absurda, etc. Con esta técnica aprenderemos a disfrutar del momento de

profesorado de García Navarro, V. (2020).	humor y nos ayudará a recordarlo cuando necesitemos reírnos por algo.
---	---

SESIÓN 9	Bloque: Resiliencia
ACTIVIDAD 9: “Carta al pasado”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: individual y grupal	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Saber aceptar los problemas que hemos tenido en nuestras vidas y saber reconocer nuestra valía para afrontarlos. -Reconocer y potenciar nuestras fortalezas como personas. -Saber darnos valor a nosotros mismos. -Potenciar nuestra autoestima.	
Descripción En esta sesión comenzaremos indicando que cada miembro debe anotar en un papel cinco fortalezas que crea poseer. Se concederán cinco minutos para ello, ya que debe ser algo espontáneo. Por ejemplo “soy una persona muy perseverante”. Posteriormente, se procederá a realizar la actividad de la carta. Ésta, consiste en que cada miembro debe redactar una carta a su “yo” del pasado, contándole las dificultades más importantes que ha tenido a lo largo de su vida y como a pesar de todas ellas ha sido capaz de salir adelante. Dejaremos 20 minutos para que las escriban. Cuando hayan terminado leerán en grupo todas las cartas y, cada compañero dará un breve y positivo feedback de ello. Esto nos ayudará a todos a reforzar nuestra autoestima. Al final comentaremos la importancia de darnos valor a nosotros mismos y tener plena autoconfianza en que saldremos adelante frente a cualquier adversidad.	
Recursos: ordenador, proyector, folios y bolígrafos.	

Fuente

Actividad adaptada de la propuesta de un programa de intervención en Habilidades Emocionales (Yell, 2020).

SESIÓN 10	Bloque: Resiliencia
ACTIVIDAD 10: “Adiós a los pensamientos que no me dejan avanzar”	Duración: 1 hora
Modo de trabajo: individual	Instalación: espacio del complejo hospitalario cedido para tal fin
Objetivos -Aprender a reconocer los pensamientos disfuncionales que tenemos. -Saber manejarlos y apartarlos para poder avanzar.	
Descripción Esta actividad se realizará de forma individual. A cada uno se le entregará una ficha (anexo 6) con un listado de situaciones en las que aparecen ciertos pensamientos disfuncionales. Los participantes deben reconocerlos y proponer una opción de pensamiento más saludable, positivo y real. Dejaremos 10-15 minutos para realizar la ficha, cuando finalicen haremos una puesta en común e iremos preguntándoles cómo creen ellos que podemos reconocerlos, cómo podemos manejarlos o qué creen que debemos hacer con ellos. Al finalizar se hablará de la importancia de no dejar que nos invadan y sobre la importancia de pararlos en el momento adecuado.	
Recursos: folios y bolígrafos.	
Fuente Actividad adaptada de un programa de desarrollo de la resiliencia desde el modelo integrativo Tamayo Piedra, M.D.C. (2011).	

3.6. Cronograma

	Semana	L	M	X	J	V		L	M	X	J	V		L	M	X	J	V
	S 1																	
MES 0	S 2						MES 1						MES 2					
	S 3																	
	S 4																	
MES 3							MES 5						MES 8					
	S 1																	
	S 2																	
	S 3																	
	S 4																	

LEYENDA:

-	Permiso del Comité de Bioética de la Junta de Andalucía
-	Consentimiento del Centro Hospitalario-director
-	Reunión para recolectar datos de las personas que quieran participar
-	Reunión con los participantes- firma del consentimiento informado
-	Evaluación pre intervención
-	Análisis de los datos pre test
-	Aplicación del programa de intervención (dos veces en semana cada grupo pequeño)
-	Evaluación post intervención
-	Análisis de los resultados post test
-	Presentación de resultados
-	Seguimiento (3 meses después)
-	Seguimiento (6 meses después)

3.7. Presupuesto orientativo

Para llevar a cabo este programa de intervención se necesitarán recursos tanto materiales como humanos. Por tanto, se ha planteado un presupuesto orientativo (Tabla 2) donde puede apreciarse el salario del profesional que impartirá el programa, los costes de los materiales fungibles y otros recursos que aunque estén incluidos, no supondrán gastos puesto que serán cedidos por los hospitales donde se lleve a cabo.

