

Efectividad del programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir los síntomas de estrés y el síndrome de burnout en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública

Program effectiveness cognitive-behavioral intervention to reduce symptoms of stress and burnout syndrome in maintenance and security staff of a public university

Ma. del Carmen Rodríguez Rodríguez*, María de los Ángeles Aguilera Velasco*, Rosa María Rodríguez García†, Ma. del Refugio López Palomar‡, Mtra. Sara Adriana García Cueva‡

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad del programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir los síntomas de estrés y el síndrome de burnout en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública de Guadalajara, México, en el año 2008. **Material y métodos:** Estudio cuasi experimental, con pre prueba y pos prueba, grupo control y grupo de implementación. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico laboral, el *Maslach Burnout Inventory* y el *Inventario de Síntomas de Estrés*. Los grupos experimental y control se integraron homogéneamente con personas con niveles alto y medio de estrés y burnout. Se efectuó análisis de la variancia (ANOVA) de un factor, con intervalo de confianza para la media de 95%, pruebas *Post Hoc*, con nivel de significancia de .05. Se realizaron comparaciones de medias HSD de Tukey, que mostraron diferencias de medias para los grupos homogéneos. **Resultados:** Se encontró efectividad de la intervención con significancia de 0.00 para el estrés; 0.00 para agotamiento emocional; 0.521 para despersonalización y 0.513 para baja realización personal. **Conclusiones:** La

efectividad de la intervención para la disminución del estrés coincidió con otros estudios^{1 2 3 4 5}. En la Comisión Federal de Electricidad de México se logró disminución del burnout en las tres dimensiones.

Palabras claves: Intervención, cognitivo-conductual, síntomas, estrés, síndrome de *burnout*.

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of the program of cognitive-behavioral intervention to reduce symptoms of stress and burnout syndrome in maintenance and security staff of a public university in Guadalajara, Mexico, in 2008. **Material and methods:** A quasi experimental with pretest and post test, control and implementation group. We used a sociodemographic questionnaire work, the *Maslach Burnout Inventory* and the *Stress Symptom Inventory*. Experimental and control groups were integrated seamlessly with people with high and medium levels of stress and burnout. Was performed analysis of variance

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Correspondencia: Dra. Ma. del Carmen Rodríguez Rodríguez. Dom: Agustín Romero No. 2640 CP 45066, Fracc. El Fortín Zapopan Jalisco, México. Tel. 31 80 22 93. Dirección electrónica carmelitar13@hotmail.com

†Centro Universitario de Ciencias Económicas Administrativas, Universidad de Guadalajara.

‡Centro Universitario de los Valles, Universidad de Guadalajara.

one-way ANOVA, with a confidence interval for the mean of 95%, Post Hoc tests, with significance level of 0.05. Comparisons of means of Tukey HSD, which showed mean differences for homogeneous groups. Results: The effectiveness of the intervention with a significance of 0.00 for stress, 0.00 for emotional exhaustion and depersonalization 0.521 to 0.513 for low personal accomplishment. Conclusions: The effectiveness of intervention for stress reduction coincided with other studies¹²³⁴⁵. In the Commission Federal de Electricity of Mexico managed to decrease burnout in three dimensions.

Key words: Intervention, mental-behavioral, symptoms, stress, syndrome of burnout.

Introducción

A la fecha, ya no es suficiente evaluar la presencia de estrés y burnout en los trabajadores. Es urgente y necesario intervenir para prevenir y paliar los efectos de estos padecimientos, ya que disminuyen la salud de los trabajadores y su calidad de vida, llevándolos en ocasiones extremas hasta la muerte.

Con la intención de disminuir los padecimientos psicosociales que se presentan en los trabajadores de diversos ámbitos laborales, desde la década de los sesenta a partir de las aportaciones de Beck, se han realizado importantes, pero insuficientes, intervenciones cognitivo-conductuales. En la mayoría de los casos, se han desarrollado las intervenciones midiendo la efectividad lograda. Sin haber sistematizado el diagnóstico de los participantes, con el fin de tener datos para comparar los resultados antes y después de la intervención.

