

Original

Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal

Prevention of burnout and compassion fatigue: Evaluation of a group intervention

Miguel Marín-Tejeda

Universidad del Valle de México, Ciudad de México, México

Recibido el 1 de diciembre de 2017; aceptado el 5 de diciembre de 2017

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención grupal diseñada para disminuir los síntomas de burnout y fatiga por compasión. A través de un muestreo no probabilístico se seleccionaron 24 participantes voluntarios, 21 mujeres y 3 hombres (promedio de edad de 43.5 ± 7.9 años), quienes ejercían funciones directivas en organizaciones que atienden a población en condiciones de vulnerabilidad. Por cuota, se formaron 3 grupos terapéuticos independientes de 8 participantes cada uno y se administró un paquete de instrumentos para medir burnout, fatiga por compasión, depresión y ansiedad en 3 momentos: línea base, postratamiento y seguimiento a los 3 meses. La intervención fue preventiva y con 2 ejes: uno terapéutico (terapia grupal interpersonal con componentes cognitivo-conductuales) y otro psicoeducativo; fue implementada por el autor a través de 20 sesiones quincenales de 3 h cada una más una sesión adicional de seguimiento. Se observó una disminución significativa ($p < 0.05$) en síntomas de agotamiento emocional, depresión, burnout y ansiedad, cambio que se mantuvo estable en las 2 primeras variables después de 3 meses. En conclusión, la intervención grupal fue eficiente y específica para disminuir síntomas clave de desgaste en profesionales que experimentan altos grados de estrés laboral.

© 2018 Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: Burnout; Fatiga por compasión; Terapia grupal interpersonal; Terapia cognitivo-conductual; Prevención

Abstract

The aim of this study was to evaluate the efficacy of a group intervention designed to reduce symptoms of burnout and compassion fatigue. By non-probabilistic sampling 24 volunteer participants, 21 women and 3 men (mean age 43.5 ± 7.9) were recruited, they played managerial functions in organizations that give services to vulnerable population. By quota sampling, 3 independent therapeutic groups were formed with 8 participants each, a package of instruments was used to measure burnout, compassion fatigue, depression and anxiety at 3 moments: baseline, post-treatment and follow-up at 3 months. The intervention was preventive and with 2 axis: one therapeutic (interpersonal group therapy with cognitive behavioral components) and another psychoeducational; it was implemented by the author through 20 biweekly sessions of 3 h each, plus an additional follow-up session. There was a significant decrease ($P < .05$) in symptoms of emotional exhaustion, depression, burnout and anxiety, a change that remained stable for the 2 first variables after 3 months. In conclusion, the group intervention was efficient and specific to reduce key symptoms of burnout in professionals who experience high levels of work stress.

© 2018 Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Burnout; Compassion fatigue; Interpersonal group therapy; Cognitive behavioral therapy; Prevention

La revisión por pares es responsabilidad de la Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud.

Correo electrónico: miguel_marin@my.uvm.edu.mx

<https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>

2007-0780/© 2018 Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de burnout consiste en el agotamiento prolongado de la energía y se caracteriza por la experiencia de cansancio emocional, sentimientos de baja realización personal e insuficiencia, así como despersonalización. La respuesta sintomática es similar a la depresión, produce malestares físicos diversos, así como disminución en la motivación e involucramiento en el trabajo (Bährer-Kohler, 2013). El burnout guarda relación con la depresión no solo respecto a la presentación clínica (Ahola, Hakanen, Perhoniemi y Mutanen, 2014; Nyklicek y Pop, 2005), sino también en términos psicométricos (Schonfeld y Bianchi, 2016), no obstante, los datos de investigación confirman que el burnout es una entidad distinta, puesto que se asocia con la situación laboral y es específica de la misma; en contraste, la depresión es un trastorno psiquiátrico más general y no depende del contexto (Maslach y Leiter, 2016).

El burnout consta de 3 dimensiones básicas: 1) agotamiento emocional, descrito también en términos de desgaste, pérdida de energía, merma, fatiga, debilitamiento, etc.; 2) cinismo, que consiste en actitudes negativas o inapropiadas hacia el receptor de los servicios, además de irritabilidad, pérdida del idealismo y evitación interpersonal; 3) ineficacia, que implica disminución en la productividad y capacidades, moral baja, así como menor habilidad de enfrentamiento (Maslach y Leiter, 2016; Maslach, 2002). Existen otras conceptualizaciones del síndrome, sin embargo, suelen relacionarse solo con la dimensión del agotamiento, por ejemplo, Shirom y Melamed (2006) proponen que el burnout consta de las dimensiones fatiga física, agotamiento emocional y desgaste cognitivo. Otra aportación importante es el constructo involucramiento (engagement), que desde el enfoque más común es visto como la antítesis positiva del síndrome, un estado con alta energía, un fuerte compromiso y un sentido de eficacia personal (Bakker y Leiter, 2010). A la fecha, la relación entre burnout e involucramiento continúa siendo tema de debate (Leiter y Maslach, 2017).