Tabla 2*Presupuesto orientativo del programa*

RECURSOS	COSTES
PROFESIONALES: Psicólogo	Salario de 1500 € x 1,5 meses = 2250€ *
TEST PSICOLÓGICOS: Se proporcionarán fotocopias y hojas de respuesta.	240 €
MATERIALES: Ordenador, proyector, sala donde se impartirán las sesiones.	Serán cedidos por los hospitales donde se lleve a cabo el programa.
MATERIALES: Folios y bolígrafos	30 €
TOTAL:	2520 €

*Puesto que el profesional que va a impartir el programa no trabajará todas las horas del mes completas, la realización del seguimiento está considerada, y va incluida en el sueldo.

4. RESULTADOS PREVISTOS

Como ya hemos visto la problemática del agotamiento de los médicos por burnout en los servicios de urgencias ha adquirido una enorme importancia en los últimos años (Fernández-Prada, Gozález-Cabrera, Iribar-Ibabe y Peinado, 2017).

Con la implantación del presente programa de intervención se espera ayudar a los profesionales de medicina a que aumenten su IE y su resiliencia disminuyendo así el burnout experimentado en las Unidades de Urgencias.

Basándonos en los objetivos del programa, tras su implementación esperamos que el grupo experimental obtenga una mejora significativa en relación al grupo control.

Concretamente, si los objetivos se cumplen, esperamos encontrar mejores relaciones laborales entre los compañeros, ya que al poseer una mayor IE y desarrollar la empatía, dispondrán de más habilidades para regular sus emociones cuando suceda una situación tensa.

Esto se traduce en una mejora de las capacidades de comunicación de los médicos. Por consiguiente también esperamos encontrar una mejora en la relación médico-paciente; ya que cuando los profesionales dispongan de estas fortalezas estarán más abiertos a los pacientes y dedicados a su trabajo.

Con este programa, se conseguirá también una mejora en la calidad de vida de los profesionales de medicina, ya que al disminuir o desaparecer sus síntomas de burnout, se sentirán mejores consigo mismos y mejorará tanto las relaciones personales como laborales; lo que se traducirá en una mejora de los equipos de trabajo y en la toma de decisiones acertadas. Sus vidas mejorarán ya que al poseer un menor estrés en el trabajo, serán capaces de hacer frente a los problemas gestionando de manera adecuada sus emociones y viendo los desafíos como oportunidades para avanzar. Así, mejorará su salud tanto física como mental ya que no se estresarán tanto y sabrán controlar sus pensamientos disfuncionales.

Todo esto se traducirá en una mejora de la autoestima de estos profesionales y de su motivación, aumento de la confianza en sí mismo, resolución adecuada de conflictos, cooperación, disminución de los estados afectivos negativos y sensación de control de sus vidas laborales y personales. Todo esto se verá reflejado en la disminución de ansiedad y síntomas de depresión de estos profesionales, mejorando su bienestar emocional.

Como ventajas del programa se destacaría que a pesar de ser un programa diseñado para médicos de las unidades de urgencias, también se puede implementar en cualquier Unidad de un complejo Hospitalario con el fin de ayudar y promover la IE y la resiliencia de todos los médicos. Igualmente, aunque haya sido diseñado para médicos de Andalucía podría impartirse en cualquier lugar o zona para que sus beneficios alcancen a más personas.

Por último, sería de gran interés desarrollar e implementar nuevos programas en el futuro enfocados a ayudar a este colectivo tan importante para la sociedad, ya que casi todos los programas encontrados están enfocados a enfermeros. Creemos que los médicos de todas las Unidades, y especialmente los de Urgencias deberían recibir programas de este tipo para potenciar sus capacidades al máximo, ayudarlos y motivarlos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán Pérez, C. (2020). Incidencia del Burnout en enfermeros de urgencias y análisis de su relación con las variables resiliencia y apoyo social durante el Covid-19.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1317-1328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11–17. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., & Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 43–53. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
- Alarcón, J., Vaz, F.J. y Guisado, J.A. (2001) Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, (28), 358-381.
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., & Salazar Estrada, J. G. (2016). Reliability and validation of the scale Maslach Burnout Inventory (Hss) in workers in western México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218–227. <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8828>

- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A. D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6), 491–495.
<https://doi.org/10.1111/1742-6723.12135>
- Arrogante,ó. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de enfermería*, 24(4), 232-235.
- Bamberger, E., Genizi, J., Kerem, N., Reuven-Lalung, A., Dolev, N., Srugo, I., & Rofe, A. (2017). A pilot study of an emotional intelligence training intervention for a paediatric team. *Archives of Disease in Childhood*, 102(2), 159–164.
<https://doi.org/10.1136/archdischild2016-310710>
- Bayona Martínez, J. L. (2020). Prevención del acoso escolar en entornos desfavorables: resiliencia, optimismo e inteligencia emocional.
- Bragard, I., Dupuis, G., & Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(4), 227–234. <https://doi.org/10.1097/mej.0000000000000194>
- Buck, K., Williamson, M., Ogbeide, S., & Norberg, B. (2019). Family Physician Burnout and Resilience: A Cross-Sectional Analysis. *Family Medicine*, 51(8), 657–663.
<https://doi.org/10.22454/fammed.2019.424025>
- Bui, J., Hodge, A., Shackelford, A., & Acsell, J. (2011). Factors contributing to burnout among perfusionists in the United States. *Perfusion*, 26(6), 461–466.
<https://doi.org/10.1177/0267659111411521>
- Bustos, M.P. (2013). Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de Valparaíso. *Revista de Psicología*, 4(2), 85-108.
- Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M., & Losada, L. (2018). Emotional Intelligence and Its Relationship with Levels of Social Anxiety and Stress in

- Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1073. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061073>
- Chen, C. F., & Kao, Y. L. (2012). Investigating the antecedents and consequences of burnout and isolation among flight attendants. *Tourism Management*, 33(4), 868–874. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.09.008>
- Cloninger CR, Salloum IM, Mezzich JE. (2012). The dynamic origins of positive health and wellbeing. *International Journal of Person Centered Medicine* (2), 1–9.
- Cloninger, C. R., Zohar, A. H., Hirschmann, S., & Dahan, D. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: Personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 758–766. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.046>
- Codier, E., Muneno, L., Franey, K., & Matsuura, F. (2010). Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 940–948. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01610.x>
- Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2012). Nurturing resiliency in medical trainees. *Medical Education*, 46(4), 343. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04206.x>
- Durand, A. C., Bompard, C., Sportiello, J., Michelet, P., & Gentile, S. (2019). Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. *Work*, 63(1), 57–67. <https://doi.org/10.3233/wor-192908>
- Eckleberry-Hunt, J., Lick, D., Boura, J., Hunt, R., Balasubramaniam, M., Mulhem, E., & Fisher, C. (2009). An Exploratory Study of Resident Burnout and Wellness. *Academic Medicine*, 84(2), 269–277. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181938a45>

- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High Level of Burnout in Intensivists. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184oc>
- Escribà-Agüir, V., & Pérez-Hoyos, S. (2007). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health*, 23(3), 153–160. <https://doi.org/10.1002/smi.1131>
- Esteban, S. (2016). Relación entre niveles de resiliencia y niveles de burnout en el personal de enfermería. Revisión bibliográfica.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Cuestionario MSCEIT (versión española 2.0) de Mayer, Salovey and Caruso. *Multi-Health Systems Publishers*.
- Faguy, K. (2012). “Emotional Intelligence in Health care.” *Radiologic Technology*, 83 (3): 237-253.
- Fernández-Prada, M., González-Cabrera, J., Iribar-Ibabe, C., & Peinado, J. M. (2017). Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias. *Gaceta Médica de México*, 153(4), 452-460.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden–and–build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367–1377. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?

- International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76.
<https://doi.org/10.1002/mpr.143>
- García Navarro, V. (2020). Programa de intervención en inteligencia emocional y sentido del humor para la reducción del burnout en profesorado de educación secundaria.
- Gil-Monte, P. R. y Neveu, J. (2013). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (155-176). Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R.; Nuñez-Román, E. M. y Selva-Santoyo, Y. (2006). The relationship between burnout and cardiovascular complaints: A study in technicians of prevention of labour risks. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 227-232.
- Gil-Monte, P.R., Salanova, M., Aragón, J., y Schaufeli, W. (2006). El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales. *Diputación de Valencia*, 70.
- Goleman D. (1999) Emotional Intelligence: Why it Can Matter More than IQ. *Bantam Books*.
- González, N., Fuentes, A. y Medina, J.L. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 19(3), 207- 214.
- Gorgas, D., Greenberger, S., Bahner, D., & Way, D. (2015). Teaching Emotional Intelligence: A Control Group Study of a Brief Educational Intervention for Emergency Medicine Residents. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(6), 899–906.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2015.8.27304>
- Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15–16), 2275–2285. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x>