La problemática de la salud de los trabajadores, en sus diferentes aspectos, ha sido motivo de preocupación creciente de muchos organismos internacionales, incluyendo la Orga-

nización Panamericana de la Salud (OPS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la década de los años noventa, la preocupación se intensificó en razón de los cambios producidos en los modelos de desarrollo y su impacto sobre las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y los factores de riesgo en los lugares y entornos de trabajo, que inciden en la salud de la población trabajadora.⁶

A partir de entonces, diversos organismos, tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre otros, han desarrollado mandatos, resoluciones y acciones que resaltan la importancia cada vez mayor que está adquiriendo la salud de los trabajadores en el complejo de la salud, el medio ambiente y el desarrollo humano sostenible

En el *Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017* OMS,⁷ se integran las necesidades en materia de salud ocupacional. Sobresale en el plan la urgencia de realizar intervenciones grupales dentro de los lugares de trabajo, bajo el fundamento de que la salud de los trabajadores no está condicionada sólo por los riesgos en el lugar de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud.

Las prioridades del plan incluyen, entre otras, proteger y promover la salud en el lugar de trabajo, a través de mejorar la evaluación y la gestión de los riesgos sanitarios mediante la definición de intervenciones esenciales para prevenir y controlar los riesgos psicosociales en el entorno laboral.⁸

Las intervenciones se integran a través de cuatro fases, los cuales son; diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.

De acuerdo con Aguilera et al., 2008⁹ cada fase es importante e interdependiente, para conseguir el fin propuesto. Sin embargo, en las actuaciones sistemáticas en salud ocupacional, cobra singular importancia la evaluación. A través de la evaluación es posible valorar de manera objetiva y sistemática los alcances y las limitaciones de cada estrategia, actividad o acción que se haya implementado, en aras de tomar nuevas decisiones.

La OIT¹⁰ señala que uno de cada diez trabajadores de los países industrializados sufre de depresión, ansiedad o estrés, provocando importantes consecuencias sociales y económicas.

En organizaciones y empresas se ha venido observando que las enfermedades y muertes prematuras de los trabajadores mexicanos se deben a enfermedades psicosomáticas y problemas mentales causados por el estrés.¹¹

En México, a la fecha todavía no existen leyes que regulen los riesgos psicosociales que causan el estrés y síndrome de burnout, poniendo en riesgo la salud de los trabajadores, convirtiéndose en un problema de salud pública, deteriorando todo el ámbito laboral, perjudicando la eficiencia de las organizaciones.¹²

Las intervenciones cognitivo-conductuales han sido útiles en el tratamiento de casos de depresión, ansiedad y estrés. Lo anterior lo apoya el trabajo de Beck, como resultado de años de investigación y práctica clínica. Para el autor, la terapia cognitiva refleja una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta, por ejemplo, la elaboración de varias técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencias, que han servido para el desarrollo y mejoramiento de la intervención cognitivo conductual.^{13 14 15}

Cabrera et al., 2005⁵ refieren que las intervenciones cognitivo-conductuales han demos-

trado efectos positivos para los pacientes con el síndrome de fatiga crónica.

Material y métodos

Se trató de un estudio cuasi experimental, con una medición antes y después, de una intervención cognitivo conductual, en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública, 2008. Los trabajadores fueron evaluados mediante dos instrumentos: el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Inventario de Síntomas de Estrés (ISE) y un cuestionario de datos generales y antecedentes laborales. Se excluyeron aquellos trabajadores que no aceptaron participar y/o estuvieron ausentes en el momento de la aplicación de los instrumentos de captura de la información. Se eliminaron con la pre prueba y pos prueba a los trabajadores que no contestaron completamente las evaluaciones. De la implementación se eliminaron a los participantes que no asistieron al 90% de las sesiones.

Se realizaron estadísticas descriptivas para las variables de datos sociodemográficos, laborales, de estrés laboral y del síndrome de *burnout*. Las variables categóricas aparecen en las tablas de contingencia, distribuciones y frecuencias y se expresan gráficamente. Las variables de tipo cuantitativo fueron tratadas mediante estadística descriptiva, se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión y percentiles.

