



Vigilada Mineducación

LA COMPASIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: VIABILIDAD
DE UNA INTERVENCIÓN ORIENTADA AL CUIDADO DE PACIENTES Y
PROFESIONALES EN SALUD

Compassion in a hospital institution: feasibility of an intervention aimed at caring
for patients and healthcare professionals

JULIA RESTREPO ARANGO

Tesis

Asesor

Mariantonia Lemos Hoyos

UNIVERSIDAD EAFIT
ESCUELA DE HUMANIDADES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DEL COMPORTAMIENTO

MEDELLÍN

2024

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
Objetivo general:.....	10
Objetivos específicos:	10
MARCO TEÓRICO O MARCO CONCEPTUAL	11
Burnout	11
Compasión.....	11
Empatía.....	11
Rueda del cambio del comportamiento	12
Modelo ORBIT	13
DISEÑO METODOLÓGICO	14
<i>Diseño</i>	14
<i>Contexto</i>	14
Participantes	14
<i>Intervención</i>	15
Modelo.....	15
Instrumentos	24
Procedimiento	25
Análisis.....	26
RESULTADOS	26
Resultados <i>cualitativos</i>	26

Proceso de convocatoria.....	26
Proceso de medición.....	27
Aceptabilidad	28
Retención de los participantes	30
Implementación de la intervención.....	30
Resultados cuantitativos	33
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS	39
ANEXOS.....	44
Anexo 1. Entrevista participantes y preguntas grupo focal.....	44
Anexo 2. Entrevista Coordinadora de Enfermería UCI.....	46
Anexo 3. Entrevista Coordinador Médicos UCI	49
Anexo 4. Entrevista Directora Científica Cardio VID.....	52
Anexo 5. Consentimiento Informado.....	54

RESUMEN

Actualmente, hay un incremento en la insatisfacción con los niveles de compasión por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes. Las demandas personales, ambientales y emocionales a las que se enfrentan los profesionales de la salud y la carencia de herramientas de estos para afrontarlas los hacen más vulnerables al burnout, que a su vez aumenta la dificultad de mostrarse compasivos con los pacientes. Estas condiciones son particularmente retadoras en las Unidades de Cuidados Intensivos. Los estudios del comportamiento han reportado implementaciones exitosas para intervenir esta problemática. Este estudio tuvo como objetivo establecer la viabilidad y aceptabilidad de una intervención comportamental orientada a aumentar las capacidades emocionales y disminuir la percepción de carga laboral en una UCI de una institución hospitalaria especializada en Colombia. Se usaron entrevistas y un grupo focal como resultado principal del estudio, y una encuesta para medir burnout (MBI) y empatía (TECA) como resultados secundarios, aplicada antes y después de implementar la intervención. Los resultados indicaron que si bien la intervención no es viable como está diseñada gracias a las limitaciones de tiempo y falta de apoyo en el liderazgo del personal para la implementación de esta, se puede buscar fortalecer estos ámbitos con elementos de las ciencias del comportamiento, como un mayor apoyo en las normas sociales y remover más barreras de tiempo que permitan la participación. Adicionalmente, se necesita un mayor apoyo dentro de la institución a intervenir para que el equipo pueda superar mejor los obstáculos administrativos que surgen dentro de las organizaciones.

Palabras clave: ciencias del comportamiento, estudios de viabilidad, burnout, compasión, personal de salud

INTRODUCCIÓN

Actualmente, hay un incremento en la insatisfacción con los niveles de compasión por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes. Tanto estudios cuantitativos como cualitativos muestran que la ausencia de compasión es un factor clave en las fallas dentro de los sistemas de salud, y que los cuidados compasivos son una necesidad de los pacientes que continua sin ser resuelta completamente (Sinclair et al., 2017; Crowther et al., 2013; Lown et al., 2011; MacLean, 2016; Reader & Gillespie, 2013; Jeffrey, 2016).

La interacción con el paciente supone no sólo el enfrentamiento a demandas con alta implicación emocional sino la exposición a elevados niveles de presión laboral para los profesionales de la salud que, ante la carencia de herramientas suficientes para el afrontamiento, incrementan el riesgo de padecer cansancio emocional, el distanciamiento hacia las personas con las que se trabaja y la sensación de incompetencia, es decir, burnout (Maslach & Jackson, 1981). Paralelamente, el ambiente que rodea a los profesionales de la salud se ha relacionado con mayor estrés, repercusiones en la salud y afectaciones en el trato a los usuarios del servicio. En las instituciones con factores ambientales como salas abiertas, altas tasas de movimiento, poca privacidad, sonidos intermitentes de monitores y celulares, los profesionales de la salud reportan mayor dificultad en sentir y expresar compasión por sus pacientes (Pavlova et al., 2022), así como sentimientos de estar bajo asedio y una baja percepción de control (Fernando et al., 2016). Esta falta de control incrementa la incapacidad de mostrarse compasivos ante las necesidades de los pacientes, lo que además resulta en un factor de riesgo frente al estrés y otras enfermedades crónicas (Chrousos & Gold, 1992; Karasek & Theorell, 1990; Kivimäki et al., 2006; Steptoe & Ayers, 2004).

A nivel global, la prevalencia de burnout en profesionales de la salud es hasta del 70% (Lamothe et al., 2014), con un 30% a 50% de enfermeras alcanzando niveles clínicos del mismo en cuestionarios de auto reporte (Aiken et al., 2002). En el

contexto colombiano, un estudio con médicos, residentes y estudiantes de medicina encontró una prevalencia de cansancio emocional del 41.9%, 21% de despersonalización y 19.5% de baja realización personal. Además, solo el 21.2% de los participantes presentó niveles óptimos de adopción de perspectivas y 38% de comprensión empática (Suárez, et al., 2022). Un contexto particularmente retador frente al burnout son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), cuyo ambiente físico, mayor carga laboral, y patologías más riesgosas aumentan el riesgo de estrés, ausentismos e incapacidades (Alameddine et al., 2009; Vincent et al., 2006). Sobre la prevalencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde se lleva a cabo este estudio de viabilidad, se han encontrado niveles de agotamiento emocional moderado y severo en el 28.8% de los médicos y despersonalización en un 31.8%.

Por otra parte, los estudios del comportamiento hacen referencia a una serie de disciplinas que se orientan a comprender la manera como los seres humanos se comportan. Estas intervenciones buscan hacer que los comportamientos que se quieren promover sean más fáciles, atractivos y se mantengan también por fenómenos como las normas sociales y existencia de diferentes sistemas de procesamiento de la información en el cerebro (Sustein & Thaler, 2017). Esta perspectiva ha sido utilizada para intervenir el burnout en profesionales de la salud como Lubarsky et al. (2019), quienes profundizaron sobre los incentivos en médicos para propiciar las conductas deseables.

Cabe anotar que los estudios del comportamiento también parten de una aproximación iterativa al cambio del comportamiento; quiere decir esto que se comienza con una conceptualización de la situación, orientada generalmente por estudios cualitativos que permitan comprender las razones que se aducen para la realización del comportamiento y la observación de los ambientes; continúa con el diseño de las intervenciones, las cuales se basan en modelos como el de la rueda del cambio del comportamiento (Michie et al., 2014) o las normas sociales (Bicchieri, 2019), buscando darle un piso teórico a cada uno de los elementos de la

intervención, y termina con el proceso de implementación, donde los experimentos y la medición se consideran necesarios.

Para una implementación exitosa, se hace necesario explorar la viabilidad de las intervenciones diseñadas. Los estudios de viabilidad tienen el propósito de construir vías para un proyecto planeado, y asegurar, tanto a los investigadores como a otros involucrados, que es posible llevar a cabo el estudio como se planeó. Las UCI se han identificado como un contexto con gran dificultad para implementar intervenciones y cuyo presupuesto es limitado para invertir en nuevas propuestas (Alameddine et al., 2009).

Por lo anterior, se propone un estudio de viabilidad, que permita minimizar las pérdidas y optimizar los resultados buscados. Así, el presente estudio busca establecer la viabilidad y aceptabilidad de una intervención orientada a aumentar las capacidades emocionales y disminuir la percepción de carga laboral en una UCI de una institución hospitalaria especializada en Colombia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con respecto a la relación entre compasión y burnout, la institución hospitalaria en cuestión (Clínica CardioVID, 2013), presenta un programa de atención humanizada, en el cual se hace énfasis en la importancia de los comportamientos compasivos. Sin embargo, encontramos que estos niveles de compasión y atención están acompañados de altos niveles de agotamiento del personal. En este sentido, se ha evidenciado una percepción de sobrecarga laboral y emocional, falta de límites con respecto a los problemas de los pacientes, y percepción de desequilibrio en la distribución de las labores y el reconocimiento por estas.