- Gulalp, B., Karcioğlu, O., Sari, A., & Koseoglu, Z. (2008). Burnout: need help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-3-32>
- Hamama, L. (2012). Differences between Children's Social Workers and Adults' Social Workers on Sense of Burnout, Work Conditions and Organisational Social Support. *British Journal of Social Work*, 42(7), 1333–1353. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr135>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hernández, R. (2015). Resiliencia y bienestar psicológico de un grupo de adolescentes en riesgo de exclusión social. [Tesis de grado, Universidad de Salamanca]. [TFG_HernandezEstebanR_Resilienciaybienestar.pdf \(usal.es\)](https://www.usal.es/~fde/TFG_HernandezEstebanR_Resilienciaybienestar.pdf)
- Howe, A., Smajdor, A., & Stöckl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education*, 46(4), 349–356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x>
- Infante García, L. C. (2008). El concepto de resiliencia y su relación con la salud mental. Estado del arte.
- Ioannidou, F., & Konstantikaki, V. (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about?. *International Journal of caring sciences*, 1(3), 118-123.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Jackson-Koku, G., & Grime, P. (2019). Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. *Occupational Medicine*, 69(1), 9–21. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz004>

- Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 132–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
- Kimo Takayesu, J., Ramoska, E. A., Clark, T. R., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., Weaver, K. R., Chang, Y., & Gross, E. (2014). Factors Associated With Burnout During Emergency Medicine Residency. *Academic Emergency Medicine*, 21(9), 1031–1035. <https://doi.org/10.1111/acem.12464>
- Kinman, G., & Grant, L. (2011). Predicting Stress Resilience in Trainee Social Workers: The Role of Emotional and Social Competencies. *British Journal of Social Work*, 41(2), 261–275. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq088>
- Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z., & Nienhaus, A. (2012). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 102–115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burnout) en los trabajadores sociales. *Revista de Trabajo Social*, (4), 499-506.
- Mache, S., Vitzthum, K., Wanke, E., David, A., Klapp, B.F., & Danzer, G. (2014). Exploring the impact of resilience, self-efficacy, optimism and organizational resources on work engagement. *Work*, 47 (4), 491–500.
- Maidana, A., & Samudio, M. (2018). Inteligencia emocional de docentes de enfermería según aptitud demostrada en su entorno laboral: Emotional intelligence of nursing teachers according to the aptitudes demonstrated in their work environment. *Medicina Clínica y Social*, 2(2), 72-83.
- Marsh, D.T., (1996). Marilyn...and other offspring. *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 7 (3), 4–6.

- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 1-40.
- Maslach C. (1976) Burned out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986) Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologist Press*.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39 (2), 160–163.
<https://doi.org/10.1080/0142159x.2016.1248918>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Emotional development and Emotional intelligence: Implications for Educators. *Basic Books*, 3, 31.
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4), 371–379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
- Meires, J. (2018). The essentials: Using emotional intelligence to curtail bullying in the workplace. *Urologic Nursing*, 38(3), 150-154.

- Menomi, T. y Klasse, K. (2015). Construyendo alternativas al dolor: reflexiones sobre la resiliencia en barrio Casabó, Cerro de Montevideo. [Tesis de maestría, Universidad de la República Uruguay]
- Michele, M., Tugade, M. M., Barbara, L., Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x>
- Molero Jurado, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Oropesa Ruiz, N. F., Simón Márquez, M. D. M., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina*, 55(6), 237. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
- Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A. C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile, S. (2019). Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *BioMed Research International*, 2019, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>
- North, C. S., Abbacchi, A., & Cloninger, C. R. (2012). Personality and posttraumatic stress disorder among directly exposed survivors of the Oklahoma City bombing. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.005>
- O’Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 788–818. <https://doi.org/10.1002/job.714>
- Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger

doctors. *Aging & Mental Health*, 13(2), 300–307.

