

Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional

Carmen ORTIZ-FUNE

Complejo Asistencial de Zamora (España)

Resumen

El *burnout* es un fenómeno que ha sido objeto de estudio durante las últimas décadas, llegándose a cierto consenso en cuanto a las tres dimensiones que lo componen: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *sensación de ineficacia*. El *burnout* presenta una prevalencia elevada en aquellas profesiones que conllevan un contacto continuado con el sufrimiento humano, por ejemplo profesiones sanitarias. Dada la necesidad de definir el *burnout* como una relación mutua entre factores ambientales y personales y la implicación del mismo en tres niveles de respuesta (cognitivo, físico, y conductual) se propone una re-definición como evitación experiencial o inflexibilidad psicológica, comportamiento encaminado a evitar los eventos privados consecuencia de las circunstancias laborales, y su abordaje a partir de una perspectiva funcional-contextual como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica no sistematizada de diferentes investigaciones correlacionales y experimentales, que justifican la definición del *burnout* como inflexibilidad psicológica. Se finaliza con dos breves propuestas de intervención que tratan de solventar las carencias de trabajos previos, como la falta de sesiones de seguimiento.

Abstract

Burnout is a phenomenon that has been object of study during the last decades, reaching a consensus regarding the three dimensions which comprise it: emotional exhaustion, depersonalization and sense of ineffectiveness. Burnout has a high prevalence in those professions that involve continuous contact with human suffering, for example, healthcare professionals. According to the need to define burnout as a mutual relationship between environmental and personal factors, and the implication of this phenomena in three levels of response (cognitive, physical, and behavioral), we propose a definition of burnout as experiential avoidance or psychological inflexibility, behavior aimed to avoid private events presented in some work circumstances, and its approach from a functional-contextual perspective such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT). In this paper, a non-systematized bibliographic review is carried out, presenting different correlation and experimental investigations that justify the definition of burnout as psychological inflexibility. The paper ends with two brief proposals of intervention that try to solve the limitations of previous research, such as the lack of follow-up sessions.

El objetivo principal de este trabajo es documentar una nueva visión del estrés laboral y el *burnout* en la que se destaque el papel clave que puede tener la *inflexibilidad psicológica* en el entorno laboral. Para ello se desarrollan diferentes apartados: en primer lugar se hace un repaso de la definición de *burnout* y lo que implica este término, se analizan algunos datos relevantes sobre la prevalencia del síndrome en profesionales sanitarios españoles, se revisan

algunos estudios sobre la asociación de *burnout* con algunas variables, se repasa el término flexibilidad psicológica y el papel de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en su promoción, se revisan varias investigaciones que reflejan la relación del *burnout* y la flexibilidad psicológica, así como el papel de la ACT en el entorno laboral y finalmente, se realiza una propuesta de intervención teniendo en cuenta todo lo revisado.

Dirección de la autora: Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora. c/ Hernán Cortés, 40. 49021 Zamora. *Correo electrónico:* marortfun@gmail.com

Recibido: mayo de 2018. *Aceptado:* septiembre de 2018.

Definición de estrés laboral y *burnout*

El término de *burnout* (síndrome de estar quemado) (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) ha sido un término controvertido y difícil de definir durante décadas. Finalmente, parece que los autores han alcanzado cierto consenso acerca de las tres dimensiones que componen este síndrome. El *cansancio o agotamiento emocional* es la dimensión central del *burnout* y quizás la que presenta unas manifestaciones más claras, es la característica de la que más informan los trabajadores que padecen estrés y la más investigada. La *despersonalización*, la segunda dimensión del *burnout*, es un intento de poner distancia entre uno mismo y aquellos que son receptores del trabajo (los clientes o pacientes) a través de ignorar activamente las cualidades que les hace humanos y únicos; en este sentido, la despersonalización sería una estrategia activa de afrontamiento que puede hacer más llevadero o fácil el trabajo que implica, por ejemplo, contacto con personas que están sufriendo. La despersonalización o distanciamiento, se considera una consecuencia inmediata del cansancio emocional y se ha demostrado que existe una fuerte asociación entre ambas facetas. La *ineficacia* o sensación de reducción en el logro personal, sería la tercera faceta del *burnout* y al igual que la primera faceta se trataría de una sensación o emoción de la persona, pero su relación con las otras dos (cansancio y despersonalización) es menos clara. Unas condiciones laborales muy estresantes, que generen cansancio emocional y despersonalización, comprometen la capacidad de ser eficaz en el propio trabajo: es difícil tener sensación de logro personal cuando se está exhausto y cuando se percibe que uno se comporta de forma indiferente con aquellos con los que trabaja, esta sensación de ineficacia, sería por tanto una consecuencia de los otros dos elementos. En cambio, en otros contextos, parece que las tres dimensiones se desarrollan en paralelo.

