

34

Fecha de presentación: mayo, 2020
Fecha de aceptación: julio, 2020
Fecha de publicación: septiembre, 2020

PROGRAMA

DE INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR EL BURNOUT DE PROFESIONALES DE LA SALUD, PERÚ

BRIEF INTERVENTION PROGRAM ON THE REDUCTION OF BURNOUT OF HEALTH PROFESSIONALS, PERU

Rosario Margarita Yslado Méndez¹
E-mail: rysladom@unasam.edu.pe
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6820-8607>

Roger Pedro Norabuena Figueroa²
E-mail: rnorabuenaf@unmsm.edu.pe
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3731-9843>

Junior Duberli Sánchez Broncano¹
E-mail: jsanchezb@unasam.edu.pe
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3920-011X>

Emerson Damián Norabuena Figueroa¹
E-mail: enorabuenaf@unasam.edu.pe
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2909-7080>

¹ Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Yslado Méndez, R. M., Norabuena Figueroa, R. P., Sánchez Broncano, J. D., Norabuena Figueroa, E. D. (2020). Programa de intervención breve para reducir el burnout en profesionales de la salud, Perú. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(5), 279-289.

RESUMEN: Estudios realizados en el último quinquenio, revelan que la prevalencia del burnout se está incrementando en los profesionales sanitarios. Los objetivos de la investigación fueron describir las fases y niveles de las dimensiones del SB y determinar los efectos de un Programa de Intervención Breve (PIB) sobre el burnout de los profesionales de la salud de dos hospitales del Ministerio de Salud (Ancash, Perú). Es un estudio de enfoque cuantitativo, aplicado y de diseño pre-experimental. La población estuvo conformada por 60 profesionales y en la intervención participaron cinco profesionales con burnout fase intermedia y final. Se utilizó el MBI Inventario "Burnout" de Maslach, cuyas propiedades psicométricas fueron adecuadas (confiabilidad, alfa de Cronbach = 0.85; índice de validez de contenido, Lawshe = 1.00). El PIB se enfocó en la enseñanza de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales de afrontamiento del burnout. Los Resultados indican que el PIB logro revertir las fases intermedia y final del burnout hasta la fase inicial, y disminuir los niveles altos de sus dimensiones: cansancio emocional y baja realización personal; pero los cambios no fueron significativos. Se concluyó que el PIB es económico, efectivo y eficiente.

Palabras clave: Programa de intervención breve, burnout, fases.

ABSTRACT: Studies conducted in the last five years, reveal that the prevalence of burnout is increasing in healthcare professionals. The objectives of the research were to describe the phases and levels of the SB dimensions and determine the effects of a Brief Intervention Program (BIP) on the burnout of health professionals from two hospitals of the Ministry of Health (Ancash, Peru). It is a research of quantitative approach, applied and pre-experimental design. The population was made up of 60 professionals and five professionals with intermediate and final phase burnout participated in the intervention. Maslach's "Burnout" Inventory MBI was used, whose psychometric properties were adequate (reliability, Cronbach's alpha = 0.85; content validity index, Lawshe = 1.00). The BIP focused on teaching behavioral, cognitive and emotional coping strategies for burnout. The results indicate that the BIP managed to reverse the intermediate and final stages of burnout until the initial phase, and decrease the high levels of its dimensions: emotional fatigue and low personal achievement; but the changes were not significant. It was concluded that BIP is economic, effective and efficient.

Keywords: Brief intervention program, burnout, phases

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios realizados en el último quinquenio en Latinoamérica y el Perú (Magalhães, et al., 2015; Maticorena Quevedo, et al., 2016), revelan que el síndrome de *burnout* (SB) en los profesionales de la salud, se está incrementando; este grupo ocupacional presenta diferentes niveles y fases del SB, inclusive desde su formación en el pregrado; por lo tanto, el riesgo de contraer SB o que esta se exacerbe, se incrementa durante el ejercicio profesional de este colectivo profesional.

Los profesionales de la salud que laboran en los hospitales de la Región Ancash (Perú), presentan diferentes fases (inicial, intermedio y final) del SB (Yslado, et al., 2011). El SB a largo plazo afecta la salud física, mental y ocupacional de los profesionales de la salud, su bienestar y la calidad de su prestación de servicios asistenciales, compromiso, productividad y otras áreas de la vida laboral. El SB es un problema de salud ocupacional, que emerge como una respuesta al estrés laboral crónico y se caracteriza por el agotamiento o cansancio emocional físico y emocional (CE), despersonalización (D) y la disminución de la capacidad personal de logro o realización personal (RP), que con frecuencia presentan los profesionales sanitarios, quienes realizan su trabajo mediante la interrelación directa con los pacientes y prestan servicio de ayuda social (Maslach & Jackson, 1997); como tal los niveles más altos de SB se presenta en este grupo ocupacional, en comparación al resto de grupos profesionales, que brindan servicios a personas.