Actualmente, el burnout se concibe como la reacción física y emocional ante condiciones laborales que generan estrés de forma crónica, de tal manera que el perfil profesional es más amplio y no implica necesariamente contacto con personas (Bährer-Kohler, 2013). Asimismo, en las últimas décadas el área de trabajo con población vulnerable y/o víctima de trauma ha sido foco de atención por parte de los investigadores, precisamente por la complejidad y la amplitud de los efectos negativos que conlleva para el prestador de estos servicios (Avieli, Ben-David y Levy, 2016; Killian, 2008; Adams, Boscarino y Figley, 2006). Fruto de este interés es la formulación de nuevos modelos y constructos a partir de los cuales se intenta comprender, medir y prevenir las secuelas emocionales en este perfil profesional.

Las primeras aportaciones sobre este tema datan de la década de los 80 (Stamm, 2016), con publicaciones influyentes de Pearlman y McJan (1995), Figley (1996) y Stamm (1997), si bien cada autor formuló un concepto diferente para referirse al mismo proceso de desgaste resultado de trabajar con víctimas de experiencias traumáticas: trauma vicario (TV), fatiga por compasión (FC) y estrés traumático secundario (ETS), respectivamente,

cada uno de los cuales, de hecho, es aceptado por la comunidad científica. Más recientemente, Stamm (2010) desarrolló el constructo calidad de vida profesional (CVP), una de las propuestas teóricas con mayor sustento empírico, cuya utilidad radica en integrar los diferentes conceptos en un modelo comprensivo; la CVP se refiere a la calidad de las emociones relacionadas con la actividad profesional que implica ayudar a otros, por lo tanto, se ve influida por las condiciones laborales tanto positivas como negativas.

Esta investigación se adhiere al modelo de Stamm (2010), de tal manera que la CVP se considera un continuo con 2 extremos opuestos: por un lado, satisfacción en la compasión (SC), referida como la gratificación personal que surge de ayudar a quienes enfrentan situaciones estresantes e incluye el trabajar productivamente con colegas que poseen ideas afines y sentirse competente y hábil en lo profesional al contribuir al bienestar social en general (Stamm, 2002), SC es la dimensión positiva de la CVP y, como tal, contribuye al bienestar psicológico, además de amortiguar los efectos negativos de la actividad profesional de ayuda a terceros (Mathieu, 2012); por otra parte, se considera que toda persona que ejerce este tipo de labor sufre invariablemente un proceso de agotamiento físico, emocional y mental, de tal forma que en el otro extremo del continuo teórico tenemos la FC, resultado del estrés de asistir a personas vulnerables y/o que han experimentado trauma; se lo considera un síndrome complejo de desgaste que incluye el burnout y el ETS como entidades independientes y convergentes (Cocker y Joss, 2016), por lo tanto, la FC no hace referencia a un término o proceso unitario (Barr, 2017). En la figura 1 se presenta gráficamente esta formulación teórica.

En esta investigación, ETS y TV se consideran sinónimos, con síntomas equivalentes a los del trastorno por estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2013), pero mientras en este se deben a la experiencia directa de un trauma, en el ETS son resultado de entrar en contacto con la experiencia traumática de otra persona. De esta manera, la FC, como proceso complejo, incluye el deterioro insidioso y relativamente permanente de los recursos personales, con afectación de las áreas profesional y personal e impacto en las experiencias y habilidades de seguridad, confianza, poder, autoestima, intimidad, independencia y control (Marín, 2016; Cunningham, 2003). El perfil sintomático incluye malestares físicos diversos (por ejemplo, dolencias de cuello y espalda, así como complicaciones cardiovasculares), ansiedad, depresión, evitación del contacto interpersonal, somatización, alteraciones negativas en el sistema de creencias, dificultades familiares, intentos de abandonar la profesión, ausentismo y desempeño laboral deficiente, y consumo de sustancias, entre otros (Cocker y Joss, 2016; Suñer-Soler et al., 2014; Sprang, Clark y Whitt-Woosley, 2007).