El *burnout* es una experiencia personal específica del contexto laboral. Algunas condiciones laborales que se asocian con el *burnout* son el exceso de carga de trabajo, los conflictos de rol, la falta de *feedback* y de reconocimiento y especialmente aquellos trabajos que implican el contacto directo con otros seres humanos (Maslach *et al.*, 2001).

Desde que se comenzó a estudiar el *burnout*, se han venido desarrollando múltiples estrategias para prevenirlo, reducirlo y paliar sus consecuencias. Se pueden distinguir estrategias a nivel personal y a nivel organizacional. Aquellas que de forma más habitual se llevan a cabo a nivel personal son las técnicas de relajación, de solución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y técnicas de autocontrol (Ortega y López, 2004).

Analizando las técnicas empleadas, se puede decir que se ha tratado el *burnout* como un conglomerado de problemas psicológicos. Se le trata por tanto de dar una solución eficaz a partir de paquetes de intervención que contienen estas técnicas que han resultado útiles para dichos problemas

por separado (Ortega y López, 2004). Los autores destacan la importancia de entender el *burnout* como un fenómeno que engloba la interacción del individuo con su contexto y que, a la hora de intervenir sobre este fenómeno y de prevenirlo, es imprescindible tener en cuenta tanto los factores individuales como contextuales, así como la interacción entre ambos, (Maslach y Goldberg, 1998).

El *burnout* puede tener múltiples implicaciones, tanto para los individuos como para las organizaciones (Maslach *et al.*, 2001). Se ha relacionado ampliamente el *burnout* con el desempeño laboral y también se ha prestado mucha atención a sus consecuencias en la salud general, dado que el *burnout* implica un elevado estrés en sí mismo. No obstante, los datos encontrados deben ser tratados con cautela, ya que los diseños metodológicos empleados no permiten establecer relaciones causales.

El *burnout* en profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios se consideran una población de riesgo a la hora de padecer estrés laboral continuado que puede tener múltiples consecuencias en diferentes niveles (Ortega y López, 2004): consecuencias a nivel físico, como fatiga crónica, cefaleas y migrañas o alteraciones cardiovasculares; a nivel emocional ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, baja satisfacción laboral, dificultades en la concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración y deseos de abandonar el trabajo; y a nivel conductual, absentismo laboral, abuso de droga, emisión de conductas violentas, alteraciones de la conducta alimentaria, baja productividad laboral, falta de competencia... etc.

La prevalencia del *burnout* en profesionales sanitarios residentes en España es del 14'9%. Medicina es la profesión donde esta prevalencia es más elevada (12'1%) seguida de enfermería que está sobre el 7%. En el caso de psicología, la prevalencia es inferior al 6%. Entre las diferentes especialidades médicas, aquellas en las que el síndrome es más prevalente son urgencias (17%) e internistas (15%), (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009). Otro estudio realizado en una amplia muestra de profesionales sanitarios del País Vasco, describe niveles medios de *burnout*, apreciándose en un 28% de la muestra niveles elevados de cansancio emocional (Amutio, Ayestarán y Smith, 2009)

Cebrià-Andreu (2005) realiza una reflexión sobre la situación de exposición a elevados niveles de estrés que padecen los médicos, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria y destaca la sobrecarga de trabajo como una de las principales causas. El autor señala que uno de cada dos profesionales experimentará cansancio emocional, la primera faceta del *burnout*. El cansancio emocional es la puerta de entrada para que muchos profesionales comiencen a emplear estrategias de afrontamiento y protección relacionados con la desconexión emocional o despersonalización.

