



**Universidad
Europea** CANARIAS

De persona a persona.

Propuesta de intervención del burnout en psicólogas generales sanitarias

Trabajo de Fin de Máster

Autor/a: Arabia Díaz Negrín

Tutor/a: Jennifer Davinia Castrillo Felipe

Facultad de Psicología - Universidad Europea

Máster en Psicología General Sanitaria

27 de mayo de 2024

Campus de la Orotava

Calle Inocencia García, 1

38300 la Orotava 38002 Santa Cruz de Tenerife universidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz

C/ Valentín Sanz, 27

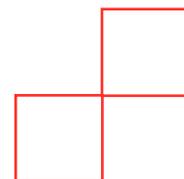




Tabla de Contenido

Resumen	3
Abstract	4
Introducción.....	5
Intervención.....	13
Participantes.....	13
Desarrollo del Programa de Intervención.....	13
<i>Estructura del Programa</i>	14
<i>Contenidos y Actividades</i>	16
<i>Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales</i>	28
<i>Temporalización de las Sesiones</i>	30
Evaluación de la Intervención	32
Conclusiones.....	35
Referencias	39
Anexo I.....	45
Anexo II	48

Resumen

Las demandas familiares, económicas y el estrés laboral han llevado a la sociedad a un aumento de las consultas psicológicas en los últimos años. A este respecto, algunos/as psicólogos/as manifiestan sentirse agotados/as debido a la carga de trabajo. El profesional de la psicología no está exento de riesgos psicosociales y puede desarrollar desgaste emocional, una actitud cínica hacia los/as pacientes y baja realización personal; síntomas característicos del llamado síndrome del burnout. Asimismo, son las psicólogas mujeres las que mayor riesgo presentan de padecer este síndrome, dado que a las condiciones laborales se les añade otros riesgos como la presión social, los roles de género y la demanda sociofamiliar. Por lo tanto, el objetivo principal de este programa es intervenir en la sintomatología del síndrome del burnout en mujeres psicólogas generales sanitarias. La intervención es de corte longitudinal, administrándose el Inventario de Burnout para Psicólogos (IBP) y el Inventario de síntomas de estrés (ISE) de Benevides et al. (2002) antes y después del tratamiento. El programa está formado por diez sesiones semanales, en el que se utilizan diferentes técnicas y recursos (psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades, sesiones clínicas, entre otros). Se espera que tras finalizar la intervención se reduzcan las puntuaciones en las dimensiones del burnout (despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional) y en los síntomas de estrés, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post-tratamiento.

Palabras clave: síndrome de burnout, estrés laboral, desgaste emocional, profesionales de la psicología, intervención, evaluación

Abstract

Family and economic demands and work stress have led society to an increase in psychological consultations in recent years. In this regard, some psychologists report feeling exhausted due to the workload. The psychology professional is not exempt from psychosocial risks and can develop emotional exhaustion, a cynical attitude towards patients and low personal fulfillment; characteristic symptoms of the burnout syndrome. Likewise, female psychologists are the ones at greatest risk of suffering from this syndrome, given that other risks such as social pressure, gender roles and socio-family demands are added to working conditions. Therefore, the main objective of this program is to intervene in the symptoms of burnout syndrome in female general health psychologists. The intervention is longitudinal, administering the Psychologists Burnout Inventory (PBI) and the Stress Symptoms Inventory (SSI) by Benevides et al. (2002) before and after treatment. The program is made up of ten weekly sessions, in which different techniques and resources are used (psychoeducation, relaxation, cognitive restructuring, skills training, clinical sessions, among others). It is expected that after completing the intervention, the scores in the dimensions of burnout (depersonalization, low personal achievement and emotional exhaustion) and stress symptoms will be reduced, with statistically significant differences being found between the pre- and post-treatment measures..

Keywords: burnout syndrome, work stress, emotional exhaustion, psychology professionals, intervention, evaluation

Introducción

En 1948, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como *“un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta concepción pone de manifiesto que los aspectos físicos, mentales y sociales se encuentran al mismo nivel y tienen el mismo peso sobre la salud general de las personas y, por ello, ninguno de los tres aspectos debe ser ignorado o subestimado. No obstante, en la actualidad, la desinformación, la estigmatización y la falta de conciencia entre la población sobre la salud mental conlleva que esta aún no tenga la atención que merece (Ministerio de Sanidad, 2022).

En España, consultando la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Sistema Nacional de Salud de España, en el año 2020 se pone de manifiesto que los problemas más frecuentes de salud mental son el trastorno de ansiedad (8,8 % en mujeres y 4,5 % en hombres); seguido de los problemas del sueño (15,8 % mujeres y 5,1 % hombres) y el trastorno depresivo (12 % en mujeres y menos de la mitad, 5 % en hombres). Revisando estos datos, se puede apreciar que el porcentaje de mujeres es llamativamente mayor al de hombres. En esta misma línea, la BDCAP recoge que, de 16 problemas de salud mental analizados, la proporción de mujeres fue mayor en 10 de ellos. Además, se manifiesta que la frecuencia de los problemas psicológicos en general es de 30,2 % en mujeres comparado con un 24,4 % en los hombres (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

La explicación sobre la mayor prevalencia de trastornos mentales en la población femenina puede deberse a múltiples factores. Entre ellos, las diferencias biológicas, sobre todo del sistema endocrino, que contribuyen a cambios en el estado de ánimo, haciendo a las mujeres más propensas a padecer un trastorno anímico especialmente en la fase premenstrual (Majewska,

1996). No obstante, estudios posteriores ponen en duda esta teoría biologicista y reclaman la importancia del ámbito sociocultural (Ussher y Perz, 2010). Las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres inherentes en la sociedad actual (desigualdad salarial, mayor carga de trabajo doméstico, menores oportunidades laborales, más presión social, mayores tasas de acoso laboral, etc.) generan mucho más estrés entre las mujeres y las hacen menos accesibles a recursos para poder hacer frente a esas situaciones (Borrell et al., 2014). En cualquier caso, también se contempla la hipótesis de que las diferencias entre hombres y mujeres, en materia de salud mental, se deban a las diferentes formas de expresar la sintomatología (las mujeres parecen experimentar mayores síntomas emocionales y los hombres, mayores síntomas cognitivos) que en los instrumentos de evaluación no se está teniendo en cuenta (Smith et al., 2018). Asimismo, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda en los servicios ambulatorios especializados es mayor al de los hombres, lo que podría estar sesgando los resultados (Montero et al., 2004).

Considerando todos los datos anteriores, se hace evidente la importancia del papel del/a psicólogo/a en la sociedad actual; viéndose aumentada la demanda de consultas psicológicas en los últimos años. Según una encuesta realizada por la Asociación Americana de Psicología (APA) en 2023, más de la mitad de los/as psicólogos/as encuestados/as han notado en los últimos años un aumento en la cantidad de pacientes, en la gravedad de los síntomas y en el número de sesiones necesarias para tratar a un mismo paciente. Además, en la misma encuesta, se reveló que los propios profesionales de la psicología manifestaban agotamiento debido al mayor volumen de trabajo en consulta; adoptando, incluso, nuevas estrategias para poder adaptarse a la alta demanda.

Actualmente, la sociedad se encuentra con multitud de exigencias relacionadas, sobre todo, con la familia y el trabajo: dificultades financieras, conciliación familiar, competitividad laboral, desarrollo de nuevas tecnologías, malas condiciones laborales, alta carga de trabajo, etc. (Gómez y Gómez, 2004). Cuando estas exigencias o demandas del trabajo son elevadas o no se adaptan a los recursos, capacidades y/o necesidades de una persona, se generan reacciones de estrés que ponen en riesgo la salud del/a trabajador/a y el buen funcionamiento de la organización (Merino-Plaza et al., 2018). En el ámbito laboral, los estresores pueden ser estímulos físicos (temperatura, ruido, actividades repetitivas, tareas peligrosas...) (Moreno, 2011) y psicosociales, que según la OMS (2022) son: excesiva carga de trabajo, horarios laborales prolongados, sensación de falta de control o incompetencia, conflicto de roles o roles poco definidos, inseguridad laboral, violencia o acoso, mala conciliación familia-trabajo, entre otros.

Según el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (citado en González, 2024), en 2023 se registraron en España un total de 600.184 bajas laborales temporales relacionadas con la salud mental; una cifra que ha supuesto más del doble en comparación con los resultados de tan solo hace siete años (283.912 casos registrados en 2016). En este contexto, según Gil-Monte (2001), las dos causas que más absentismo laboral, incapacidad y accidentalidad ocasionan son: el estrés laboral y el llamado síndrome del quemado o burnout.