En países latinoamericanos se han documentado las afectaciones a la CVP de quienes laboran asistiendo a terceros (Hernández-Vicente, Lumbreras-Guzmán y Méndez-Hernández, 2017; Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias y Vargas, 2012, Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2007), con elevadas estimaciones de prevalencia en la mayoría de los casos; no obstante, en estos países, y en particular en México, dichas estimaciones suelen ser dispares y poco consistentes, de tal manera

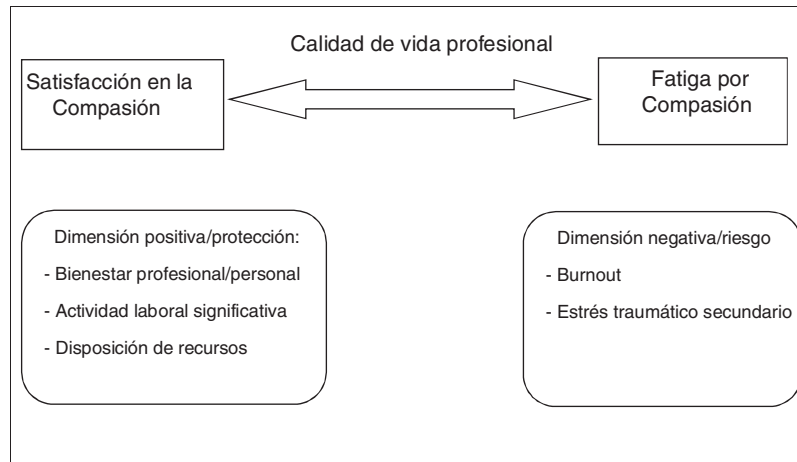


Figura 1. Componentes de la calidad de vida profesional.

que estos datos requieren de estudios confirmatorios (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes).

Otro rezago importante en la literatura latinoamericana e internacional es la formulación y evaluación de tratamientos dirigidos a prevenir/corregir los síntomas de la FC. Cocker y Joss (2016) realizaron un análisis sistemático de 13 investigaciones con intervenciones diseñadas en este sentido; sus principales conclusiones fueron: 1) las enfermeras mujeres de entre 40 y 50 años de edad es la población más estudiada; 2) la mayoría de los estudios presentan deficiencias metodológicas (muestras pequeñas sin control aleatorio); 3) existe una variación considerable respecto a la duración de la intervención y las técnicas empleadas; 4) el resultado más común fue la mejora en al menos una de las dimensiones de la FC –no en todas–; 5) las técnicas menos efectivas fueron las didácticas, la musicoterapia y el manejo del duelo, mientras que las más eficientes fueron la meditación estructurada, los seminarios grupales con inclusión de ejercicios, así como la enseñanza de habilidades de resiliencia, y 6) se necesita investigación adicional con el fin de establecer los mejores procedimientos de protección a los trabajadores en alto riesgo de padecer FC.

Con base en lo anterior, se condujo un estudio preexperimental para evaluar la eficacia de una intervención grupal preventiva, diseñada para disminuir los síntomas de burnout y FC en personal directivo de organizaciones que brindan servicio a población vulnerable y/o que ha sido víctima de experiencias traumáticas; el objetivo general fue determinar el efecto de la intervención en cada una de las dimensiones del burnout y de la CVP, así como en síntomas de depresión y ansiedad.

Método

Participantes

Participaron 24 profesionales, quienes en el momento de la investigación ejercían funciones directivas en 22 organizaciones no gubernamentales, las cuales proporcionan distintos servicios, tales como alojamiento, alimentación, educación básica/especializada, atención médica y psicológica, entre otros,

a población vulnerable en las ciudades de México, Querétaro y Toluca. La muestra se conformó de 21 mujeres (87.5%) y 3 hombres (12.5%), con una edad promedio de 43.5 años (desviación estándar de 7.9). Catorce participantes (58.3%) eran directores generales, mientras que el resto desempeñaba funciones relacionadas con dirección operativa (16.6%), dirección académica (8.3%), coordinación de programas (8.3%), dirección de talento y procuración de fondos (4.2%). La formación profesional de los participantes era diversa (12 profesiones diferentes; 15 de ellos contaban con licenciatura, 7 con maestría y 2 con doctorado), siendo más frecuentes las personas con licenciaturas en Psicología y Trabajo Social. Siete participantes abandonaron el estudio en diferentes momentos antes de concluir el proceso terapéutico; las 2 razones que se argumentaron fueron complicaciones de agenda y renuncia laboral. Debido a que se formaron grupos cerrados no se reemplazó a estos participantes y sus datos no se contemplaron para los análisis; esta dinámica y tasa de egresos es común en procesos grupales (Yalom y Leszcz, 2008), además de que el porcentaje de permanencia (70.8%) es similar al de otras investigaciones (Shein-Szyldo et al., 2016). Se eligió este perfil laboral debido a que experimenta diversos factores de riesgo, tales como sobrecarga de trabajo, realización de tareas múltiples y complejas, poco reconocimiento social y económico, dificultades para separar la vida personal de la laboral, etc. (Leiter y Maslach, 2005).