El SB puede evolucionar a través de ocho fases, obtenidas de dicotomizar las dimensiones del MBI en puntuaciones bajas y altas. Explican que el proceso del SB se inicia con una primera fase en la que se desarrolla la despersonalización (D); posteriormente el empleado desarrolla una experiencia de baja realización personal (RP) en el trabajo y el último síntoma que se establece es el cansancio emocional (CE) (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983). Cuando el empleado se encuentra en fases avanzadas del SB, presenta disminución de su satisfacción e implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad; y experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos, cuya solución no requeriría solo de talleres de manejo de estrés, sino de abordajes terapéuticos y políticas de protección para los empleados.

El Programa de Intervención Breve (PIB), es una aporte sui generis diseñado por los investigadores del presente estudio, que se sustenta en un modelo multimodal, centrado en la persona; se basa en los fundamentos teóricos y técnicas de la psicología positiva y humanista; en

los modelos teóricos del proceso y organizacional del SB (Golembiewski, et al., 1983), y en los modelos de intervención en educación y promoción de la salud del bienestar, pragmático e interpersonal (Portillo, Portillo & Rodrigo, 2015).

El PIB se enfoca en la formación de estrategias de afrontamiento del SB, a través de la psicoeducación y psicoterapia orientada a la potenciación de recursos y capacidades personales, mediante métodos y técnicas psicológicas de Programación Neurolingüística (PNL), Gestalt, Mindfulness y Brain Gym, para reducir el estrés laboral; superar bloqueos emocionales; mejorar el comportamiento y la comunicación interpersonal para promover cambios en las conductas, cogniciones y emociones, y así los profesionales de la salud puedan realizar su trabajo con mayor seguridad y estabilidad emocional, aun cuando perciban diferentes estresores intra y extra organizacionales.

El PIB, es de prevención secundaria, porque comprende un conjunto de acciones planificadas, sistemáticas y específicas dirigida a un grupo en riesgo con SB fase intermedia y final, detectado a través de un tamizaje, aplicando el MBI de Maslach; es de intervención breve (comprende cuatro talleres de cinco horas semanales); grupal (impartido a través de técnicas de desarrollo personal, comunicación sensorial experiencial, para el aprendizaje y aplicación de estrategias de afrontamiento del SB); y focalizado, pues su objetivo es reducir los niveles altos del burnout y sus dimensiones, de un grupo vulnerable reducido. Asimismo, es psicoeducativo, porque la intervención comprende un programa de formación (información y educación), mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje, con metodologías activas participativas y experienciales, para conocer y aplicar nuevas estrategias de afrontamiento del SB en el centro de trabajo.

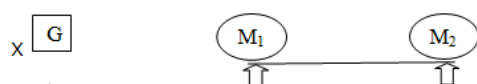
De acuerdo a la revisión de la literatura sobre prevención e intervención del SB, se ha encontrado que la mayoría de investigaciones sobre programas terapéuticos (basados en el Mindfulness) y psicoeducativos para reducir el SB en profesionales sanitarios, han demostrado mejorar significativamente el SB y el CE (Aranda, et al., 2017; Marín Tejeda, 2017; Fuertes, et al., 2019; Gracia, et al., 2019); pero otros programas de Mindfulness no lograron disminuir el SB (Suyi, Meredith & Khan, 2017). Asimismo, un programa breve basado en estrategias de relajación, comunicación, habilidades sociales y apoyo social, demostró su efectividad después de un mes; pero los efectos significativos de la intervención no fueron evidentes a largo plazo (6 meses) (Alenezi, McAndrew & Fallon, 2019); sin embargo, no se han realizado estudios sobre PIB basados en psicoterapia y psicoeducación, como el

desarrollado en este estudio, cuyos resultados son alentadores para continuar esta línea de investigación.

Los objetivos del estudio fueron: 1) Describir las fases y niveles de las dimensiones del SB de los profesionales de la salud de dos hospitales del Ministerio de salud (MINSA) de Ancash (Perú) y 2) Determinar los efectos de la aplicación del programa de intervención breve, sobre las fases y dimensiones del SB de los profesionales de la salud evaluados.