Si bien los niveles de agotamiento son altos, se mantienen los altos niveles de compasión. Sin embargo, esta situación no es sostenible en el tiempo, y esto se empieza a evidenciar en errores en la atención y problemas de salud física y mental. Por lo anterior, este proyecto sugiere optimizar los recursos organizacionales y personales con el propósito de disminuir la percepción de carga de los profesionales de la institución hospitalaria. Con respecto a este problema y el objetivo de la intervención se identifican tres focos comportamentales:

- *Reducir número de explicaciones al paciente y su familia sin perjudicar comprensión del diagnóstico y tratamiento*
- *Aumentar regulación emocional cuando se interactúa con el paciente*
- *Disminuir percepción de carga*

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: establecer la viabilidad y aceptabilidad de una intervención orientada a aumentar las capacidades emocionales y disminuir la percepción de carga laboral en una UCI de una institución hospitalaria especializada en Colombia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evaluar el proceso de convocatoria para la intervención en el personal de la UCI
2. Evaluar el proceso de medición en la población de la UCI
3. Determinar la aceptabilidad de la intervención llevada a cabo
4. Evaluar la retención de los participantes
5. Evaluar la implementación de la intervención

MARCO TEÓRICO O MARCO CONCEPTUAL

BURNOUT

El Burnout es definido como una respuesta crónica ante los estresores emocionales e interpersonales de la vida laboral. Se identifican tres dimensiones del burnout: agotamiento (cansancio emocional), despersonalización (distanciamiento hacia los otros) y reducción de la autorrealización personal (Kroll et al., 2016). El burnout es común en trabajos que requieren contacto directo y frecuente con otras personas, como usuarios o clientes (Maslach & Jackson, 1981). Este síndrome tiene manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y físicas.

COMPASIÓN

La compasión es definida como una virtud en la relación médico-paciente. Esta empieza identificando el sufrimiento del paciente, y esta identificación se acompaña de una respuesta interna y emocional, seguida de una expresión que denote la consciencia del padecer del paciente y materializándose en palabras y acciones que busquen beneficiar al otro. A diferencia de la empatía, la compasión busca motivar al individuo a “sentir con el otro” y disminuir el sufrimiento (Cameron, 2015; Davalos-Batallas, 2020).

EMPATÍA

La empatía es definida como el reconocimiento cognitivo y afectivo del estado anímico y la situación actual de una persona por parte de otra (López-Pérez et al., 2008). Se conceptualiza a partir de sus dimensiones afectiva (refiriéndose a la capacidad de sentir lo que el otro siente, y el grado de afectación personal generado a partir de las situaciones adversas de los demás) y cognitiva (refiriéndose a la capacidad de comprender las emociones y tomar perspectiva) (Hernández Ayala, 2020).

RUEDA DEL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO

La rueda de cambio comportamental es un método para caracterizar y diseñar intervenciones de cambio comportamental y vincularlas al análisis de una conducta determinada. Michie et al (2014) formulan este método a partir de una revisión sistemática en la cual revisan los métodos de cambio comportamental actuales con base en si son comprensivos, coherentes, y están vinculados a un modelo comportamental. Usando estas mismas características plantean la Rueda.

El método de la rueda de cambio comportamental se apoya en el modelo COM-B (acrónimo en inglés para capacidad, oportunidad, y motivación, como fuente de la conducta), que se encuentra en el centro de la rueda (Figura 1). En este sentido, la conducta se presenta como una función de la motivación, automática y reflexiva; la oportunidad, social y física; y la capacidad, física y psicológica.

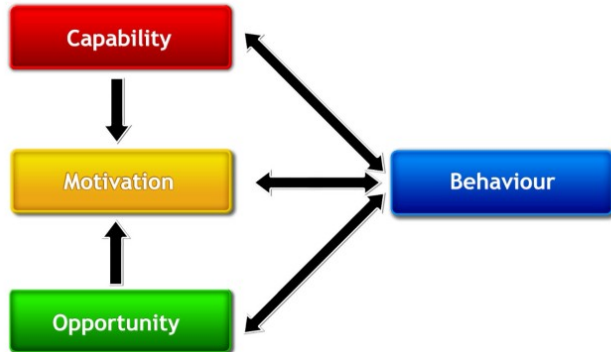


Figura 1. Modelo COM-B

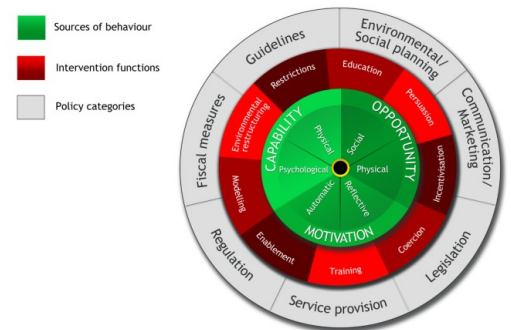


Figura 2. Rueda de Cambio Comportamental

En el siguiente aro de la rueda se encuentran las funciones de intervención (Figura 2). Son nueve funciones que afectan uno o más de los factores subyacentes de la conducta (COM), y cada función tiene un rol específico cuando se diseña una intervención, de forma que responda a las necesidades específicas de cada caso.

Finalmente, en el último aro de la rueda se encuentran las categorías de política (Figura 2). En esta sección se encuentran siete categorías que pueden ser usadas para promover y facilitar las intervenciones que afectan la conducta, ya que cada categoría está vinculada a diferentes funciones de intervención. Si bien la Rueda se puede utilizar en diferentes niveles de intervención (personal, interpersonal, social), las categorías de política pueden ser especialmente útiles para el cambio comportamental a nivel organizacional.

Es importante resaltar que el modelo cuenta con todas las definiciones y especificaciones de conceptos que se requieren para un desarrollo y uso metódico del mismo. En este sentido se especifica cuáles son los subcomponentes de la capacidad, la oportunidad, y la motivación; definiciones y ejemplos de las funciones de intervención y las categorías de política, la forma en la que estas se relacionan, y como escoger de forma objetiva las más pertinentes para el contexto dado.

MODELO ORBIT

El modelo ORBIT (Czajkowski et al., 2015) para el desarrollo de tratamientos conductuales implica un proceso flexible y progresivo, hitos clínicamente significativos previamente establecidos para avanzar y regresar a etapas anteriores para su refinamiento y optimización. Aunque su enfoque principal es el desarrollo y ensayo de las pruebas previas a la eficacia, se incluyen fases posteriores de investigación para demostrar que la optimización de los tratamientos puede ocurrir incluso para aquellos que han alcanzado la etapa de eficacia o efectividad.

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO

Este es un estudio cualitativo de viabilidad con diseño fenomenológico.

CONTEXTO

La Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica CardioVID de Medellín es un centro especializado de diagnósticos, tratamientos y urgencias en las áreas cardiovascular, torácica, pulmonar y neurovascular. Tiene 67 empleados vinculados laboralmente, entre los cuales 13 son médicos, 29 son enfermeros y 25 son auxiliares de enfermería. Los pacientes llegan con patologías bastante complejas a través de urgencias, hospitalización o posterior a cirugías como trasplantes. Pacientes y familiares normalmente son de estratos socioeconómicos más bajos, con niveles educativos menores y son población adulta o adulta mayor. Esta población puede tener mayores dificultades entendiendo a profundidad los conceptos y la información médica.

PARTICIPANTES

Los empleados de la UCI de la clínica CardioVID que aceptaron participar en la intervención. A continuación se describe los participantes que fueron entrevistados (Tabla 1) y aquellos que participaron en el grupo focal (Tabla 2).