Procedimiento

Se llevó a cabo una selección por año en 3 momentos, de 2014 a 2016, cada una realizada en 2 partes, en primer lugar a través de una convocatoria por medio de la página electrónica de la Fundación Quiera A. C., la cual estaba dirigida a las organizaciones afiliadas para invitar a una conferencia donde se explicó el procedimiento, los objetivos y los beneficios del proyecto; en segundo lugar, se incluyó a los asistentes que cumplieran los criterios de inclusión: 1) solicitar voluntariamente su participación; 2) ser personal en activo de una organización asistencial afiliada a Fundación Quiera A. C.; 3) ejercer funciones directivas, y 4) firma de consentimiento informado. Por cuota,

se formaron 3 grupos de 8 personas cada uno, de tal manera que se condujeron 3 procesos terapéuticos, uno por año, correspondiente a la duración de cada intervención grupal. Se realizaron evaluaciones individuales en 3 momentos: línea base, al finalizar el tratamiento y de seguimiento, a los 3 meses de concluida la intervención.

Instrumentos

El Inventario Maslach de Burnout para personal de salud (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 reactivos y 3 subescalas correspondientes a las dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional (9 ítems), cinismo (8 ítems) y eficacia (5 ítems); el formato de respuesta se basa en una escala tipo Likert de 7 opciones (puntuación de 0 a 6) respecto a la frecuencia con que se experimentan ciertas emociones relacionadas con el trabajo. El Inventario Maslach de Burnout para personal de salud fue validado con una muestra de psicólogos mexicanos por Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008), quienes confirmaron la estructura de 3 factores y la distribución original de reactivos (α de Cronbach de 0.86, 0.81 y 0.53, respectivamente). Para esta investigación se utilizó la versión castellana adaptada por el autor de Gascón et al., 2013.

El inventario Calidad de Vida Profesional-V (Stamm, 2010) es un cuestionario autoadministrado conformado por 30 reactivos relacionados con la situación laboral actual de los últimos 30 días; se contesta mediante una escala tipo Likert de 5 opciones (puntuación de 1 a 5). Mide 3 dimensiones del continuo de la CVP: SC, TV y burnout. Para esta investigación se adaptó la versión oficial castellana al español de México y se piloteó para asegurar su equivalencia y la comprensión de contenidos. Mendoza, García-Rivera y Serna (2014) realizaron un análisis preliminar de las propiedades psicométricas del inventario Calidad de Vida Profesional-V con una muestra de 238 enfermeras de Baja California.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erlbaugh, 1961) consta de 21 reactivos, cada uno con 4 opciones de respuesta (puntuación 0 a 3), para evaluar la severidad de los síntomas de depresión durante la última semana. El análisis de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck con población mexicana arrojó un coeficiente de confiabilidad test-retest de 0.65 a 0.72, un α de Cronbach de 0.81 y una correlación con la Escala de Depresión de Zung de 0.65 a 0.70 (Jurado et al., 1998).

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) consta de 21 reactivos autoaplicables para medir la severidad de los síntomas de ansiedad de la última semana (escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta y calificación de 0 a 3 puntos). Fue validado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), quienes obtuvieron un coeficiente de confiabilidad α de Cronbach de 0.75.

Tratamiento

El tratamiento consistió en 20 sesiones grupales (8 participantes por grupo), administradas quincenalmente, de 3 h de

duración cada una y organizadas a partir de 2 ejes de acción: 1) un componente psicoeducativo autodirigido, basado en la asignación de lecturas como tareas para cada de un libro de trabajo estructurado, cuya finalidad fue proveer información y estimular la reflexión personal y compartida (Marín-Tejeda, 2016), y 2) un componente terapéutico dirigido por el autor y basado en un manual detallado, fundamentado en el modelo de terapia grupal interpersonal de Yalom y Leszcz (2008) con componentes cognitivo-conductuales. Todas las sesiones se desarrollaron conforme a una estructura estándar, si bien tanto en las 5 primeras sesiones como en la vigésima se condujeron dinámicas prediseñadas; durante el resto de las sesiones el terapeuta estimuló la libre interacción de los participantes, de tal manera que centró sus intervenciones en la calidad de la comunicación más que en el contenido de las mismas; con ello se apuntó a potenciar los factores curativos al incrementar el grado de cohesión grupal para lograr: contrarrestar el propio estigma, detectar las fuentes de estrés, explorar soluciones compartidas, procesar experiencias emocionales, adquirir habilidades de autoobservación y monitorización de síntomas, todo lo cual se concretó en la materialización de cambios conductuales centrados en la formulación de un plan de autocuidado personalizado.