MATERIALES Y MÉTODO

Es un estudio de enfoque cuantitativo, de nivel aplicado y diseño pre experimental (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), su representación es:



Donde:

G: Grupo experimental

M1: Preprueba con un solo grupo

M2: Posprueba con un solo grupo

X: Tratamiento experimental

Participantes: La población estuvo conformada por 60 participantes (médicos, psicólogos, enfermeras, obstetras, odontólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, biólogos, asistentes sociales); 31 pertenecientes al hospital de Casma y 29 al hospital de Huarney (Ancash). Se considero criterios de inclusión (ambos sexos, de 25 a 60 años, nombrados y contratados, experiencia laboral igual o mayor a un año hasta 30 años) y de exclusión (recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, no desear participar en el estudio con consentimiento escrito firmado). El muestreo fue no probabilístico; de 12 profesionales que presentaron SB fase final y uno SB fase intermedia, la muestra de participantes voluntarios se conformó con cinco profesionales (médico, enfermera, obstetra, nutricionista y asistente social, cuatro mujeres, uno varón, cuyas edades oscilaron de 34 a 49 años, cuatro con SB final y uno con SB intermedio).

Instrumentos: Se aplicó una ficha sociodemográfica (sexo, edad, condición laboral, experiencia laboral, número de trabajos, número de guardias al mes, horas de trabajo semanal) y para medir la VD (SB) en la pre y posprueba se utilizó el MBI, Síndrome del "Quemado" por estrés laboral asistencial, adaptación española realizada por Seisdedos (Maslach & Jackson, 1997), que mide tres dimensiones del SB: CE, D y RP; consta de 22 ítems con siete respuestas posibles de acuerdo a la escala tipo Likert: nunca (0), pocas veces (1), una vez al mes o menos (2), pocas

veces al mes o menos (3), una vez por semana (4), pocas veces a la semana (5) y todos los días (6).

El índice de validez de contenido (1,00=adecuado) y el nivel de fiabilidad (0,739=bueno), evidencian que las propiedades psicométricas del instrumento fueron adecuadas. La interpretación de los resultados se realizó considerando que el SB es un proceso continuo, que se presenta progresivamente en fases, que oscilan del grado más bajo o leve (fases I, II, III) al más alto que denota enfermedad (fases VI, VII VIII), siendo las fases IV y V a término medio y las entradas principales para el avance del SB. La interpretación de alto y bajo, se llevó a cabo de acuerdo a valores predeterminados para los puntos de corte: CE, 24 o mayor es alto; D, 19 o mayor es alto; RP (inverso), 26 o menor es bajo.

Procedimiento: Se realizaron los pasos siguientes: 1) Determinadas las variables de estudio: VI (PIB) y VD (SB fase intermedia y final), se elaboró el PIB. 2) La VD, se midió mediante el instrumento MBI. 3) Se evaluó a 60 profesionales de la salud, para detectar los casos de SB en fase media y final. 4) Se detectaron 12 casos con SB fase final y uno con fase intermedia. 5) A los 13 casos detectados, se les motivó para participar en el PIB explicándoles sobre los objetivos, características y beneficios del PIB; cinco profesionales aceptaron participar voluntariamente, mediante el consentimiento informado escrito y ocho no aceptaron participar.

6) Al grupo de voluntarios, se le motivó asistir a todos los talleres del PIB, mediante las siguientes estrategias: a) se les informó que el PIB se impartiría gratuitamente; b) se ofreció entregar un certificado de asistencia al PIB con el valor curricular de cuatro créditos; c) se les comunicó sobre la autorización oficial para aplicar el PIB; d) se confirmó la entrega de materiales (separatas, CDs), refrigerio y pago de pasajes. 7) El PIB fue coordinado por dos facilitadores: doctores en psicología y psicoterapeutas, y desarrollado a través de cuatro talleres, impartidos semanalmente, con una duración de cinco horas, durante un mes, en el horario de trabajo (viernes de 9.00 am a 2.00 pm) en el auditorio del hospital de Casma, bajo las mismas condiciones (mobiliario y equipos electrónicos). No se realizó grabación, ni filmación alguna por criterios éticos, pues algunos participantes no aceptaron firmar la autorización para realizar los procedimientos señalados. 8) Al inicio del primer taller se aplicó la preprueba y concluida la aplicación del PIB, se aplicó la posprueba a los cinco participantes, que asistieron al 100% a los cuatro talleres. 9) La eficacia, efectividad y eficiencia del PIB, se evaluaron de acuerdo a los parámetros propuestos por Fernández & Gómez (2007). Un resumen del PIB se muestra en el anexo 1.

Análisis de datos: Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.22. La contrastación de la primera hipótesis de investigación, se realizó por medio de las frecuencias absolutas simples, ya que dichos valores representan el parámetro de la población estudiada. Para la segunda hipótesis, se utilizó la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon y la Prueba de Signos para muestras pequeñas, al nivel de confianza del 95%.