Esta despersonalización conlleva un desgaste profesional progresivo que tiene como principal consecuencia el mal trato al paciente enfermo a lo que el autor hace referencia como “progresiva deshumanización de la medicina”.

En un estudio realizado con facultativos especialistas en medicina en la comunidad valenciana (Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz, 2002), se encontró que los médicos emplean diferentes estrategias ante la incertidumbre del proceso de diagnóstico, la posibilidad de ser acusados de malas prácticas y ante la presencia de diferentes estresores relacionados con el entorno laboral. Algunas de las estrategias empleadas ante la incertidumbre de un diagnóstico son la aceptación y la consulta bibliográfica y a otros profesionales. Una estrategia muy común ante la posibilidad de ser acusados de mala praxis es el empleo de la “medicina defensiva” o estrategias cognitivas como “no tener presente esa posibilidad”. Entre las estrategias empleadas para paliar los efectos del estrés, están presentes estrategias como distraerse en el tiempo libre o pasar tiempo con la familia, pero también otras estrategias evitativas como fumar o tomar fármacos y desahogarse.

Correlación entre *burnout* y otras variables

A lo largo de las últimas décadas, han sido numerosos los estudios que se han llevado a cabo con el objetivo de determinar que variables están relacionadas con la aparición del *burnout* y el estrés laboral.

En una revisión de Ortega y López (2004) sobre *burnout* y estrés en profesionales sanitarios, se concluye que algunas de las variables más estrechamente asociadas a estos problemas son el exceso de estimulación aversiva, el contacto continuo con el enfermo, la carga asistencial, la incapacidad para poder curar, la falta de conocimientos para el manejo de las emociones en el entorno laboral y burocratización y el individualismo en las organizaciones.

En un estudio realizado con el personal de enfermería de la Unidad de trasplantes del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla, los resultados muestran que el factor que más se asocia al estrés en estos profesionales es el contacto con el dolor y la muerte, seguido de los conflictos con los superiores y la sobrecarga laboral. Dichos resultados se acentúan especialmente en aquellos profesionales que presentan niveles elevados de ansiedad y depresión (Pérez San Gregorio, Martín, Gallego, Correa y Pérez, 2003).

En otro estudio realizado con trabajadores de la Universidad de Zaragoza, el objetivo era explorar la relación entre las diferentes facetas del *burnout* y las estrategias de afrontamiento llevadas a cabo por los trabajadores (Montero-Marin, Prado-Abril, Piva Demarzo, Gascón y García-Campayo, 2014). Los resultados muestran que, la sobrecarga emocional se explica por estrategias centradas en la solución de problemas; la falta de desarrollo personal se explica por la presencia de *estrategias de evitación cognitiva* (como intentar evadirse, distraerse y ensoñaciones de una

realidad diferente) y la conducta negligente se explica por la *desconexión conductual* (por ejemplo, darse por vencido y dejarse llevar por la situación, como hacer el trabajo demasiado rápido).

Flexibilidad psicológica y ACT

Como hemos podido ver hasta ahora, el problema del *burnout* implica numerosos factores y presenta múltiples consecuencias a nivel individual y organizacional. Además, su prevalencia es muy elevada y, aunque no está considerado un problema mental, si supone de algún modo un problema de salud y psicológico. A continuación realizamos una definición alternativa de este fenómeno desde una perspectiva algo diferente a la empleada habitualmente, haciendo referencia al concepto de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica.

La *evitación experiencial* se define como un patrón de respuesta inflexible que se compone de conductas emitidas con un mismo objetivo o función: controlar o evitar los eventos privados negativos (emociones, pensamientos, sensaciones o recuerdos) así como las circunstancias que los generan. Dicho conjunto de respuestas, somete al individuo a un patrón de comportamiento que, aun siendo eficaz a corto plazo, a la larga genera un efecto contrario, produciendo más sufrimiento (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006; Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006)

En Luciano, Rodríguez y Valverde (2004) se aporta una explicación de la evitación experiencial sustentada en la Teoría del Marco Relacional (TMR) que describe el proceso a través del cual los eventos privados se vuelven más o menos aversivos dependiendo de como se experimenten con respecto a los valores personales, es decir, o bien la persona se relaciona con sus eventos privados como si estos supusieran barreras para comportarse conforme a sus valores (*fusion*), o bien se establece una relación diferente con los mismos que les deja espacio para emitir acciones valiosas (*defusion*).