En lo relativo al primero, el estrés laboral se puede definir como una respuesta del organismo ante una situación, acontecimiento o circunstancia relacionada con el trabajo que se percibe como amenazante o en la que se siente que no se tiene los recursos disponibles para hacerle frente (Barrio et al., 2006). Si el estresor se mantiene en el tiempo, el coste biológico que

le supone al organismo regularse constantemente para mantener el equilibrio (homeostasis) puede hacer que termine enfermando (McEwen, 2006). Además, el estrés posee tanto un efecto directo en los sistemas inmunológico y endocrino, desregulándolos (Belloch et al., 2020); como indirecto, al reducir las conductas saludables y aumentar aquellas relacionadas con la enfermedad (fumar, ingerir medicamentos, no realizar ejercicio físico, aumentar el consumo de grasas saturadas y azúcares, etc.) (Guerrero, 1997).

El síndrome del quemado, burnout o del agotamiento emocional no se define como un sinónimo de estrés laboral, sino que más bien se considera como una fase avanzada y crónica de ese estrés (Gil-Monte, 2003). El término fue empleado por primera vez por Freudenberger (1974) cuando descubrió, trabajando en una clínica de desintoxicación, que la mayoría de los/as voluntarios/as al cabo de un año mostraban agotamiento, ansiedad, desmotivación, irritación lábil y una actitud cínica y de evitación hacia los/as pacientes. Posteriormente, Maslach y Jackson profundizaron en esta problemática. Según las autoras, el síndrome de burnout podría definirse como un conjunto de síntomas que pueden englobarse en tres dimensiones principales: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach y Jackson, 1982). Según sus definiciones, el agotamiento emocional, asociado a la carga de trabajo, está caracterizado por sentimientos de insuficiencia, sensación de falta de recursos, abatimiento, ansiedad e irritabilidad. La despersonalización incluye actitudes negativas y cínicas hacia las personas, tanto compañeros/as como clientes. Por último, la baja realización personal, relacionada con la autoevaluación negativa, hace referencia a sentimientos de fracaso, baja autoestima, pérdida de confianza en la realización personal, autoconcepto negativo y baja motivación de logro.

Este síndrome puede darse en cualquier profesión, no obstante, parece ser más propio de aquellos trabajos en los que se asiste directamente a personas en una situación de dependencia o necesidad (Maslach y Jackson, 1982). Las consecuencias del síndrome de burnout pueden ser físicas (dolores de cuello, úlceras, cefaleas, taquicardias, insomnio, entre otras), psicológicas (irritabilidad, depresión, respuestas rígidas e inflexibles, ansiedad, baja tolerancia a la frustración, etc) y conductuales (aislamiento social, consumo de sustancias, ausentismo laboral, expresiones de hostilidad, entre otras) (Borda et al., 2007). Estas consecuencias no solo resultan ser un problema para la persona, sino también para la propia organización. Un/a empleado/a abrumado/a disminuye su productividad, no ejecuta las tareas adecuadamente, perjudica al desarrollo laboral, no favorece al ambiente sociolaboral y, sobre todo, representa un alto coste para la propia empresa (Silva, 2000; y Gil-Monte, 2006; citados en Benevides et al. 2010). Por estos motivos, y considerando el aumento en las cifras de bajas laborales relacionadas con la salud mental en España, cada vez son más los trabajos que pretenden evaluar e intervenir sobre el desgaste profesional de diferentes colectivos (médicos/as, enfermeros/as, policías, profesores/as). Ahora bien, aún son pocos los trabajos que han puesto el foco de atención en los/as psicólogos/as; quienes, como se mencionó anteriormente, están viendo desbordadas sus agendas durante los últimos años. Como es de esperar, este colectivo no está exento de riesgos psicosociales en el trabajo. Al igual que en otras profesiones, los/as psicólogos/as también están expuestos a malas condiciones laborales, exceso de trabajo, remuneración insuficiente, dificultades en las relaciones laborales, horarios de trabajo prolongados, inseguridad financiera, etc., pero, además, el ejercicio de la psicología lleva consigo otro tipo de riesgos más específicos de la profesión (Benevides et al. 2002).

El profesional de la psicología mantiene una relación muy próxima con el/la paciente, con el/la cual se implica, en cierta medida, emocionalmente; encontrándose muy expuesto al sufrimiento humano y al dolor. Esta exposición e implicación, unidos a dilemas personales que surgen en la profesión, pueden llevar al/a psicólogo/a a estados emocionales que repercuten en su propia vida privada y a desarrollar mecanismos de defensa al intentar alejarse emocionalmente del sufrimiento de sus pacientes (despersonalización y cinismo) (Benevides et al. 2010).

Asimismo, el exceso de trabajo, la falta de autocuidado, la rutina y/o la presión constante son elementos que disponen al estrés y al burnout (Benevides et al., 2002). La confusión de roles que puede darse al extender su ayuda profesional a su ámbito personal y la exigencia de la sociedad al creer que los/as psicólogos/as saben resolver todo tipo de problemas y deben estar siempre dispuestos a atender y ayudar al resto de personas, se asocian con el cansancio emocional y la despersonalización del burnout (Benevides et al. 2010).

Por otra parte, otro de los aspectos relacionados con el síndrome del quemado en psicólogos/as es el perfeccionismo. Los/as psicólogos/as que son perfeccionistas de una forma desadaptativa, es decir, que son excesivamente autocríticos/as, persiguen metas poco realistas y tienen altas expectativas sobre sus pacientes, presentan mayores niveles de estrés, frustración e insatisfacción laboral, lo que hace que sea más probable que desarrollen el síndrome de burnout (Hill y Curran, 2015).

Además, y volviendo a las diferencias de género, las mujeres generalmente puntúan más alto en rasgos relacionados con el perfeccionismo; presentan más implicación en el trabajo y tienen mayores expectativas laborales, lo que las hace más propensas a la frustración (Gómez, 2008). Estos aspectos, unidos a la mayor demanda socio-familiar, la presión social, los roles de

género y la mayor predisposición emocional por y para los demás, las hace más vulnerables al desgaste emocional (Bacigalupe et al., 2020). En consonancia con lo anterior, en un estudio realizado por Ortiz y Ortega (2008) se encontró, en una muestra de psicólogos/as, que la mayoría de las afectadas, con puntuaciones altas en síndrome de burnout, eran mujeres.

Por último, en lo relativo a los factores de riesgo en la profesión de la psicología, cabe señalar que un aspecto que se puede considerar causa y, a la vez, consecuencia del burnout es el aislamiento social. En ocasiones, la profesión de la psicología puede llegar a ser muy solitaria y el agotamiento mental, la disminución de la empatía y el cinismo pueden generar que los/as profesionales se alejen de su entorno sociofamiliar y de sus compañeros/as de trabajo; agravando así la sintomatología relacionada con la despersonalización (Partarrieu, 2018).

En contraposición a lo mencionado anteriormente sobre los riesgos psicosociales, es importante destacar que, según la OMS (2022), tener un trabajo es un factor de protección de la salud mental, dado que aporta sentimientos de confianza, pertenencia y logro, proporciona oportunidades para establecer relaciones positivas y ayuda a la creación de rutinas beneficiosas. Así mismo, la profesión de la psicología no sólo conlleva riesgos, sino que presenta aspectos muy positivos como la alta satisfacción personal, el desarrollo de la capacidad de introspección y autorreflexión, la adquisición de conocimientos y herramientas sobre la gestión emocional y la ganancia de mayores habilidades sociales (Benevides et al. 2002).

Considerando todo lo expuesto, y en vista de la poca bibliografía encontrada sobre la salud mental de los/as psicólogos/as, se ha desarrollado este proyecto con la intención de aproximarse a futuras investigaciones y trabajos. Asimismo, se ha decidido escoger como población diana a mujeres psicólogas generales sanitarias que ejercen activamente la profesión,

dado que, según diversos autores, las mujeres tienen más riesgo de padecer este tipo de trastorno (Ortiz y Ortega, 2008; Rocha et al. 2010 y Bacigalupe, 2020).

Por lo tanto, el objetivo principal de este proyecto es diseñar un programa de intervención eficaz para reducir la sintomatología del síndrome de burnout en psicólogas generales sanitarias, mejorando en consecuencia su bienestar mental, físico y social.

Como objetivos específicos se han definido:

- Evaluar las dimensiones del síndrome del quemado o burnout en un grupo de psicólogas y establecer una línea base para la intervención.
- Reducir la sintomatología y, con esta, la puntuación de las participantes en las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.
- Conseguir una reconexión con la profesión.
- Aportar herramientas de gestión del tiempo y la agenda.
- Desarrollar técnicas de gestión emocional y del estrés para disminuir la sintomatología asociada.
- Facilitar la cooperación, comunicación y derivación entre profesionales.
- Prevenir futuros riesgos psicosociales en el trabajo.
- Impulsar el desarrollo de nuevos planes de intervención o investigación en el campo de los riesgos laborales dentro de la profesión de la psicología.

