

# EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR SÍNTOMAS DE BURNOUT Y DISTRÉS EMOCIONAL EN TRABAJADORES DE UN HOSPITAL EN CHILE

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF A SHORT INTERVENTION TO REDUCE BURN-OUT SYMPTOMS AND EMOTIONAL DISTRESS IN WORKERS FROM A HOSPITAL IN CHILE

*AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO CURTA- PARA REDUÇÃO DE SINTOMAS DE BURN-OUT E DISTRESSE EMOCIONAL EM TRABALHADORES DE UM HOSPITAL NO CHILE*

## Resumen

**Antecedentes:** El síndrome de Burnout es un problema prevalente entre trabajadores de la salud, cuyas consecuencias afectan a la persona y la organización. Hay pocas intervenciones que hayan sido evaluadas en esta área. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención (4 sesiones) para reducir los síntomas del Síndrome de Burnout y el distrés emocional en trabajadores de un hospital. **Método:** Se evaluó la efectividad de la intervención en una muestra de trabajadores de un hospital (n=170), utilizando un diseño cuasi-experimental, con un grupo de intervención (n = 84) y otro de control (n = 86), con evaluaciones pre y post intervención. Para las evaluaciones se utilizó el

Eric Tapia Escobar<sup>1</sup>  
André Ensignia Erices<sup>2</sup>  
Rubén Alvarado Muñoz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sociólogo, Magister en Salud Pública. Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Psicólogo, PhD en Psicología.

<sup>3</sup>Médico Psiquiatra, Magíster en Salud Pública, PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios  
Director del Instituto de Ciencias de la Salud  
Universidad de O'Higgins  
E-mail: ruben.alvarado@uoh.cl

Trabajo recibido: 11 de diciembre 2016.  
Aprobado: 25 de febrero 2017.

Inventario de Malaca para Burnout (MBI) y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12). Se compararon los puntajes obtenidos entre-grupos e intra-grupos. Resultados: La intervención no mostró ser efectiva para la reducción del Burnout, sin embargo, logró reducir significativamente el estrés emocional.

**Palabras Clave:** estrés laboral, síndrome de Burnout, promoción de la salud en trabajadores

## Abstract

Background: Burnout syndrome is a prevalent condition among health workers and its consequences affect the person and the organization. Very few interventions have been assessed in this area. Objective: To assess the effectiveness of an intervention (4 sessions) to reduce Burnout syndrome symptoms and emotional distress in workers from a hospital. Method: Effectiveness of the intervention was assessed in a sample of workers from a hospital (n=170), using a quasi-experimental design, with an intervention group (n=84) and a control group (n=86), with pre and post intervention assessment. For assessment Maslach for Burnout Inventory (MBI) and Goldberg Health Questionnaire (GHQ-12) were used. Scores obtained were compared among groups and within groups. Results: The intervention did not prove effective for the reduction of Burnout; however it reduced emotional distress significantly.

**Key words:** work stress, Burnout syndrome, health promotion in workers

## Resumo

O Antecedentes: Síndrome de Burn-out é um problema prevalente entre os trabalhadores de saúde, cujas consequências afetam o indivíduo e a organização. Existem poucas intervenções que tenham sido avaliadas nesta área. Objetivo: Avaliar a eficácia de uma intervenção (4 sessões) para reduzir os sintomas da síndrome de Burn-out e distresse emocional em trabalhadores de um hospital. Método: Avaliou-se a eficácia da intervenção em uma amostra de trabalhadores hospitalares (n = 170), usando um design quasi-experimental com um grupo de intervenção (n = 84) e grupo de controle (n = 86), com avaliações pré e pós intervenção. Para as avaliações empregou-se o Inventário de Maslach para Burn-out (MBI) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (GHQ-12). Compararam-se as pontuações entre-grupos e intra-grupos. Resultados: A intervenção não mostrou-se como sendo efetiva para a redução de Burn-out, contudo, conseguiu reduzir significativamente o distresse emocional.