Criterios éticos: Se solicitó autorización a los Directores de los hospitales investigados; la participación voluntaria e informada (consentimiento escrito) a los participantes en el estudio, y al finalizar la investigación se informó los resultados a los participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1, se observa que siete de cada diez profesionales de la salud (78.3%) del total de evaluados, presentaron la fase inicial (etapas I y III) del SB; el 20.1% evidencio encontrarse en la fase final (etapa VI, VII y VIII) del SB y solo un caso (1.7%) presento la fase intermedia del SB; es decir la mayoría (80.0%) presento la fase inicial e intermedia del SB en los profesionales evaluados, siendo éste valor superior al 20.0%, que presentaron la fase final del SB. Asimismo, más de la mitad (61.7%) de los profesionales evaluados, presentaron un nivel bajo de CE; similarmente el 60.0%, manifestaron nivel bajo en D y la mayoría (73.3%) evidencio baja RP; en menores porcentajes mostraron CE y D a nivel alto (13.3% y 10.0% respectivamente) y el 73.3% presentó baja RP (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de profesionales de la salud, según fases del SB.

Fases diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje	Niveles
I	3	5.0%	Inicial (78.3%)
II	0	0.0%	
III	44	73.3%	
IV	0	0.0%	Intermedio (1.7%)
V	1	1.7%	
VI	1	1.7%	Final (20.0%)
VII	10	16.7%	
VIII	1	1.7%	
Total	60	100.0%	

Tabla 2. Niveles de las dimensiones del SB de los profesionales de la salud.

Cansancio emocional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	37	61,7%
Medio	15	25,0%
Alto	8	13,3%
Total	60	100,0%
Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	36	60,0%
Medio	18	30,0%
Alto	6	10,0%
Total	60	100,0%
Realización personal	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	44	73,3%
Medio	11	18,3%
Alto	5	8,3%
Total	60	100,0%

Efectos del Programa de Intervención Breve

En relación a los efectos del PIB, para reducir las fases intermedia y final del SB, se encontró que uno de los profesionales que presentó fase intermedia (V) y tres profesionales que evidenciaron la fase final (VII) del SB durante la preprueba o pretest, disminuyeron sus niveles del SB, pues al concluir el PIB, presentaron fase inicial (III) o leve del SB; solamente un profesional mantuvo la misma fase final (VII) antes y después de la aplicación del PIB. Como se observa en la tabla 3, la significación observada de la prueba de Wilcoxon Sig. = 0.125, es mayor a la significación teórica $\alpha = 0.05$; por consiguiente, no existe cambios significativos en las fases del SB, después de la intervención breve.

Tabla 3. Prueba de rangos asignados de Wilcoxon, sobre las fases de SB, antes y después de la aplicación del PIB

Profesional	Fases del SB		Diferencia (Pre - Prueba)	Rango
	Pre prueba	Pos prueba		
PS1	7 (VII)	3 (III)	4	3
PS2	7 (VII)	7 (VII)	0	-
PS3	5 (V)	3 (III)	2	1
PS4	7 (VII)	3 (III)	4	3
PS5	7 (VII)	3 (III)	4	3
Suma de rangos de las diferencias positivas (T+)				10
=				
Sig. = P(T+ ≥ 10 U T+ ≤ 10) =				0.125

Con respecto a los efectos del PIB, para reducir los niveles altos de las dimensiones del SB, se encontró que cuatro profesionales de la salud, disminuyeron su nivel alto de CE al final de la intervención (posprueba), solo uno mantuvo el nivel alto presentado en la preprueba y ningún profesional mostro cambio en el nivel de D, de acuerdo a los resultados de la posprueba. Un participante, después de la intervención, incremento su nivel de RP, pues cambio de nivel bajo (25) a alto (37), según los resultados de la posprueba o posttest; pero los cambios no fueron estadísticamente significativos (tabla 4).

Tabla 4. Prueba de Signos sobre las dimensiones del SB, antes y después de la aplicación del PIB.

Profesional	Cansancio emocional		Dirección en la diferencia (Pre - Pos)	Rango
	Preprueba	Posprueba		
PS1	Alto	Bajo	Pre > Pos	-
PS2	Alto	Alto	Pre = Pos	0
PS3	Alto	Bajo	Pre > Pos	-
PS4	Alto	Bajo	Pre > Pos	-
PS5	Alto	Bajo	Pre > Pos	-
Número de signos negativos (-) = 4 Sig. = 0.124				

Profesional	Despersonalización		Dirección en la diferencia (Pre - Pos)	Rango
	Preprueba	Posprueba		
PS1	Bajo	Bajo	Pre = Pos	0
PS2	Bajo	Bajo	Pre = Pos	0
PS3	Bajo	Bajo	Pre = Pos	0
PS4	Bajo	Bajo	Pre = Pos	0
PS5	Bajo	Bajo	Pre = Pos	0
Número de signos negativos (-) = 0 Sig. = 1,0				