<https://doi.org/10.1080/13607860802459831>

Piccoli, B., & De Witte, H. (2015). Job insecurity and emotional exhaustion: Testing psychological contract breach versus distributive injustice as indicators of lack of reciprocity. *Work & Stress*, 29(3), 246–263.

<https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1075624>

Popa, F., Arafat, R., Purcărea, V. L., Lală, A., & Bobirnac, G. (2010). Occupational Burnout levels in Emergency Medicine—a nationwide study and analysis. *Journal of medicine and life*, 3(3), 207.

Rajan, S., & Engelbrecht, A. (2018). A cross-sectional survey of burnout amongst doctors in a cohort of public sector emergency centres in Gauteng, South Africa. *African Journal of Emergency Medicine*, 8(3), 95–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2018.04.001>

Riley, G. J. (2004). Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Medical Journal of Australia*, 181(7), 350–353. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06322.x>

Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J. M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2013). Programa Intemo. *Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*. Ediciones Pirámide.

Sahin, D., Turan, F. N., Alparslan, N., Sahin, I., Faikoglu, R., & Gorgulu, A. (2008). Burnout levels of health staff working in a state hospital. *Archives of Neuropsychiatry*, 45(4), 116-122.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg>

Sánchez, J. M. P. (2006). *Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios* [Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura].

- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M.A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS14): Propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(40), 103-113.
- Sarmiento Valverde, G. S. (2019). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico*, 19(1), 67-72.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. *Bridging occupational, organizational and public health*, 43-68.
- Schoeps, K., Tamarit, A., de la Barrera, U., & González Barrón, R. (2019). Effects of emotional skills training to prevent burnout syndrome in schoolteachers. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.002>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Suriá, R. (2011). Discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida: análisis comparativo de la sobrecarga que generan ambas formas de discapacidad en las madres de hijos afectados. *Siglo Cero, Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42, 67-84.
- Tamayo Piedra, M. D. C. (2011). Elaboración y aplicación de un programa de desarrollo de la resiliencia desde el modelo integrativo ecuatoriano dirigido a enfermos terminales de la Fundación Casa del Hombre Doliente de la ciudad de Guayaquil.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/00004650-200401000-00002>
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible: Despertar en niños maltratados la confianza en si mismos: construir la resiliencia*. Gedisa Editorial.

Wagnild, G.M., (2009). The Resilience Scale User's Guide for the US English Version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). *The Resilience Center*.

Weng, H. C., Hung, C. M., Liu, Y. T., Cheng, Y.J., Yen, C. Y., Chang, C. C., & Huang, C. K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45(8), 835–842.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03985x>

Yell, B. L. (2020). El papel de la inteligencia emocional sobre el estrés en enfermería: propuesta de un programa de intervención en habilidades emocionales.

6. ANEXOS

ANEXO 1:

EJEMPLO DE CASO PARA LAS DINÁMICAS DE ROLE-PLAYING

Luis es el jefe del Departamento de Urgencias del Hospital de Jaén, y lleva trabajando en ese puesto 8 años. Es el encargado de supervisar a todos los médicos de Urgencias del hospital, en total son quince personas. Entre ellos está Alba, un médico que lleva trabajando en el hospital más de quince años.

Desde que hace 8 años le dieron el puesto de supervisor a Luis, Alba le guarda una especie de “rencor” porque siempre ha pensado que ella merecía ese puesto más que él. Se crean ambientes raros e incómodos en el trabajo, pues cuando llega un paciente de urgencias, ella siempre quiere supervisar y dar las órdenes a todos, y Luis tiene que regañarla cuando la “tormenta” pasa, porque dice que el hecho de que ambos den órdenes y éstas sean diferentes, hace que pierdan un tiempo que es imprescindible para la vida del paciente.

Es viernes, y son las 20:00 horas, llega una urgencia; un paciente de 48 años que acaba de sufrir un infarto. Con los nervios y las prisas propias de la entrada de un paciente, Alba se pone a dar órdenes, Luis da las contrarias, y las personas que están a cargo de Luis se quedan paradas sin saber muy bien qué hacer. Luis impotente y enfadado le grita a Alba: “¡deja de hacer mi trabajo joder, no eres la jefa, entérate de una vez y déjanos a todos trabajar!”, “¡si este hombre se muere será tu culpa!”.

Alba sorprendida, se queda paralizada y se va corriendo.