**Palavras-chave:** Síndrome de Burn-out, Saúde, Riscos.

## Introducción

La forma en que se organiza y se realiza el trabajo ha sufrido cambios sustanciales durante el último medio siglo. La globalización de los mercados, los mayores niveles de competencia y el rápido cambio tecnológico llevan a las empresas a generar altos niveles de exigencias, frecuentes cambios y permanente búsqueda de la eficiencia, con los efectos que esto conlleva en la estabilidad laboral, en los ingresos de sus trabajadores y eventualmente, en la salud y la calidad de vida de ellos [1,2]. Lamentablemente, no siempre esto ha llevado de la mano los mecanismos que brinden protección al trabajador. El estrés de origen laboral ha sido reconocido como uno de los principales efectos nocivos para los trabajadores, lo que ha motivado importantes declaraciones y propuestas a nivel mundial que buscan identificar sus causas y tomar medidas preventivas o correctivas [3,4].

Para el estudio del estrés laboral, han sido desarrollados diversos modelos que tienden hacia la integración de sus componentes. El primero de ellos –y también el más estudiado– se conoce como el “modelo demanda – control” y postula que los niveles de estrés crecen cuando se produce una conjunción de altos niveles de exigencias con un bajo control en las tareas del trabajo [5,6]. Este modelo ha recibido apoyo empírico al encontrar asociación de la condición de “alta demanda – bajo control” con enfermedades cardiovasculares, con trastornos psicológicos y con enfermedades músculo-esqueléticas, entre otras [7-9]. Desarrollos posteriores, han incorporado a este modelo el apoyo social en el ambiente laboral, como un factor relevante frente al estrés [10,11]. Otro modelo más reciente es el llamado “modelo esfuerzo – recompensa”, propone que los niveles de estrés crecen cuando se produce la condición de alto esfuerzo y bajas recompensas. También este modelo ha demostrado su asociación con enfermedades cardiovasculares [12].

Una de las formas especiales que adquiere el estrés crónico en los trabajadores ha sido denominada como Síndrome de Burnout, el cual fue inicialmente descrito en trabajadores del área de servicios sociales, en especial en quienes trabajan en instituciones de salud [13]. En un estudio previo realizado en trabajadores de la salud en Chile, se encontró que la prevalencia de síndrome de Burnout es del 25,0% y que su presencia se asocia a varios de los factores del modelo “demanda – control – apoyo social” [14]. Por lo tanto, se trata de un problema frecuente y la evidencia internacional indica que posee efectos negativos sobre la productividad de las organizaciones, sobre la calidad del servicio prestado, sobre el desempeño y calidad de vida de los trabajadores [15,16].

Se han descrito diferentes tipos de intervenciones para abordar el problema del estrés de origen laboral, así como los síntomas de Burnout. Las intervenciones pueden ser hechas en el nivel individual o en el nivel organizacional [17]. Las recomendaciones hechas por grupos de expertos señalan que es preferible abordar el problema en todos los niveles. Sin embargo, existe poca evidencia empírica acerca de la efectividad de estas intervenciones o de combinaciones de ellas [18].

En Chile, aunque conocemos la existencia y magnitud del problema, no contamos con estudios que muestren evidencia sobre la efectividad de las intervenciones implementadas para reducir el estrés laboral y las manifestaciones del Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. Este trabajo busca aportar con evidencia empírica al respecto y así fortalecer las recomendaciones que se realizan.

**Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de una intervención breve dentro de un hospital, para reducir el riesgo del Síndrome de Burnout y el estrés emocional relacionado al ambiente laboral, en una muestra de trabajadores de un hospital en Chile.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

Se utilizó un diseño cuasi-experimental, dada la naturaleza grupal de la intervención y a la necesidad de que ésta no dificultase las actividades regulares del hospital. No se identificará el nombre del establecimiento donde se realizó el trabajo, para mantener el anonimato de los participantes en esta investigación.