Tabla 1. Características de los participantes entrevistados

Participante	Sexo	Cargo	Experiencia
1	Mujer	Enfermera	5 años
2	Mujer	Enfermera	1.5 años
3	Mujer	Auxiliar de enfermería	25 años
4	Mujer	Enfermera	9 años
5	Mujer	Médica	na
6	Mujer	Auxiliar de enfermería	14 años
7	Mujer	Médica	3 años
8	Hombre	Auxiliar de enfermería	2 años

9	Mujer	Enfermera	2.5 años
10	Mujer	Auxiliar de enfermería	2 años
11	Mujer	Auxiliar de enfermería	10 años
12	Hombre	Médico	14 años
13	Mujer	Directora Científica	5 años
14	Mujer	Coordinadora de enfermería	15 años
15	Hombre	Jefe Médico	25 años

Tabla 2. Características de los participantes del grupo focal

Participante	Sexo	Cargo	Experiencia
1	Mujer	Auxiliar de enfermería	5 años
2	Mujer	Auxiliar de enfermería	1.5 años
3	Mujer	Auxiliar de enfermería	25 años
4	Mujer	Jefe enfermería	6 años
5	Mujer	Auxiliar de enfermería	2 años
6	Mujer	Enfermera	14 años
7	Mujer	Auxiliar de enfermería	14 años
8	Hombre	Jefe enfermería	3 años

INTERVENCIÓN

Modelo

Utilizamos el modelo COM-B (Capacidad, Oportunidad y Motivación) para estructurar la intervención. Este modelo establece que el comportamiento (B) está influenciado por tres factores: capacidad, oportunidad y motivación. A partir de una conceptualización basada en el modelo, se co-diseñó una intervención con los participantes, utilizando el resto de la rueda de cambio comportamental, es decir, identificando las funciones de intervención y las categorías de política que nos permitirán estructurar una intervención que apunte a las capacidades, oportunidades y motivaciones escogidas.

Siguiendo los focos nombrados en el planteamiento del problema, la intervención se estructuró de la siguiente forma:

1. *Optimizar/reducir el número de explicaciones sin comprometer la comprensión por parte del paciente y su familia:*

A continuación se presenta el proceso llevado a cabo para analizar este foco comportamental desde la perspectiva del profesional de la salud a partir del modelo COM-B y los elementos de intervención que surgen a partir del uso de la rueda de cambio comportamental (Tabla 3):

Tabla 3. COM-B para foco comportamental 1 desde la perspectiva del profesional

Componentes COM-B	Profesional	Función de intervención	BCT	Elementos Intervención
Capacidad Psicológica	- Identificar/resaltar puntos clave - Brindar explicación clara del procedimiento - Comprender contexto - Realizar preguntas concisas	- Educación - Entrenamiento	- Información de las consecuencias sociales y ambientales - Demostración del comportamiento - Instrucciones de cómo realizarlo	- Distribuir el tiempo de forma que quede destinada una hora al final de la ronda para los pacientes que lo requieran
Oportunidad Física	- Que el paciente esté con su acompañante - Señalar limitación tiempo	- Facilitación y restricción (tiempo) - Reestructuración del ambiente	- Reestructuración del ambiente en el que es entregada la información	- Identificar a un acompañante como cuidador principal y darle la información únicamente a él

				- Dar la información al paciente y a acompañante de forma conjunta
				- Solicitar las preguntas con anterioridad y dejar la información por escrito
Motivación	- No tener que repetir si se es claro y conciso	- Persuasión	- Monitorear	-
Reflexiva		- Incentivación	consecuencia de la explicación clara mientras el paciente toma nota y está acompañado.	
			- Información sobre las consecuencias sociales y ambientales.	

Al ingresar los pacientes recibirían una carpeta en la que podrían almacenar toda la información que se les proporcione durante su estancia y con información inicial que podría facilitar la entrega y recepción de la información. Esta información corresponde a un código QR referente a una página validada con información médica y de salud proporcionada por el hospital; recomendaciones generales indicando que se debe elegir un cuidador primario quien recibiría información del equipo de atención y su número de contacto; una hoja de papel para escribir preguntas; y el tiempo en el que el equipo de atención entregará la información.

Así mismo, se lleva a cabo el mismo proceso para conceptualizar la intervención respecto a los pacientes (Tabla 4):

Tabla 4. COM-B para el foco comportamental 1 desde la perspectiva del paciente

Componentes COM-B	Paciente	Función de intervención	BCT	Elemento de Intervención
Capacidad Física	- Leer o tomar nota	-	-	-
Capacidad Psicológica	- Reconoce importancia comunicación - Comprender el proceso	- Educación - Entrenamiento	- Añadir estímulos que resalten importancia de la comunicación - Información de las consecuencias para la salud	- Educar al paciente desde el ingreso (cómo se entrega la información).
Oportunidad Física	- Tener donde tomar nota y anotar preguntas - Tener donde consultar información y recomendaciones generales - Anotar preguntas que surjan durante el día - Que el paciente esté con su acompañante	- Facilitación (pacientes) - Restricción (tiempo)	- Instrucciones de cómo realizar un comportamiento. - Añadir objetos y estímulos al ambiente.	- Diseñar formato para el paciente donde se pueda escribir medicamentos, frecuencias, dosis, etc. - Repositorio de información validada por la clínica. Acceso a información de diagnóstico, recomendaciones, etc (QR). - Utilizar sala para dar información (UCI)

Motivación Reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> - No tener que seguir preguntando - Tener claridad sobre su proceso - Información adherencia tratamiento - Tranquilidad - Limitación de tiempo como motivador para aprovechar los espacios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Persuasión - Incentivación 	<ul style="list-style-type: none"> - Información de las consecuencias
-----------------------------	--	---	--

Durante la comunicación principal con el paciente y el cuidador debería estar presente el equipo de atención, formado por el médico de atención primaria, el jefe de enfermería y el auxiliar de enfermería. Esta información en la UCI se debería distribuir de la siguiente manera: 8 pacientes en la mañana, y 8 pacientes en la tarde. Esta comunicación se refiere al diagnóstico y tratamiento. El auxiliar de enfermería debería escribir y dibujar en una hoja de papel los puntos principales del diagnóstico, tratamiento y procedimientos que el paciente y sus cuidadores deberían tener en cuenta. Se mejoraría una sala específica en la UCI para la comunicación con los cuidadores para una experiencia más cómoda (poner a disposición agua y café, añadir arte en las paredes) y fomentar su uso para las comunicaciones difíciles.

Asimismo, cuando se entregue información telefónicamente, el familiar o ser querido del paciente deberá decir el código de habitación asignado para que el equipo de la UCI pueda revelar la información. Estos códigos se establecen usando

el número total de camas de la UCI (16) y el número de habitación del paciente (01-16).

Al alta se le debería entregar al paciente un formato fácil de usar con la información más importante sobre diagnóstico, recomendaciones, medicamentos y tratamiento general. A este formato también se le añadiría el código QR para facilitar el acceso a información validada.

2. *Aumentar habilidades de regulación emocional en los colaboradores:*

A continuación se presenta el proceso llevado a cabo para analizar este foco comportamental a partir del modelo COM-B y los elementos de intervención que surgen a partir del uso de la rueda de cambio comportamental (Tabla 5):

Tabla 5. COM-B para el foco comportamental 2

Componentes COM-B	Profesional	Función de intervención	BCT	Elementos de Intervención
Capacidad Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento emocional en el momento en el que se experimenta. - Conocimiento general de emociones, estrategias de regulación y gestión emocional - Reconocimiento de vulnerabilidades, identificación emocional en sí mismo y en los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Entrenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Información de las consecuencias sociales ambientales. - Demostración del comportamiento. - Instrucciones de cómo realizar el comportamiento. - Autorrefuerzo. - Imaginar el desempeño exitoso en las áreas relevantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas, juegos de roles, y modelamiento. - Guía regulación emocional y guía situaciones específicas - Difusión recursos de la clínica - No tomarse las cosas personales – empatía cognitiva

	- Empatía afectiva y cognitiva, comprender perspectiva y reacciones emocionales del paciente, reconociendo que la situación no es propia.			
Oportunidad Social	- Ver que otros identifican, regulan y comparten sus estados emocionales	- Modelamiento	- Apoyo social.	- Promover y reconocer valores institución - Mecanismo de apoyo entre compañeros - Poner un sofá, nevera pequeña, cafetera con buen café en el lugar de descanso. Poner frutas.
Oportunidad Física	- Tener un lugar de descanso cómodo con comida saludable y cafe	- Reestructuración ambiental		
Motivación Reflexiva	- Creer que tiene un efecto positivo en mí y en el cuidado del paciente. - Reconocer función de	- Persuasión - Facilitación - Incentivación - Entrenamiento	- Discrepancia entre comportamiento actual y meta.	

regulación
 emocional que
 cumple la
 validación
 emocional.
 - Desarrollar paso
 a paso de la RE

Para médicos y enfermeras se realizaría una charla psicoeducativa incluyendo reconocimiento y regulación emocional, resaltando la importancia de la empatía tanto cognitiva como afectiva y presentando diferentes escenarios en los que la empatía cognitiva está presente y sus resultados.