Se efectuó análisis de la variancia (ANOVA) de un factor, con intervalo de confianza para la media de 95%, pruebas post hoc para la diferencia de medida significativa a .05. Finalmente se realizaron comparaciones de medias HSD de Tukey, que muestran las diferencias de medias para los grupos en los subgrupos homogéneos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

Se organizaron dos grupos. Un grupo experi-

mental y otro control. Ambos grupos estuvieron integrados homogéneamente por trabajadores con niveles, alto y medio de estrés y *burnout*. Los sujetos con niveles bajos de ambos padecimientos no fueron considerados para la intervención.

En el programa de intervención se programaron 6 sesiones de 2 horas cada una, a efectuarse dos veces por ciclo, que hicieron un total de 3 semanas. Se utilizó material didáctico para identificar los conceptos teóricos acerca del estrés y síndrome de *burnout*.

Programa de intervención

Se pretendió que el personal incluido en esta intervención aprendiera a reconocer y controlar sus pensamientos negativos y a modificarlos por

pensamientos y conductas positivas.

El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los participantes a controlar sus pensamientos automáticos, identificar las relaciones afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos erróneos, sustituir las cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y a aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

El programa se desarrolló en seis sesiones, que se presentan a continuación.

TEMA	OBJETIVO	TIEMPO	MATERIAL
Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual.	Identificar pensamientos y emociones con repercusiones en nuestra conducta	2 Horas	Pintarrón y marcadores, hojas en blanco, lápices.
Técnicas de dominio y agrado. Entrenamiento en asertividad.	Priorizar lo importante de ansiedad, depresión, ideas y pensamientos irracionales, ira.	2 Horas	Pintarrón y marcadores, hojas en blanco, lápices.
Reestructuración cognitiva: pensamientos automáticos.	Entrenar a los participantes para enfrentar constructivamente sus estados emocionales negativos.	2 Horas	Pintarrón y marcadores, hojas en blanco, lápices.
Supuestos estresantes.	Identificar y modificar sus conductas incorrectas aprendiendo a pensar por sí mismos	2 Horas	Pintarrón y marcadores, hojas en blanco, lápices.
Pensamientos dicotómicos.	Identificar y modificar sus conductas incorrectas aprendiendo a pensar por sí mismos.	2 Horas	Pintarrón y marcadores, hojas en blanco, lápices.
Relacionar los puntos con los objetivos generales de la intervención.	El manejo adecuado de las competencias necesarias para afrontar de manera positiva la, depresión ansiedad y el estrés en el trabajo	2 Horas	Pintarrón y marcadores, hojas en blanco, lápices.

Resultados

Participaron un total 56 empleados, grupo de implementación y grupo control, de los cuales el 58% de los participantes fueron mujeres y 41% hombres.

El promedio de la edad de los participantes fue de 35.6 años y una desviación estándar de 9.42.

Respecto del estado civil, predominaron las personas casadas en un 39.29% y divorciados en 3.57%.

Para la escolaridad 15 empleados (26%) tenían licenciatura, con maestría 4 (7.1%).

Con respecto a la variable de la antigüedad dentro de la universidad, 21 empleados (37.50%) tienen una antigüedad de cero a 4 años, 21 (37.50%) de 5 a 10 años, con un promedio de antigüedad dentro de la universidad de 9.3 años.

Los puestos de trabajo en esta oficina se distribuyen de la siguiente manera: Auxiliares operativos (encargados de limpieza) 19 personas (33.90%), seguido mandos medio 3 (5.4%) y el resto de puestos fueron auxiliares administrativos de personal de confianza y mandos medios.

En el grupo de implementación, durante el pretest se encontró que el 13.64% presentaron un alto porcentaje de estrés. Posterior a la intervención se redujo a un 4.54%, lo que da una disminución del 9.1% en el nivel alto de estrés. Mientras que en el nivel medio se presentó una disminución del 86.36%. Dando un resultado final del 95.46% de disminución del estrés en el grupo de intervención (Figura 1).