En los últimos años se ha visto la necesidad de desarrollar un nuevo término que fuera más inclusivo que el de evitación experiencial, ya que hay contextos de intervención y prevención (contextos no clínicos) en los que se puede aplicar este fenómeno donde las personas no llegan a experimentar una lucha “patológica” y en los que, las consecuencias de dicha lucha, no generen un problema con costes excesivamente elevados. Este término es el de *inflexibilidad psicológica*, que se refiere a un patrón de regulación que podía o no mostrar cronicidad. Para algunos autores, la inclusión de este término supuso un avance (Luciano, 2016).

La flexibilidad psicológica se entiende como un modelo unificado del funcionamiento humano que se define a partir de una serie de procesos implicados. En cuanto a dichos procesos, existen a día de hoy diferentes modelos que los explican. Hayes, Strosahl y Wilson (2012) describen la in-

flexibilidad psicológica conforme a seis procesos: *atención flexible al momento presente, aceptación, defusión, el yo como contexto, valores y el compromiso con la acción*. La ausencia de uno o más de estos procesos, conlleva el riesgo de rigidez psicológica que se considera, según este modelo, la raíz causal del sufrimiento humano y el funcionamiento desadaptado.

Por otra parte, Strosahl, Robinson y Gustavson (2012) describen la inflexibilidad psicológica conforme a tres pilares que engloban los seis procesos anteriores: *apertura, conciencia y compromiso*, siendo este modelo algo más parsimonioso que el anterior.

Pensemos por ejemplo en el caso de un médico que en presencia del sufrimiento de sus pacientes, se ve expuesto a emociones y pensamientos negativos y dolorosos. El uso de estrategias de afrontamientos encaminadas al control o la evitación de dichos eventos privados, pueden conllevar un trato despersonalizado de sus pacientes y a emitir conductas como no mirar a los ojos, pasar menos tiempo con sus pacientes, posponer el contacto con ellos etc., estas conductas estarían bajo el control del reforzamiento negativo a corto plazo (por ejemplo, al evitar exponerse al sufrimiento del paciente, se evita la aparición de ciertas emociones y pensamientos dolorosos). A su vez, el simple hecho de actuar de este modo, no solo no elimina el sufrimiento a largo plazo, sino que genera aún más malestar al observarse así mismo actuando de esta forma, generándose esa sensación de falta de logro y cumplimiento personal. En la misma línea van otras estrategias de afrontamiento que, como se ha mencionado anteriormente, son empleadas en este colectivo, como es por ejemplo el uso de lo que se conoce como “medicina defensiva” o la búsqueda de bibliografía para evitar contactar con la sensación de incertidumbre que genera el emitir un diagnóstico. Este tipo de comportamientos estarían también bajo el control del reforzamiento negativo a corto plazo y generarían sufrimiento a largo plazo. Otras conductas, como el consumo de fármacos o tabaco, estarían bajo control de reforzamiento

negativo (eliminar o reducir la ansiedad) o bajo control de reforzamiento positivo (generar una sensación de alivio o tranquilidad).