Se incorporaría una pequeña sesión de intercambio de experiencias (10-15 minutos) durante las reuniones semanales del equipo en las que se compartirían situaciones desafiantes y el equipo representaría una respuesta diferente basada en lo aprendido en la charla y los posibles diferentes resultados.

Adicionalmente, se entregarían unas preguntas clave a los líderes de equipo para que puedan hacer antes y después del turno (en la entrega). Estas preguntas son invitaciones a reflexionar sobre lo aprendido en la charla y los espacios semanales (ej. ¿cómo te sentiste hoy?).

3. *Disminuir la percepción de carga laboral:*

A continuación se presenta el proceso llevado a cabo para analizar este foco comportamental a partir del modelo COM-B y los elementos de intervención que surgen a partir del uso de la rueda de cambio comportamental (Tabla 6):

Tabla 6. COM-B para foco comportamental 3

Componentes COM-B	Profesional	Función de intervención	BCT	Elemento Intervención
Capacidad Psicológica	- Identificar qué hace parte del rol y qué	- Educación	- Resignificación: Dejar de pensar que es una	- Resaltar los valores de la clínica

	corresponde a tareas autoimpuestas		demanda adicional y verlo como parte del trabajo.	- Mejorar el clima laboral
	- Percepción de distribución equitativa de las cargas			
Oportunidad Social	- Saber qué hace parte del rol profesional la actitud de servicio	- Modelamiento - Educación	- Resignificación: Dejar de pensar que es una demanda adicional y verlo como parte del trabajo.	-
	- Percepción de distribución equitativa de las cargas			- Consecuencias vicarias
Oportunidad Física	-	-		- Espacios cómodos de trabajo
Motivación Automática	- Recibir reconocimiento de la clínica y pacientes	- Incentivación	- Refuerzos	- Salario emocional y beneficios para incentivar el rendimiento

En síntesis, se sugiere el uso del locutorio también para el descanso y desactivación emocional de los colaboradores. Se llevaría un sofá, pondrían plantas y un cuadro, y se pintaría una pared.

Finalmente, se propone una dinámica de “empleado del mes” elegido y resaltado por los propios compañeros, en la cual cada mes se recogerían comentarios de los compañeros resaltando las labores de alguien, y quien tenga más comentarios ganaría “empleado del mes”.

INSTRUMENTOS

La recolección de información primaria para el proyecto se llevó a cabo de la siguiente forma:

1. Cuestionarios de instrumentos validados a profesionales de la UCI de la clínica CardioVID. Se incluyeron:
 - *Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach & Jackson, 1986; adaptación Barbato, Córdoba, González, Martínez & Tamayo, 2011)*: este instrumento consta de 22 ítems con respuestas en una escala de likert de 7 opciones donde 0 es nunca y 6 es diariamente, en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Este cuestionario tiene tres dimensiones: (1) Agotamiento Emocional (AE) con nueve ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás. (2) Despersonalización (DP) con cinco ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes. (3) Realización Personal (RP) con ocho ítems expresa sentimientos de competencia y éxito. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de Burnout. La escala posee una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.76) y, al comparar la estructura factorial de la escala adaptada con la versión original, fue identificado que las tres dimensiones coinciden.
 - *Test Empatía Cognitiva y Afectiva -TECA (López-Pérez et al., 2008)*: es un cuestionario para evaluar empatía compuesto por 33 ítems que se responden en una escala tipo likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) y presenta una estructura de cuatro factores: Adopción de perspectivas, que hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona; Comprensión emocional, la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas;

Estrés empático, la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona; y finalmente, Alegría Empática, la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona (López-Pérez et al., 2008). La escala posee una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.89). La estructura factorial de la escala presenta dos factores, cada uno con dos dimensiones: empatía cognitiva, que contiene las escalas adopción de perspectivas (AP) y comprensión emocional (CE); y empatía afectiva, que abarca estrés empático (EE) y alegría empática (AE).

2. Esta información se analiza en conjunto con la información cualitativa de un grupo focal y entrevistas semiestructuradas, que preguntan por las siguientes percepciones:
 - Percepción acerca de los instrumentos de medición
 - Conocimiento de la intervención
 - Aspectos positivos y negativos de la intervención
 - Barreras para la participación
 - Percepción sobre la participación

PROCEDIMIENTO

Con la aprobación del comité de ética de la Clínica CardioVID, el equipo de investigadores empieza a convocar participantes del servicio de UCI a través de los grupos primarios de médicos, enfermeros, y auxiliares de enfermería. En estos grupos primarios se da una introducción a la intervención explicando en qué consiste y se distribuye el instrumento de medición cuantitativo. A continuación, se despliega la intervención y una vez culminada se toman las medidas post del instrumento cuantitativo, y se llevan a cabo el grupo focal y las entrevistas semiestructuradas.

ANÁLISIS

Los datos del cuestionario fueron descargados de Microsoft Forms en un archivo de Excel para su análisis en SPSS. Estos fueron descriptivos, generando tablas de frecuencia que permitieron observar las frecuencias y prevalencias de cada dimensión.

Respecto a los análisis cualitativos, en las entrevistas cada participante fue identificado según su rol, edad y sexo. Los análisis partieron de las categorías descriptivas de cada dimensión del estudio de viabilidad mencionadas anteriormente.

RESULTADOS

RESULTADOS CUALITATIVOS

Este apartado corresponde a los resultados primarios de este estudio de viabilidad, que se ocupan de la percepción y la aceptabilidad por parte de los participantes y la institución de la intervención planteada.

Proceso de convocatoria

Participación:

Los entrevistados reportaron una percepción de participación moderada, sin embargo, con respecto a los médicos fue percibida como muy baja. En escasos casos el personal de la UCI reportó haber participado en todos los ámbitos de la intervención. Por un lado, las reuniones obligatorias con todos los empleados de la UCI tuvieron altos niveles de asistencia, pero gran parte de los asistentes se encontraban de forma virtual y aquellos que estaban posturno generalmente no podían participar. Por otro lado, en los elementos voluntarios se vio principalmente el uso de la carpeta, el código y las reuniones con las psicólogas. Entre las dificultades para participar nombraron el desconocimiento, los turnos asignados ya

que aquellos que hacían noches no tenían acceso a gran parte de la intervención, y el caos de la UCI.

- “He participado en las sesiones de la semana. No me enteré de otras cosas, no puse atención.” - *Comunicación personal participante 4*

Conocimiento sobre la intervención:

Los participantes percibieron la intervención con un énfasis en la comunicación. Con respecto a este, en particular recordaron el código y la carpeta como facilitadores de la comunicación con pacientes y familiares. Para algunos sí hubo total claridad sobre los elementos de la intervención y su objetivo. Como objetivo nombraron mejorar el manejo de las emociones y la comunicación.

- “Dar información clara y que alguien estuviera pendiente de que se diera esta. Humanizar y mejorar la comunicación médico-paciente.” – *Comunicación personal participante 5*

Proceso de medición

De los 67 empleados que tiene la UCI, se logró la participación de 23 de ellos (34.3%) en la encuesta de línea base, y de 16 (23.9%) en la encuesta final.

Encuesta:

Los participantes evaluaron la encuesta como larga y subjetiva, con demasiadas opciones de respuesta, lo que dificultó la respuesta a la misma. Además, la falta de tiempo y el cansancio se presentaron como barreras adicionales para diligenciarla.

Percepción sobre proceso de la medición:

Desde el área administrativa se percibió que las personas de enfermería no estaban abiertas a la participación en las encuestas, sin embargo, auxiliares de enfermería y enfermeros fueron quienes más respondieron.