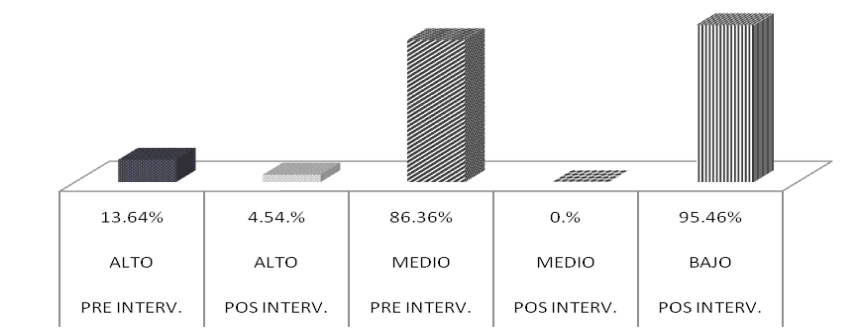


Figura 1. Porcentaje de síntomas estrés pre y pos test en el grupo de intervención de la oficina de mantenimiento de una universidad pública en Guadalajara, México. 2008.

La distribución en la dimensión de agotamiento emocional, en el grupo con tratamiento se encontró que el 81.48% presentó alto porcentaje de agotamiento emocional, después a la intervención disminuyó a 3.70% en cuanto al nivel medio en la pre intervención 18.52% y en la pos intervención se redujo a 0.00%, lo que nos da una disminución total de 96.30% (Figura 2).

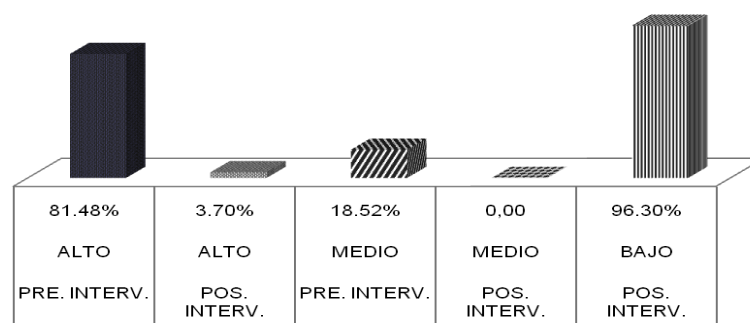


Figura 2. Porcentaje de agotamiento emocional en pre y post test en el grupo de implementación de la oficina de mantenimiento de una Universidad Pública en Guadalajara, México, 2008.

En cuanto a la baja realización personal, se observa que en el nivel alto no hubo cambios antes y después de la intervención permaneciendo un 15.38%, en cambio, en el nivel medio antes de la intervención había 84.61% y después 38.46%, con una disminución total de 46% (Figura 3).

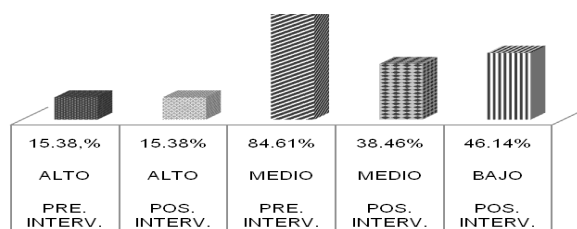


Figura 3. Porcentaje de baja realización personal en pre y post test en el grupo de implementación de la oficina de mantenimiento de una Universidad Pública en Guadalajara, México, 2008.

En la despersonalización, podemos observar que antes de la intervención 52.94% presentó un nivel alto de despersonalización y después de la intervención disminuyó a 29.41%. En el nivel medio en pre evaluación el 47.05% y al final de la intervención, hubo una disminución a 29.41%. Lo que nos da una disminución total de 41.18%.