Este fenómeno puede ejemplificarse también en otras disciplinas sanitarias, como es el caso de los psicólogos u otros profesionales en salud mental. Estos profesionales están también continuamente expuestos al sufrimiento de otras personas y las cualidades de su profesión implican también el establecimiento de una relación personal intensa para con los pacientes y clientes. En este caso, podríamos poner el ejemplo de un psicólogo que, ante las narraciones de sufrimiento de otros y ante el contacto de emociones intensas experimentadas por los pacientes, comiencen a experimentar ellos mismos emociones muy intensas como ansiedad y depresión. Ante estos eventos privados, conductas que implican desconexión emocional son habituales, como no escuchar a sus pacientes con atención plena, no establecer relaciones terapéuticas significativas, no plantear determinados ejercicios que pueden ser beneficiosos para los pacientes, etc. Este tipo de comportamiento estaría bajo el control de reforzamiento negativo. La tabla 1 ilustra el análisis funcional de ejemplos del patrón de inflexibilidad.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes *et al.*, 2012) forma parte de las conocidas como *terapias de tercera generación* y está basada en una perspectiva contextual-funcional, teniendo en cuenta la complejidad del individuo en su contexto y la interacción mutua entre ambos (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006; Luciano *et al.*, 2006) Desde esta perspectiva, se considera que el individuo actúa como un “todo indivisible” en su interacción con el contexto, es decir, que los pensamientos, sentimientos, respuestas fisiológicas etc, constituyen la reacción de un individuo como un todo a un contexto determinado y no son por ello considerados como la causa del comportamiento, sino comportamientos en sí mismos (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006).

Tabla 1. Análisis funcional con ejemplos hipotéticos del patrón de inflexibilidad.

Situación	Evento privado	Conductas	Consecuen. a corto plazo	Consecuen. a largo plazo
Exposición al sufrimiento de otros (por ejemplo, pacientes incurables, pacientes que sufren dolor, circunstancias ambientales duras en hospitales, etc.).	Malestar intenso, emociones como ansiedad, depresión, pensamientos asociados a la sensación de incompetencia, etc.	Trato despersonalizado con los pacientes. Acortar las consultas o visitas. No practicar determinados ejercicios (psicólogos). Medicina defensiva (médicos). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	Desconexión emocional, alivio, distracción, desaparición o disminución de determinados pensamientos y emociones desagradables (r-). Sensaciones placenteras producidas, por ejemplo, por el consumo de drogas (r+)	Mala práctica laboral, descontento por parte de los profesionales y de las personas que atienden, problemas de salud. Incremento del malestar en general. Problemas a nivel organizacional.

El avance de ACT con respecto a otras intervenciones psicológicas consiste en que su objetivo no es controlar, modificar o eliminar los eventos privados negativos. En cambio trata de modificar su función, generando flexibilidad en la regulación del comportamiento en presencia de los mismos. ACT es una intervención que se centra en las acciones valiosas de aquellos a quienes va dirigida, contempla el malestar y el sufrimiento como algo natural, defiende que la resistencia ante el sufrimiento (culturalmente aprendida) es precisamente el sufrimiento patológico y promueve el análisis funcional (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006; Luciano *et al.*, 2006). Los métodos clínicos empleados por ACT consisten en metáforas y analogías que establecen una equivalencia funcional con el problema del paciente, así como ejercicios experienciales. Los objetivos de dichas técnicas son promover la aceptación de los eventos privados, así como el distanciamiento de los mismos (estableciendo una distinción entre el *yo como contexto* y los contenidos) y promover el compromiso personal con los valores. Lo importante no son las técnicas en sí mismas, sino el fin que persiguen: generar flexibilidad en el comportamiento (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006; Luciano *et al.*, 2006).

El compromiso con acciones valiosas se considera un aspecto especialmente relevante en la ACT (Páez-Blarrina *et al.*, 2006) por cuanto la ACT establece un concepto de salud psicológica entendida como el mantenimiento de patrones de comportamiento valiosos y la asunción de que los “problemas psicológicos” no surgen como causa de la presencia de un contenido privado determinado, sino como consecuencia de que dicho contenido se convierta en el centro de la vida y del comportamiento de una persona en detrimento de sus valores personales. Así, el médico que emplea la despersonalización para alejarse del sufrimiento de sus pacientes, se está comportando en algunos casos, de forma incoherente con sus valores.

Papel de la flexibilidad psicológica en el estrés laboral y el *burnout*

Como hemos podido ver hasta ahora, el *burnout* se entiende a partir de tres facetas diferentes: la física, la emocional y la conductual. En cambio las intervenciones dirigidas a tratarlo y a prevenirlo se centran principalmente en la faceta emocional y cognitiva y no en la conductual. Así mismo, cuando se analizan los factores desencadenantes, se centran en los factores personales como características de personalidad, pero no en otros factores ambientales o circunstancias concretas (Ortega y López, 2004).