Profesional	Realización personal		Dirección en la diferencia (Pre - Pos)	Rango
	Preprueba	Posprueba		
PS1	Alto	Alto	Pre = Pos	0
PS2	Alto	Alto	Pre = Pos	0
PS3	Bajo	Alto	Pre < Pos	-
PS4	Alto	Alto	Pre = Pos	0
PS5	Alto	Alto	Pre = Pos	0
Número de signos negativos (-) = 1 Sig. = 0,50				

En relación al primer objetivo, los resultados encontrados sobre las fases del SB del colectivo profesional evaluado, presentan con mayor frecuencia (80.0%) SB fase leve y medio; este grupo seria menos vulnerable a los estresores del contexto laboral, por contar con recursos y capacidades para manejar el SB, pues en condiciones laborales similares del resto de los evaluados, afrontan exitosamente la adversidad; solamente el 20.0% evidencia SB elevado (fase final);

entonces se infiere que para este grupo ejercer la profesión sanitaria puede resultar desgastante, que asociado a factores estresores permanentes del entorno laboral (características del trabajo clínico, condiciones de trabajo en los hospitales del MINSA) y diversos factores de riesgo (personal, familiar, económico y social), incrementan el nivel de SB, que afecta la salud ocupacional-mental, el rendimiento laboral y la calidad de vida familiar, laboral y social de los profesionales de la salud.

Los resultados descritos, de una parte, son similares con lo reportado en estudios previos, así el 19.6% de los profesionales de la salud que laboran en cinco hospitales de Ancash presentan fase final del SB (Yslado, et al., 2011); y de otra con lo hallado en otro estudio llevado a cabo en profesionales de la salud de hospitales del Perú (23.3%) (Maticorena Quevedo, et al., 2016). Además, este resultado concuerda con la prevalencia de *burnout* de 20.1% y 20.3%, hallada para los enfermeros (as) que laboran en hospitales de Colombia (Grisales, et al., 2016); cabe indicar que la muestra del presente estudio en mayor porcentaje (36.7%) está conformada por enfermeras (os). De otra parte, en estudios precedentes realizados en profesionales sanitarios de Latinoamérica, se ha encontrado porcentajes diferentes de SB, que al encontrado en este estudio (Castillo, Orozco & Alvis, 2015; Solís, et al., 2016).

Los resultados sobre los niveles de las dimensiones del SB, evidencian que en menor porcentaje los profesionales de la salud evaluados, presentan niveles altos de CE, D y Baja RP (13.3%, 10.0% y 8.3% respectivamente). Porcentajes similares de CE y D, se encontraron en los profesionales de la salud que laboran en los hospitales de Ancash (Yslado, et al., 2011); pero difiere con respecto a la baja RP, cuyo porcentaje fue mayor. Asimismo, estos resultados son semejantes a lo reportado en otros estudios realizados en profesionales de la salud, que laboran en hospitales de México y Perú (Joffre, 2009; Vásquez Manrique, Maruy Saito & Verne Martin, 2014). De otra parte, en otros estudios previos realizados en muestras de profesionales de la salud, que laboran en hospitales de Latinoamérica se encontraron porcentajes diferentes a lo registrado en este estudio (Magalhães, et al., 2015; Grisales, et al., 2016). Cabe señalar que las diferencias porcentuales encontradas para cada dimensión del *burnout*, según lo reportado en estudios precedentes, en parte se explicaría por los modos de interpretación de los puntos de corte y valores predeterminados utilizados (Maticorena Quevedo, et al., 2016), que varían de acuerdo a las normas interpretativas de cada versión del MBI de Maslach; también a diferentes factores asociados al SB y características peculiares de cada muestra, al

contexto sociolaboral de los hospitales, que difieren dentro del Perú y entre otros países.

Con relación al segundo objetivo, se observó que después de la intervención breve, tres participantes con fase final y uno con fase media del SB, presentaron fase inicial o SB leve; solo un participante no presentó cambios en la posprueba, y su perfil tiene algunas características sociodemográficas predictores de SB alto y resistente, como ser enfermera, tener 34 años de edad, ser casada y ejercer doble rol, contratada, 6 años de experiencia laboral, trabajar permanentemente en un área crítica como el servicio de emergencia (Roomaney, Steenkamp & Kagee, 2017), que son factores que pueden haber influido en el proceso de no asimilación de las estrategias de afrontamiento del SB, o para estos casos no basta un PIB temporal, sino se requiere de psicoterapia a largo plazo y de la implementación de otras estrategias organizacionales.