- “No la llené, no tengo tiempo porque en la UCI hay mucho movimiento y cuando uno sale hace lo que necesita más urgente en la casa y ya el otro tiempo uno trata de descansar. Dice: ‘después hago esto, después lo otro’, y lo va dejando para después. ‘Mañana de pronto hay menos trabajo o salgo menos cansado’.” – *Comunicación personal participante 5*

Aceptabilidad

Aspectos Positivos:

Los participantes resaltaron que se dio un lugar importante a las dudas familiares, y que la sesión de psicoeducación sobre emociones y las sesiones semanales con las psicólogas les dio la oportunidad de escuchar las percepciones de otros. De este espacio resaltaron que les sirvió para mejorar el ambiente laboral, el manejo de emociones y establecer límites emocionales con el trabajo. Se resalta la importancia del código y la importancia de que este se mantenga. Finalmente, expresaron que sienten una UCI más tranquila, pero aún se necesita más estructura y uniformidad al dar información.

- “Hemos hablado entre nosotros mucho del tema, de cómo afrontar el vivir, la cotidianidad. Es necesario que se creen estos espacios de conversación para aprender de los demás y saber cómo los demás lo

afrontan. Tratar de mantener el límite de apego: ‘te quiero mucho como paciente’, entregar la energía y disposición, pero hay que dejarlo todo de puertas para afuera para que no se afecte la vida.” – *Comunicación personal grupo focal*

Aspectos a mejorar:

La carpeta fue percibida de forma problemática ya que contamina, y los familiares no le prestan atención y no la usan casi. Por el lado de la entrega de información conjunta no hay sincronización entre enfermería y medicina para hacerla, y establecer un horario para entrega de información es virtualmente imposible. Por el lado de los médicos, se percibe que "el problema" en la UCI es de enfermería y ellos lo deben resolver, sin embargo, enfermería considera que gran parte del problema es la falta de participación y colaboración de los médicos. Además, mientras unos sugirieron que primero haya espacios para intervenciones individuales en las relaciones problemáticas, otros consideran que se debe trabajar la dinámica grupal, no la individual, para que los viejos se vayan acostumbrando y los nuevos entren entrenados con una dinámica diferente. Finalmente, expresaron que debería ser algo más estable, ya que cuando el proyecto acabe el equipo de psicólogas se va y las necesidades del equipo permanecen.

- “Es un tema muy extenso al que hay que dedicarle mucho espacio, ayuda mucho a la salud mental y hay que prestarle real atención, es difícil comprometerse durante el turno. La carpeta es complicada porque a los familiares no les importa, poca gente lo hace y solo cuando ven al médico se les ocurre y, contamina, no cuida el ambiente.” – *Comunicación personal participante 2*

Retención de los participantes

Cambios en el personal:

No muchos percibieron hacer cosas de forma diferente, sin embargo, aquellas cosas que hicieron diferente tuvieron un impacto significativo en su día a día. En primer lugar, está el uso del código que dio más seguridad al dar información por teléfono. El establecimiento de límites y mejora en la comunicación es el segundo elemento que mencionaron (Tabla 7).

Tabla 7. Percepción de participación por parte del personal

Categoría	Mediana	Rango Intercuartil
De cada 10, ¿cuántos usaron la carpeta?	4	9
De cada 10, ¿cuántos entregaron información de forma conjunta?	3	7
De cada 10, ¿cuántos usaron el código para dar información por teléfono?	10	10
De cada 10, ¿cuántos fueron a la reunión semanal?	6	6
De cada 10, ¿cuántos le vieron algún valor a la intervención?	8	7
¿Qué tan satisfecho está con la intervención?	7	5

Implementación de la intervención

Percepción Proceso intervención:

Anterior a esta intervención no se había implementado una intervención similar en la clínica, pero se veía la necesidad ya que la UCI ha presentado dificultades internas entre los empleados y cuenta con un contexto particularmente

retador. Se encontraron varios obstáculos para la implementación de la intervención desde un punto de vista organizacional.

En primer lugar, el tema de los recursos fue retador ya que el proyecto no contaba con recursos para la implementación, y la clínica no estaba preparada para hacer inversiones en este ámbito, por lo cual se sugirió que desde el planteamiento de la intervención se tuvieran en cuenta los recursos para la intervención. En este sentido, se logró priorizar los recursos físicos con los que contaba la clínica para impresión y las carpetas que se usaban en el laboratorio de hematología y se utilizaron para propósito de la intervención; sin embargo, no se logró habilitar el locutorio modificado para mayor confort de los familiares para la entrega de información delicada o para el descanso del personal.

- “Para planear la intervención faltó tener en cuenta la estructura organizacional frente a los cambios de infraestructura y que eso implicaba recursos. La clínica es muy restrictiva frente a esto.” – *Comunicación personal participante 13*

Otro obstáculo que impidió la implementación, particularmente del área de descanso en el locutorio fue la comunicación interna de la organización. Si bien se establecieron reuniones con la junta directiva y el grupo primario, no hubo comunicación de estos directivos acerca de la intervención a sus diferentes grupos, por lo cual muchas personas de la clínica no estaban informadas de la intervención y de la necesidad de implementarla. Por lo anterior, no fue posible establecer una reunión fructífera con mantenimiento para el habilitamiento del locutorio con la pintura, las plantas y los sofás.

- “Haber involucrado más de lo que hicimos al grupo primario, enfatizar en la importancia de bajar esa información a los respectivos grupos. También se deben sincronizar las épocas, porque el segundo semestre es siempre más difícil. Segundo, hablar con otros grupos primarios de que esto se iba a hacer en la clínica: mantenimiento, contratación... etc. Ellos así nos hubieran apoyado más.” – *Comunicación personal participante 13*

A pesar de las dificultades encontradas en la implementación, los participantes expresaron más tranquilidad, particularmente el personal de enfermería, y un mayor dominio de las emociones.

Con respecto a los obstáculos referentes al contexto se resaltó la falta de tiempo para atender a los espacios establecidos, ya que la carga laboral de la UCI es demasiado alta y tiene muchos eventos inesperados que dificultan la planeación. Adicionalmente, la educación de las familias es una barrera importante para la comunicación efectiva.

- “La gente todo el tiempo está ocupada, está ocupada y está con un alto nivel de trabajo y de estrés, como les digo, ellos están enfocados en 800000 cosas, tienen 1000 cosas en la cabeza, tienen 1000 responsabilidades. No va a salir para una charla, para una capacitación ¿cierto?, entonces eso creo que los dispersa y no va a hacer que se me concentren en lo que realmente queremos. Hay otras barreras y es a veces la misma disposición de la gente. En el equipo médico, esta parte psicológica, esta parte del trabajo mental y de la ayuda mental termina, no siendo importante para ellos.” – *Comunicación personal participante 14*

Para superar estos obstáculos se propuso bloquear espacios desde el cuadro de turnos o hacer los espacios de reunión fuera del horario laboral, reconociendo las horas invertidas. Se recomendó hacer varios espacios a la semana de reunión con las psicólogas que permita que más personas participen y no se vean tan afectados por el cuadro de turnos. Finalmente, sugirieron mantener la intervención en el tiempo para ver cambios significativos.

- “Tiempo, es un factor fundamental. Muchas veces y por la condición del paciente no es posible participar. Dividir por grupos y turnos y hacerlo por fuera del turno en la UCI, así sería mucho más fácil participar.” – Comunicación personal participante 4

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Este apartado corresponde a resultados secundarios del estudio. Se reportan medidas descriptivas obtenidas de las encuestas aplicadas, pero siguiendo los lineamientos del modelo ORBIT no se establecen correlaciones o pruebas inferenciales (Powell et al., 2021).

El cuestionario aplicado al personal de la salud de la UCI de la Clínica CardioVID incluyó datos sociodemográficos y los instrumentos descritos anteriormente. Para el establecimiento de la línea de base se diligenciaron un total de 23 cuestionarios, cuyos participantes fueron 69.6% mujeres, 17.2% médicos, 47.7% enfermeros, con una media de edad de 33.5 años (DE = 7.45 años) y una media de 4.77 años (DE = 6.1 años) de experiencia (Tabla 8). Para las medidas post de la intervención se diligenciaron un total de 16 cuestionarios, cuyos participantes fueron 93.8% mujeres, 25% médicos, 37.6% enfermeros, con una

media de edad de 35.7 años (DE = 8.74) y una media de 9.33 años (DE = 9.1 años) de experiencia (Tabla 8).