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética Científico de la Mutual de Seguridad, en resolución del 26 de octubre del 2012. Se utilizó una versión del consentimiento informado que fue aprobada por este Comité. Los cambios introducidos al proyecto previo al inicio del trabajo fueron nuevamente evaluados por este Comité de Ética Científico y aprobados, con resolución de fecha 12 de noviembre del 2014.

Muestra: El tamaño y selección de la muestra estuvo determinada por criterios de

factibilidad de la institución y por el carácter piloto de la intervención. Junto al equipo del hospital se seleccionaron cuatro unidades de tamaño y características de trabajo similares, buscando acercarse a un tamaño muestral de alrededor de 200 trabajadores (100 en el grupo de “intervención” y 100 en el grupo de “control”).

### Evaluaciones e instrumentos

Se realizaron un total de dos evaluaciones; una al inicio del estudio (pre-intervención) y otra al término de la intervención (post-intervención). El tiempo transcurrido entre cada evaluación fue de 4 a 6 meses. Los instrumentos utilizados para realizar las evaluaciones fueron los siguientes: a) Datos sociodemográficos: se diseñó un breve formulario que recoge información general sobre los participantes, tal como sexo, edad, nivel educacional, estado civil, entre otras. b) Síndrome de Burnout: se utilizó el Inventario de Malaca para Burnout (MBI) (19), el cual se compone de 22 afirmaciones referidas a actitudes, emociones y sentimientos personales hacia su trabajo y hacia las personas que el trabajador atiende, y evalúa tres dimensiones del Burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal en el trabajo (RP). Para hacer que los puntajes sean más comprensibles y posibles de comparar en los diferentes componentes, se calculó –para cada caso y componente– un puntaje respecto del máximo posible de alcanzar (expresado como porcentaje). De igual forma, para el componente de “realización personal con el trabajo”, que habitualmente se expresa en forma positiva (al revés de los otros dos componentes), se calculó su complemento, para hacerlo comparable a al resto de los componentes. c) Distrés emocional: para la evaluación del distrés emocional se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) (20). Este cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados para el tamizaje de morbilidad psicológica e identificación de posibles casos de trastornos psiquiátricos, así como para valorar el nivel de distrés emocional que el encuestado presenta en las últimas semanas. Se compone de 12 reactivos, en escala tipo Likert de 4 puntos, con un puntaje máximo de 36. Valores altos indican un mayor nivel de distrés emocional.

### Intervención

La intervención se organizó en torno a tres fases, distribuidas en cuatro sesiones presenciales de dos horas cada una: a) compartir el diagnóstico inicial, identificar y priorizar problemas y crear un plan de acción (1ª sesión), b) ejecución de acciones con apoyo del equipo de intervención (2ª y 3ª sesión), y c) evaluación y cierre (4ª sesión). Los contenidos y acciones realizadas durante cada sesión se describen a continuación:

**1ª sesión:** Realizar un reconocimiento cognitivo y corporal de los datos, con la finalidad de dar a conocer el resultado de la medición inicial e identificar las percepciones cognitivas y no cognitivas (cuerpo – emoción) y cómo esto se procesa en los 2 niveles. La sesión inicial tuvo como objetivo mostrar las implicancias de los procesos de agotamiento emocional, despersonalización y percepción de ineficacia.

**2ª Sesión:** Consistió en dotar a los participantes de técnicas corporales y emocionales para la identificación del distrés, así como la modulación de la neutralidad emocional mediante técnicas de respiración.

**3ª Sesión:** Consistió en dotar a los participantes de disposiciones corporales – emocionales que potencian la auto-confianza en poder modular personalmente los sucesos que producen estrés.

**4ª Sesión:** Consistió en revisar el trabajo individual realizado en las semanas anteriores e identificar los logros alcanzados en la aplicación de las técnicas de identificación del distrés y de neutralidad emocional.

Los participantes del grupo de intervención decidieron enfocar sus acciones en la identificación y modulación de emociones básicas que asociaron a su malestar, por ejemplo: miedo, rabia y ansiedad. Tras esta, los facilitadores les enseñaron a los participantes a reconocer sus emociones y modularlas con ejercicios respiratorios y de relajación para llegar a un estado de neutralidad emocional.

### Análisis

Se analizó la distribución de las variables sociodemográficas, así como los puntajes obtenidos en cada instrumento (MBI y GHQ-12), para determinar si los grupos de intervención y control son comparables entre sí al inicio del estudio. De acuerdo a la naturaleza y distribución de cada variable, se utilizó t de Student o la prueba U de Mann-Whitney.

Para evaluar los cambios observados tras la intervención, se compararon los puntajes del MBI y GHQ-12 tanto entre-grupos como intra-grupos, utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes y la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, respectivamente.

### Resultados:

LEI 68% (n=170) de la plantilla de trabajadores de las 4 unidades en estudio aceptaron participar del estudio. Todos completaron correctamente las evaluaciones pre-intervención. La composición de los grupos formado fue de 84 trabajadores en el grupo de “intervención” (49,4%) y 86 en el grupo de “control” (50,6%).

En la evaluación post-intervención participaron un total de 113 trabajadores, lo que representa una pérdida del 33,5% de los participantes durante el seguimiento. Pérdida, que tras un análisis de posibles sesgos, no se encontraron indicios de que estos existieran. Comparación de los grupos en la línea basal

La tabla N.º 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra y la comparación entre ambos grupos al inicio del estudio. La edad media fue 35,8 años ( $\pm 9,9$ ), tendiendo hacia edades más jóvenes. El 85,9% (n=149) fueron mujeres. La mayoría de los participantes tiene estudios superiores, donde el 55,9% posee un título técnico y el 40,0% uno universitario. El 47,6% es casado o conviviente, el 42,4% soltero y el 10,0% separado o anulado. La antigüedad en la empresa fue de 6,6 ( $\pm 7,7$ ) años, con una mediana de 4 y una fuerte tendencia a llevar pocos años de antigüedad en la institución. Al comparar la distribución de todas éstas variables entre los grupos de intervención y control, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de personas que componen el núcleo familiar, donde los trabajadores del grupo de intervención viven con un número mayor de personas que en el grupo de control (p=0,010).

**Tabla N°1:** Características sociodemográficas según grupos de intervención y control

| Características                | Intervención (n=84)     | Control (n=86)          | Total(n=170)            | p-value |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
|                                | Media $\pm$ D.E ó n (%) | Media $\pm$ D.E ó n (%) | Media $\pm$ D.E ó n (%) |         |
| Edad                           | 34,8 $\pm$ 9,5          | 36,8 $\pm$ 10,3         | 35,7 $\pm$ 9,9          | 0,195   |
| Sexo                           |                         |                         |                         |         |
| Hombres                        | 9 (10,5%)               | 15 (17,9%)              | 24 (14,1%)              | 0,107   |
| Mujeres                        | 77 (89,5%)              | 69 (82,1%)              | 149 (85,9%)             |         |
| Nivel educacional              |                         |                         |                         |         |
| Educación Media                | 0 (0,0%)                | 7 (8,3%)                | 7 (4,1%)                | 0,354   |
| Educación Técnica              | 57 (66,3%)              | 38 (45,2%)              | 95 (55,9%)              |         |
| Educación Universitaria        | 29 (33,7%)              | 39 (46,4%)              | 68 (40,0%)              |         |
| Estado civil                   |                         |                         |                         |         |
| Soltero                        | 37(43,0%)               | 35 (41,7%)              | 72 (42,4%)              | 0,439   |
| Casado o conviviente           | 42 (48,8%)              | 39 (46,5%)              | 81 (47,6%)              |         |
| Separado o nulado              | 7 (8,1%)                | 10 (11,9%)              | 17 (10,0%)              |         |
| Años trabajando en el hospital | 7,1 (7,8)               | 6,1 (7,6)               | 6,6 (7,7)               | 0,352   |

Al comparar los resultados obtenidos entre-grupos de cada una de las sub-escalas del instrumento, se observa que los niveles de agotamiento emocional (A)son levemente mayores en el grupo de intervención (19,0% ± 9,6%) que en el grupo de control (18,2% ± 8,8%). Por su parte, los puntajes en la sub-escala de “despersonalización (DP) y la de realización personal en el trabajo (RP), son mayores en el grupo de control (DP, 5,8% ± 4,1%; RP, 33,0% ± 6,9%). Sin embargo, éstas diferencias no fueron estadísticamente significativas (AE, p = 0,749; DP, p = 0,643, RP, p = 0,252) (ver Tabla N° 2).

Respecto del GHQ-12, previo al inicio de la intervención no hubo diferencias significativas en el nivel de distrés emocional (p = 0,669) entre los grupos de intervención (9,7, ± 4,3) y control (9,7, ± 5,2). Ver Tabla N° 3.

**Comparación de puntajes antes y después de la intervención**

Tras la intervención, al comparar los puntajes entre los dos grupos, no se encontraron diferencias en ninguna de las sub-escalas del MBI (AE, p = 0,542; DP, p = 0,532, RP, p = 0,221).

**Tabla N° 2:** Puntaje en las sub-escalas de MBI en las evaluaciones pre y post intervención, para los grupos de intervención y control

| Grupo<br>Instrumento       | Intervención (n=84) |                  | Control (n=86)  |                  | p-value       |       |               |         |
|----------------------------|---------------------|------------------|-----------------|------------------|---------------|-------|---------------|---------|
|                            | Pre<br>% (D.E%)     | Post<br>% (D.E%) | Pre<br>% (D.E%) | Post<br>% (D.E%) | (entre-grupo) |       | (intra-grupo) |         |
| MBI                        |                     |                  |                 |                  | Pre           | Post  | Interv.       | Control |
| Agotamiento emocional (AE) | 19,0 ± 9,6          | 18,8 ± 8,5       | 18,2 ± 8,8      | 17,9 (9,0)       | 0,749         | 0,542 | 0,970         | 0,872   |
| Despersonalización (DP)    | 5,3 ± 3,5           | 6,2 ± 3,7        | 5,8 ± 4,1       | 5,8 (3,8)        | 0,643         | 0,532 | 0,160         | 0,801   |
| Realización personal (RP)  | 30,9 ± 7,7          | 31,6 ± 7,4       | 33,0 ± 6,9      | 33,7 (6,6)       | 0,252         | 0,221 | 0,789         | 0,498   |

Al analizar la variación del riesgo de Burnout al interior de cada grupo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones pre y post intervención (ver Tabla N° 2), tanto para el grupo de control (AE, p = 0,872; DP, p = 0,801, RP, p = 0,498), como para el grupo de intervención (AE, p = 0,970; DP, p = 0,160, RP, p = 0,789).

Al comparar los puntajes en el GHQ-12 posterior a la intervención, la variación observada entre los grupos no mostró ser estadísticamente significativa, con un valor de p = 0,337. Sin embargo, en el grupo de intervención el puntaje es inferior (8,3 ± 4,4) al obtenido por el grupo de control (9,4 ± 5,3) tras la intervención.

**Tabla N°3:** Puntaje en el GHQ-12 en las evaluaciones pre y post intervención, para los grupos de intervención y control.

| Instrumento                  | Evaluación | Intervención (n=84) | Control (n=86) | p-value<br>(entre-grupos) |
|------------------------------|------------|---------------------|----------------|---------------------------|
|                              |            | Media ± D.E         | Media ± D.E    |                           |
| GHQ-12                       | Pre        | 9,7 ± 4,3           | 9,7 ± 5,2      | 0,669                     |
|                              | Post       | 8,3 ± 4,4           | 9,4 ± 5,3      | 0,337                     |
| <i>p-value (intra-grupo)</i> |            | 0,035**             | 0,523          |                           |

\*\* p< 0,05

Al analizar la variación de los puntajes obtenidos al interior de cada grupo, se observa una muy leve disminución en el grupo de control (pasa de 9,7 ± 5,2 a 9,4 ± 5,3), que no fue estadísticamente significativa (p = 0,523). Sin embargo, el grupo de intervención muestra una disminución significativa en la reducción del nivel de distrés emocional después de participar de la intervención (pasa de 9,7 ± 4,3 a 8,3 ± 4,4, p = 0,035).

Los resultados indican que la intervención no logró ser efectiva en la reducción de los

síntomas del Síndrome de Burnout, en ninguna de las sub-escalas evaluadas por el instrumento. Sin embargo, se redujo de forma significativa el distrés emocional de los trabajadores que formaron parte del grupo de intervención, en un valor cercano al 15%, variable en la cual el grupo de control casi no tuvo variación.

## Discusión

De acuerdo a la literatura los efectos negativos del Síndrome de Burnout son visibles en la salud física y mental de los trabajadores, así como en su desempeño, el de su organización y en la calidad del servicio que entrega, entre otras consecuencias negativas [21, 22]. En Chile la prevalencia de Burnout en trabajadores de la salud es de un 25% y hoy no se disponen de intervenciones que muestren evidencia sobre su efectividad en contextos de altas exigencias, como los son los servicios de salud u hospitales. Frente a esto, se buscó probar la efectividad de una intervención breve (de 4 sesiones) para reducir los síntomas del Síndrome de Burnout y el distrés emocional en trabajadores de la salud de unidades críticas de un hospital.

La intervención mostró un buen nivel de aceptación entre los participantes; principalmente entre enfermeras, técnicos paramédicos y administrativos. No se logró contar con la participación del equipo médico, a pesar de ser incluidos en el diseño inicial e invitados a participar bajo las mismas condiciones que el resto de los participantes del estudio. De acuerdo a la literatura, los niveles de burnout son similares entre los distintos profesionales de los equipos de salud (22, 23) y en algunos casos es mayor en unidades de cuidados intensivos [24]. Por esta razón, es importante implementar estrategias que logren incorporar a los médicos en el abordaje del burnout en los equipos de salud.

Los resultados indican que la intervención no logró ser efectiva en la reducción de los síntomas del Síndrome de Burnout, en ninguna de las sub-escalas evaluadas por el instrumento. Sin embargo, ésta redujo de forma significativa el distrés emocional de los trabajadores que formaron parte del grupo de intervención, en un valor cercano al 15%, mientras el grupo control casi no tuvo variación.

Creemos que la falta de efectividad de la intervención sobre el Burnout puede estar relacionadas a sus características, tales como: su brevedad (4 sesiones), el que se haya circunscrito al nivel individual y por su foco en los aspectos emocionales. En un estudio previo en Chile, se constató que las manifestaciones de este síndrome se asocian a factores del modelo “demanda – control – apoyo social”, es decir, a factores psicosociales del ambiente laboral [14], en donde las condiciones laborales (estructurales) juegan rol más importante en el que los factores individuales [25]. Por tanto, son requeridas intervenciones complementarias, enfocadas en lo individual y lo organizacional, dado que poseen el potencial de mejorar la efectividad global de las intervenciones en Burnout [26, 27].

Otro factor que pudo influir en la efectividad de la intervención, fueron las barreras encontradas durante el proceso de su implementación, donde la tónica fue la falta de tiempo para realizar las actividades al interior del establecimiento –sin interrumpir el normal funcionamiento de las unidades–. Como estrategia de implementación se aprovecharon los espacios de reunión clínica que cada uno de los equipos tiene una vez por semana, sin embargo, este espacio fue acotado y no todos los trabajadores estuvieron en condiciones óptimas para participar, ya que muchos de ellos habían trabajado durante toda la noche anterior.