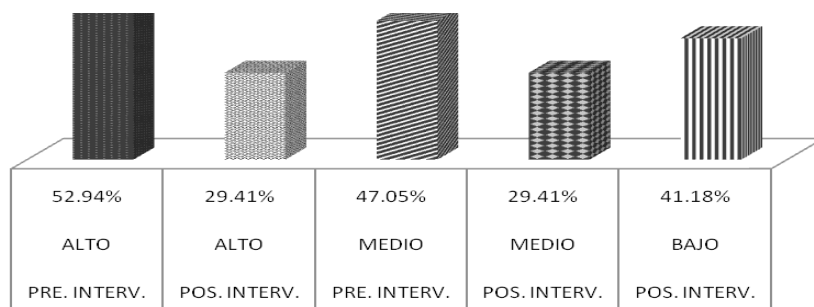


Figura 4. Porcentaje de despersonalización en pre y post test en el grupo de intervención de la oficina de mantenimiento de una Universidad Pública en Guadalajara, México, 2008.

Discusión

En este estudio se probó la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir el estrés y *burnout* en personal de mantenimiento y vigilancia, que tomaron parte voluntariamente en un estudio estructurado.

Se considera importante acentuar que a corto plazo (tres semanas /6 sesiones) el programa de intervención fue efectivo en la disminución de estrés y *burnout*.

En esta investigación la diferencias estadísticamente fue significativa en el estrés con una disminución de 95.46%. Y en la dimensión de agotamiento emocional con 96.30%.

En menor significancia en las dimensiones de realización personal 46.14%. Y despersonalización 41.18%.

Los resultados obtenidos apoyan la idea, presentada al principio de este trabajo, de que es urgente continuar desarrollando acciones desde diferentes niveles, tanto social como organizacional e individual, para incidir en la prevención y corrección del estrés y el *burnout*.

De acuerdo con los supuestos originales de Beck y Beck et al.^{14,16} se encontró que cuando el apoyo se orienta a los sujetos, como medida para proporcionar herramientas, es posible lograr reducir las reacciones emocionales desagradables y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los pensamientos.

La intervención diseñada especialmente para los trabajadores de la oficina de mantenimiento y vigilancia resultó efectiva para el disminuir el estrés. Lo anterior coincide con otras investigaciones, por ejemplo Arrivillaga et al.¹ quienes a través de una intervención cognitiva conductual para disminuir el estrés en enfermos

hipertensos. Botero² en Colombia, con una intervención grupal cognitivo-comportamental, logró disminuir el trastorno por estrés postraumático en miembros de las fuerzas armadas. **Van der Klink et al.¹⁷** Con estudios cuasi-experimentales **en Gran Bretaña** concluyeron que los enfoques cognitivo-conductuales son más efectivos en la mejora de la calidad de vida laboral y los recursos psicológicos.

Respecto de la efectividad de la intervención para la disminución de las dimensiones del *burnout*, en este estudio se obtuvo efectividad para la dimensión de agotamiento emocional. Sin embargo, la intervención no resultó efectiva para las dimensiones de baja realización personal y despersonalización.

Se puede explicar porque la mayoría de los trabajadores tomados en cuenta para esta investigación, tienen estudios de licenciatura y ocupan puestos de vigilancia o de limpieza, que resultan poco estimulantes, profesional y económicamente, para su nivel de estudios. De ahí que la intervención haya sido efectiva para aminorar la presencia de estrés y el agotamiento emocional, porque están más relacionados con la presencia de pensamientos y creencias irracionales.

En cambio cuando los participantes ocupan puestos de alta jerarquía y altos ingresos, se logra disminuir todas las dimensiones del *burnout*. Lo cual explica el éxito obtenido por Cabrera et al. en 2009,⁵ quienes realizaron un estudio con el fin de evaluar el efecto de una intervención participativa para disminuir el *burnout* en el personal directivo de un sector de la Comisión Federal de Electricidad en Guadalajara, Jalisco.