Intervención

Participantes

El programa va destinado a mujeres psicólogas generales sanitarias que se dediquen en activo a la terapia psicológica presencial en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (Islas Canarias, España).

Como criterios de inclusión se encuentran que trabajen por cuenta propia (sean profesionales autónomas), estén dadas de alta en el Colegio Oficial de Psicología (COP) Las Palmas, tengan una experiencia mínima de un año realizando terapia psicológica, puntúen de moderado a alto en el Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP) de Benevides et al. (2002) y quieran participar de forma voluntaria en el programa.

Como criterios de exclusión están que dispongan de más de un puesto laboral (ya sea en la misma o en varias empresas/organizaciones), que se encuentren de baja médica y/o posean un diagnóstico oficial de trastorno mental.

Desarrollo del Programa de Intervención

Este plan de intervención sigue un diseño cuasiexperimental, dado que las participantes no son seleccionadas al azar, sino que se escogen de una población que cumple una serie de criterios previamente definidos. No obstante, dado que el programa tiene un número limitado de plazas, se seleccionan las 30 participantes con puntuaciones entre moderadas y altas en los inventarios y que den su consentimiento para participar. Asimismo, se reparte, de forma aleatoria, a cada una en uno de los cinco grupos que se forman. Por ende, el programa completo está formado por cinco grupos de seis participantes, no obstante, desde que haya suficientes voluntarias para formar mínimo un grupo se puede comenzar con el plan de intervención.

Estructura del Programa

El plan de intervención se lleva a cabo en cuatro fases. En la primera de ellas se realiza la evaluación inicial (pre-test) con cada voluntaria, se selecciona a las 30 participantes que cumplan todos los criterios establecidos y se forman los seis grupos de trabajo. En la segunda fase se lleva a cabo el plan de intervención dividido en seis módulos. Posteriormente, en la tercera fase, justo al terminar el programa, se realiza la evaluación final (post-test). Por último, en la cuarta fase, se lleva a cabo un seguimiento del proceso seis meses después de la intervención con el objetivo de evaluar los resultados a medio plazo y de prevenir posibles riesgos psicosociales y recaídas.

La primera, tercera y cuarta fase se describen más detalladamente en el apartado “evaluación del programa” de este proyecto (p. 32).

En la segunda fase, momento en el que se aplica el plan de intervención, se utilizan cuatro recursos diferentes: intervención grupal, sesiones clínicas, sesiones sociodeportivas e intervención individual.

La intervención grupal es de carácter obligatorio y la dirige una psicóloga con habilitación sanitaria especializada en psicología clínica, acompañada de una psicóloga con habilitación sanitaria especializada en gestión del estrés laboral y síndrome de burnout. Las sesiones grupales se reparten en seis módulos de duración variable relacionados con las tres dimensiones del síndrome del quemado. Los módulos en cuestión son: (1) presentación y psicoeducación breve; (2) reconexión con la profesión; (3) gestión del tiempo y la agenda; (4) autocuidado y gestión emocional y del estrés; (5) apoyo social y profesional y (6) prevención de riesgos psicosociales.

Al margen del material que se imparte en la intervención grupal, se realizan, cada tres semanas, sesiones clínicas que tienen como objetivo aportar a los miembros de cada equipo un espacio donde compartir, debatir y analizar casos o situaciones complejas que se dan en la consulta clínica. Estas sesiones son una oportunidad para conocer las opiniones de otras expertas, actualizar los protocolos de actuación, disponer de nuevas herramientas y recursos y crear una cartera de profesionales a quienes derivar a pacientes en el supuesto de ser necesario. Este recurso está dirigido por la psicóloga especializada en psicología clínica.

Asimismo, durante el transcurso del programa, se facilita a las participantes, en colaboración con un centro deportivo, el acceso a diferentes actividades (yoga, pilates, entrenamiento funcional, bailes, etc.). Lo que se busca con este recurso es ayudar a disminuir los niveles de estrés en las participantes y mejorar su estado de ánimo (Salazar et al. 2019).

Por otro lado, las sesiones individuales son un recurso voluntario que tiene como objetivo trabajar aspectos más concretos y específicos de la persona que no es posible trabajar a nivel grupal y pueden generar interferencias en el proceso. La disponibilidad es de una sesión individual al mes por persona y las sesiones las lleva a cabo la psicóloga especializada en psicología clínica.

Conocidos los recursos a utilizar, en relación con las tres dimensiones del síndrome de burnout, el agotamiento emocional se trabaja, sobre todo, en la intervención grupal en los módulos 3 (gestión del tiempo y la agenda) y 4 (autocuidado y gestión emocional y del estrés), donde se realizan debates, reestructuración cognitiva sobre pensamientos disfuncionales y se facilita herramientas para el autocuidado, la gestión del estrés y la gestión del tiempo. Las

sesiones sociodeportivas también son un recurso enfocado a reducir el agotamiento emocional y mental.

La dimensión “baja realización personal” se trabaja sobre todo en el módulo 2 (reconexión con la profesión), cuyo objetivo es recuperar la vocación hacia la profesión, reajustar el enfoque hacia las recompensas y mejorar la autoestima y el autoconcepto relacionado con el trabajo.

La última dimensión, la despersonalización, se trabaja junto con la realización personal en el módulo 2 (reconexión con la profesión), en las sesiones clínicas y en el módulo 5 de apoyo social y profesional.

Contenidos y Actividades

La intervención grupal que compone este programa está dividida en diez sesiones repartidas en seis módulos.

Módulo 1. Presentación y Psicoeducación Breve.

Duración del módulo: 2 horas (1 sesión)

Objetivos: presentar a las participantes que forman el grupo, exponer en qué consiste el programa de intervención y cuáles son sus objetivos, concretar las normas y los horarios, generar un clima de confianza y dar a conocer los conceptos básicos del burnout en relación con el trabajo de las psicólogas generales sanitarias.

Tabla 1.

Sesión 1. Materiales y actividades

Materiales	Pizarra blanca, rotuladores de pizarra, libretas y bolígrafos.
-------------------	--

Actividad 1	Presentación: para conocer al grupo y crear un clima de confianza, se comienza la sesión presentándose. Cada participante debe decir su nombre, en qué área de la psicología trabaja y cuáles son sus expectativas sobre el programa. Además, se pide que escoja cinco palabras que le describan como persona.
Actividad 2	Psicoeducación sobre el burnout: se realiza una puesta en común sobre qué síntomas consideran que son característicos del burnout, cuál podría ser la definición de esta problemática y cuáles creen que son sus consecuencias. Tras la puesta en común, se les proporciona retroalimentación sobre sus respuestas y se completa la información a través de psicoeducación.
Actividad 3	Experiencias reales: en esta actividad, se solicita que expresen cómo se han sentido este último mes en el trabajo e identifiquen qué síntomas han tenido. Asimismo, se les plantea la situación hipotética de un paciente que acude a consulta con esa sintomatología y se les pide que describan qué recomendaciones le darían como profesionales de la psicología. Por último, se les cuestiona si esas mismas recomendaciones las han llevado a cabo en su situación.
Actividad 4	Presentación del programa: se define de forma explícita en qué se basa el plan de intervención, cuáles son los objetivos, la duración, los horarios, los medios de comunicación, las normas y los recursos de los que disponen durante el transcurso del programa.
Actividades para casa	Escribir en la libreta que se les facilita, qué razones le hicieron estudiar psicología y qué razones, dedicarse a la profesión. Además, se solicita que se cuestionen si las motivaciones que tenían al principio, cuando comenzaron a trabajar en la profesión, siguen siendo las mismas que tienen actualmente.

Módulo 2. Reconexión con la Profesión.

Duración del módulo: 2 horas (1 sesión)

Objetivos: recuperar la vocación hacia la profesión, reajustar el enfoque hacia las recompensas, mejorar la autoestima y el autoconcepto relacionado con el trabajo, alzar la realización profesional y disminuir los sentimientos característicos de la despersonalización.

Tabla 2.

Sesión 2. Materiales y actividades

Materiales	Libretas, bolígrafos, pizarra y rotulador de pizarra.
Actividad 1	Puesta en común: al comenzar la sesión, se hace una puesta en común de la actividad prescrita para casa en la sesión anterior. Se describen los motivos por los que decidieron dedicarse a la profesión y se realiza una comparación entre esos motivos y los actuales. Se debaten las incongruencias que haya entre los motivos pasados y presentes.
Actividad 2	Yo como profesional: se solicita a las participantes que describan cómo consideran que es un buen profesional de la psicóloga; qué características debe poseer. Luego, se pide que se definan a sí mismas como profesionales de esta disciplina. Se comparan ambas respuestas y se razonan o debaten. Además, se cuestiona qué podrían hacer para mejorar como profesionales y se debaten varios mitos relacionados con la salud mental de los/as psicólogos/as.
Actividad 3	Aspectos positivos de la profesión: se solicita que describan cosas buenas que le han pasado en el trabajo la última semana. Posteriormente, se insta a que rememoren un caso clínico que les haya hecho ilusionarse con la profesión y sentirse orgullosas y satisfechas con su trabajo. Para terminar, se solicita que definan una lista de cosas que agradecen de su trabajo.
Actividades para casa	En la libreta, llevar un registro de su rutina diaria, de las actividades que realizan cada día y del tiempo que les lleva cada actividad.

Módulo 3. Gestión del Tiempo y la Agenda.

Duración del módulo: 6 horas (3 sesiones de 2 horas)

Objetivos: desarrollar estrategias de gestión del tiempo efectivas, detectar y modificar rutinas o métodos disfuncionales, aprender a manejar diferentes plataformas de organización y gestión para profesionales de la psicología y disminuir el agotamiento emocional.

Tabla 3.

Sesión 3. Materiales y actividades

Materiales	Libretas, bolígrafos, ordenador, televisor o pantalla, pizarra y rotulador de pizarra.
Actividad 1	Introducción: responder entre todas a las preguntas: <i>¿por qué es importante gestionar el tiempo?</i> y <i>¿cómo me organizo mi día a día?</i>
Actividad 2	Definición de metas: definir qué propósitos personales y profesionales tienen a corto y medio plazo y qué están haciendo para alcanzarlos. Esta actividad se hace en un primer momento de manera individual, anotando las metas o propósitos y, posteriormente, expresando en voz alta lo que hayan apuntado. Si es necesario, entre todas, se ayuda a definir las metas de forma que sean específicas, medibles, alcanzables y tengan una fecha de consecución concreta.
Actividad 3	Matriz Eisenhower: se presenta, a través de un video (Resumen Animado, 2021), la matriz Eisenhower para la planificación de actividades según su urgencia e importancia. Al finalizar la reproducción, se comparten impresiones sobre el video. Posteriormente, en una hoja de la libreta deben dibujar cuatro cuadrados divididos en urgente/importante; urgente/no importante; no urgente/no importante y no urgente/importante. Entre todas las participantes se facilitan varios ejemplos de actividades o demandas del día a día y, utilizando preguntas (<i>¿esta actividad tiene un plazo concreto?</i> <i>¿Sucede algo si no lo hago?</i> <i>¿Es importante para mis metas?</i>), se

	introducen en los recuadros pertinentes. Durante el proceso se debaten las diferentes opiniones.
Actividad 4	Corrección de tareas para casa: se hace una puesta en común del registro prescrito para casa sobre las rutinas de cada participante y se solicita que rellenen la matriz Eisenhower con las actividades mencionadas. Además, se va respondiendo a la pregunta de: <i>¿la semana pasada le di la misma importancia a esa actividad de la que se la estoy dando ahora?</i>
Actividades para casa	Rellenar una nueva matriz Eisenhower durante la siguiente semana y realizar solo aquellas actividades que sean importantes y urgentes, programar aquellas actividades importantes pero no urgentes, intentar delegar lo urgente no importante y no hacer lo que no es urgente ni importante. Asimismo, se solicita que lleven un registro de las emociones y de los pensamientos que les surjan al realizar estos cambios.

Tabla 4.

Sesión 4. Materiales y actividades

Materiales	Libretas, bolígrafos, ordenador, pantalla, presentación sobre recomendaciones para gestión del tiempo, pizarra y rotulador de pizarra.
Actividad 1	Puesta en común de la tarea para casa: se solicita que expresen cómo se han sentido y qué pensamientos les ha venido a la cabeza esa última semana llevando a cabo las indicaciones sobre la matriz de urgencia e importancia. Además, se pregunta con qué resistencias se han encontrado y se realiza reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales a través de diferentes técnicas como el debate socrático, la reducción a lo absurdo, la flecha descendente y <i>¿qué pasaría si...?</i>
Actividad 2	Detección de <i>robotiempos</i>: con la información disponible de las tareas anteriores, se insta a las participantes a buscar qué tipo de actividades les

	está robando tiempo y no les está suponiendo ningún beneficio (por ejemplo, pasar horas revisando las redes sociales).
Actividad 3	Pautas de gestión de agenda: en esta actividad, ayudándose de una presentación, se aportan diferentes estrategias de gestión de la agenda para la consulta clínica. Entre las pautas que se enseñan, sacadas de un podcast de Psicoflix (2023) titulado “Autocuidado del terapeuta y gestión de agenda con Paula Cabal y Gema García -Episodio 192”, se encuentra: buscar un hueco por las mañanas a primera hora para organizar el resto del día, definir unas horas concretas a la semana para el trabajo no asistencial (revisar el correo, hacer facturas, llamar a otros profesionales, realizar gestiones, etc.), dejar huecos libres en la semana para posibles urgencias, definir qué tareas se pueden derivar, agendar cursos o formaciones que se tengan previstos y establecer horarios concretos de trabajo y descanso.
Actividades para casa	Una vez detectadas las actividades <i>robotiempo</i> , se solicita que delimiten el tiempo dedicado a estas y las modifiquen por otras actividades que les resulten más gratificantes o estimulantes. También se les pide que detecten si hay momentos o actividades que, realizando un pequeño cambio, podrían mejorar considerablemente la calidad de su rutina (por ejemplo, si despertándose 10 minutos antes tendrían más tiempo para organizar el día).

Tabla 5.

Sesión 5. Materiales y actividades

Materiales	Libretas, bolígrafos, ordenadores, pantalla o televisor, plataformas de gestión de consultas, rotulador de pizarra y pizarra.
Actividad 1	Puesta en común de los cambios realizados la última semana: se describe cómo les ha ido al implementar cambios en su rutina y al eliminar aquellas actividades que les quitaba tiempo y no les aportaba ningún beneficio.

Actividad 2	Plataformas: formación sobre diferentes plataformas de gestión de consultas para profesionales de la psicología. Se instruye a las participantes para el uso de plataformas online que permiten organizar las citas de los/as pacientes de una forma más sencilla, realizan facturas de forma automática al introducir un pago, aportan una base de datos cumpliendo la normativa de protección de datos y posibilitan llevar un mayor control de los ingresos, recibos y facturas.
Actividad 3	Puesta en práctica: se permite a las participantes que practiquen con las diferentes plataformas, aprendan cómo descargarlas o contratarlas y resuelvan cualquier duda.
Actividades para casa	Llevar un registro del tiempo que se dedican a sí mismas diariamente y de las actividades que practican y les resultan gratificantes.

Módulo 4. Autocuidado y Gestión Emocional y del Estrés.

Duración del módulo: 6 horas (3 sesiones de 2 horas)

Objetivos: aportar estrategias para la gestión emocional y del estrés, propiciar el descanso y el autocuidado de las profesionales, proporcionar un espacio seguro donde expresar sus emociones y exponer sus pensamientos, aprender a poner el foco en el presente y disminuir el agotamiento emocional y los sentimientos característicos de la despersonalización.

Tabla 6.

Sesión 6. Materiales y actividades

Materiales	Libretas, bolígrafos, impresión de la metáfora de la actividad 1, pizarra y rotulador de pizarra.
Actividad 1	La sierra: para comenzar el módulo del autocuidado, se utiliza la metáfora de afilar la sierra de Covey (2021, p. 347). Se debaten las impresiones.

Actividad 2	Reevaluación de la rutina: se analiza la tarea para casa de la sesión anterior sobre el registro de tiempo que cada psicóloga se dedica a sí misma. Se aporta psicoeducación sobre la importancia de darse ese espacio y se facilitan algunas recomendaciones (agendar el autocuidado, limitar la exposición a estímulos traumáticos de películas, libros, series, etc., mejorar hábitos alimenticios y de ejercicio físico, adaptar la agenda a las demandas personales, tomarse descansos entre sesiones, hidratarse, entre otros).
Actividad 3	Autoconocimiento: se insta a que busquen señales en sí mismas que les permita adelantarse al desgaste emocional. Luego, se solicita que hagan una lista de cosas que les podría ayudar en ese momento.
Actividad 4	Reestructuración cognitiva: se ofrecen diferentes afirmaciones que pueden darse en la práctica clínica como: “ <i>debo tener éxito siempre con mis pacientes</i> ”; “ <i>debo gustar a todos mis clientes</i> ”; “ <i>debo atender a toda persona que solicita mi ayuda profesional</i> ”, etc. Las participantes pueden aportar pensamientos que les hayan surgido alguna vez y, entre todas, cuestionar y debatir esas ideas.
Actividades para casa	Realizar una carta de autocompasión. La idea es escribir una carta autocompasiva a sí mismas, pero como si fueran un/a amigo/a que las quiere ayudar en esos momentos de autocrítica y exigencia. La idea es ver la situación desde otra perspectiva y aprender a hablarse con amabilidad y cariño.

Tabla 7.

Sesión 7. Materiales y actividades

Materiales	Libretas, bolígrafos, ordenador, pantalla o televisor, imagen para la actividad 2, video para la relajación, pizarra y rotulador de pizarra.
Actividad 1	Demarcación de límites: se debate qué límites han impuesto a su práctica laboral y a sus pacientes. Posteriormente, se ofrece algunas

recomendaciones como: tener un horario de trabajo concreto, apagar el teléfono fuera del horario, establecer con los pacientes unos límites sobre llamadas y mensajes, respetar la duración de las sesiones, delegar pacientes, definir criterios sobre qué hacer cuando un cliente se retrasa o cancela en el último momento, entre otros.

Actividad 2 **La culpa:** se puede sentir culpa cuando se ponen límites a los demás o en el trabajo, por ello es fundamental trabajar esta emoción. Para ello, se facilita al grupo la imagen de la pintura “El remordimiento de Orestes” de William-Adolphe Bouguereau y se reflexiona sobre cómo creen que se sienten las personas que aparecen en el cuadro. Se consulta si alguna vez se han sentido así y en qué situaciones; qué han hecho para gestionar esa emoción. Entre todas se reflexiona sobre las vivencias compartidas.

Actividad 3 **Distensión:** se solicita a las participantes que cuenten alguna anécdota que les haya sucedido trabajando y se hayan sentido incómodas; luego se pide que lleven esa anécdota a los más absurdo y la cuenten riéndose. El objetivo de esto es descargar tensión y utilizar el humor en algunas situaciones como estrategia de afrontamiento.

Actividad 4 **Respiración:** dado que en la siguiente sesión se comienza a trabajar con las técnicas de relajación, se finaliza esta sesión con una breve toma de contacto de estas técnicas. El objetivo también es enseñar otra herramienta para las situaciones mencionadas en la actividad anterior. Por lo tanto, en esta actividad, se enseñan varias técnicas de respiración (abdominal, nasal alterna y cuadrada) (Therapyside, 2019). Posteriormente, se practican las técnicas apoyándose de música relajante de fondo (Dreamy Melody, 2024).

Actividades para casa Practicar las técnicas de respiración y probar cuál se ajusta más a sus necesidades. Buscar un alimento que les guste mucho y quieran llevar a la siguiente sesión.

Tabla 8.

Sesión 8. Materiales y actividades

Recomendación	Para esta sesión, más enfocada en técnicas de respiración, relajación y meditación, se recomienda acudir a un lugar tranquilo y que esté rodeado de naturaleza (un parque, por ejemplo).
Materiales	Libretas, bolígrafos, esterillas o mantas y un alimento escogido por las participantes.
Actividad 1	Técnicas de relajación: Se vuelve a practicar las técnicas de relajación explicadas en la sesión anterior y se consulta cuándo las han utilizado, qué han notado al practicarlas y cuáles han sido las resistencias encontradas.
Actividad 2	Vivir en el presente: se instruye a las participantes para la práctica de la atención plena. Para ello, se realiza el mindfulness en cinco pasos de Burch (2010): cinco cosas que puedes ver, cuatro cosas que puedes sentir, tres cosas que puedes escuchar, dos cosas que puedes oler y un sabor (usando el alimento elegido).
Actividad 3	Relajación muscular progresiva: Se practica la técnica de relajación muscular progresiva donde, a través de la atención plena, se van tensando y destensando partes del cuerpo. Para su práctica, se puede utilizar la guía de Moreno (s.f.).
Actividad 4	Confianza: para adentrarnos en el siguiente módulo, acabamos la sesión con una actividad relacionada con la confianza. Todas las participantes se sientan con los ojos cerrados. Una a una, van contando algo que sea importantes para ellas (algún miedo, recuerdo, inseguridad, anécdota...) mientras el resto escucha sin ver ni juzgar.
Actividades para casa	Practicar la atención plena en actividades cotidianas y dejar la práctica simultánea de varias actividades (multitarea).

Módulo 5. Apoyo Social y Profesional.

Duración del módulo: 2 horas (1 sesión)

Objetivos: aportar una red de apoyo social, construir una comunidad de profesionales a las que solicitar ayuda, facilitar la cooperación, comunicación y derivación entre profesionales, disminuir el cinismo y la despersonalización y aumentar la empatía.

Tabla 9.

Sesión 9. Materiales y actividades

Materiales	Bolígrafos, libretas, pelota de ping pong o similar y vaso de plástico.
Actividad 1	La importancia del apoyo: se solicita dos voluntarias para realizar un juego (introducir una pelota en un vaso de plástico a unos metros de distancia). Cada voluntaria puede hacer cuatro lanzamientos. Cuando sea el turno de la primera, se solicita al resto del grupo que no hable y se mantenga en silencio prestando atención; cuando sea el turno de la segunda, se pide al grupo que anime, motive y aconseje a su compañera. Al finalizar, se consulta cuáles han sido las sensaciones de cada participante y de las compañeras que animaban.
Actividad 2	Práctica en sesión clínica: cada persona debe describir una situación que le haya ocurrido en su práctica clínica y le haya resultado estresante o abrumadora. El resto de las compañeras debe aportar, con asertividad, su opinión y comentar qué recursos o herramientas utilizarían para resolver esa situación.
Actividad 3	Yo como paciente: cada participante describe un caso clínico (inventado o real) y posteriormente, se sitúa en el lado de la paciente y comenta qué cree que esa paciente siente en esa situación, qué cree que espera de la terapia y cómo le gustaría que la tratase su psicóloga en los diferentes momentos de la terapia: en el primer encuentro, durante la sesión y al finalizar.

Actividad 4	Atributos: cada participante dice dos o tres cualidades positivas y fortalezas de sus compañeras relacionadas con la profesión, aportando lo que ha visto y conocido de cada una a lo largo de las sesiones.
Actividades para casa	Incluye varios momentos en la semana para realizar planes sociales con amigos, familia y/o pareja (una llamada telefónica, un almuerzo, un paseo...).

Módulo 6. Prevención de Riesgos Psicosociales.

Duración del módulo: 2 horas (1 sesión)

Objetivos: reconocer posibles resistencias, prevenir riesgos psicosociales, definir logros y aprendizajes y despedir y cerrar el programa.

Tabla 10.

Sesión 10. Materiales y actividades

Materiales	Bolígrafos, libretas, pizarra, ordenador, pantalla y rotulador de pizarra.
Actividad 1	Balance: entre todas se evalúa qué se ha logrado y qué no en el proceso de intervención. Se solicita que definan qué han sentido y qué sienten ahora mismo; cuáles eran sus expectativas iniciales y cuáles son las actuales y qué necesidades tenían antes y qué necesidades tienen ahora.
Actividad 2	Recapitulación: puesta en común de todos los recursos aprendidos durante el programa (herramientas, conocimientos, recomendaciones, etc).
Actividad 3	Logros en movimiento: cada participante destaca que cambios y logros ha alcanzado durante estos meses, para ello, debe situarse en un punto de la sala, describir cómo se encontraba al comenzar la intervención y, poco a poco, con cada paso, ir describiendo qué cambios ha hecho, cómo se ha sentido y cuáles han sido sus logros.

Actividad 4 **Prevención:** se informa de la posibilidad de volver a recaer en antiguas dinámicas y hábitos y de la importancia de saber detectar a tiempo las señales corporales para prevenir el agotamiento extremo. Se resalta la posibilidad de continuar con las sesiones clínicas fuera del taller para seguir recibiendo retroalimentación de las compañeras y para poder ofrecer nuevas formas de afrontamiento.

Actividades para casa **Despedida:** se visualiza imágenes sacadas durante las actividades, se cuentan anécdotas ocurridas durante la intervención, se intercambian impresiones, etc. Se realiza un breve picoteo de despedida.

Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales

Instrumentos.

Para la evaluación se hace uso de un cuestionario, dos inventarios, una escala y una entrevista.

El cuestionario es de elaboración propia e incluye preguntas relacionadas con los criterios de inclusión y exclusión, además de información relativa a variables sociodemográficas y profesionales: edad, lugar de residencia, tipo de formación, años de experiencia, línea teórica preferencial, horario de trabajo, etc. (anexo I).

Para evaluar el burnout se administra el Inventario de Burnout para Psicólogos (IBP) creado por Benevides et al. (2002). Dicho cuestionario, formado por 30 ítems tipo likert (de 1 “nunca” a 6 “siempre”), es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, 1998), pero desarrollado específicamente para evaluar las tres dimensiones del síndrome de burnout en psicólogos/as (cansancio emocional, despersonalización y la realización personal).

Asimismo, el IBP se acompaña de otro cuestionario denominado Inventario de Síntomas de Estrés (ISE) que evalúa las consecuencias fisiológicas, sociales y psicológicas del síndrome del quemado (dolores corporales, dificultades para conciliar el sueño, cansancio mental, problemas de concentración, entre otros) (Benevides et al. 2002). Este inventario está formado por 30 ítems tipo likert que va de 0 “nunca” a 4 “asiduamente”.