¿Crees que Luis ha actuado bien? ¿Y Alba?

¿Qué ha sentido Luis? ¿Qué ha sentido Alba?

¿Crees que podría haberse solucionado este problema sin tener que llegar a esta circunstancia?

¿Crees que las formas han sido las mejores?

ANEXO 2:

TRABAJANDO MI PERCEPCIÓN EMOCIONAL CON FRASES INACABADAS...	
EMOCIÓN	FRASES
ACEPTACIÓN	Me he sentido aceptado cuando...
ENTUSIASMO	Lo que más me entusiasma hacer en mi trabajo es...
ENVIDIA	A veces, siento envidia de...
FELICIDAD	Lo que más felicidad me produce en el trabajo es...
FRUSTRACIÓN	Considero que la tarea más frustrante de hacer en mi puesto es...
HOSTILIDAD	Muestro hostilidad hacia alguien cuando...
INSEGURIDAD	Me siento inseguro/a cuando...
IRA	Lo que más me enfada en mi trabajo es...
ORGULLO	Hay veces que por mi orgullo, he sido capaz de...
IRRITACIÓN	Lo que más me irrita de mis compañeros es...
TENSIÓN	Estoy en tensión cuando...
TRISTEZA	Me produce mucha tristeza que mi jefe...

ANEXO 3:

DIARIO EMOCIONAL					
DÍA DE LA SEMANA	EMOCIÓN	PENSAMIENTO	CONTEXTO	SENSACIONES CORPORALES	ACCIÓN

ANEXO 4:

“COMPRENDIENDONOS EN URGENCIAS”	
SITUACIÓN	Un paciente llegó anoche muy grave con un problema de riñón, creo que no vamos a poder hacer nada por él dados los bajos valores que han salido en las pruebas. Siento rabia porque he hecho todo lo posible por salvarle la vida pero, hay veces que las cosas no salen como queremos. Al cabo de 3 horas el hombre fallece. Al comunicarle la noticia a la familia, se ponen a insultarme, intentan agredirme y me amenazan.
PENSAMIENTO	Mi primer pensamiento ha sido: “son unos desgraciados, no saben lo duro que he trabajado toda la noche para intentar salvar la vida de este hombre”. “Este trabajo no está reconocido, encima se atreven a insultarme”.
EMOCIÓN	Enfado, frustración, rabia, coraje e indignación.
CONSECUENCIAS	Les respondo a los familiares, los encaro y les digo que no ha sido mi culpa. Les digo que si quieren pegarme que me peguen pero que he hecho mi trabajo como profesional que soy.
¿Qué hubiera sucedido si hubiera comprendido el malestar y los nervios de los familiares?	Actué mal, debería haber comprendido los sentimientos de esos familiares que acababan de perder a un ser querido, si hubiera sido más empático, podría haber hablado de forma calmada las cosas e incluso darles ánimo por su gran pérdida.

ANEXO 5:

Este para que lo hagan ellos:

“COMPRENDIENDONOS EN URGENCIAS”

SITUACIÓN	
PENSAMIENTO	
EMOCIÓN	
CONSECUENCIAS	
¿Qué hubiera sucedido si hubiera comprendido el malestar y los nervios de los familiares?	

ANEXO 6:

ADIÓS A LOS PENSAMIENTOS QUE NO ME DEJAN AVANZAR	
PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	OPCION DE PENSAMIENTO SALUDABLE
El jefe me pide que vaya a su despacho en diez minutos. Pensamiento disfuncional: “seguro que va a echarme una bronca porque he hecho algo mal”.	Pensamiento saludable:
Mi compañera llega tarde a su turno. Pensamiento disfuncional: “ya se está escaqueando otra vez de sus obligaciones”.	Pensamiento saludable:
Un paciente me dice que prefiere que le atienda mi compañera y no yo. Pensamiento disfuncional: “seguro que mi compañera es mejor que yo y por eso la quiere, soy una malísima profesional”.	Pensamiento saludable:

Mi compañera lleva toda la mañana sin hablarme. Pensamiento disfuncional: “seguro que está enfadada conmigo y está haciéndolo para incomodarme”.	Pensamiento saludable:
Mi compañera pone unos instrumentos fuera de lugar y no en su sitio. Pensamiento disfuncional: “siempre igual, lo hace para molestarme”.	Pensamiento saludable: