



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

**Evaluación de la eficacia de una intervención para reducir riesgos
psicosociales en una empresa del área de salud, en la Región Metropolitana.**

Rubén Alvarado
2016





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendence of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendence of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendence of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile.



PROYECTO

***“EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PARA
REDUCIR RIESGOS PSICOSOCIALES EN UNA EMPRESA DEL
ÁREA DE SALUD, EN LA REGIÓN METROPOLITANA”***

INFORME FINAL

Investigador Principal:

- Rubén Alvarado, MD MPH PhD

Equipo responsable del Proyecto:

- André Ensignia, Psi PhD©
- Eric Tapia, Soc MPH©



ÍNDICE

ÍNDICE	2
MARCO TEÓRICO	5
El concepto de Síndrome de Burnout.....	5
Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.....	6
Estrategias de intervención.....	10
OBJETIVOS	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
MATERIAL Y MÉTODO	15
Diseño general de la investigación	15
Muestra	15
Evaluaciones e instrumentos.....	15
Descripción de la intervención.....	16
RESULTADOS DE LA LÍNEA BASAL	17
Características de la muestra.....	17
Datos sociodemográficos.....	18
Auto-percepción del estado de salud	22
Resultados de GHQ-12.....	24
Resultados en el MBI.....	25
Síntesis de la evaluación inicial.....	28
Seguimiento	28
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	30
Variación en GHQ-12.....	30
Variación de MBI.....	31
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36



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].

Hasta la fecha, se han desarrollado varios modelos para el estudio del estrés laboral y se tiende a trabajar con una perspectiva de integración de estos. 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 enfermedad cardiovascular, con trastornos psicológicos y con enfermedades músculo – esqueléticas, entre otras [7-9]. Desarrollos posteriores dentro de este modelo han incorporado 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”, que 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].

Por otra parte, dentro de las diversas consecuencias del estrés laboral, el Síndrome de Burnout o de Quemarse por el Trabajo, ha sido definido como “el fracaso o desgaste producido por las demandas excesivas que recibe el profesional, las cuales sobrepasaban sus energías o recursos personales” [13]. Actualmente, se le reconoce como una “patología moderna” derivada del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera continuada, por lo menos 6 meses. Este problema se observa especialmente en los trabajadores que mantienen contacto directo con personas (pacientes, clientes, alumnos, etc.) y está caracterizado por tres dimensiones: 1) el agotamiento emocional (caracterizado por un cansancio físico y/o psicológico, que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales); 2) la despersonalización (es lo que se conoce como actitudes inhumanas, aisladas, negativas, frías, cínicas y duras, que da la persona a los beneficiarios de su trabajo); y 3) la baja realización personal en el trabajo (con sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales) [14,15]. De estas tres dimensiones, la dimensión de agotamiento emocional es sobre la que existe un mayor acuerdo en cuanto a considerarla el punto clave del concepto [14].

En un estudio previo, realizado en trabajadores de la salud en Chile, hemos encontrado que la prevalencia de síndrome de Burnout es del 25% y que su presencia se asocia a varios de los factores del modelo demanda – control – apoyo social [16]. Por lo tanto, se trata de un problema frecuente y, por estudios realizados fuera de nuestro país, sabemos que tiene efectos importantes dentro de las organizaciones, en desempeño de los trabajadores, en la calidad de los servicios que proveen, en el clima organizacional y en la propia calidad de vida de estos trabajadores [17,18].

En Chile, aunque se conoce la existencia y relevancia de este problema, no se han hecho estudios sistemáticos para probar la eficacia de una intervención cuyo objetivo es reducir los niveles de estrés y del síndrome de Burnout en trabajadores de servicios de salud. Este proyecto tiene por propósito hacer una evaluación piloto de la eficacia de una intervención integrada y participativa dentro de un hospital, para reducir los niveles de distrés emocional y de los síntomas del síndrome de Burnout.

MARCO TEÓRICO

Las profundas transformaciones de la sociedad actual inciden en las relaciones de las personas con su trabajo. Los cambios en la estructura de los mercados, su globalización y las crecientes demandas de competitividad y de mejoras de la calidad de los productos y servicios implican un aumento en el ritmo de vida en general, un incremento del trabajo emocional y especialmente un incremento del trabajo mental. “El Burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en sociedad actual” [18].

Paulatinamente se ha generado un movimiento hacia la ampliación del concepto de eficacia organizacional que incluye ahora nuevas dimensiones clave para su evaluación, tales como el bienestar y la salud laboral. En la actualidad, se entiende que la calidad de vida laboral y el estado de salud — tanto físico como mental — de los trabajadores, impactan en la organización.

“En el mundo laboral en el que vivimos hoy día y para poder sobrevivir y prosperar en un contexto de cambio continuo, las organizaciones precisan empleados motivados y psicológicamente ‘sanos’, y para poder conseguirlo las políticas de salud ocupacional y de dirección de recursos humanos deben estar sincronizadas” [18].

Es en este contexto que emerge el interés por estudiar y desarrollar estrategias que permitan prevenir el síndrome del Burnout.

El concepto de Síndrome de Burnout

El estudio del Síndrome de Burnout se ha desarrollado por alrededor de 35 años; durante todo este tiempo el concepto ha evolucionado en el sentido de una ampliación de sus márgenes, referidos tanto a los contextos de investigación como a las dimensiones que lo componen.

En sus orígenes los estudios estuvieron marcados por el contexto en el que se desarrollaban. Las primeras exploraciones fueron realizadas en las ocupaciones de servicio y salud.

Freudenberger y Maslach fueron los pioneros en la investigación del fenómeno. El primero, en el marco de sus estudios en una clínica de toxicómanos, observó que los colaboradores voluntarios sufrían una progresiva pérdida de esfuerzo y motivación, volviéndose más distantes de los pacientes y a la vez menos sensibles con ellos, llegando incluso a culparlos de sus propios problemas. La segunda puso el énfasis en el estudio del estrés en el trabajo y sus consecuencias para la identidad profesional de los trabajadores y su comportamiento. De esta manera, ambos estudios contribuyeron a que desde un comienzo, “el Burnout fuera estudiado no tanto como una respuesta de estrés individual sino que más bien con la atención centrada en las relaciones individuales de transacción, cuidador-paciente, en el mundo del trabajo” [20].

Posteriormente, se produjo una ampliación de los contextos de investigación en base a la introducción de la perspectiva de la organización industrial que, combinada con la base clínica y socio psicológica del concepto original, permitió el surgimiento de nuevas direcciones de investigación. Esto se expresó principalmente en que el concepto de Burnout fuera estudiado más allá de las ocupaciones relacionadas con los servicios humanos y con las ocupaciones clínicas [20].

El rango se amplió a “todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales como trabajadores que trabajan con datos... o trabajadores que trabajan con cosas” [21]. También aparecieron muestras pre-ocupacionales como los estudiantes universitarios.

Esta generalización, al mismo tiempo, cambió el núcleo central del concepto desde la relación cuidador-paciente —como origen del Síndrome de Burnout— hacia una relación dispar entre demandas y recursos laborales (en la cual las primeras superan a los segundos) que, persistente en el tiempo, sería la fuente de este síndrome.

De la breve revisión presentada se desprende que el Síndrome de Burnout puede ser definido como “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera” [22].

Finalmente, una definición que pone el énfasis en las dimensiones del Burnout es aquella que lo define como “estado mental, persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos ‘normales’ que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo” [23].

Modelos explicativos del Síndrome de Burnout

En general, los diversos investigadores que han estudiado este síndrome admiten que es “un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales” [24]. Por lo tanto, se vuelve relevante la comprensión de los modelos explicativos del síndrome de Burnout, además de las causas, consecuencias y formas en cómo se desarrolla.

a) Factores de riesgo o antecedentes

Según Gil-Monte y Peiró [17] reconocer las variables precedentes del síndrome implica considerar aspectos del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de cada profesión. En su estudio sobre los profesionales de enfermería, Peiró destaca como antecedentes a nivel del entorno social las nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión junto con la pérdida de prestigio social que en décadas pasadas ostentaba. Entre las variables organizacionales menciona la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, la baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos, y finalmente el proceso de socialización que originaría la adquisición, en los nuevos miembros de la organización, de comportamientos no deseados. Por el lado de las relaciones interpersonales el desarrollo del síndrome se produciría

a partir de las relaciones que los trabajadores establecen con los usuarios y los compañeros, especialmente cuando son tensas, conflictivas y prolongadas. En último término a nivel individual la principal variable a considerar es la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, ya que llevaría a los profesionales a asumir los problemas de los usuarios y sus soluciones como retos personales.

Martínez Pérez [24] divide los factores de riesgo en dos tipos: individuales y sociales (los que a su vez divide en extra-laborales y organizacionales): Entre los factores de riesgo individuales menciona la composición familiar del trabajador, ya que — argumenta — la tenencia de hijos le permitiría a este desarrollar mayores capacidades para afrontar problemas emocionales, y al mismo tiempo ser más realista. Sin embargo, Manzano [24] argumenta que a mayor número de hijos se presentaría mayor probabilidad de padecer Burnout. El género también sería un factor relevante, ya que se observa que las mujeres son más vulnerables al Burnout que los hombres. Y finalmente, también incide la personalidad, ya que las respuestas individuales al estrés son determinantes en sus consecuencias.

En relación a las variables sociales, tal y como se mencionó anteriormente, Martínez Pérez las divide en extra-laborales y organizacionales. Fuera del ámbito laboral, la mayor incidencia está dada por la falta de apoyo social, lo que puede constituir un elemento estresor en sí mismo, o bien acentuar o disminuir otros. También inciden “sobre las estrategias de afrontamiento y mejora, el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas” [24].

En el contexto organizacional las variables se dividen en cuantitativas y cualitativas. Las primeras se refieren a la carga laboral y las segundas al tipo y contenido de las tareas. Finalmente, la ambigüedad y conflicto de rol (por falta de información y demandas laborales contradictorias entre sí, respectivamente) han sido estudiadas continuamente como estresores laborales que generan tensión, ansiedad, insatisfacción y tendencia a abandonar la organización.

b) Modelos explicativos

La etiología del Síndrome de Burnout ha dado lugar a la configuración de múltiples modelos explicativos, cada uno de ellos con diferentes énfasis o grados de importancia en las causas, variables antecedentes-consecuentes y factores implicados. Gil-Monte y Peiró [17] clasifican los modelos explicativos en cuatro tipos: Teoría socio-cognitiva del Yo, teoría del intercambio social, teoría organizacional y teoría estructural.

b.1. Modelos explicativos basados en la teoría socio-cognitiva del Yo.

En estos modelos las cogniciones juegan un papel relevante a la hora del desencadenamiento del Síndrome de Burnout ya que influyen en la forma de percibir la realidad y, al mismo tiempo, estas cogniciones se alteran por los efectos y consecuencias de las observaciones que el individuo realiza. De esta manera, variables tales como la auto-eficacia o auto-concepto, son claves a la hora de determinar las estrategias de acción para afrontar o prevenir el síndrome.

Por ejemplo, Cherniss [25] plantea un modelo basado en la auto-eficacia. Los trabajadores que logran sus metas de manera independiente y exitosa mejoran su auto-eficacia, por el

contrario, la no consecución de las mismas lleva a una disminución de la auto-eficacia percibida y, luego, al desarrollo del burnout.

De la misma forma, Thompson, Page y Cooper [24] elaboran su modelo en base al concepto de autoconciencia. Para los autores, ante reiterados fracasos en el logro de las metas y altos niveles de auto-conciencia, la estrategia de despersonalización de la situación amenazadora lograría reducir las discrepancias percibidas en la consecución de las metas laborales.

b. 2. Modelos basados en las teorías del intercambio social

Los conceptos claves en estos modelos son los de relaciones interpersonales y comparación social, ya que a partir de ellos los trabajadores generarían percepciones de equidad o falta de ganancia que, eventualmente, aumentan o disminuyen el riesgo de padecer Burnout.

En esta línea, Buunk y Schaufeli [26] elaboran su modelo para explicar la aparición del burnout en las enfermeras en base a dos etiologías: Por una parte, los procesos de intercambio social con los pacientes eventualmente podrían desencadenar percepciones de inequidad, en base a un desequilibrio entre lo que se da y se recibe en el curso de sus relaciones, y una percepción de falta de control, asociada a la posibilidad del trabajador para manejar los resultados de sus acciones laborales. Y por otra, el tipo de mecanismos de afiliación y comparación que se da con sus compañeros de trabajo, aumentarían, de acuerdo a los autores, las posibilidades de padecer el síndrome de Burnout, ya que en esta ocupación los trabajadores no buscan el apoyo social de sus compañeros, —apoyo que es clave para afrontar las situaciones laborales estresantes—, por temor a que se les catalogue como incompetentes.

Bajo esta perspectiva, las estrategias centradas en los grupos organizacionales serían claves para afrontar el Síndrome del Burnout.

b. 3. Modelos basados en la teoría organizacional

Este tipo de modelos centra su atención en la función de los estresores del contexto organizacional, tales como la estructura, el clima y la cultura organizacional, y las estrategias de afrontamiento, como por ejemplo la despersonalización, que utilizan los trabajadores ante el Burnout.

Entre estos modelos está el planteamiento de fases de Golembiewski [24], quien establece que el Síndrome de Burnout se desencadena a partir de un proceso compuesto por varias fases secuenciales relacionadas entre sí. En “la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza de rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y control. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral...Si se desarrollan actitudes de despersonalización, aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional” [24].

b.4. Modelos basados en la teoría estructural

Estos modelos recogen en alguna medida las propuestas de las diversas etiologías anteriormente planteadas, teniendo en cuenta las premisas personales, interpersonales y organizacionales para explicar las causas del Burnout. El principal supuesto detrás de estos modelos es que el origen del síndrome se da a partir de la interpretación de desequilibrio que tiene un individuo entre los requerimientos y su posibilidad de respuesta personal en el ámbito laboral.

Al respecto es importante señalar la propuesta de Gil-Monte [27] quien, estudiando el caso de los profesionales de enfermería, elabora un modelo explicativo basado en el estrés laboral. En “los modelos de estrés laboral las estrategias de respuesta se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a largo plazo” [27]. Entonces, el Burnout se encontraría en este espacio intermedio, mediando entre el estrés percibido por el trabajador y las consecuencias del mismo, tanto a nivel individual como organizacional. Particularmente surgiría cuando las estrategias de respuesta individual no logran efectividad para manejar el estrés ni tampoco para eliminar los estresores que lo provocan. Esta situación implica que los trabajadores continuarán exponiéndose a las fuentes de estrés laboral en su cotidianeidad. Luego, desde la óptica del proceso, en un primer momento el fracaso en el ámbito profesional y en los vínculos con los pacientes y sus familiares generan sentimientos de baja realización personal y agotamiento emocional junto con nuevas estrategias de afrontamiento basadas en actitudes de despersonalización.

En último término, para complementar el modelo presentado, se deben señalar los estudios recientes que introducen los sentimientos de culpa como uno más de los síntomas ya mencionados (baja realización personal en el trabajo, despersonalización y agotamiento emocional). Esta nueva variable permite introducir una perspectiva más amplia, que origina dos nuevos patrones. Según Gil-Monte [27] los patrones tipo A y B.

En el tipo A, las estrategias de despersonalización resultan eficientes, más no eficaces, lo que significa que permite manejar el estrés pero no eliminar las fuentes que lo originan por lo que el profesional termina por adaptarse al entorno laboral conviviendo con ellas. En el tipo B, la despersonalización provocaría sentimientos de culpa que llevan a que los trabajadores aumenten su grado de implicación laboral (en los estudios realizados en los profesionales de enfermería, la relación con el paciente) [28], pero “como las condiciones del entorno laboral no cambian –sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas-, disminuirá la realización personal en el trabajo y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle” [27].

c) Consecuencias de Burnout

Para completar la exposición respecto a los modelos explicativos del Síndrome de Burnout se deben tener en consideración sus consecuencias o efectos.

Al respecto, Schaufeli y Buunk [29] clasifican estas consecuencias entre planos: el individual, el del trabajo mismo y el organizacional.

En el nivel individual los principales efectos tienen relación con el agotamiento, fatiga crónica, cansancio, distancia mental, ansiedad, depresión, quejas psicosomáticas, 'desbordamiento' de la vida privada, dudas respecto a la propia capacidad para desempeñar el trabajo.

A nivel del trabajo, los autores mencionan, entre otras, las siguientes consecuencias del Burnout: insatisfacción laboral, falta de compromiso organizacional e intención de abandonar la organización.

Finalmente, a nivel organizacional se observaría el incremento de las tasas de ausentismo y bajas labores, disminución del desempeño del trabajo y falta de calidad del servicio.

Estrategias de intervención

Actualmente las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos modelos explicativos anteriormente mencionados. La mayoría de ellas, sin embargo, está centrada en el modelo explicativo basado en la teoría estructural, es decir, asumen como supuesto fundamental o punto de partida básico, que el Síndrome de Burnout se genera a partir de la interpretación que puede tener un sujeto, de desbalance entre los requerimientos laborales y las competencias poseídas para afrontarlos.

De acuerdo a lo anterior, las estrategias de intervención pueden clasificarse, según su ámbito o foco de aplicación en: individuales, grupales y organizacionales.

La elección de una u otra estrategia dependerá de los resultados del diagnóstico previo, de esta manera, por ejemplo si como resultado de este diagnóstico se ha detectado una generalizada falta de recursos personales en los empleados de una organización, se pueden emprender estrategias individuales que busquen fortalecerlos. "Estas estrategias suponen la implicación activa del trabajador ya que pretenden dotarle de conocimientos, generar competencias, desarrollar habilidades, etc." [19]. Por el contrario, si se ha detectado que existen excesivas demandas laborales, o también escasos recursos laborales, las estrategias deben enfocarse en solucionar estos problemas a nivel grupal. También existe la posibilidad de combinar ambas estrategias y adoptar un enfoque intermedio centrado en los grupos de la organización o en la relación personal-organización

a) Estrategias individuales

Este tipo de estrategias proviene principalmente del modelo explicativo planteado por Gil-Monte [27], que asume el desencadenamiento del síndrome de burnout en el marco de los modelos de desarrollo general del estrés, ubicándolo como una estrategia de respuesta individual en el espacio intermedio entre el estrés percibido por el trabajador y las consecuencias del mismo, tanto a nivel individual como organizacional.

Por lo tanto estas estrategias se centran en que el individuo adquiera más recursos personales que le permitan mejores formas de afrontar el estrés. En otras palabras, corresponderían al

“desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo... siendo necesarios el entrenamiento en la solución de problemas, en la asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Otras actuaciones eficaces son olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, practicar técnicas de relajación, tomar pequeños descansos durante la jornada y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir” [30].

Matteson e Ivancevich [24] dividen estas estrategias individuales en dos tipos de programas, según si están orientados a prevenir el surgimiento del síndrome o a paliar sus efectos. Los primeros son llamados instrumentales e incluyen “entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilos de vida”. Los segundos son llamados paliativos, ya que tienen como objetivo que el individuo logre un manejo efectivo de sus emociones, e incluyen “entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa” [24].

También existen otros programas centrados en el ámbito individual, pero con diferentes modelos explicativos. Por ejemplo, Martínez Pérez [24] describe el programa “Trabajando sobre tu carrera” que se basa sobre la teoría socio-cognitiva del Yo, y las teorías del intercambio social. Su objetivo es influir en las cogniciones individuales del empleado para mejorar su situación laboral actual, logrando mayor equidad. “Estos planteamientos se concretan en el programa con diferentes estrategias: la relación de las expectativas con los objetivos, la autoimagen, y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción para cambiar la situación laboral” [24].

Otras estrategias individuales efectivas son los programas dirigidos a mejorar el control del estrés. Koeske y Kelly [31] “reportaron hallazgos desde su investigación “Salud y Formas de Vida Diaria” que fue utilizada para evaluar las estrategias de enfrentamiento. Dependiendo del marco de tiempo, el enfrentamiento fue examinado entre 39 a 51 trabajadores. Los resultados mostraron que las estrategias de enfrentamiento orientadas al control claramente actuaron como amortiguadores del stress laboral y que aquellas que se basaron exclusivamente en estrategias de evasión del enfrentamiento reportaron mayores niveles generales de consecuencias negativas tres meses después” [32].

En último término se debe señalar que las estrategias de intervención de tipo individual son las que generan más consenso en el mundo académico y laboral ya que están fundamentadas en sólidos modelos explicativos y también han mostrado los mejores resultados en contextos de intervención programados. Tal y como señalan Burnard, Edwards, Fothergill y Hannigan [32]. “Los estudios de intervención utilizados en esta investigación fueron todos estrategias de manejo de estrés en lugares de trabajo que se basaron principalmente en estrategias individuales”

b) Estrategias organizacionales

Las estrategias que asumen como foco de acción el nivel organizacional, se basan en los modelos explicativos apoyados en la teoría organizacional, y resaltan dos dimensiones fundamentales: La estructura y el clima organizacional.

Los programas centrados en la estructura organizacional apuntan a lograr un rediseño o reestructuración del lugar y puestos de trabajo. Por ejemplo, desarrollan acciones tales como el mejoramiento de los sistemas de retroinformación, la re-definición de los objetivos y/o contenidos del trabajo (para clarificar los roles de cada profesional), el aumento de las recompensas de los trabajadores, la disminución de los turnos u horarios de trabajo. Por su parte, los programas centrados en el clima de la organización apuntan más bien a la dimensión informal, resaltando medidas tales como programas de inducción a los nuevos empleados para que se ajusten a la realidad laboral, evitando así el conflicto con unas expectativas imaginarias; el fomento de nuevos estilos de liderazgo, más inclusivos y horizontales; el hacer que los trabajadores se responsabilicen de sus acciones, y otras que apuntan a establecer el desarrollo organizacional como un conjunto de prácticas consolidadas al interior de la organización.

Dos son los principales problemas que se generan al momento de aplicar este tipo de estrategias: el primero, que afecta a aquellas estrategias de tipo organizacional que buscan cambiar la estructura, es que la intervención puede empeorar la situación actual (ya que toda transformación y proceso de aprendizaje es fuente potencial de estrés). Y el segundo, referido a las estrategias que buscan mejorar el clima organizacional, apunta a la dificultad en términos del alto costo en recursos y tiempo requeridos para la consolidación de los cambios que, además, producen resultados difíciles de cuantificar.

A continuación, con el fin de profundizar en la comprensión de acciones que componen cada una de los tipos de estrategias revisadas, se presenta un cuadro resumen de Llorens y Salanova [19] elaborado en base al objetivo y el foco de intervención que se elija.

<i>PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PSICOSOCIAL</i>		
OBJETIVO/FOCO	ESTRATEGIAS INDIVIDUALES	ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES
DIAGNÓSTICO	-Auto-diagnóstico	-Auditoría de salud psicosocial
PREVENCIÓN PRIMARIA	-Gestión del tiempo -Entrenamiento en habilidades sociales -Equilibrio trabajo-vida privada	-Mejoramiento del contenido del puesto -Horarios de trabajo -Desarrollo directivo
PREVENCIÓN SECUNDARIA	-Grupo de mejora -Coaching and consulting	-Programas de acogida a nuevos empleados -Desarrollo organizacional
PREVENCIÓN Terciaria/Tratamiento	-Asesoramiento -Psicoterapia	-Institucionalización de servicios

Fuente: Llorens y Salanova, 2008, p. 63

c) *Estrategias mixtas o grupales*

Tal y como se mencionó anteriormente, este tipo de estrategias se puede considerar como mixto en el sentido de que estas apuntan tanto en la dirección de implementación de cambios

a nivel individual como organizacional, teniendo como eje predilecto de intervención los pequeños grupos que conforman el ambiente laboral de una organización. Además, en términos de los modelos explicativos anteriormente mencionados, estas estrategias se acercan más a aquellos que se basan en la teoría del intercambio social ya que colocan el acento en las relaciones interpersonales y los procesos de comparación social que se originan a partir de ellas.

De esta manera, son acciones características de los programas de tipo grupal el fomento del apoyo social y el fortalecimiento de los vínculos entre los compañeros de trabajo, tanto en el aspecto emocional como en el profesional. Su objetivo último es, entonces, fortalecer la confianza y solidaridad a nivel grupal para evitar conflictos en las situaciones laborales estresantes.

Finalmente, es importante destacar que al momento de elegir una determinada estrategia de intervención, ya sea para prevenir o enfrentar el síndrome del burnout, en una determinada organización, se deben tener en consideración otros elementos que complementen los criterios de decisión centrados en el ámbito o foco de acción, por ejemplo los criterios temporales y estructurales, que permitirán mejorar las probabilidades generales de éxito en la aplicación de las distintas acciones de intervención.

Respecto al eje temporal, Llorens y Salanova [19] señalan que las estrategias de intervención se pueden programar a corto, mediano y largo plazo, dependiendo de los objetivos de la organización, la disponibilidad de recursos y la expectativa de los resultados a lograr. Y con relación a los factores estructurales, señalan que para el éxito de toda intervención es clave que exista: confidencialidad y anonimato en el proceso, participación dinámica tanto de la dirección y de los trabajadores, y un fuerte compromiso directivo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la eficacia de una intervención para disminuir los síntomas de distrés emocional y del Síndrome de Burnout, en los trabajadores de empresas del sector salud.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la eficacia de una intervención para reducir los síntomas de distrés emocional, en trabajadores de empresas de salud.
2. Evaluar la eficacia de esta intervención para disminuir los síntomas del síndrome de Burnout, en trabajadores de empresas del sector salud.
3. Contar con una intervención para disminuir los síntomas de distrés emocional y del síndrome de Burnout, adaptada y validada en nuestro medio nacional, cuyo uso pueda extenderse más adelante a otras empresas donde este problema sea importante.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño general de la investigación

Se utiliza un diseño cuasi – experimental, dado que se tomaron unidades completas de trabajo (servicios clínicos), no pudiendo realizarse una asignación aleatoria de cada trabajador. Esto debe ser así, producto de que la intervención será de nivel organizacional, afectando al conjunto de los trabajadores de esa unidad.

Se tomaron 4 unidades clínicas: Médico Quirúrgico 3°, Médico Quirúrgico 4°, Pabellones, y UCI General - UCI Quemados. Con el equipo del Hospital se asignaron 2 unidades para realizar la intervención (Médico Quirúrgico 3° y Pabellones) y otras 2 unidades que quedarán como unidades de control (Médico Quirúrgico 4° y UCI General - UCI Quemados). Se analizaron las características de los trabajadores de los dos tipos de unidades, para asegurar que sean lo más similares posible.

Muestra

Dado que se trata de un estudio piloto, el tamaño y la selección de la muestra estuvieron condicionados fundamentalmente por criterios de factibilidad. Se acordó utilizar un tamaño muestral de alrededor de 100 trabajadores en cada grupo (cercano a 200 trabajadores en total), para la partida del estudio.

Evaluaciones e instrumentos

Se realizó una evaluación previa a la intervención (“línea basal”) y otra después de terminada esta. La segunda evaluación se realizó alrededor de 3 a 5 meses después de la primera.

Para las evaluaciones se utilizaron los siguientes instrumentos:

- datos generales del trabajador (datos socio-demográficos);
- datos de las características de su condición laboral, funciones y tareas, tiempo en la empresa, etc.;
- Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), para la evaluación del distrés emocional; y
- El Inventario de Maslach para Burnout (MBI).



Descripción de la intervención

Inicialmente se había planificado una intervención que estaría más orientada a la modificación de factores de riesgo psicosocial en el ambiente laboral, con acciones en varios niveles (organizacional, social e individual) y que duraría alrededor de 3 meses, dependiendo de las características propias de las unidades que fueren intervenidas. Sin embargo, se solicitó por parte del equipo del Hospital que se pusiera el foco en una forma especial de estrés de origen laboral, que es muy propio de los trabajadores de servicios sanitarios: el síndrome de Burnout.

Por tanto, este estudio comenzó con la realización de un diagnóstico que permitió identificar la intensidad de los síntomas de estrés y de Burnout. Y posteriormente, se elaboró una propuesta de intervención de tipo individual, para reducir este tipo de síntomas, la que fue presentada al equipo del Hospital y aprobada por estos.

Como resultado de este proceso, se planificó la ejecución de una intervención a nivel individual, a través de 4 sesiones presenciales; cuyos contenidos se describen a continuación:

1ª sesión:

Consistió en el reconocimiento cognitivo y corporal de los datos, con la finalidad de dar a conocer el resultado de la medición inicial y reconocer las percepciones cognitivas y no cognitivas (cuerpo – emoción), y como esto se procesa en los 2 niveles.

Esta sesión inicial tuvo como objetivo de mostrar las implicancias de los procesos de agotamiento emocional, despersonalización y percepción de ineficacia.

2ª Sesión:

Consistió en dotar a los/las participantes de técnicas corporales –emocionales para la identificación del estrés y de modulación de la neutralidad emocional mediante técnicas de respiración.

3ª Sesión:

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

4ª Sesión:

Esta consistió en revisar el trabajo personal realizado en las semanas anteriores e identificar los logros alcanzados en la aplicación de las técnicas de identificación del estrés y de neutralidad emocional.

RESULTADOS DE LA LÍNEA BASAL

Características de la muestra

Durante el trabajo de campo se entrevistó a un total de 170 trabajadores pertenecientes a 4 unidades clínicas del Hospital, quienes conformaron los grupos de “Control” y “Intervención”. La composición final de los grupos fue la siguiente:

- Pabellón: Grupo de “Control 1”
- UCI y UCI-Q: Grupo de “Control 2”
- Médico Quirúrgico 3º: Grupo de “Intervención 1”
- Médico Quirúrgico 4º: Grupo de “Intervención 2”

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Control 1	35	20,6%
Control 2	49	28,8%
Control	84	49,4
Intervención 1	56	32,9%
Intervención 2	30	17,6%
Intervención	86	50,6
Total	170	100,0%

De acuerdo a esta distribución, se observa que los grupos conformados son similares, ya que concentran la misma proporción de trabajadores en cada uno de ellos; donde el 49,4% (n=84) corresponden al grupo de “Control” y el 50,6% (n=86) al grupo de “intervención”.

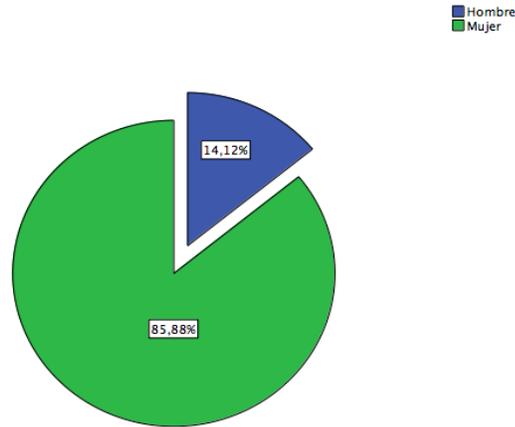
Grupo	Casos potenciales	Casos efectivos	Porcentaje (casos efectivos sobre potenciales)
Intervención 1	73	56	76,7%
Intervención 2	51	30	58,8%
Intervención	124	86	69,4%
Control 1	66	35	53,0%
Control 2	60	49	81,7%
Control	126	84	66,7%
Total	250	170	68,0%

Si observamos la proporción de “casos efectivos” sobre los “casos potenciales”, apreciamos que cada grupo posee una proporción similar de “casos efectivos”, ya que en todos ellos se logró entrevistar a más del 50,0% de los trabajadores que componen el grupo.

Datos sociodemográficos

Distribución por sexo

De los 170 casos encuestados, 149 corresponde a mujeres (85,9%) y sólo 24 a hombres (14,1%), tal como lo muestra el siguiente gráfico.

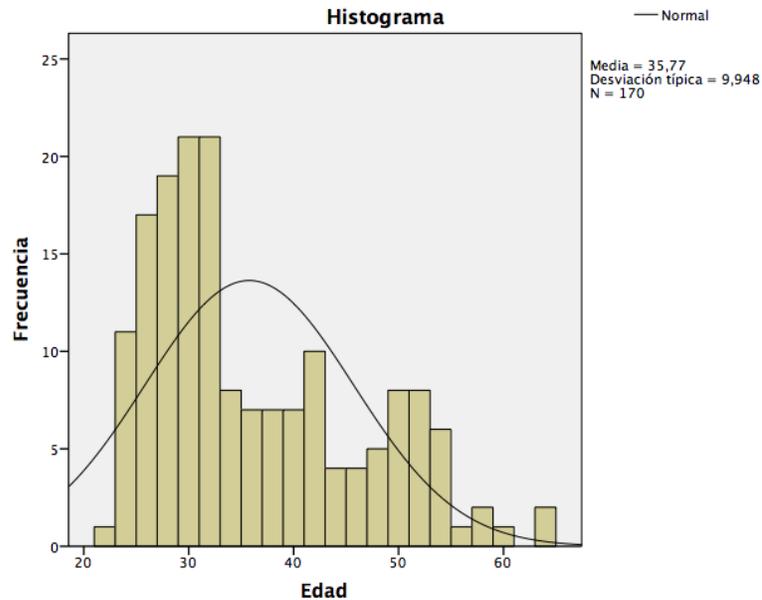


Si se compara la distribución de esta variable entre los grupos, se observa que la proporción de mujeres en el grupo de intervención es mayor (89,5%) que en el grupo de control (82,1%). Sin embargo, estas diferencias mostraron no ser estadísticamente significativas ($p = 0,107$).

Grupos		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Control	Recuento	15	69	84
	%	17,9%	82,1%	100,0%
Intervención	Recuento	9	77	86
	%	10,5%	89,5%	100,0%
Total	Recuento	24	146	170
	%	14,1%	85,9%	100,0%

Distribución por edad

El grupo encuestado mostró un rango de edades entre 22 y 64 años, con una mediana en 32 años, y una media de $35,7 \pm 9,9$ años. Tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico, la distribución es asimétrica, con una mayor cantidad de casos en edades más jóvenes.



En la siguiente tabla se muestra la distribución de la edad en cada grupo, donde la mediana de la edad en el grupo de control es levemente mayor (32,0 años) que la mediana del grupo de intervención (31,5 años). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0,195$).

Tabla. Distribución de la edad según grupos

Grupos	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	36,75	84	10,346	32,00
Intervención	34,81	86	9,507	31,50
Total	35,77	170	9,948	32,00

Distribución según estado civil

Se encontró que el 42,4% de los trabajadores es soltero/a, 32,9% casado/a, 14,7% tiene una relación de convivencia con su pareja y el 10,0% está separado/anulado.

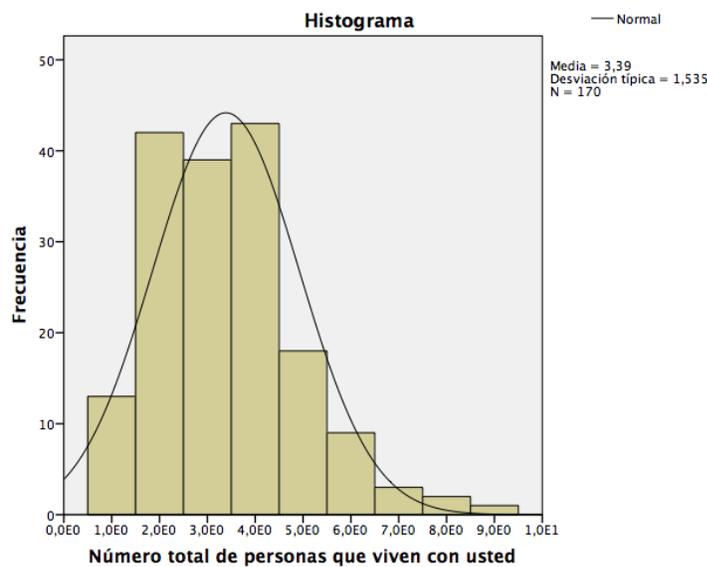
En la siguiente tabla se muestran los resultados según cada grupo, cuyo contraste no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y control ($p = 0,439$).

Grupo		Estado Civil				Total
		Soltero	Casado	Conviviente	Separado o anulado	
Control	Recuento	35	24	15	10	84
	%	41,7%	28,6%	17,9%	11,9%	100,0%
Intervención	Recuento	37	32	10	7	86
	%	43,0%	37,2%	11,6%	8,1%	100,0%
Total	Recuento	72	56	25	17	170
	%	42,4%	32,9%	14,7%	10,0%	100,0%

Distribución de los casos según el número de personas que viven con él/ella

Se encontró una mediana de 3 personas para el grupo familiar de los encuestados (esta cifra lo incluye a él o ella), con un rango que fluctuó entre 1 y 9 personas, con una media de $3,39 \pm 1,53$.

El siguiente gráfico muestra que la tendencia es a grupos familiares más pequeños.

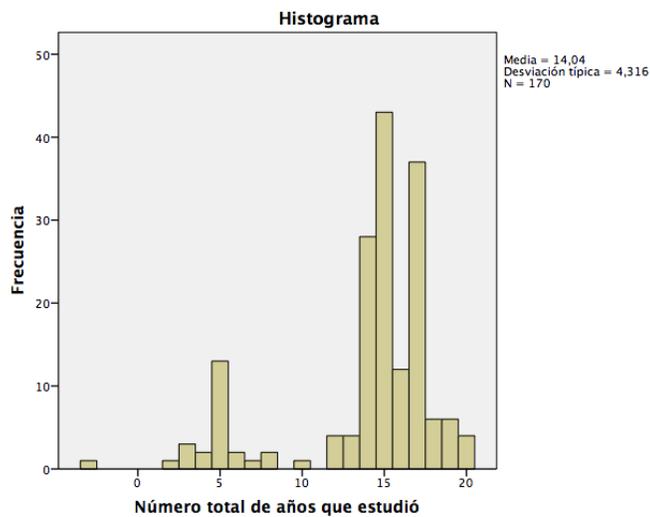


En la siguiente tabla se aprecian los resultados de este parámetro para cada grupo, observándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,010$). Donde los/as trabajadores/as del grupo de intervención viven con una mayor cantidad de personas que en el grupo de control.

Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	3,07	84	1,387	3,00
Intervención	3,70	86	1,617	4,00
Total	3,39	170	1,535	3,00

Número de años de estudio

En la muestra encuestada se observó un rango que iba entre los 2 y los 20 años de estudio (años con cursos aprobados); con una mediana en los 15 años y una distribución tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

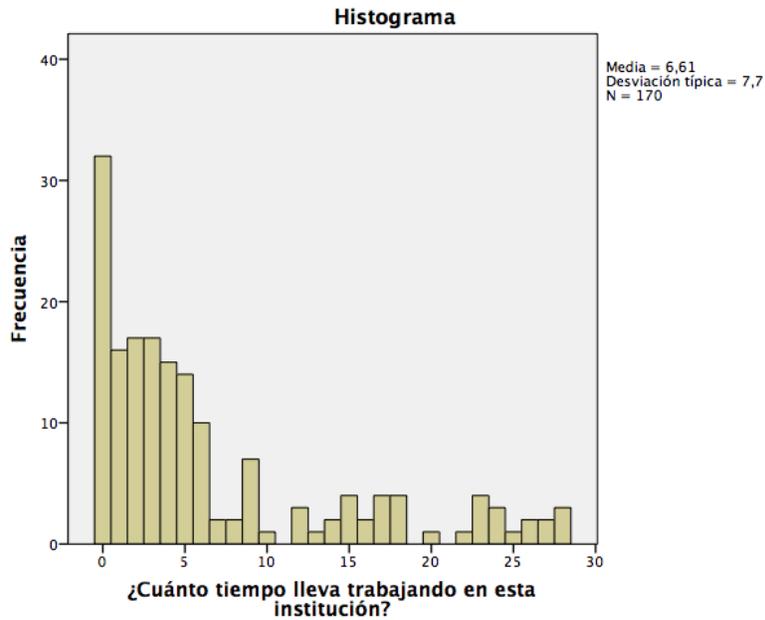


Al analizar el número de años de escolaridad entre los grupos, las diferencias observadas no mostraron ser estadísticamente significativas ($p = 0,628$).

Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	14,10	84	4,332	15,00
Intervención	14,16	86	3,910	15,00
Total	14,13	170	4,112	15,00

Tiempo que trabaja en el Hospital de la (en años)

Respecto de los años que los encuestados llevan trabajando en el Hospital, este varió entre menos de 1 año y 33 años, con una marcada tendencia a tener poco años, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.



Tampoco se observaron diferencias en este parámetro en la comparación entre los grupos de intervención y de control ($p = 0,352$), tal como se puede ver en la siguiente tabla.

Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	6,11	84	7,578	3,00
Intervención	7,10	86	7,831	4,00
Total	6,61	170	7,700	4,00

Auto-percepción del estado de salud

Auto-percepción de la salud física

En la siguiente tabla se observa que la mayoría considera que su salud física es buena, muy buena o excelente (69,5%). Sin embargo, un tercio (30,5%) considera que su salud física es regular o mala.

<i>¿Cómo diría que ha sido su salud física en el último año?</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Excelente	12	7,1	7,1	7,1
Muy buena	43	25,3	25,3	32,4
Buena	63	37,1	37,1	69,4
Regular	48	28,2	28,2	97,6
Mala	4	2,4	2,4	100,0
Total	170	100,0	100,0	---

Al comparar los resultados según cada grupo, se aprecia una leve tendencia a ser peor en el grupo de intervención. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,771$).

Grupo		<i>¿Cómo diría que ha sido su salud física en el último año?</i>					Total
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Control	Rec.	7	21	33	22	1	84
	%	8,3%	25,0%	39,3%	26,2%	1,2%	100,0%
Intervención	Rec.	5	22	30	26	3	86
	%	5,8%	25,6%	34,9%	30,2%	3,5%	100,0%
Total	Rec.	12	43	63	48	4	170
	%	7,1%	25,3%	37,1%	28,2%	2,4%	100,0%

Auto-percepción de la salud mental

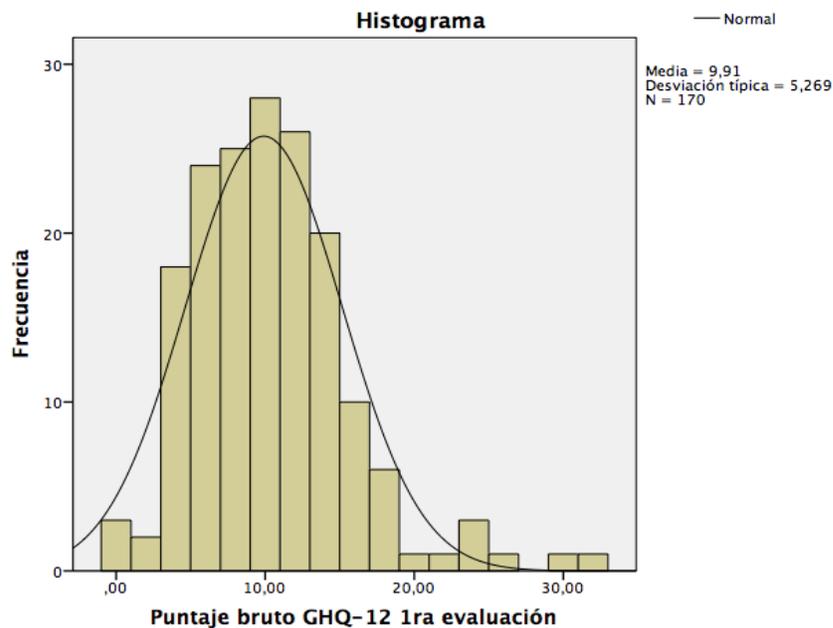
Una situación similar se observa con la salud mental o el estado emocional, donde un 31,2% considera que su salud mental es regular o mala.

Al igual que con auto-percepción de la salud física, en este caso se observa una tendencia a una peor evaluación de la salud mental o del estado emocional entre los encuestados del grupo de intervención, respecto del grupo de control. Sin embargo, esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p = 0,090$).

Grupo		En general, ¿cómo diría que ha sido su salud mental o su estado emocional, en el último año?					Total
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Control	Rec.	2	19	45	16	2	84
	%	2,4%	22,6%	53,6%	19,0%	2,4%	100,0%
Intervención	Rec.	3	15	33	30	5	86
	%	3,5%	17,4%	38,4%	34,9%	5,8%	100,0%
Total	Rec.	5	34	78	46	7	170
	%	2,9%	20,0%	45,9%	27,1%	4,1%	100,0%

Resultados de GHQ-12

Los puntajes en el GHQ-12 fluctuaron entre 0 y 32 puntos, con una mediana en 10 puntos y un promedio en $9,9 \pm 5,3$ puntos. Tal como es esperable en una población normal, la distribución es levemente asimétrica, con una mayor cantidad de casos hacia los puntajes más bajos. Esto se observa en el siguiente gráfico.



En la próxima tabla se muestran los puntajes para los grupos de intervención y control, mostrando que no existen diferencias significativas entre ellas ($p = 0,700$).

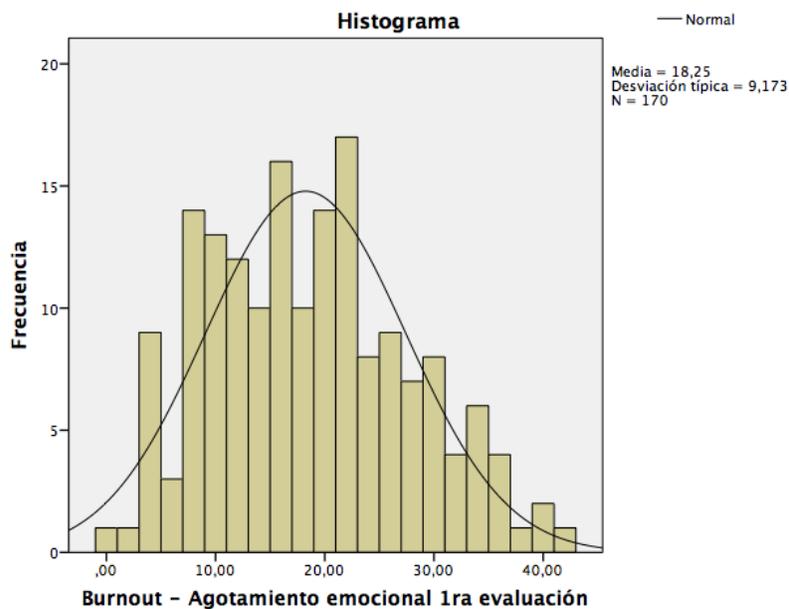
Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	9,8333	84	5,32517	10,0000
Intervención	9,9767	86	5,24455	10,0000
Total	9,9059	170	5,26937	10,0000

Resultados en el MBI

Para hacer que los puntajes sean más comprensibles y posibles de comparar en los diferentes componentes, se procedió a calcular para cada caso y cada componente un puntaje relativo, respecto del máximo puntaje 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 el complemento, y de esta forma se hace comparable a los otros dos componentes.

Componente de “agotamiento emocional”

El puntaje obtenido fluctuó entre 0% y 42,0%, con una mediana en 18,0%. Su distribución fue levemente asimétrica hacia la izquierda, tal como se observa en el siguiente gráfico.

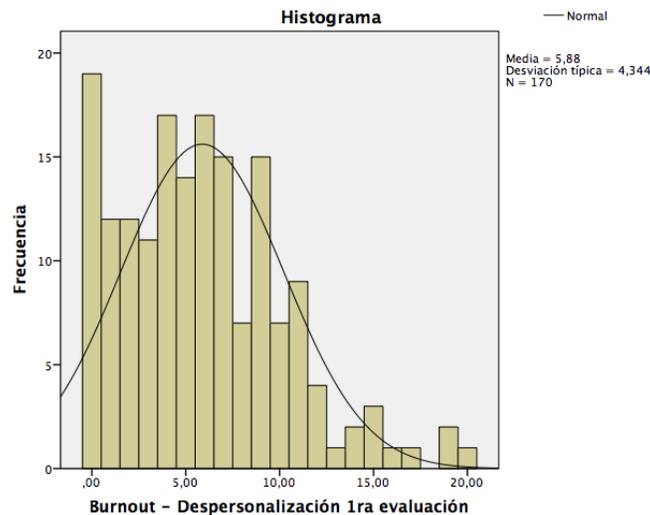


Al analizar la distribución de este parámetro entre los grupos de intervención y control, no se encontraron diferencias significativas entre ellos ($p = 0,634$), tal como muestran los valores de la siguiente tabla:

Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	17,8571	84	8,78545	17,5000
Intervención	18,6279	86	9,57330	19,0000
Total	18,2471	170	9,17342	18,0000

Componente de “despersonalización”

El puntaje obtenido fluctuó entre 0,0% y 20,0%, con una mediana en 5,5%. Su distribución también fue asimétrica, con más casos en los puntajes menores, tal como se observa en el siguiente gráfico.

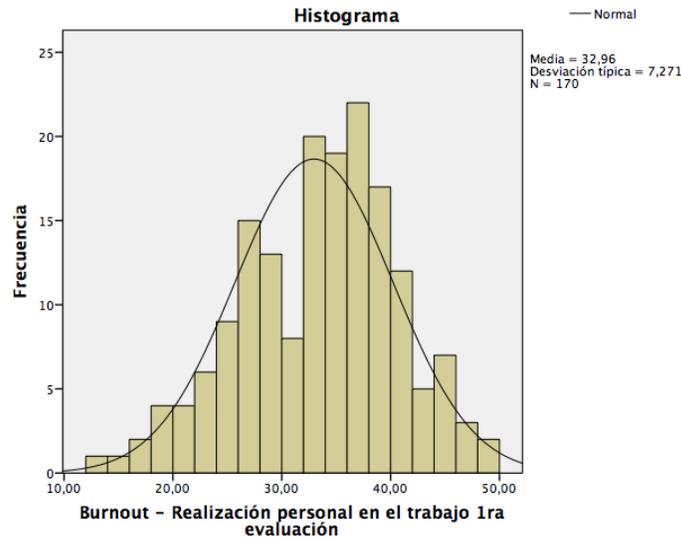


Al comparar la distribución de este parámetro entre los grupos de intervención y control, se observa una leve tendencia hacia valores más altos en el grupo de intervención. Sin embargo, esta diferencia no mostró ser estadísticamente significativa ($p = 0,659$). Los valores se presentan en la siguiente tabla.

Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	5,6786	84	4,18016	5,0000
Intervención	6,0698	86	4,51348	6,0000
Total	5,8765	170	4,34354	5,5000

Componente “realización personal en el trabajo”

En este caso, el puntaje fluctuó entre 13,0% y 48,0%, con una mediana en 34,0%. Al igual que en los otros dos componentes, su distribución fue levemente asimétrica a la derecha, con más casos en los puntajes mayores, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico.



En este caso, se observa que el grupo de control posee valores levemente superiores respecto al grupo de intervención, sin embargo esta diferencia tampoco mostró ser estadísticamente significativa ($p = 0,485$). Los valores se presentan en la siguiente tabla.

Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Control	33,4286	84	6,90606	34,0000
Intervención	32,5116	86	7,62310	33,0000
Total	32,9647	170	7,27067	34,0000

Síntesis de la evaluación inicial

Se logró encuestar a 68% de los potenciales casos en todas las unidades clínicas que fueron acordadas con el HMS, y en más del 50% en forma específica en todas ellas, con lo cual se pudo formar exitosamente los grupos de intervención y de control.

Los casos encuestados tienden a tener las siguientes características:

- en su gran mayoría son mujeres (85,9%);
- tienen a ser jóvenes (Md = 35,2 años), predominando los solteros/as (42,7%);
- la mayoría tiene estudios superiores (técnicos o universitarios);
- un 30,5% considera que su salud física es “regular o mala” y 31,2% considera que su salud mental es “regular o mala”; y,
- no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control en las variables principales (GHQ-12 y componentes del MBI).

Seguimiento

Distribución de los casos con 1ª y 2ª evaluación según grupos

Ingresaron al estudio 170 casos, que fueron quienes completaron íntegramente la 1ª evaluación. A partir de ese momento, se inició un periodo de seguimiento para ambos grupos hasta el término de la intervención (en el caso del grupo de intervención), y de 3 meses en el grupo de control. Tras el seguimiento, se logró realizar la 2ª evaluación al 45,3% de los casos del grupo de intervención y al 88,1% de los casos del grupo de control.

De acuerdo al equipo de profesionales que llevó a cabo la intervención, el menor número de entrevistas de seguimiento se debió principalmente a las dificultades para dar inicio a la intervención. La cual fue postergada aproximadamente 2,5 meses respecto de la fecha en que estaba originalmente programada, hasta lograr la coordinación necesaria para liberar a los/as trabajadores/as el tiempo necesario para asistir a las sesiones de la intervención.

Grupos	Casos con 1ª Eval.	Casos con 2ª Eval.	% de casos con 2ª eval. Sobre casos con 1ª Eval.
Intervención 1	56	33	58,9%
Intervención 2	30	6	20,0%
Intervención	86	39	45,3%
Control 1	35	32	91,4%
Control 2	49	42	85,7%
Control	84	74	88,1%
<i>Total</i>	<i>170</i>	<i>113</i>	<i>66,5%</i>

Este retraso, junto a la dificultad de encontrar los espacios necesarios para el desarrollo de la intervención, dificultó la tarea de lograr acordar –adicionalmente– 4 jornadas de evaluación por cada unidad clínica. Dadas estas circunstancias, se decidió realizar la 2ª evaluación en el contexto de la sesión de cierre de la intervención de cada una de las unidades clínicas. Por lo tanto, quienes no participaron de esta sesión de cierre, no pudieron ser entrevistados.

Para analizar la existencia de posibles sesgos, se evaluó si las pérdidas en el seguimiento modificaban la distribución de las principales variables en estudio. Si éstas no se modifican, es decir, si no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quienes “no tuvieron” 2ª evaluación y los que sí la tuvieron, es posible aceptar que estos grupos son iguales entre sí y que las pérdidas en el seguimiento no modifican sustancialmente los resultados del estudio. A continuación se muestran los resultados de la comparación entre estos grupos.

Variables	Sin 2da evaluación	Con 2da evaluación	p-value
% de mujeres	87,70%	85,00%	0,625
Edad	34,9 ± 9,5	36,2 ± 10,2	0,435
% de solteros	43,90%	41,60%	0,232
Años de estudio (Md)	15	15	0,177
Salud física (% regular y mala)	28,10%	31,90%	0,396
Salud mental (% regular y mala)	35,10%	29,20%	0,203

De acuerdo éstos resultados, observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos, respecto de las variables sociodemográficas principales y de salud física y mental auto-percibida.

Variables	Sin 2da evaluación	Con 2da evaluación	p-value
GHQ -12	10,4 ± 6,0	9,7 ± 4,9	0,517
MBI – Agotamiento emocional	17,8 ± 9,6	18,5 ± 9,0	0,577
MBI – Despersonalización	6,4 ± 5,1	5,6 ± 3,9	0,641
MBI – Realización con el trabajo	34,3 ± 7,2	32,3 ± 7,2	0,154

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas, ni en el GHQ-12 como tampoco en cada una de las dimensiones del MBI.

A modo de conclusión, es posible afirmar que no se encontraron diferencias importantes en las variables socio-demográficas y tampoco en las variables en las que la intervención busca modificar (MBI), entre el grupo que tuvo 1ª y 2ª evaluación (y que será usado para estudiar la eficacia de la intervención) respecto del grupo que sólo tuvo la 1ª evaluación. Es decir, no parece haber un sesgo de selección en este punto.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Variación en GHQ-12

Al comparar los grupos en la primera evaluación no se observan diferencias significativas entre ellos para el puntaje en el GHQ-12: $9,7 \pm 5,2$ para el grupo control y $9,7 \pm 4,3$ para el grupo de intervención ($p = 0,669$).

Al comparar la variación de resultados entre la 1ª y 2ª evaluación en esta dimensión, al interior del grupo de control se observa muy pequeña disminución en el puntaje obtenido, que no resulta ser estadísticamente significativa ($p=0,523$). Al interior del grupo de intervención, se observa una reducción significativa en el puntaje obtenido entre las dos evaluaciones, disminuyendo en torno a 2 puntos en la segunda medición.

Los resultados de estas comparaciones se muestran a continuación.

Grupo	1ª evaluación	2ª evaluación	Diferencia	<i>p-value intra-grupo</i>
Control				
Promedio \pm d.e.	$9,7 \pm 5,2$	$9,4 \pm 5,3$	-0,3	
Mediana	10	9	-1	0,523
Intervención				
Promedio \pm d.e.	$9,7 \pm 4,3$	$8,3 \pm 4,4$	-1,4	
Mediana	10	8	-2	0,035
<i>p-value entre-grupos</i>	0,669			



Variación de MBI

Componente de “Agotamiento emocional”

Al comparar los grupos en la primera evaluación no se observan diferencias significativas entre ellos para el puntaje del componente de agotamiento emocional del MBI: $18,2 \pm 8,8$ para el grupo control y $19,0 \pm 9,6$ para el grupo de intervención ($p = 0,749$).

Al comparar la variación de resultados entre la 1ª y 2ª evaluación en esta dimensión, no se observan diferencias significativas al interior del grupo de control ($p=0,872$), ni tampoco en el grupo de intervención ($p=0,970$).

Los datos de estas comparaciones se muestran en la siguiente tabla.

Grupo	1ª evaluación	2ª evaluación	Diferencia	<i>p-value intra-grupo</i>
Control				
Promedio \pm d.e.	$18,2 \pm 8,8$	$17,9 \pm 9,0$	-0,3	
Mediana	18	18	---	<i>0,872</i>
Intervención				
Promedio \pm d.e.	$19,0 \pm 9,6$	$18,8 \pm 8,5$	-0,2	
Mediana	19	18	-1	<i>0,970</i>
p-value entre-grupos	<i>0,749</i>			

Componente de “Despersonalización”

Al comparar los grupos en la primera evaluación no se observan diferencias significativas entre ellos para el puntaje del componente de despersonalización del MBI: $5,8 \pm 4,1$ para el grupo control y $5,3 \pm 3,5$ para el grupo de intervención ($p = 0,643$).

En la dimensión de “despersonalización” no se observa variación alguna al interior del grupo de control entre ambas mediciones ($p=0,801$). En el grupo de intervención se aprecia un pequeño aumento en el puntaje tras la intervención, sin embargo ésta tampoco mostró ser estadísticamente significativa ($p=0,160$).

Ambas comparaciones se muestran en la siguiente tabla.

Grupo	1ª evaluación	2ª evaluación	Diferencia	<i>p-value intra-grupo</i>
Control				
Promedio ± d.e.	5,8 ± 4,1	5,8 ± 3,8	---	
Mediana	6	6	---	0,801
Intervención				
Promedio ± d.e.	5,3 ± 3,5	6,2 ± 3,7	+ 0,9	
Mediana	5	6	+1	0,160
<i>p-value entre-grupos</i>	0,643			

Componente de “realización personal en el trabajo”

Al comparar los grupos en la primera evaluación no se observan diferencias significativas entre ellos para el puntaje del componente de agotamiento emocional del MBI: $33,0 \pm 6,9$ para el grupo control y $30,9 \pm 7,7$ para el grupo de intervención ($p = 0,252$).

Al comparar la variación de resultados entre la 1ª y 2ª evaluación en esta dimensión, no se observan diferencias significativas al interior del grupo de control ($p=0,498$), al igual que en el grupo de intervención ($p=0,789$).

Los valores de ambas comparaciones se muestran en la siguiente tabla:

Grupo	1ra evaluación	2da evaluación	Diferencia	<i>p-value intra-grupo</i>
Control				
Promedio ± d.e.	33,0 ± 6,9	33,7 ± 6,6	0,7	
Mediana	34	33	1	0,498
Intervención				
Promedio ± d.e.	30,9 ± 7,7	31,6 ± 7,4	0,7	
Mediana	32	32	---	0,789
<i>p-value entre-grupos</i>	0,252			



CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este estudio son las siguientes:

1. Se logró realizar una experiencia piloto para probar una intervención breve (de 4 sesiones), focalizada en el nivel individual de los trabajadores, de servicios clínicos en un hospital.
2. Considerando las dificultades habituales para el desarrollo de intervenciones de este tipo (sistema de turnos, actividades continuadas con pacientes, etc.), se considera un éxito haber podido enrolar a 68% de los trabajadores de las cuatro unidades clínicas que fueron seleccionadas para el estudio (sobre el 50% en forma específica en cada una de ellas).
3. Los casos que ingresaron al estudio (con 1ª evaluación) tienen las siguientes características:
 - en su gran mayoría son mujeres (85,9%);
 - tienen a ser jóvenes (Md = 35,2 años), predominando los solteros/as (42,7%);
 - la mayoría tiene estudios superiores (técnicos o universitarios);
 - un 30,5% considera que su salud física es “regular o mala” y 31,2% considera que su salud mental es “regular o mala”; y,
 - no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y de control para las variables principales (la mayoría de las de tipo socio-económico, el GHQ-12 y los componentes del MBI).
4. Si bien, en el seguimiento se logró realizar la segunda evaluación en el 66,5% de los casos en los que se había efectuado la 1ª evaluación (siendo de 45,3% en el grupo de intervención y de 88,1% en el grupo de control), el análisis comparado de los grupos que tuvieron esta 2ª evaluación respecto de quienes no la tuvieron, muestra que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellos para todas las variables principales. Esto indica que no existiría un sesgo de selección.
5. Se encontró una reducción estadísticamente significativa en el nivel de distrés emocional (evaluado con el GHQ-12) en el grupo de intervención, lo que no fue observado en el grupo control. Esto permite concluir que esta intervención breve y focalizada en el nivel individual puede ser útil para disminuir este problema.
6. No se logró obtener una reducción significativa en ninguno de los componentes del síndrome de Burnout (medido con el MBI) en el grupo de intervención. Por lo que se concluye que esta intervención, en las condiciones que se pudo realizar, no resultaría eficaz para este problema.
7. Creemos importante continuar explorando con nuevos tipos de intervenciones, en especial aquellas que abordan de manera integral los niveles organizacional, social e individual, con mayor grado de participación de todos los actores claves dentro de la organización, y que sea sostenida en el tiempo (mayor a 6 meses).

Aunque no se haya encontrado un efecto en los componentes del síndrome de Burnout, el hecho de haber logrado una reducción del distrés emocional es un hallazgo muy importante y esperanzador que refleja las posibilidades que tiene este tipo de intervenciones para disminuir problemas relacionados con el estado de salud mental de los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

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. Publicación 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, Kompier 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. Freudenberger H (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues; 30 : 159 – 165.
14. Gil Monte P (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Número monográfico. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones; 16 (2): 101 - 102.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Laiter MP. Job Burnout. Annual Review Psychology 2001; 52: 397 – 422.
16. 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.
17. Gil – Monte P & Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Editorial Síntesis SA. 1997.

18. 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.
19. Llorens, S. y Salanova, M. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 29 (1), pp. 59-67. Extraído el 28 de Marzo de 2013, desde: <http://www.cop.es/papeles>
20. Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Burnout. *Annual Review of Psychology* 52, pp. 397-422.
21. Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.
22. Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Profesional burnout*(pp. 19-32). Washington, DC: Taylor and Francis.
23. Schaufeli, W.B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
24. Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la discusión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, nº 112, Septiembre 2010. Madrid: Universidad Complutense. Extraído el 28 de Marzo de 2013, desde: <http://www.ucm.es/info/vivatoca/numeros/n112/DATOSS.html>
25. Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent development in theory and research*(pp. 135-149). Washington, DC: Taylor & Francis.
26. Buunk, A.P. y Schaufeli, W.B. (1993): “Burnout: a perspective from social comparison theory”, en WB. SCHAUFELI, C. MASLACH Y T. MAREK (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
27. Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electronica IntercaoPsy*, Año 1, nº 1, Ago. 2003, pp. 19-33.
28. Baumeister, R. F., Stillwell, A.M. y Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243-267.
29. 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.
30. CSI (ND). “Prevención de riesgos laborales campaña contra el burnout: síndrome de estar quemado”.
31. Koeske, G.F., & Kelly, T. (1995). The impact of over involvement on burnout and job satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 282–29.
32. Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A. y Hannigan, B.(2002). Stress management for mental health professionals: a review of effective techniques. *Revista Stress and Health*, 18, pp. 203-215.