Después de 3 meses de concluido el proceso se condujo una sesión de seguimiento, durante la cual se evaluó la evolución sintomática, se monitorizó la puesta en marcha del plan de autocuidado, se realizaron ajustes al mismo con base en la retroalimentación compartida y se estimularon cambios conductuales adicionales.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas con la finalidad de determinar el efecto de la intervención a través del tiempo; de esta manera se compararon las diferencias en los puntajes promedio del total de los participantes (como un solo grupo sometido a la misma variable independiente) en los 3 momentos de evaluación. Se consideró significativo todo resultado con $p < 0.05$.

Resultados

Las características demográficas de los participantes se muestran en la tabla 1.

En la tabla 1 se observan las características del total de los participantes, así como las correspondientes a cada grupo

Tabla 1
Características demográficas de la muestra y de cada grupo terapéutico

Grupo	Sexo		Edad		Estado civil		Años de experiencia			
	Hombre	Mujer	Media	DE	Casado	Soltero	1-3	3-6	6-12	+12
1	3	5	43.3	7.1	6	2	0	0	2	6
2	0	8	44.6	6.3	6	2	1	1	1	5
3	0	8	42.7	10.5	3	5	0	2	2	4

Los años de experiencia en labores asistenciales se estipularon de modo ordinal con 5 opciones de respuesta. Como puede observarse, ningún participante tenía menos de un año de experiencia.

Tabla 2
Prueba de rangos de Wilcoxon (n = 17)

Variable	Línea base		Post-test		Seguimiento		Significación		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	LB-PT	LB-S	PT-S
Agotamiento	24.5	11.3	15.5	10	16.5	12.1	0.003	0.009	0.87
Cinismo	3.7	4.2	2.7	3.2	2.9	3.5	0.16	0.37	0.75
Eficacia ^a	40.6	6.3	42.3	7	42.8	5.9	0.97	0.75	0.63
Burnout	24	6.5	19.1	4.7	20	7	0.02	0.11	0.6
TV	20.1	7.5	18.1	4.8	19.8	7.2	0.21	0.93	0.43
SC ^a	42.3	5.4	43.9	5.4	44.1	5.1	0.9	0.77	0.92
Depresión	13.2	8.6	7.7	6.1	10	8.5	0.01	0.02	0.29
Ansiedad	13.7	11.8	8	12.1	12.4	14.9	0.04	0.64	0.32

DE: desviación estándar; LB: promedio de puntuaciones en la línea base; PT: promedio de puntuaciones en el post-test; S: promedio de puntuaciones en el seguimiento 3 meses después de concluida la terapia; SC: satisfacción en la compasión; TV: trauma vicario.

^a Las variables eficacia y satisfacción en la compasión (SC) son positivas, por esta razón, un puntaje alto es indicativo de menos desgaste.

terapéutico en cuanto a sexo, edad, estado civil y años de experiencia laboral en funciones asistenciales. Puede observarse que, en esencia, los 3 grupos fueron equivalentes; también que se trató de personas con varios años de trayectoria profesional y, además, mayormente casados.

La **tabla 2** muestra los resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon, con la cual se compararon los promedios de las puntuaciones en los 3 momentos de medición: línea base, post-test y de seguimiento, 3 meses después de concluido el tratamiento.

Al comparar las puntuaciones de línea base con las obtenidas después de concluido el tratamiento, se observó una disminución significativa en los síntomas de agotamiento emocional, burnout, depresión y ansiedad. La puntuación promedio de agotamiento emocional disminuyó de 24.5 ± 11.3 a 15.5 ± 10 , mientras que la puntuación promedio de burnout disminuyó de 24 ± 6.5 a 19.1 ± 4.7 ; asimismo, la puntuación promedio de depresión disminuyó de 13.2 ± 8.6 a 7.7 ± 6.1 ; respecto a la ansiedad, se observó una disminución en la puntuación promedio de 13.7 ± 11.8 a 8 ± 12.1 .

La comparación de los promedios de post-test con los obtenidos en el seguimiento después de 3 meses no indicó diferencias significativas en ninguna de las variables de estudio, no obstante, cuando se compararon las medidas de línea base con las de 3 meses después de concluido el tratamiento, se observó una diferencia significativa en la puntuación promedio de agotamiento emocional y depresión, por lo tanto, se puede afirmar que el cambio sintomático producto de la intervención se mantuvo en el largo plazo (**tabla 2**), al menos para estas 2 variables.

Con la finalidad de clarificar la dinámica del efecto de la intervención, en la **tabla 3** se presenta la proporción de participantes (en porcentajes), su diagnóstico por escalafón en las variables que mostraron un cambio significativo, así como el reflejo del mismo en función de la evolución temporal.