Para la evaluación del programa, se selecciona la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) de Nielsen et al. (2004) que evalúa, en cuatro preguntas, tres componentes esenciales: satisfacción, solución del problema y percepción del cambio emocional.

Por último, en la evaluación de seguimiento, seis meses después de finalizar el tratamiento, se realiza una entrevista con cada participante y se solicita información sobre qué aspectos del programa le han resultado beneficiosos, qué herramientas proporcionadas en la intervención utiliza en su día a día, qué aspectos le ha costado más implantar en su quehacer profesional y qué aspectos menos y si sigue manteniendo contacto con el grupo de trabajo.

Recursos Humanos y Materiales.

Para la implementación del proyecto se solicita colaboración al Colegio Oficial de Psicología de Las Palmas (COP Las Palmas), quien facilita las instalaciones donde llevar a cabo las sesiones y, a su vez, proporciona la base de datos para la selección de las participantes y los medios para el envío de los cuestionarios.

Las instalaciones del COP Las Palmas se encuentran ubicadas en la Calle Carvajal, 12, Las Palmas de Gran Canaria (CP: 35004) y cuentan con una sala con pantalla grande, ordenador, impresora, mesa, sillas con palas abatibles y pizarra blanca disponible para su uso. A parte, para completar los materiales, se adquieren folios, libretas, bolígrafos y rotuladores de pizarra.

El programa de intervención lo dirige una psicóloga con habilitación sanitaria especializada en psicología clínica, quien además participa en las sesiones grupales, individuales y coordina las sesiones clínicas. Junto a ella, en las sesiones grupales, hay una psicóloga con habilitación sanitaria especializada en gestión del estrés laboral y síndrome de burnout. La unión de ambas especialidades posibilita el tratar aspectos específicos del trabajo como el estrés laboral, la desmotivación, la falta de refuerzos positivos en este ámbito, etc. y aspectos específicos relacionados con la psicología clínica como la despersonalización, la autoestima, la gestión emocional, etc.

Por último, con el objetivo de cubrir los gastos en recursos humanos y materiales, se solicita una subvención dirigida a programas sociales que ofrecen diferentes fundaciones.

Los recursos humanos y materiales necesarios, junto con el presupuesto, se encuentran mejor detallados en el anexo II.

Temporalización de las Sesiones

El programa está formado por diez sesiones grupales repartidas en seis módulos más tres sesiones clínicas y dos sesiones dedicadas a la evaluación post-tratamiento.

La frecuencia de las sesiones es semanal, por lo que la intervención dura aproximadamente once semanas sin contar con la evaluación que se realiza seis meses después de finalizar el plan. Las sesiones clínicas se realizan cada tres semanas aproximadamente y están programadas de tal forma que coinciden en la misma semana que una de las sesiones de la intervención grupal.

Todas las sesiones (grupales, clínicas y de evaluación) tienen una duración de 2 horas y el horario se puede adaptar a las necesidades de cada grupo. Así mismo, se puede asignar un día a

la semana a cada grupo, por ejemplo, los lunes realizar las sesiones del grupo A; los martes, del grupo B y así sucesivamente; o bien realizar, en el mismo día, las sesiones de un grupo por la mañana y de otro por la tarde.

A continuación, se adjunta el cronograma general del proyecto repartido por semanas. El mismo puede ser modificado en cualquier momento por motivos logísticos y/u organizativos, no obstante, cualquier cambio se comunica con suficiente antelación.

Tabla 11.

Cronograma de las sesiones por semanas

Recurso	Semana nº															
	0	1	2	3	4	5	5	6	7	8	8	9	10	10	11	35
Evaluación inicial	■															
Módulo 1		■ 1														
Módulo 2			■ 2													
Módulo 3				■ 3	■ 4	■ 5										
Sesión clínica 1							■									
Módulo 4								■ 6	■ 7	■ 8						
Sesión clínica 2											■					
Módulo 5												■ 9				
Módulo 6													■ 10			
Sesión clínica 3														■		
Evaluación final															■	
Seguimiento																■

Nota. Los números inmersos en los recuadros azules corresponden al número de la sesión de la intervención grupal.

El inicio de la intervención está programado para el mes de julio, pudiendo cambiarse la fecha según avance la primera parte de la evaluación y la disponibilidad del COP Las Palmas.

Se ha escogido los meses de verano para la realización del programa, dado que son meses en los que el volumen de trabajo es inferior y puede haber mayor participación y adherencia al disponer las participantes de horarios más flexibles.

Dado que el comienzo de la intervención está programado para julio, desde un mes antes se publica, con la colaboración del COP Las Palmas, un anuncio donde se indica el plan de intervención que se va a llevar a cabo. Al mismo tiempo, se envía por correo electrónico la encuesta inicial a las colegiadas, el consentimiento informado sobre la participación en la evaluación y el tratamiento y la protección de datos. Posteriormente, dando comienzo a la fase 1 de la intervención, se realiza la primera selección de las participantes, el envío de los inventarios de evaluación del burnout, la corrección de dichos inventarios y la creación de los grupos. Por último, a principios de julio, se informa a las participantes, vía telefónica, del grupo al que pertenecen y del día de comienzo del programa.

Una vez realizado el plan de intervención, cuya fecha de finalización está estipulada para diez semanas después del inicio, se realiza, a la semana siguiente, la evaluación final. Posteriormente, seis meses después, se realiza la evaluación de seguimiento.

Las fechas se concretan una vez se haya conformado el primer grupo.

Evaluación de la Intervención

Este plan de intervención es de corte longitudinal, tomándose medidas pre-test y post-test. A cada uno de los grupos se le administra el Inventario de Burnout para Psicólogos (IBP) (Benevides et al. 2002) y el Inventario de síntomas de estrés (ISE) (Benevides et al. 2002) antes y después del tratamiento.

La hipótesis de trabajo es que, tanto la puntuación en las tres dimensiones del burnout como la puntuación en los síntomas de estrés, será menor después de la intervención; siendo las diferencias entre las medidas pre y post-test estadísticamente significativas. Las variables dependientes del programa son los síntomas del síndrome de burnout y los síntomas de estrés y la variable independiente es el plan de intervención llamado “De persona a persona”.

Considerando el límite de plazas y que el proyecto trata de un plan de intervención enfocado a aliviar el malestar de un grupo de psicólogas que asisten voluntariamente, siguiendo el principio de beneficencia del código ético, todas las participantes reciben la intervención. Por lo tanto, no hay grupo de control.

En un primer momento, en la denominada *fase I* del programa, se lleva a cabo, con la ayuda del COP Las Palmas, la primera evaluación.

Se envía a todas las colegiadas en el COP Las Palmas un correo electrónico con una breve explicación del proyecto que se va a llevar a cabo, los documentos de consentimiento informado y protección de datos y un enlace a un cuestionario donde se solicita información necesaria para cribar qué personas cumplen con los criterios previamente definidos. Además, se añade en dicho cuestionario, información relativa a otros aspectos sociodemográficos y profesionales: edad, lugar de residencia, tipo de formación, años de experiencia, línea teórica preferencial, horario de trabajo, etc. (anexo I).

Una vez vistas las respuestas, se selecciona a aquellas participantes que hayan cumplido los criterios. Posteriormente, se envía, a estas últimas seleccionadas, un segundo correo con un enlace a dos inventarios con el objetivo de evaluar el síndrome de burnout y los síntomas de estrés. Los inventarios en cuestión son:

- El Inventario de Burnout para Psicólogos (IBP) creado por Benevides et al. (2002), adaptado del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, 1998) y desarrollado específicamente para evaluar las tres dimensiones del síndrome de burnout en psicólogos/as (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal). Este inventario está formado por 30 ítems tipo likert que va de 1 “nunca” a 6 “siempre”. 10 de los ítems miden el cansancio emocional, otros 10, la despersonalización y los últimos 10, la realización personal.
- El Inventario de Síntomas de Estrés (ISE) fue creado por los mismos autores (Benevides et al. 2002) y complementa al IBP. En este caso, se evalúa la sintomatología fisiológica, psicológica y sociopsicológica asociada al síndrome de burnout (dolores corporales, dificultades para conciliar el sueño, cansancio mental, problemas de concentración, entre otros). Este inventario está formado por 30 ítems tipo likert que va de 0 “nunca” a 4 “asiduamente”.

Una vez corregidos los inventarios y seleccionadas las 30 participantes con puntuaciones de moderadas a altas en mínimo dos dimensiones del Burnout, se forman los grupos y se comienza con el plan de intervención (*fase 2* del programa) que tiene una duración de diez semanas. Una vez finalizado, en la semana número once, da comienzo la *fase 3* del programa: la evaluación post-tratamiento. En esta fase, se administra los dos inventarios relacionados con el síndrome de burnout: el IBP y el ISE de Benevides et al. (2002) más la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) de Nielsen et al. (2004). En este caso, se pasan los instrumentos presencialmente y de manera grupal, estando dirigido el proceso por la psicóloga

especializada en psicología clínica. Una vez administradas las pruebas, se corrigen y se realiza una comparativa estadística con los resultados de la evaluación inicial.