Respecto de investigaciones futuras sobre el tema investigado, se sugiere que en próximos estudios se realice, además de la evaluación del estrés y el *burnout*, la presencia de creencias irracionales, tal como Bermejo y

Prieto¹⁸ estudiaron en docentes en Madrid. El investigador indagó la relación entre la presencia de creencias irracionales y su relación con el estrés y el síndrome del *burnout*. Encontró que los maestros con niveles altos de creencias irracionales tuvieron mayores niveles de estrés laboral y de *burnout*. Así mismo, halló que las actitudes de baja tolerancia a la frustración se relacionaron significativamente con el estrés laboral y el *burnout*. Bermejo y Prieto consideran que padecer el síndrome de *burnout* está vinculado con tener creencias irracionales,

sobre todo respecto del cansancio emocional. Ya que esta dimensión del síndrome tiene más que ver con el cansancio físico y con el estado de ánimo ansioso. Esto está en consonancia con el hecho de que el pensamiento irracional se asocia sobre todo con la somatización, la depresión y la ansiedad.

Referencias

1. Arrivillaga QM, Varela AMT, Cáceres de RDE, Correa SD, Holguín PLE. Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico* 2007; 3(9): 33-49.
2. Botero GC. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica* 2005; 4(2): 205-219.
3. Heiden, M., Lyskov, E., Nakata M., Sahlin K., Sahlin T., Barnekow BM. (2006). Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: A randomized controlled study *Journal of Rehabilitation Medicine*, pag. 366-373.
4. Labrador FJ., Velasco FM., Rincón PP. (2006) Eficacia de un Programa de Intervención Individual y Breve para el Trastorno por Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica Internacional: *Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6, N° 3, pp. 527-547.
5. Cabrera, P. CE., Ruiz CL., González P. GJ., Vega LG., Valadez FI. (2009) Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. *Revista Salud Mental* Vol. 32, No. 3, pp. 216 – 221.
6. Tennassee y Eijkemans (1999) Plan Regional de Salud de los Trabajadores. OMS. Extraído el 23 de julio de 2008 desde <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/plansoes/planreg.html>.
7. OMS (2007) Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial, Consejo Ejecutivo 120ª reunión EB120/28 Rev.1. Pp.1-9. Obtenido el 21 de diciembre 2009 desde: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/B120_28Rev1-sp.pdf.
8. OMS (2003) Manual de normas y procedimientos de bioseguridad comité de vigilancia epidemiológica (cove) división de talento humano salud ocupacional obtenido el 24 de septiembre 2008 desde: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/gc-bioseguridad.pdf>.
10. Aguilera, V. MA., Acosta F., Rodríguez RM., Madrigal MG., Pozos BE., (2008) Evaluación de las intervenciones socioeducativas y promoción de la salud ocupacional. *Revista cubana de salud y trabajo*, pp. 50 – 60.
11. OIT (2002) Conferencia Internacional del Trabajo, registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y lista de la OIT relativa a enfermedades profesionales. Organización Internacional del Trabajo, 90, Reunion, Informe V(1), Ginebra.
12. Pozos RE. (2004) Análisis comparativo de los niveles de estrés crónico de los Cirujanos Dentistas que laboran en las Instituciones de Salud Pública, Tesis de Grado de Doctorado en Psicología de la Salud, CUCS, U.de G. ppA.
13. Lopez RM. (2000) Síndrome de Burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. *Medicina Paliativa*. 7(3): 94-100.
14. Beck, AT. (1967) *Depression Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. Nueva York: Harper & Row.
15. Beck, AT. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International Universities Press.
16. Beck, AT. (1985) "Theoretical perspectives on Clinical Anxiety" En A.H. Tuma y J.D. Master (comps) *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Pp183-196 Hillside, N.J: Erlbaum.
17. Beck, AT., Rush AJ., Shaw BF. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford. Bilbao: Desdée de Brouwer (traducción D.D.B, 1983).
18. Van der Klink JJ, Blonk RW., Schene AH., van Dijk FJ. (2001) The Benefits of Interventions for Work-Related Stress *American Journal of Public Health*, Vol 9, Issue 2 270-276, Copyright © 1 by American Public Health Association.
19. Bermejo, TL., Prieto UM. (2006) Teachers' irrational beliefs and their relationship to distress in the profession, *Psychology in Spain*, 2006, Vol. 10.