En la **tabla 3** se observa que las puntuaciones de línea base se distribuyeron en su mayor parte (+50%) hacia escalafones de bajo riesgo (bajo y mínimo), a excepción de las correspondientes a agotamiento emocional, en cuyo caso la distribución fue más uniforme y hubo una ligera predominancia diagnóstica en

Tabla 3
Porcentaje de evolución sintomática por escalafón diagnóstico (n = 17)

	Agotamiento			Burnout			Depresión			Ansiedad		
	LB	PT	S	LB	PT	S	LB	PT	S	LB	PT	S
Severo	39	6	23.5	0	0	0	5.5	0	0	17	6	17.5
Moderado	33	35	23.5	39	35	47	17	5	5	11	12	17.5
Bajo	28	59	53	61	65	53	33	30	30	33	23	6
Mínimo ^a	0	0	0	0	0	0	44.5	65	65	39	59	59

LB: línea base; PT: post-test; S: seguimiento.

Se presenta la proporción de participantes (en porcentajes) respecto a escalafones diagnósticos y la evolución conforme a los 3 momentos de medición: línea base, post-test y seguimiento a los 3 meses de concluida la intervención.

^a Los instrumentos MBI y PQOL-V, con los cuales se midieron las variables agotamiento emocional y burnout, no cuentan con el escalafón mínimo.

el escalafón «severo» (39%). Estos datos reflejan la naturaleza de la muestra, la cual fue de extracción no clínica y funcional, es decir, que en el momento de iniciar la intervención, la mayor parte de los participantes no presentaba síntomas críticos; no obstante, una proporción de la muestra sí manifestaba inicialmente síntomas significativos de grado severo, en este sentido, el efecto de la intervención se observó precisamente en la mejora sintomática de estos participantes.

Por otra parte, el análisis cualitativo que se presenta en la **tabla 3** confirmó que al término de la intervención aumentó la proporción de participantes que evolucionó positivamente en las puntuaciones promedio de estas 4 variables; sin embargo, este cambio fue consistente en el seguimiento solo respecto a agotamiento emocional y depresión, ambas consideradas claves en el perfil sintomático del burnout y del desgaste profesional en general.

Discusión y conclusiones

El burnout es un síndrome de desgaste profesional ampliamente estudiado, mientras que la FC es un padecimiento de más reciente formulación; a partir de esta última, se intenta dar cuenta del efecto nocivo que imprime la actividad asistencial sobre el prestador de estos servicios. Uno de los elementos comunes entre ambos padecimientos es que, a pesar del interés considerable por parte de los investigadores, existen relativamente pocos estudios que evalúen modelos de intervención preventivos y correctivos, especialmente con población latinoamericana (Marín-Tejeda, 2016); de hecho, de acuerdo con la investigación documental realizada, esta es la primera ocasión en que se evalúa la eficacia de un modelo terapéutico grupal, diseñado para disminuir síntomas de burnout y FC en profesionales mexicanos que ejercen funciones asistenciales.

Los resultados indican que la intervención tuvo un efecto positivo en síntomas de agotamiento emocional, depresión, burnout y ansiedad, sin embargo, este cambio se mantuvo estable durante el seguimiento (3 meses después) solo para las 2 primeras variables. En términos cuantitativos, el efecto de la intervención puede considerarse moderado, si bien este resultado puede atribuirse a la naturaleza de la selección de los participantes, puesto que se realizó un muestreo por cuota y no se estableció como criterio de inclusión un puntaje mínimo;

de esta manera, durante la evaluación de la línea base, solo una proporción menor de participantes padecía síntomas severos de desgaste (39 y 5.5% para agotamiento emocional y depresión, respectivamente). No obstante, un análisis cualitativo permitió verificar la efectividad de la intervención, puesto que en términos de la proporción de participantes que evolucionaron positivamente (tabla 3), se puede afirmar que el cambio estadísticamente significativo se debió a que mejoraron los síntomas de aquellos que iniciaron con afecciones severas, mientras que quienes inicialmente no presentaron malestar importante (escalafones diagnósticos bajo y mínimo: 28 y 77.5% para agotamiento emocional y depresión, respectivamente) se mantuvieron sin cambio.