Tabla 8. Características sociodemográficas pre y post UCI

Características sociodemográficas				
		Pre		Post
Cargo que desempeña en la UCI	N (%)	M (D.E)	N (%)	M (D.E)
Auxiliar de enfermería	7 (30.4)		5 (31.3)	
Enfermero profesional	11 (47.7)		5 (31.3)	
Coordinadora enfermería			1 (6.3)	
Médico	4 (17.2)		4 (25)	
Sin dato	1 (4.3)		1 (6.3)	
Sexo				
Hombre	7 (30.4)		1 (6.3)	
Mujer	16 (69.6)		15 (93.8)	
Edad		33.5 (7.45)		35.7 (8.74)
Tiempo en la clínica		4.77 (6.1)		9.33 (9.1)

Con respecto a la línea de base, se encontró que un 19% tenía un nivel clínicamente significativo de cansancio emocional, un 10% presentaba despersonalización, y un 15.8% tenía baja realización personal. Posterior a la intervención se reportó que un 13.3% tenía un nivel clínicamente significativo de cansancio emocional, un 21.4% presentaba despersonalización, y un 7.1% tenía baja realización personal (Tabla 9).

Tabla 9. Burnout pre y post

MBI	Pre			Post		
	Bajo N (%)	Medio N (%)	Alto N (%)	Bajo N (%)	Medio N (%)	Alto N (%)
Cansancio emocional	12 (57.1)	5 (23.8)	4 (19.0)	4 (26.7)	9 (60)	2 (13.3)
Despersonalización	15 (75.0)	3 (15)	2 (10)	8 (57.1)	3 (21.4)	3 (21.4)
Realización personal	3 (15.8)	7 (36.8)	9 (47.4)	1 (7.1)	5 (35.7)	8 (57.1)

Con respecto a la empatía en la línea base, se encontraron altos niveles de estrés empático y alegría empática, dimensiones de la empatía afectiva, con una prevalencia del 21.7% y el 30.4%. Por otro lado, el 47.8% presentaron niveles bajos de adopción de perspectivas y el 39.1% de comprensión empática, dimensiones cognitivas de la empatía. Posterior a la intervención, en términos de empatía afectiva, el 6.2% presentó niveles altos de estrés empático y el 31.2% de alegría empática. Con respecto a la empatía cognitiva, el 56.2% presentó niveles bajos de adopción de perspectivas y el 37.5% de comprensión empática (Tabla 10).

Tabla 10. Empatía pre y post

TECA	Pre			Post		
	Bajo N (%)	Óptimo N (%)	Alto N (%)	Bajo N (%)	Óptimo N (%)	Alto N (%)
Adopción de perspectivas	11 (47.8)	6 (26.1)	6 (26.1)	9 (56.2)	5 (31.2)	2 (12.5)

Comprensión						
empática	9 (39.1)	8 (34.1)	6 (26.1)	6 (37.5)	4 (25)	6 (37.5)
Estrés						
empático	2 (8.7)	16 (6.9)	5 (21.7)	1 (6.2)	14 (87.5)	1 (6.2)
Alegría						
empática	1 (4.3)	15 (65.2)	7 (30.4)	1 (6.2)	10 (62)	5 (31.2)

CONCLUSIONES

Este estudio tenía como objetivo general establecer la viabilidad y aceptabilidad de una intervención comportamental orientada a aumentar las capacidades emocionales y disminuir la percepción de carga laboral en una UCI de una institución hospitalaria especializada en Colombia. De acuerdo con los lineamientos establecidos por Powell et al. (2021) se implementó la intervención como en el estudio planeado, y se implementaron entrevistas y un grupo focal para comprender la percepción y aceptabilidad del estudio. Los resultados encontrados en el estudio sugieren que la intervención tal y como está diseñada no es viable, por lo cual se deben proponer ajustes para obtener los resultados esperados.

En primer lugar, la participación y la retención fueron más bajas de lo esperado. Retomando el punto anterior, los horarios dificultaron la participación de gran parte de la población ya que aquellos que hacen noches o tenían posturno no participaban de las charlas. Adicionalmente, la impredecibilidad del día a día en la UCI dificultaron la planeación y participación, particularmente por el lado de los médicos. Estas dificultades prevalecen en otras UCIs y otros autores han sugerido que mayor involucramiento de los líderes de las UCI a nivel organizacional mediante la mejora de los entornos físicos, mentales y de práctica profesional y mediante la construcción de relaciones profesionales multidisciplinarias más sólidas (Taormina et al., 2000). En este sentido, se sugiere tener en cuenta aquellos que son los

“*trendsetters*” (Bicchieri, 2019), o aquellos que son referentes en la red de la UCI de forma que se pueda potenciar la participación.

En segundo lugar, el proceso de medición fue retador ya que los participantes percibían no tener tiempo para llenar una encuesta tan larga y subjetiva, y con demasiadas opciones de respuesta. Para este proceso se buscó hacer la encuesta lo más corta posible con instrumentos validados. Se sugiere buscar instrumentos más cortos o sencillos, o utilizar un espacio dentro del grupo primario destinado específicamente a esto.

En tercer lugar, la implementación contó con algunas barreras que dificultaron el proceso de intervención y la misma participación del personal de la UCI. Para empezar, los recursos con los que contaba el proyecto eran limitados y la institución no contaba con recursos para implementar ciertas partes de la intervención incluso reduciendo los costos al máximo. Sin embargo, se deberá resaltar en mayor medida los costos que tiene un personal agotado en comparación con inversiones más pequeñas a largo plazo (Bauman et al., 2001). Además, faltó comunicación dentro de la institución acerca de la intervención y los elementos aprobados en el grupo directivo, por lo cual encontramos barreras para implementar la modificación del locutorio principalmente. Por último, el elemento de la adaptación a los tiempos de la clínica y de la UCI se mantiene como un elemento recurrente en las barreras encontradas. En este sentido, se propone utilizar espacios fuera de los turnos que sean reconocidos dentro de las horas de los empleados. Este acercamiento a la implementación haría énfasis en facilitar la conducta deseada y remover aquellas barreras, como el tiempo, que se presentan para la asistencia.

Finalmente, este estudio encontró aceptabilidad en general frente a la intervención propuesta, particularmente por parte del equipo de enfermería. La intervención logró atender algunas de las preocupaciones del personal frente a la comunicación con la familia y proteger la privacidad del paciente. Sin embargo, esta comunicación personal con la familia y el paciente se refirió más a cómo comunicarles, mas no cómo optimizar la comunicación para reducir preguntas y

disminuir la percepción de carga por parte de los profesionales de la salud. En este sentido se percibió que la sincronización para la entrega de información y el uso de la carpeta para escribir las preguntas aumentaban la carga. Además, la carpeta se percibió como contaminante y una barrera adicional.

Adicionalmente, las reuniones semanales con las psicólogas y las charlas sobre manejo de emociones y límites fueron altamente valoradas por el equipo de enfermería y algunos médicos. Sin embargo, se sugiere que se hagan más frecuentemente y en diferentes horarios para poder aumentar la participación de todo el personal. Si bien las necesidades intervenidas están en sintonía con lo encontrado por parte de otros equipos en las UCIs (AACN, 2005), se requiere pensar en soluciones que, anticipando la escasez de recursos humanos y financieros necesarios para implementar intervenciones más tradicionales, use enfoques más electrónicos, como la telemedicina y las UCI electrónicas, que pueden desempeñar un papel más importante a la hora de proporcionar un entorno de trabajo gratificante donde se brinde la atención adecuada de una manera que respalde a una fuerza laboral ampliamente distribuida. También se sigue prestando atención a los cambios tecnológicos que caracterizarán a las UCI futuras, como la “monitorización a distancia”, la informática sanitaria, las redes de comunicación, las bibliotecas de recursos, las herramientas en los puntos de atención y los sistemas de control de calidad/informes en tiempo real (Scales & Sibbald, 2004). En este punto se sugeriría hacer énfasis también en facilitar los comportamientos a través de herramientas que permitan optimizar el tiempo.

En general, si bien este estudio de viabilidad concluyó que la intervención como está planteada no es viable, una intervención comportamental que itere sobre los aprendizajes adquiridos en este estudio puede mejorar en este aspecto. En este sentido, los mayores retos encontrados se refieren a elementos de implementación y habilitación de tiempos para la participación en la intervención, por lo cual es importante hacer una mayor inmersión en el contexto que permita conocer más a fondo cómo es el día a día en la UCI y cuáles son las preocupaciones del personal

que trabaja allí. Esto con el fin de poder remover las barreras previamente descritas y facilitar la participación de todo el personal. Esto se complementa con una necesidad de estar en mayor sintonía con la institución que se interviene y aumentar la claridad frente a lo esperado por cada una de las partes. Lo anterior podrá permitir la cooperación entre los colaboradores y reducir los obstáculos que los investigadores puedan tener para lograr una implementación exitosa.