Posteriormente, seis meses después, se lleva a cabo la *fase 4* del programa, donde se repite el proceso de evaluación post-tratamiento y se vuelve a citar a las participantes presencialmente para rellenar los cuestionarios del síndrome de burnout: el IBP y el ISE (Benevides et al., 2002). Además, en esta última fase, se les realiza una breve entrevista dirigida por la psicóloga especializada en psicología clínica, en la que se indaga qué aspectos del programa le han resultado más beneficiosos en los últimos meses, qué aspectos no y con qué resistencias se han encontrado.

Conclusiones

Tras la finalización del programa se espera que, tanto la puntuación en las tres dimensiones del burnout como la puntuación en los síntomas de estrés, sea mucho menor; siendo las diferencias entre las medidas pre y post-test estadísticamente significativas.

Considerando las dimensiones por separado, se espera que el agotamiento emocional, que está relacionado, sobre todo, con la carga de trabajo, disminuya al aportar a las participantes herramientas concretas de gestión del tiempo y de la agenda. Además, la instrucción sobre el uso de diferentes plataformas que facilitan la organización del calendario de sesiones, posibilitan la realización de facturas de manera fácil y rápida y permiten llevar un mejor control sobre los ingresos, recibos y facturas, debería aliviar considerablemente el volumen de trabajo, permitiendo a las psicólogas invertir ese tiempo en otro tipo de gestiones o incluso en el propio descanso.

Con las pautas de autocuidado (imposición de límites, descansos en el trabajo y fuera de este, realización de actividades gratificantes, práctica de ejercicio físico, hábitos de alimentación saludable, adaptar la demanda a las necesidades, etc.) y las herramientas de gestión del estrés (técnicas de relajación, búsqueda de apoyos, meditación, entre otros), se espera que disminuya considerablemente el nivel de excitación del organismo (arousal) de las participantes, propiciando un mayor descanso mental y emocional y disminuyendo la sintomatología fisiológica (cefaleas, dolores estomacales, tensiones musculares, etc.). Además, con estas estrategias se espera que mantengan un equilibrio saludable entre la vida privada y la profesional.

En consonancia, el alivio sintomático a nivel emocional, unido a la aportación de grupos de apoyo, tanto personales en las sesiones grupales como profesionales en las sesiones clínicas, se espera que disminuyan el sentimiento de soledad y el distanciamiento afectivo tan característico del burnout. La práctica en empatía, la expresión emocional, los límites y la reestructuración cognitiva, se concibe que ayudan a la despersonalización y a disminuir la actitud cínica hacia los/as pacientes y compañeros/as. La creación de redes de apoyo profesionales y personales permite que aumente su capacidad de enfrentarse a situaciones estresantes, su resiliencia y se alivie la carga de trabajo profesional y doméstico.

Asimismo, se espera que las psicólogas acudan, en alguna ocasión, a alguna sesión individual donde poder expresarse más libremente y poder tratar aspectos más personales que están influyendo en su práctica clínica. También, se concibe que, al verse en la posición de pacientes, se logre cambiar el foco en la práctica clínica, desarrollando mayor empatía y compasión.

En relación con la realización personal, se espera que, con las dinámicas de gratitud, reconexión con la profesión y la definición de aspectos positivos, se cambie el foco de las recompensas y se perciba su trabajo como una fuente de posibilidades, recursos y oportunidades.

Del mismo modo, con la implementación de este programa se espera que, mejorando la salud mental de las propias profesionales de la psicología, se pueda también, en extensión, mejorar la salud de sus pacientes, aportando mayor calidad al proceso y a la alianza terapéutica.

Entre las fortalezas del programa nos encontramos con una intervención que aboga por un enfoque integral en el que se incluyen técnicas cognitivas, conductuales, gestión emocional y de relajación. Además, se aportan diferentes recursos como la intervención grupal, la intervención individual, la práctica sociodeportiva y las sesiones clínicas, abarcando todo el espectro de necesidades que pueden tener las profesionales. El hecho de que el programa lo lleve a cabo dos psicólogas: una especializada en psicología clínica y otra especializada en gestión del estrés laboral y síndrome de burnout, posibilita que se pueda trabajar tantos aspectos específicos del trabajo (el estrés laboral, la desmotivación, la falta de refuerzos positivos en este ámbito, etc.) como aspectos específicos relacionados con la psicología clínica (despersonalización, la autoestima, la gestión emocional, etc.).

Por otro lado, el plan de intervención se desarrolla con la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las necesidades individuales de cada psicóloga, ofreciendo una intervención más personalizada y ajustada a la realidad.

Por último, dado que se generan cambios en las conductas, pensamientos y emociones de las profesionales, el proyecto tiene potencial para mantener los resultados a largo plazo. De la misma manera, puede considerarse como una puerta de entrada a otros proyectos de intervención

en los que se quiera, por ejemplo, ampliar la población diana. También puede servir como base para futuras investigaciones. Asimismo, puede ser el primer paso para construir un proyecto más preventivo que tenga como objetivo que los/as profesionales del sector no lleguen al extremo de despersonalizar a sus pacientes, de sentirse agotados/as y de no saber por qué continúan ejerciendo la profesión. Se puede instaurar incluso, como una formación obligatoria o complementaria para psicólogos/as que están finalizando el Máster en Psicología General Sanitaria.

Aunque las posibilidades y fortalezas de este proyecto son muchas, no está exento de debilidades. Una de ellas es que se debe considerar que la población a la que va dirigido se encuentra en un estado de desmotivación, cansancio y malestar, con una carga considerable de trabajo y que no ha logrado anteriormente encontrar las herramientas necesarias para gestionar el tiempo y el estrés. Esto puede llevar a que no quieran participar en el programa, ya sea por desgana o por encontrarse con las agendas demasiado apretadas. Para intentar solventar esta posible problemática, se ha propuesto realizar el programa en verano, dado que en los meses de julio y agosto el volumen de trabajo suele ser inferior y hay más disponibilidad de horarios. Además, realizar el proyecto en verano puede presentar una ventaja para las participantes porque cuando llegue septiembre y aumente la carga de trabajo, ya tendrían suficientes herramientas para hacer frente a esa situación. No obstante, el hecho de hacerlo en verano también puede provocar que las participantes no se apunten por tener programadas vacaciones. Este aspecto es algo que habría que tener en cuenta al marcar las fechas y poner las normas de asistencia y compromiso con el programa.

Referencias

- American Psychological Association (APA) (5 de diciembre de 2023). *Mental health crisis highlights access challenge*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/news/press/releases/2023/12/mental-health-access-challenges>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 61-67.
- Barrio, J.A., García, M.R., Ruiz, I. y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 1, 37-48
- Belloch Fuster, A., Sandín Ferrero, B. y Ramos Campos, F., (2020). *Manual de Psicopatología. Volumen I*. McGraw-Hill.
- Benevides Pereira, A. M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E. y González Gutierrez, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el “inventario de Burnout de psicólogos”. *Clínica y salud*. 13(3), 257-283.
- Benevides Pereira, T., Porto-Martins, P. C., y Machado, P. G. B. (2010). Síndrome de burnout en psicólogos clínicos. In *Ponencia presentada en el 11vo Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis, Febrero-Marzo. Consultado el* (Vol. 15).
- Boletín Oficial del Estado. (28 de octubre de 2022). *Convenio colectivo de acción e intervención social 2022-2024*. «BOE» núm. 259, 147673 -147738.
- Borda, P. M., Navarro, L.E., Aun, A.E., Berdejo, P.H., Racedo, R.K. y Ruiz, S.J. (2007). Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1), 43-51

- Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D., y O'Campo, P. (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic reviews*, 36(1), 31-48.
- Burch, V., (2010). *Vivir bien, con el dolor y la enfermedad. Mindfulness para liberarte del sufrimiento*. Editorial Kairos. 1er edición.
- Covey, S. R. (2021). Hábito 7. Afilar la Sierra. Principios de autorrenovación equilibrada. *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva* (p. 347). Booket.
- Dreamy Melody. (10 de mayo de 2024). *Poderosa Relajación Curativa Para Trastornos de Ansiedad, Estrés y Fatiga Crónica*. [Archivo de Vídeo]. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=_JLrf-o5ouw
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica* 3(5).
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout Síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomas? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 19, 2, 181-197.
- Gómez, S. X., y Gómez, I. C. (2004). Síndrome de Burn out: Intervención cognoscitiva conductual. *Pensamiento psicológico*, (3), 25-40.
- Gómez, X. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de Cuidados Paliativos*. Arán Ediciones, S.L.