De esta manera, los resultados demuestran la eficacia del modelo terapéutico sobre síntomas de desgaste profesional, además de aportar las siguientes implicaciones: 1) esta intervención puede ser útil en contextos laborales de alto riesgo, caracterizados por una alta carga de trabajo, necesidad de realizar tareas múltiples y complejas, disposición de poco reconocimiento social y económico, dificultades para separar la vida personal de la laboral, problemas de comunicación en el interior del grupo de trabajo, etc. (Leiter y Maslach, 2005); por lo tanto, se señala la posibilidad de prevenir y corregir los efectos emocionales negativos, a pesar de la persistencia de las condiciones ambientales estresantes, y 2) el efecto estable y duradero sobre síntomas clave del burnout, como son el agotamiento emocional y la depresión, confirma no solo la estrecha relación que existe entre estas 2 variables (Schonfeld y Bianchi, 2016), sino que además es congruente con las conclusiones de Cocker y Joss (2016) respecto a que una intervención efectiva debe incluir entre sus componentes- como en el presente caso- técnicas de meditación estructurada, ejercicios prácticos, enseñanza de habilidades de resiliencia y cambios conductuales concretos, lo cual permite la estabilidad del efecto de la intervención.

Ahora bien, es importante señalar que hubo variables que se mantuvieron sin cambios a través de las diferentes mediciones, hecho que puede atribuirse a las siguientes causas: en la línea base, los participantes obtuvieron puntuaciones promedio bajas, ejemplo de ello son las variables positivas eficacia y satisfacción en la compasión, las cuales se encontraron en niveles deseables (escalafón alto). Por otra parte, Juárez-García et al. (2014) mostraron, a través de su revisión sistemática, que los trabajadores mexicanos no tienen dificultades para referir manifestaciones de agotamiento emocional, pero sí para admitir síntomas de cinismo, razón por la cual, en nuestra población, existe una tendencia a obtener puntuaciones bajas en esta dimensión del burnout, tal como ocurrió en el presente caso. Además, una causa posible de la baja puntuación y, por ende, de la ausencia de cambio en la variable TV puede deberse al hecho de que los participantes, a la par que están sometidos a altas cargas de estrés, manifestaban altos grados de satisfacción profesional, es decir, que su trabajo les resultaba emocionalmente recompensante, hecho que se confirma con las altas puntuaciones en esta variable (SC), y que de acuerdo con Stamm (2010) y Mathieu (2012), constituye un factor protector frente al desgaste. Finalmente, cabe mencionar que los resultados son congruentes con los hallazgos de Cocker y Joss (2016) con relación a

que el efecto de la intervención suele observarse en una de las variables o dimensiones del desgaste pero no en todas, como es el caso de la presente investigación.

Una causa posible de las bajas puntuaciones obtenidas en la línea base guarda relación con las características demográficas de la muestra, la cual se conformó con personas de edad madura (promedio de edad de 43.5 años), que en su mayoría tenían una pareja estable (62%), poseían un nivel académico alto (comparado con el promedio de la población mexicana), además de que el 62% contaba con más de 12 años de experiencia en labores asistenciales, características todas que constituyen factores protectores (Marín-Tejeda, 2016). Ahora bien, desde el modelo teórico-terapéutico se asume que la disposición de distintas características protectoras no exime al profesional de la posibilidad de padecer síntomas de desgaste incapacitantes, puesto que debido a la naturaleza del trabajo asistencial, se lo considera parte de una población en riesgo permanente; este hecho alude a la importancia práctica que tiene el contar con una herramienta terapéutica aplicable en el contexto mismo de trabajo, a través de la cual se puedan detectar, prevenir y corregir las reacciones de desgaste profesional, lo cual redundará en una prestación de servicios más eficiente por parte de quienes cuidan a personas en condiciones de vulnerabilidad.

Es importante señalar que este trabajo presenta limitaciones importantes, las cuales deben tomarse en cuenta en el momento de interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño utilizado fue preexperimental, por lo tanto, no se llevó a cabo un proceso de aleatorización ni se contó con un grupo de comparación; en segundo lugar, se trabajó con un grupo pequeño y no se determinó el efecto específico de componentes particulares del modelo de intervención, por lo tanto, es claro que se requiere de investigación adicional que incluya las características descritas. Otro elemento que debe tomarse en cuenta para investigaciones futuras es la inclusión de procedimientos de medición paralelos de naturaleza cualitativa, de esta manera se puede obtener un elemento de validación adicional que consigne la evolución reportada en los instrumentos psicométricos. Como ejemplo acerca de la importancia de este último recurso, tenemos que durante el seguimiento varios participantes implementaron cambios centrados en la mejora de su autocuidado, lo cual les permitió resolver diversos problemas de salud; en particular, 2 de ellos perdieron 80 y 15 kg de sobrepeso respectivamente, de esta manera, queda claro que este tipo de cambios no pueden consignarse con la utilización exclusiva de instrumentos de autorreporte.