REFERENCIAS

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

American Association of Critical-Care Nurses. (2005). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187.

Alameddine, M., Dainty, K. N., Deber, R., & Sibbald, W. J. (2009). The intensive care unit work environment: current challenges and recommendations for the future. *Journal of critical care*, 24(2), 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2008.03.038>

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., ... & Ryan, L. (2001). Commitment and care: The

benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1-38.

Bicchieri, C. (2019). Nadar en contra de la corriente. Cómo unos pocos pueden cambiar los comportamientos de toda una sociedad. Paidós.

Cameron, R. A., Mazer, B. L., Deluca, J. M., Mohile, S. G., & Epstein, R. M. (2015). In search of compassion: a new taxonomy of compassionate physician behaviours. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 1672–1685. <https://doi.org/10.1111/HEX.12160>

Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The Concepts of Stress and Stress System Disorders: Overview of Physical and Behavioral Homeostasis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(9), 1244–1252. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480090092034>

Clínica CardioVID. (2013). Código de ética y buen gobierno.

Crowther, J., Wilson, K. C. M., Horton, S., & Lloyd-Williams, M. (2013). Compassion in healthcare – lessons from a qualitative study of the end of life care of people with dementia. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 492–497. <https://doi.org/10.1177/0141076813503593>

Czajkowski, S. M., Powell, L. H., Adler, N., Naar-King, S., Reynolds, K. D., Hunter, C. M., Laraia, B., Olster, D. H., Perna, F. M., Peterson, J. C., Epel, E., Boyington, J. E., & Charlson, M. E. (2015). From ideas to efficacy: The ORBIT model for developing behavioral treatments for chronic diseases. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(10), 971–982. <https://doi.org/10.1037/hea0000161>

Davalos-Batallas, V., Vargas-Martínez, A.-M., Bonilla-Sierra, P., Leon-Larios, F., Lomas-Campos, M.-D.-L.-M., Vaca-Gallegos, S.-L., & de Diego-Cordero, R. (n.d.). Compassionate Engagement and Action in the Education for Health Care

Professions: A Cross-Sectional Study at an Ecuadorian University.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17155425>

Fernando, A. T., Arroll, B., & Consedine, N. S. (2016). Enhancing compassion in general practice: it's not all about the doctor. *British Journal of General Practice*, 66(648), 340. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685741>

Hernández Ayala, W. T. (2020). Revisión Bibliográfica Sobre La Medición De La Empatía En Colombia Y Estados Unidos de América En El Período Comprendido Entre 2010 Y 2020 [Universidad Antonio Nariño]. <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/2160/1/2020WendyTatianaHern%C3%A1ndezAyala.pdf>

Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446–452. <https://doi.org/10.1177/0141076816680120>

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., & Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 431–442. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17173200>

Kroll, H., Macaulay, T., & Jesse, M. (2016). A Preliminary Survey Examining Predictors of Burnout in Pain Medicine Physicians in the United States. *Pain Physician*, 19, E689–E696. <https://doi.org/10.36076/ppj/2019.19.E689>

Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC family practice*, 15, 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>

López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & García, F. J. A. (2008). TECA: Test de empatía cognitiva y afectiva. Tea Madrid, Spain.

Lown, B. A., Rosen, J., & Marttila, J. (2011). An Agenda For Improving Compassionate Care: A Survey Shows About Half Of Patients Say Such Care Is Missing. *Health Affairs*, 30(9), 1772–1778. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539>

Lubarsky, D. A., French, M. T., Gitlow, H. S., Rosen, L. F., & Ullmann, S. G. (2019, January 1). Why Money Alone Can't (Always) "Nudge" Physicians: The Role of Behavioral Economics in the Design of Physician Incentives. *Anesthesiology*, 130(1), 154–170. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000002373>

MacLean, R. N. M. (2016). The Vale of Leven Hospital Inquiry Report: Executive Summary. Vale of Leven Hospital Inquiry.

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Michie, S., Atkins, L. & West, R. (2014). Understand the behaviour. In *The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions* (pp. 31-106). Silverback Publishing

Pavlova, A., Wang, C. X. Y., Boggiss, A. L., O'Callaghan, A., & Consedine, N. S. (2022). Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 37(4), 900–911. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07055-2>

Powell, L. H., Kaufmann, P. G., & Freedland, K. E. (2021). *Behavioral Clinical Trials for Chronic Diseases: Scientific Foundations*. Cham: Springer International Publishing.

Reader, T. W., & Gillespie, A. (2013). Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Services Research*, 13(1), 156. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-156>

Sinclair, S., Russell, L. B., Hack, T. F., Kondejewski, J., & Sawatzky, R. (2017). Measuring Compassion in Healthcare: A Comprehensive and Critical Review. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10(4), 389–405. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0209-5>

Scales, D. C., & Sibbald, W. J. (2004). Medical technology in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 10(4), 238-245.

Steptoe, A., & Ayers, S. (2004). Stress, Health and Illness. In & M. J. In S. Sutton, A. Baum (Ed.), *The SAGE handbook of health psychology* (pp. 169–198). SAGE Publications.

Suárez, E., Lemos, M., Ruiz-Gonzalez, E. P., Romero, A. M., Roman-Calderon, J. P., & Krikorian, A. (2022). Burnout in medical community: its relationship with compassion and empathy. 43rd annual meeting of the Society of Behavioral Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(Supplement 1), S129. <https://doi.org/10.1093/abm/kaac014>

Sustein, C. R., & Thaler, R. H. (2017). *Un pequeño empujón*. Taurus.

Taormina, R. J., & Law, C. M. (2000). Approaches to preventing burnout: The effects of personal stress management and organizational socialization. *Journal of Nursing management*, 8(2), 89-99

Vincent, J. L., Fink, M. P., Marini, J. J., Pinsky, M. R., Sibbald, W. J., Singer, M., ... & Evans, T. (2006). Intensive care and emergency medicine: progress over the past 25 years. *Chest*, 129(4), 1061-1067.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA PARTICIPANTES Y PREGUNTAS GRUPO FOCAL

La recolección de información cualitativa de los participantes para el proyecto se llevó a cabo de la siguiente forma:

Introducción

Buenos días, mi nombre es _____ y hago parte del equipo de psicólogas que está llevando a cabo la intervención en la UCI estos últimos meses. El objetivo de esta entrevista es entender la experiencia durante la intervención, adherencia a la misma, y los retos y oportunidades de mejora de la misma.

A continuación te voy a enseñar el consentimiento informado para la entrevista, y si decides participar, lo firmas y confirmas verbalmente tu consentimiento para que quede en la grabación.

Información general

Para empezar queremos conocer un poco sobre ti:

¿Cuál es tu nombre, cuántos años tienes, qué haces en la UCI y cuánto tiempo llevas acá?

A continuación queremos profundizar sobre la intervención realizada:

Intervención

- ¿Completaste las encuestas realizadas?
- ¿Encontraste dificultades para completarlas? ¿Cómo la mejorarías? ¿Cuánto te tomó llenarla?
- ¿Qué sabes de la intervención? ¿Cuál crees que es el objetivo de esta?

- ¿Qué has hecho diferente en este tiempo?
- ¿Participaste de la intervención? ¿Qué te gustó? ¿Qué no te gustó? ¿Qué barreras encontraste para participar en la intervención?

Viñetas

- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que utilizaron las carpetas para facilitar la entrega de información a los pacientes y familiares?
- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que entregaron información al paciente y su familia de forma conjunta?
- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que usaron el código de habitación para entregar información de forma telefónica?
- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que participaron en la reunión semanal con las psicólogas?
- De cada 10 _____, ¿cuántos crees que le vieron algún valor a la intervención?

Imagina un personal de la salud (médico o enfermera o auxiliar) que trabaja en una Unidad de Cuidados Intensivos en una clínica especializada de la ciudad. Teniendo en cuenta el día a día en la UCI, ¿cómo se podría facilitar la participación de ese X en una intervención como esta?

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan satisfecho estás con la intervención para disminuir la percepción de carga laboral?