- González, J.A. (05 de marzo de 2024). *La salud mental en España: ¿qué profesiones acumulan más bajas médicas?* ABC Antropía. <https://www.abc.es/antropia/salud-mental-espana-profesiones-acumulan-bajas-medicas-20240304000703-nt.html>
- Guerrero Barona, E. (1997). Salud, estrés y factores psicológicos.
- Hill, A.P. y Curran, T. (2015). Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 1-20
- Majewska, M.D. (1996) *Sex differences in brain morphology and pharmacodynamics*. En: Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton J, editors. Psychopharmacology and women. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of organizational behavior*, 3(1), 63-77.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, 68(85), 16.
- McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: Central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2006, 8(4), 367-281.
- Merino-Plaza, M.J, Carrera-Hueso, F.G, Arribas-Boscá, N., Martínez-Asensi, A., VázquezFerreiro, P., Vargas-Morales, A., y Fikri-Benbrahim, N. (2018). Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cad. Saúde Pública*, 34(11).

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2022). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2022. Disponible en:https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18(supl 1), 175-181.
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y seguridad del trabajo*. 57. Suplemento 1: 1-262
- Moreno, P. (s.f.) *Guía de relajación muscular profunda*. [Documento en línea]
<https://www.infogerontologia.com/documents/patologias/ansiedad/relajacion.pdf>
- Nielsen, S.L., Smart, D., Isakson, R., Worthen, V., Gregersen, A. y Lambert, M. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 25-37.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. <https://es.scribd.com/document/114136606/Constitucion-de-la-Organizacion-Mundial-de-la-Salud-OMS>
- Organización Mundial de la Salud (28 de septiembre de 2022). La salud mental en el trabajo. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Ortiz Viveros, G.R., y Ortega Herrera, M.E. (2008). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214.

- Partarrieu, A. (2018). Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación con el perfeccionismo. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Psicoflix. (19 de enero de 2023). *Autocuidado del terapeuta y gestión de agenda con Paula Cabal y Gema García - Episodio 192*. Psicoflix. <https://psicoflix.com/autocuidado-del-terapeuta-y-gestion-de-agenda-con-paula-cabal-y-gema-garcia-episodio-192/>
- Resumen Animado. (18 de abril de 2021). *La matriz de Eisenhower. Productividad y gestión de tiempo - Resumen Animado* [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=LHtUrHUPs4E>
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Salazar, C. F. D., Aguilera, E. T. M., Bolivar, L. A. R., y Parra, W. A. V. (2019). Efectos del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad. *Revista colombiana de Rehabilitación*, 18(2), 128-145.
- Smith, D. T., Mouzon, D. M., y Elliott, M. (2018). Reviewing the assumptions about men's mental health: An exploration of the gender binary. *American journal of men's health*, 12(1), 78-89.

Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

Therapyside. (21 de septiembre de 2019). *Técnicas de respiración y sus beneficios*. Therapyside. <https://www.therapyside.com/post-es/tecnicas-de-respiracion-y-sus-beneficios>

Ussher, J. M., y Perz, J. (2010). Disruption of the silenced-self: The case of pre-menstrual syndrome. *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*, 435-458.

Anexo I

Cuestionario inicial para programa de intervención de burnout en psicólogas generales sanitarias

Este cuestionario forma parte del proceso de evaluación que se encuentra dentro de un programa de intervención del burnout dirigido específicamente a mujeres psicólogas generales sanitarias, por lo tanto, si no es mujer o no ha finalizado aún sus estudios de máster, le pedimos que no prosiga con el cuestionario. En el caso de que sí cumpla estas condiciones, le rogamos máxima sinceridad en sus respuestas.

Nº Colegiada:

Estado civil:

Edad:

Nº hijos:

¿Reside o trabaja en Las Palmas de Gran Canaria? Si la respuesta es no en ambos casos, especifique en qué municipio trabaja.

¿Actualmente se encuentra trabajando realizando terapia psicológica? Si la respuesta es sí, ¿trabaja por cuenta propia (autónoma) o por cuenta ajena?

¿Desarrolla su actividad de manera presencial, online o en una combinación de ambas?

¿Cuál es su horario general de trabajo?

¿Cuántas horas le dedica al trabajo asistencial (terapia psicológica) y cuántas al no asistencial (facturas, preparar sesiones, responder correos, hacer informes, etc.)?

¿Su lugar de trabajo es compartido con otros/as psicólogos/as o profesionales de otras disciplinas? Especifique cuáles.

¿Cuánto tiempo lleva realizando terapia psicológica?

¿Además del Máster en Psicología General Sanitaria cuenta con otro tipo de formación? Si es así, indique cuál.

¿En su trabajo se dedica a alguna especialidad (psicología infantojuvenil, adultos, geriátrica, neuropsicología, terapia de pareja...)?

¿Trata alguna problemática o colectivo concreto (trastornos anímicos, de personalidad, TDAH, TEA...)? Describa cuáles.

¿Qué tipo de terapia utiliza (cognitivo-conductual, sistémica, racional-emotiva-conductual, de tercera generación, etc.)? Si utiliza varias especifique cuál/es son su preferencia.

Además de la terapia psicológica, ¿realiza otras funciones en su lugar de trabajo (coordinación, gestión de redes sociales, atención al cliente, etc.)?

¿Compatibiliza la terapia psicológica con otros trabajos (docencia, recursos humanos, investigación, realización de talleres, etc.) o entidades (empresas privadas, asociaciones, instituciones, etc.)? En caso afirmativo, especifique qué puestos o entidades.

¿Actualmente se encuentra de baja médica o lo ha estado en un plazo de seis meses? Si la respuesta es sí, ¿cuál ha sido el motivo y cuánto tiempo ha estado de baja?

¿Presenta algún diagnóstico de patología o enfermedad mental o lo ha presentado en un plazo de seis meses? Si es así, especifique cuál y cuándo.

¿Le gustaría que contactásemos nuevamente con usted para seguir con el proceso de evaluación del programa de intervención del burnout?

Sí

No

Para cualquier duda o incidencia contacte directamente vía correo electrónico con el COP Las Palmas.

Gracias por su colaboración.

Anexo II
Recursos Humanos y Materiales y Presupuesto

Tipo de recurso	Descripción	Cantidad	Importe	Total	Observaciones
Recursos humanos	Psicóloga con habilitación sanitaria especializada en psicología clínica	4 meses	1.204,45 €	4.817,80 €	Salario bruto para contrato temporal de 20 h semanales con pagas prorrateadas, según convenio colectivo de acción e intervención social 2022-2024 (BOE, num. 259). Grupo profesional 0.
Recursos humanos	Psicóloga con habilitación sanitaria especializada en psicología clínica	4 meses	381,80 €	1.527,24 €	Seguridad social: Contingencias comunes 23,60 % Fondo de garantía salarial 0,20 % Formación profesional 0,60 % Desempleo 6,7 % Mecanismo de equidad intergeneracional 0,60 %

Recursos humanos	Psicóloga con habilitación sanitaria especializada en gestión del estrés laboral y síndrome de burnout	4 meses	1.027,33 €	4.109,32 €	Salario bruto para contrato temporal de 20 h semanales con pagas prorrateadas, según convenio colectivo de acción e intervención social 2022-2024 (BOE, num. 259). Grupo profesional 1.
Recursos humanos	Psicóloga con habilitación sanitaria especializada en gestión del estrés laboral y síndrome de burnout	4 meses	325,65 €	1.302,65 €	Seguridad social: Contingencias comunes 23,60 % Fondo de garantía salarial 0,20 % Formación profesional 0,60 % Desempleo 6,7 % Mecanismo de equidad intergeneracional 0,60 %
Recursos materiales	Libretas	30	2,00 €	60,00 €	
Recursos materiales	Folios	-	-	4,98 €	Paquete de 500 folios
Recursos materiales	Bolígrafos	-	-	23,43 €	Caja de 90 bolígrafos BIC
Recursos materiales	Rotulador de pizarra	-	-	12,99 €	Paquete de 12 unidades

Recursos materiales	Pelota de ping pong	-	-	1,29 €	
Recursos materiales	Vaso de plástico	-	-	0,00 €	Aportación del COP Las Palmas
Recursos materiales	Pizarra blanca	-	-	0,00 €	Aportación del COP Las Palmas
Recursos materiales	Ordenador	-	-	0,00 €	Aportación del COP Las Palmas
Recursos materiales	Pantalla	-	-	0,00 €	Aportación del COP Las Palmas
Recursos materiales	Altavoces	-	-	0,00 €	Aportación del COP Las Palmas
Infraestructura	Aula	-	-	0,00 €	Instalaciones del COP Las Palmas
Infraestructura	Butacas	-	-	0,00 €	Instalaciones del COP Las Palmas
TOTAL				11.859,03 €	