Asimismo, el PIB disminuyó el nivel de CE (bioemocional) en cuatro participantes, lo cual se debería en parte a los efectos de una de las técnicas utilizadas en el PIB, como el Mindfulness, pues la mayoría de estudios previos sobre programas de Mindfulness demostraron que reduce significativamente el CE (Aranda, et al., 2017; Marín Tejada, 2017; Fuertes, et al., 2019; Gracia, et al., 2019). El nivel bajo de D (social-actitudinal-emocional), de los participantes, se mantuvo constante en la pre y posprueba, no se observaron cambios en esta dimensión, probablemente porque el PIB, estuvo orientado a manejar el estrés biopsicosocial mediante técnicas psicológicas (PNL, Gestalt, Brain Gym y Mindfulness, y mediante la Psicoeducación se incidió en la enseñanza-aprendizaje de estrategias psicológicas de afrontamiento del SB en el centro de trabajo, para la mejora de los procesos emotivos, cognitivos y conductuales; no se utilizaron técnicas específicas para modificar la dimensión social (relacional-afectiva), fortalecer las actitudes positivas hacia los pacientes y compañeros de trabajo, empatía y vínculos afectivos establecidos en el ejercicio laboral.

Además, el distanciamiento relacional para no asumir responsabilidad en la relación con los receptores del servicio, sería un mecanismo de defensa o estrategia para reducir las consecuencias negativas (estrés, ansiedad, frustración, culpa, compasión) de los estresores laborales y continuar las funciones del trabajo, manteniendo el equilibrio psicológico y adaptación a una realidad percibida desagradable. La RP (cognitivo-emocional) se incrementó en un participante, lo que indicaría que esta dimensión puede ser modificada mediante estrategias de afrontamiento del SB; es decir darse cuenta de lo importante que es la oportunidad de realización profesional e

ingresos económicos que brinda el trabajo, puede atenuar el estrés que este genera.

De acuerdo a los parámetros de evaluación previamente establecidos antes de la intervención breve; el PIB no fue eficaz porque no logro disminuir significativamente la fase final (VIII), de un solo caso que no mostro cambios en la posprueba. Sin embargo, el PIB fue efectivo, pues independientemente de los objetivos e hipótesis propuestos, sin modificar las características propias del lugar de trabajo y de la profesión sanitaria, logro revertir las fases patológicas (V, VII y VIII) hasta la fase leve, que incluso para algunos investigadores la fase inicial es considerado no burnout; además redujo los niveles altos de las dimensiones CE y baja RP. Del mismo modo es eficiente, porque los resultados logrados, justifican los esfuerzos e inversión (bajo costo en dinero y tiempo) realizados en la intervención breve; su beneficio se evidencia en la reducción del costo económico, y en el uso de técnicas psicológicas que requieren poco tiempo y dinero para su aplicación y asimilación, en comparación a los tratamientos alternativos e intervenciones organizacionales caras y de mayor duración.

El PIB es una aproximación efectiva para el manejo y prevención del SB, puesto que la incorporación de estrategias de afrontamiento del SB, repercuten de forma importante en el mantenimiento de buena salud física, mental y ocupacional, y en el logro de la calidad de vida familiar, social, laboral y bienestar del grupo intervenido; como en la mejora de la calidad de los servicios prestados a los pacientes y sociedad.

Es importante indicar que las técnicas psicológicas utilizadas, mencionadas en la tabla 5 de este estudio, están basadas en los fundamentos teóricos de la psicología positiva y humanista, tienen principios básicos similares, como tal se han complementado para motivar la participación activa, el autoconocimiento, autocontrol emocional y autocuidado de los participantes; optimizar la comunicación interpersonal, mejorar los procesos bioemocional y cognitivo; y han demostrado ser útiles en programas formativos en el centro trabajo, en el cual los profesionales de la salud tienen poco control sobre las fuentes de estrés laboral. Asimismo, las técnicas psicológicas aplicadas, si bien no habrían generado cambios significativos en la reversión de fases elevadas del SB en todos los casos intervenidos, pero contribuyeron a reducir su gravedad en cuatro de los cinco casos y habrían mejorado el estado de salud mental-ocupacional y el bienestar psicológico de los beneficiarios del PIB.

Los programas de intervención breve centrados en la persona, como el PIB no resuelven en toda su magnitud

el SB, son necesarias las intervenciones mixtas (ocupacional y organizacional), que implican mayor costo y largo plazo. Además, algunos estudios empíricos revelan que las estrategias activas y técnicas como el Mindfulness utilizadas por el personal sanitario para afrontar el SB, no serían eficaces, pues no generan cambios significativos, ni relaciones funcionales entre el uso de tales estrategias y el SB (Suyi, et al., 2017), o si generan reducción de los niveles del SB, los efectos son temporales, si estas no se practican de forma regular y constante (Alenezi, et al., 2019).