Cierre

Ya terminamos la entrevista. Te agradecemos por tu tiempo y disposición para esta y para la intervención

ANEXO 2. ENTREVISTA COORDINADORA DE ENFERMERÍA UCI

Introducción

Buenos días, mi nombre es _____ y hago parte del equipo de psicólogas que está llevando a cabo la intervención en la UCI estos últimos meses. El objetivo de esta entrevista es entender la experiencia durante la intervención, adherencia a la misma, y los retos y oportunidades de mejora de la misma.

A continuación te voy a enseñar el consentimiento informado para la entrevista, y si decides participar, lo firmas y confirmas verbalmente tu consentimiento para que quede en la grabación.

Información general

Para empezar queremos conocer un poco sobre ti:

¿Cuál es tu nombre, cuántos años tienes, qué haces en la UCI y cuánto tiempo llevas acá?

A continuación queremos profundizar sobre la intervención realizada:

Intervención

- ¿Qué sabes de la intervención?Cuál crees que es el objetivo de esta?
- ¿Qué obstáculos crees que impidieron o afectaron la participación en esta intervención?
- ¿Cómo crees que podríamos superar estos obstáculos o facilitar la participación?
- ¿Qué has visto que ha hecho diferente el grupo de enfermería en este tiempo?
- ¿Qué te gustó de la intervención? ¿Qué no te gustó? ¿Qué barreras encontraste para participar en la intervención?

Viñetas

- De cada 10 ____, ¿cuántos creerías que utilizaron las carpetas para facilitar la entrega de información a los pacientes y familiares?
- De cada 10 ____, ¿cuántos creerías que entregaron información al paciente y su familia de forma conjunta?
- De cada 10 ____, ¿cuántos creerías que usaron el código de habitación para entregar información de forma telefónica?
- De cada 10 ____, ¿cuántos creerías que participaron en la reunión semanal con las psicólogas?
- De cada 10 ____, ¿cuántos crees que le vieron algún valor a la intervención?

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan satisfecha estás con la intervención para disminuir la percepción de carga laboral?

Cierre

Ya terminamos la entrevista. Te agradecemos por tu tiempo y disposición para esta y para la intervención.

ANEXO 3. ENTREVISTA COORDINADOR MÉDICOS UCI

Introducción

Buenos días, mi nombre es _____ y hago parte del equipo de psicólogas que está llevando a cabo la intervención en la UCI estos últimos meses. El objetivo de esta entrevista es entender la experiencia durante la intervención, adherencia a la misma, y los retos y oportunidades de mejora de la misma.

A continuación te voy a enseñar el consentimiento informado para la entrevista, y si decides participar, lo firmas y confirmas verbalmente tu consentimiento para que quede en la grabación.

Información general

Para empezar queremos conocer un poco sobre ti:

¿Cuál es tu nombre, cuántos años tienes, qué haces en la UCI y cuánto tiempo llevas acá?

A continuación queremos profundizar sobre la intervención realizada:

Intervención

- ¿Completaste las encuestas realizadas?
- ¿Encontraste dificultades para completarlas? Cómo la mejorarías? Cuánto te tomó llenarla?
- ¿Qué sabes de la intervención?Cuál crees que es el objetivo de esta?
- ¿Qué has hecho diferente en este tiempo?

- ¿Participaste de la intervención? ¿Qué te gustó? ¿Qué no te gustó? ¿Qué barreras encontraste para participar en la intervención?

Viñetas

- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que utilizaron las carpetas para facilitar la entrega de información a los pacientes y familiares?
- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que entregaron información al paciente y su familia de forma conjunta?
- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que usaron el código de habitación para entregar información de forma telefónica?
- De cada 10 _____, ¿cuántos creerías que participaron en la reunión semanal con las psicólogas?
- De cada 10 _____, ¿cuántos crees que le vieron algún valor a la intervención?

Imagina un personal de la salud (médico o enfermera o auxiliar) que trabaja en una Unidad de Cuidados Intensivos en una clínica especializada de la ciudad. Teniendo en cuenta el día a día en la UCI, ¿cómo se podría facilitar la participación de ese _____ en una intervención como esta?

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan satisfecho estás con la intervención para disminuir la percepción de carga laboral?

Adicionalmente, queremos saber en tu posición de jefe:

- ¿Cómo percibes el día a día en esta UCI? ¿Funciona igual a las otras? O ¿tiene algún problema particular?
- ¿Qué crees que dificultó que participaras activamente de la participación?

- ¿Qué obstáculos crees que impidieron o afectaron la participación en esta intervención?
- ¿Cómo crees que podríamos superar estos obstáculos o facilitar la participación?

Cierre

Ya terminamos la entrevista. Te agradecemos por tu tiempo y disposición para esta y para la intervención

ANEXO 4. ENTREVISTA DIRECTORA CIENTÍFICA CARDIO VID

Introducción

Buenos días, mi nombre es _____ y hago parte del equipo de psicólogas que está llevando a cabo la intervención en la UCI estos últimos meses. El objetivo de esta entrevista es entender la experiencia durante la intervención, adherencia a la misma, y los retos y oportunidades de mejora de la misma.

A continuación te voy a enseñar el consentimiento informado para la entrevista, y si decides participar, lo firmas y confirmas verbalmente tu consentimiento para que quede en la grabación.

Información general

Para empezar queremos conocer un poco sobre ti:

¿Cuál es tu nombre, cuántos años tienes, qué haces en la UCI y cuánto tiempo llevas acá?

A continuación queremos profundizar sobre la intervención realizada:

Intervención

- ¿Cómo percibiste el proceso de medición?
- ¿Cómo percibiste el proceso de intervención?
- ¿Habían intentado hacer alguna intervención similar en la clínica o en la UCI?
¿Cómo les fue en este proceso?
- ¿Qué obstáculos crees que impidieron o afectaron la participación en esta intervención?

- ¿Cómo crees que podríamos superar estos obstáculos o facilitar la participación? En términos de la intervención ambiental ¿qué podríamos hacer diferente para lograr los cambios diseñados?
- En términos administrativos y organizacionales, ¿cómo crees que podríamos comunicar y implementar de forma exitosa los cambios de la intervención? ¿Cómo podríamos promover la participación e implementación? ¿Cómo hay que comunicarlo? ¿Desde dónde?

En una escala del 1 al 10, qué tan satisfecha estás con la intervención para disminuir la percepción de carga laboral?

Cierre

Ya terminamos la entrevista. Te agradecemos por tu tiempo y disposición para esta y para la intervención

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en la investigación

LA COMPASIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: EL CUIDADO A PACIENTES Y PROFESIONALES EN SALUD

Yo, _____, he sido invitado a participar en la presente investigación, la cual se realizará entre la Clínica CardioVID y la Universidad EAFIT. El trabajo de tiene como objetivo diseñar e implementar una intervención comportamental para aumentar la calidad de vida de los pacientes y profesionales de la Clínica CardioVID mediante la promoción de ambientes y prácticas compasivas.

He sido informado que haré parte de una entrevista en la que se me harán preguntas generales respecto a mis datos sociodemográficos y percepciones generales frente a la intervención llevada a cabo.

He sido informado de que se hará todo el esfuerzo posible por mantener la confidencialidad de mi resultados en el presente estudio. Solamente los investigadores podrán tener acceso a mi historia médica y a mis resultados. Si los resultados del presente estudio son publicados en ningún momento mi nombre será incluido. En todo momento mi identidad y mis datos personales permanecerán de forma confidencial. Esto teniendo presente que la información a la cual se tenga acceso en virtud y con ocasión del presente proyecto de investigación, suministrada, facilitada, colectada, conservada y procesada durante la ejecución del presente proyecto, será utilizada por las partes con estricto cumplimiento con lo preceptuado en las normas constitucionales, legales y desarrollos jurisprudenciales en materia de protección de datos personales.

Yo entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto conlleve ningún tipo de penalidad. También entiendo que los investigadores tienen todo el derecho retirarme del estudio en cualquier momento.

Si tuviera alguna pregunta respecto a la presente investigación, deberé ponerme en contacto con:

Doctora Paola Sánchez, Clínica CardioVID. Correo electrónico: psanchezz@vid.org.co

Psicóloga Mariantonia Lemos, Universidad EAFIT. Correo electrónico: mlemosh@eafit.edu.co

He leído el presente consentimiento y manifiesto que lo entiendo completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y al estudio han sido respondidas de manera satisfactoria y estoy de acuerdo en participar en él.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____