En conclusión, se puede afirmar que el proceso grupal fue eficiente y específico para disminuir síntomas clave de desgaste en profesionales que experimentan altos grados de estrés laboral. Estos resultados son preliminares, pero sientan un precedente respecto a investigación aplicada en población latinoamericana en general y mexicana en particular, motivo por el cual pueden estimular el surgimiento de trabajos adicionales con el objetivo de replicar y generalizar la aplicación del modelo terapéutico con otras poblaciones y en otros contextos, por ejemplo, con maestros, médicos, enfermeras, trabajadores sociales en centros educativos y de atención a la salud.

Financiación

Esta investigación fue financiada y respaldada para su operación por Quiera, Fundación de la Asociación de Bancos de México A. C., y por Fideicomiso Santander por los Niños de México A. C.

Bibliografía

- Adams, R., Boscarino, J. y Figley, C. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103–108.
- Ahola, K., Hakkanen, J., Perhoniemi, R. y Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1, 29–37.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Avieli, H., Ben-David, S. y Levy, I. (2016). Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 80–87.
- Bährer-Kohler, S. (2013). *Burnout for experts. Preventing in the context of living and working*. New York: Springer Press.
- Bakker, A. y Leiter, M. (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press.
- Barr, P. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology*, 23, 214–222.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Beck, A., Ward, C., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Cocker, F. y Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, E618. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 48, 451–459.
- Figley, C. (1996). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge.
- Gascón, S., Leiter, M. P., Stright, N., Santed, M. A., Montero-Marín, J., Andrés, E., ... y García-Campayo, J. (2013). A factor confirmation and convergent validity of the “areas of worklife scale” (AWS) to Spanish translation. *Health & Quality of Life Outcomes*, 11, 63.
- Hernández-Vicente, I. A., Lumbreras-Guzmán, M., Méndez-Hernández, P., Rojas-Lima, E., Cervantes-Rodríguez, M. y Juárez-Flores, C. A. (2017). Validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en hospitales públicos de Tlaxcala. *Salud Pública de México*, 59(2), 183–192.
- Houtman, I., Jettinghoff, K. y Cedillo, L. (2007). Raising awareness of stress at work in developing countries. A modern hazard in a traditional working environment. Advice to employers and worker representatives. *Protecting Workers' Health Series* No. 6, World Health Organization [consultado 30 Ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf.
- Juárez-García, A., Idrovo, A. J., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37, 159–176.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26–31.
- Killian, K. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14, 32–44.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2005). *Banishing burnout. Six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2017). Burnout and engagement: Contributions to a new vision. *Burnout Research*, 5, 55–57.
- Marín-Tejeda, M. (2016). *Cuidate para cuidar a otros. Programa para evitar el desgaste de los que trabajamos ayudando a los demás*. México: Editorial Pax.
- Maslach, C. (2002). *Burnout. The cost of caring*. Cambridge, MA: Malor.
- Maslach, C., Jackson, E. y Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103–111.
- Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook. Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization*. New York: Taylor & Francis Group.
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30, 31–41.
- Meda, R. M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. E. y Ortiz, G. R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18, 107–116.
- Mendoza, A., García-Rivera, B. R. y Serna, H. (2014). Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano. Documento de la conferencia dictada en el IV Congreso Internacional de Productividad, Competitividad y Capital Humano en la Organizaciones, Tijuana, B.C. México. <http://www.researchgate.net/publication/265551688>
- Nyklicek, I. y Pop, V. (2005). Past and familial depression as predictors of burnout in a working population sample. *Journal of Affective Disorders*, 88, 63–68.
- Pearlman, L. y McLean, P. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558–565.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211–218.
- Schonfeld, I. y Bianchi, R. (2016). Burnout and depression: Two entities or one? *Journal of Clinical Psychology*, 72, 22–37.
- Shein-Szydlo, J., Sukhodolsky, D. G., Szydlo, K. D., Marín-Tejeda, M., Ramirez, E. y Ruchkin, V. (2016). A randomized controlled study of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress in street children in Mexico City. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 406–414.
- Shirom, A. y Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13, 176–200. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232557112_A_comparison_of_the_construct_validity_of_two_Burnout_measures_in_two_groups_of_professionals.
- Sprang, G., Clark, J. y Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259–280.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, 1–6.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107–119). New York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd ed. Pocatello, ID [consultado 7 Ene 2014]. Disponible en: www.ProQOL.org.
- Stamm, B.H. (2016). The secondary effects of helping others: A comprehensive bibliography of 2017 scholarly publications using the terms compassion fatigue, compassion satisfaction, secondary traumatic stress, vicarious traumatization, vicarious transformation and ProQOL [consultado 4 Sep 2017]. Disponible en: <http://ProQOL.org>.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S. y Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1, 82–89.
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2008). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.