De otra parte, si bien los resultados encontrados no han sido estadísticamente significativos; pero el estudio tiene fortalezas, de una parte es su relevancia clínica, pues en la mayoría de los casos ha mejorado el SB y el CE, que incide en la mejora de la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud investigados y la calidad del servicio asistencial; y de otra es su aporte teórico, que contribuye al desarrollo del conocimiento disciplinar acerca de la intervención breve para reducir el SB, basada en la psicología positiva y humanista (uso de técnicas psicoterapéuticas y psicoeducación), para reducir el SB fase final e intermedia en el colectivo profesional sanitario, y constituye un sustento científico para el diseño de políticas públicas de protección e implementación de programas de prevención e intervención continuos para los profesionales de la salud.

Las limitaciones del estudio son: 1) Escasos recursos financieros, que no ha permitido realizar la etapa de seguimiento del PIB. 2) La muestra de participantes voluntarios es pequeña, limitada por aspectos éticos (solo participaron los que firmaron el consentimiento informado). 3) Los resultados del estudio son válidos solamente para la muestra estudiada. 4) La aplicación del diseño pre experimental, que es más susceptible a sesgos que los diseños experimentales; pero es una alternativa que brinda información importante para el caso de las intervenciones sanitarias, pues el uso de grupos de control y selección aleatoria, contravienen el aspecto ético de brindar un beneficio a cierto grupo y no a otro que desee voluntariamente recibir el tratamiento experimental.

Se sugiere realizar nuevos estudios con muestras más amplias, mayor número de sesiones, y diseñar el PIB de acuerdo al patrón de SB encontrado que es CE alto y baja RP, para validar los hallazgos del presente estudio.

CONCLUSIONES

Se concluye que el 80.0% de los profesionales evaluados presentaron la fase inicial e intermedia del SB y solo el 20.0% evidenció la fase final del SB, resultado

concordante con las tendencias a nivel nacional e internacional, reportado en estudios precedentes.

El PIB, genera cambios en las fases final e intermedia del SB, que revierten inclusive hasta la fase inicial; también reduce los niveles altos de las dimensiones de CE y baja RP, y mantiene el nivel bajo de D; pero los cambios no son estadísticamente significativos; es decir son temporales a corto plazo, como lo encontrado en algunos estudios precedentes; por lo tanto, de acuerdo a los parámetros preestablecidos para evaluar los efectos del PIB, este no es eficaz; pero es un programa económico, efectivo y eficiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alenezi, A., McAndrew, S., & Fallon, P. (2019). Burning out physical and emotional fatigue: Evaluating the effects of a programme aimed at reducing burnout among mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1045-1055.
- Aranda, G., Elcuaz, M., Fuertes, C., Güeto, V., Pascual, P., & Sainz de Murieta García de Galdeano, E. (2017). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 50(3), 141-150.
- Castillo, I., Orozco, J., & Alvis, L. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Salud*, 47(2), 187-192.
- Fernández, L., & Gómez, J. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social*. Síntesis.
- Fuertes, M. C., Aranda, G., Rezola, N., Erramuzpe, A., Palacios, C., & Ibañez, B., (2019). Long-term effects of a mindfulness and self-compassion program with Primary Healthcare professionals. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(3), 269-280.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Gracia, R. M., Ferrer, J. M., Ayora, A., Alonso, M., Amutio, A., & Ferrer, R. (2019). Aplicación de un programa de Mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207-216.
- Grisales, H., Muñoz, Y., Osorio, D., & Robles, E. (2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia de Ibagué, 2014. *Enfermería Global*, 15(1), 244-257.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. La rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Joffre, V.M. (2009). *Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el hospital general "Dr. Carlos Canseco" (Tampico, Tamaulipas, México)* (Tesis de Doctorado). Universidad de Granada.
- Magalhães, E., Machado, Á. C., Sousa, C., Araújo, C. L., Queiroz, D., & Vieira, C.V. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(2), 104-110.
- Marín Tejada, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117-123.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1997). *MBI Inventario "Burnout" de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. TEA Ediciones, S.A.
- Maticorena Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., & Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 214-217.
- Portillo, H., Portillo, R., & Rodrigo, F. (2015). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Macmillan Iberia.
- Roomaney, R., Steenkamp, J., & Kagee, A. (2017). Predictors of burnout among HIV nurses in the Western Cape. *Curationis*, 40(1), 1-9.
- Solís, Z., Zamudio, L., Matzumura, J., & Gutiérrez, H. (2016). Relación entre clima organizacional y síndrome de Burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horizonte Médico*, 16(4), 32-38.
- Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explore*, 13(5), 319-325.