Finalmente, es importante destacar el hecho de que esta intervención breve logró reducir en forma significativa las manifestaciones del distrés emocional. Esto es consistente con los hallazgos de otras intervenciones realizadas en trabajadores de la salud [28]. Cabe destacar que se trata de una intervención breve, factible de ser aplicada en un contexto

hospitalario de alta exigencia. Aunque su efecto pudiera ser transitorio (lo cual debe ser evaluado en el futuro, con estudios que hagan un seguimiento de los trabajadores sometidos a esta intervención), es relevante que se haya demostrado su efectividad. Se puede pensar que en el contexto de programas de promoción de la salud en trabajadores, se puede realizar una aplicación repetida en el tiempo, en el mismo lugar de trabajo, lo cual podría contribuir al logro de un cambio sostenido.

## Conclusiones

Estos resultados muestran que este modelo de intervención breve posee potencial para ser implementado en un contextos hospitalarios de alta exigencia, donde el tiempo que disponen los trabajadores para realizar este tipo de actividades es bastante limitado.

Por otra parte, creemos que en futuros estudios se deberían adicionar otras modalidades de evaluación (como la incorporación de evaluaciones cualitativas), además de persistir en la implementación de intervenciones que aborden los problemas en distintos niveles de acción –no solamente el nivel individual– sino también el nivel grupal y organizacional.

En síntesis, podemos concluir que a pesar de las dificultades para compatibilizar el desarrollo de intervenciones como esta en ambientes laborales que son de alta exigencia (como en servicios de salud u hospitales), fue posible desarrollar una intervención breve que demostró ser efectiva para reducir en forma significativa las manifestaciones del estrés emocional en estos trabajadores.

## Bibliografía

1. 1. Health and Safety Commission (HSC). Managing stress at work. London, UK. 1999.
2. National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). Stress at work. Publication 99 – 101. Ohio, USA. 1999.
3. Comisión Europea. Informe sobre el estrés vinculado con el trabajo. Bruselas, Comisión Europea, Comité Consultivo de Seguridad, Higiene y Protección de la Salud en el Trabajo: 1997.
4. World Health Organization (WHO). Towards good practice in health, environment and safety management in industrial and other enterprise. Copenhagen, Denmark. WHO: 1999.
5. Karasek RA. The impact of the work environment on life outside the job. Tesis Doctoral, MIT, Cambridge, Massachusetts. 1976.
6. Karasek R & Theorell T. Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York, Basic Book: 1990.
7. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Ann Rev Public Health* 1994; 15: 381 – 411.
8. Bongers PM, de Winter CR, Compeer MAJ, Hildebrandt VH. Psychological factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 297 – 312.
9. Leino PI & Hänninen V. Psychological factors at work in relation to back and limb disorders. *Scand J Work Environ Health* 1995; 21: 134 – 142.
10. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336 – 1342.
11. Kristensen TS. The Demand – Control – Support Model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine* 1995; 11: 17 – 26.
12. Siegrist J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions. *J Occup*

- Health Psychol 1996; 1: 27 – 41.
13. Leiter, M. P., & Harvie, P. L. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 90-101.
  14. Pastorino MS, Alvarado R. Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública (Argentina)* 2008; 12 (2): 6 – 13.
  15. Gil – Monte P & Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis SA. 1997.
  16. Alvarado R. Cuidemos a los cuidadores: la salud mental de los trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública (Argentina)* 2006; 10 (2): 31 – 37.
  17. Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184-190.
  18. Maslach, C. (2003). Job burnout new directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.
  19. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA.
  20. Goldberg D & Williams P. *Cuestionario de Salud General (GHQ)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. España: Masson. 1996.
  21. Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (2002). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (2nd Edition, pp. 383-425). Chichester: John Wiley&Sons.
  22. Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*, 13(5), 482-488.
  23. Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543-548.
  24. Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629.
  25. Maslach, C (2003). Job burnout new direction in research and intervention. *Current direction in Psychological Science*, 12, 189-192. Doi: 10.1111/1467-8721.01258.
  26. West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281.
  27. Donoso, L. M. B., Rubio, C. G., Jiménez, B. M., de la Pinta, M., Aldea, S. M., & Garrosa, E. (2017). Intervención Breve Sobre la base de ACT y la Atención: estudio piloto con el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos y Servicios de Emergencia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 17(1), 57-63.
  28. Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane Library*.