Vásquez Manrique, J., Maruy Saito, A., & Verne Martin, E. (2014). Burnout syndrome frequency and levels of its dimensions in health care workers of pediatric emergency at Hospital Nacional Cayetano Heredia in 2014. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(3), 168-174. <https://doi.org/10.20453/rnp.2014.2031>

Yslado, R., Atoche, R., Quispe, M., Ruiz, L., & Medina, J. (2011). Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con el síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de la salud de hospitales. Ancash. Perú. *Revista de Investigación en Psicología de la UNMSM*, 14 (2), 55-69.

ANEXOS

Anexo 1. Programa de Intervención Breve.

		Fundamentos y modelos teóricos					
Propósito y objetivo	Características	Postulados básicos	Fases	Taller y temas	Métodos	Técnicas	Recursos
Su propósito es promover el bienestar, desarrollo y optimizar los recursos personales de los profesionales de la salud del MINSA (Ancash, Perú), reduciendo la gravedad del SB (fase intermedia y final).	Modelo multimodal Prevención secundaria Intervención breve, grupal y focalizada	a) Une los elementos teóricos y técnicos con los componentes del programa. b) Se vincula con el proceso de desarrollo humano. c) Satisfacción de las demandas profesionales de la salud, que laboran en hospitales del MINSA. d) Presenta un objetivo general susceptible de ser evaluado e) Orientado a la promoción y educación para la salud y el bienestar. f) Facilita una visión compartida de todos los involucrados en la tarea de prevención.	1) Diagnóstico - MBI (pre prueba). - Detección temprana de problemas con fase intermedia y final de SB. 2) Planificación y diseño - Objetivos general y específicos. - Plan de acción. 3) Ejecución - Acuerdos, información, motivación a participantes - Preparación y desarrollo de los talleres.	I. Efectos y estrategias de prevención del estrés laboral. II. Estrategias para disminuir el agotamiento emocional y estrés biopsicosocial	Exposición diálogo Grupal Activos participativos Experiencial	Pre-prueba Dinámica de integración Análisis de video Mindfulness	Protocolos de MBI, multimedia, lap top, CD (música de relax), copias de artículos de revistas de especialidad. Burnout, hojas blancas, lapiceros.
Su objetivo es la formación sobre estrategias de afrontamiento del SB centrados en la emoción y cognición, mediante técnicas psicológicas y psicoeducativas para que los profesionales de la salud realicen el trabajo con mayor seguridad y estabilidad emocional, aun cuando se perciban estresores individuales, grupales, del ambiente físico de trabajo, organizacionales y extraorganizacionales	Psicoterapéutico mediante técnicas de PNL, Gestalt, Brain gym y Mindfulness. Psicoeducativo, mediante la enseñanza - aprendizaje de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales de afrontamiento del SB en el centro de trabajo.	- Modelo de intervención educativa para el bienestar, pragmático e interpersonal.	II. Estrategias para disminuir el agotamiento emocional y estrés biopsicosocial	Exposición diálogo Grupal Activos participativos Experiencial	PNL Mindfulness	Multimedia, lap top, CD, copias de artículos de revistas de especialidad, técnicas de relajación, respiración y recuperación de la salud mental, hojas blancas, lapiceros.	

<p>Estimulación de capacidades personales mediante técnicas psicológicas orientadas a: mejorar el comportamiento y la comunicación interpersonal; a desbloques emocionales y hacia el cuerpo.</p>	<p>g) Los participantes aprenden competencias cognitivas conductuales y emocionales y valoran las ventajas de éstos para sí mismos, y para el desarrollo organizacional.</p>	<p>4) Evaluación -De resultados MBI (pos prueba). -Eficacia Reducción estadísticamente significativa de fases IV, V, VI, VII, VIII del SB. -Efectividad Produce algún efecto en las fases y dimensiones del SB.</p>	<p>III. Estrategias para reducir la despersonalización y el estrés biopsicosocial</p>	<p>Exposición diálogo Grupal Activos participativos Experiencial</p>	<p>PNL Brain gym Mindfulness</p>	<p>Multimedia, lap top, CD, copias de artículos de mindfulness para reducir estrés, promover compasión y empatía, hojas blancas, lapiceros.</p>
		<p>-Eficiencia Los resultados justifican los esfuerzos e inversión realizado en la aplicación del PIB.)</p>	<p>IV. Estrategias para incrementar la percepción de realización personal y reducir el estrés biopsicosocial</p>	<p>Exposición diálogo Grupal Activos participativos Experiencial</p>	<p>PNL Gestalt Mindfulness</p>	<p>Multimedia, lap top, CD, copias de artículos de bienestar y autoestima, hojas blancas, lapiceros, protectores MBI.</p>