Por todo ello, como ya señalan Ortega y López (2004) pensamos que el término de *burnout* se podría re-definir en términos de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica, considerando que, en presencia de determinadas circunstancias ambientales tanto a nivel organizacional como

otros acontecimientos vitales importantes, se desencadenan una serie de emociones y pensamientos, y es en presencia de los mismos, cuando los profesionales sanitarios emiten conductas dirigidas a la evitación de estos, tales como alejarse de los pacientes, mantener menos contacto físico, acudir tarde a las consultas, acortar las visitas, el absentismo laboral o el tratar al enfermo como un cuerpo o una enfermedad en vez de como una persona.

Diferentes investigaciones han mostrado que el nivel de flexibilidad psicológica está relacionado con muchas de las variables asociadas al ámbito laboral, incluyendo mejor salud mental, mejor actuación en el trabajo y mayor capacidad de aprendizaje de habilidades laborales. Por ejemplo, en un estudio correlacional realizado por Donaldson-Feidler y Bond (2004) encontraron que, aunque la flexibilidad psicológica no se relaciona con la variable satisfacción laboral, sí parece asociarse a salud mental y bienestar físico. En la misma línea, Bond y Bunce (2004) extrajeron las siguientes conclusiones a raíz de una investigación llevada a cabo con empleados de un servicio de atención al cliente: mayores niveles de aceptación eran predictores de mejor salud laboral a largo plazo; el nivel de aceptación tiene un papel clave como variable mediadora entre la capacidad de control laboral y la salud mental; hay una relación mutua entre la capacidad de aceptación y el grado de satisfacción con el trabajo. Así mismo, se asocia el nivel de flexibilidad psicológica a un mejor uso de los recursos ambientales en el trabajo (Bond, Lloyd y Guenole, 2013).

En el ámbito concreto de los profesionales sanitarios, podemos encontrar ya varios trabajos que sugieren la existencia de una relación entre las diferentes facetas del *burnout* o el estrés laboral y la evitación experiencial, por ejemplo en el caso de enfermeras de cuidados intensivos (Losa, Becerro de Bengoa y Salvadores, 2010) y trabajadores en centros especiales de adultos con discapacidad intelectual (Noone y Hastings, 2011).

Con respecto a la relación entre *burnout* y los valores personales que, como hemos visto anteriormente, es un aspecto fundamental en la ACT, en un estudio de Veage, Ciarrochi, Andresen y Oades (2014) se analiza la congruencia entre los valores vitales en general y los valores asociados al trabajo, y su relación con el bienestar y el *burnout* en trabajadores del ámbito de la salud mental (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales). De dicho estudio, se extraen las siguientes conclusiones: la congruencia entre los valores personales y los laborales se relaciona con la autoaceptación y la percepción de logro personal en el trabajo; la honestidad se presentó como un valor importante y perseguido por este colectivo y los esfuerzos exitosos por comportarse conforme a él se relacionaron con niveles más bajos de *burnout*; La búsqueda exitosa de los valores laborales, por encima de los valores vitales, es importante a la hora de predecir los niveles de *burnout* espacialmente en las facetas de desgaste emocional y logro personal.

Beneficios de ACT y otras terapias contextuales en el ámbito laboral

La promoción de la flexibilidad psicológica a través de ACT ha probado ser de utilidad en el caso de muchas patologías psicológicas (ansiedad, depresión, trastorno mental grave) así como en problemas físicos de salud (dolor crónico, diabetes) por ello su desarrollo en la promoción de contextos saludables, por ejemplo en el ámbito laboral, también puede tener efectos beneficiosos. Como señalan Bond, Hayes y Barnes-Holmes (2006) la flexibilidad psicológica aumenta la probabilidad de responder de acuerdo con las contingencias de reforzamiento en el entorno laboral, teniendo como base los propios valores. La flexibilidad psicológica ayuda a que las personas realicen su trabajo de un modo más eficaz y promueve el desarrollo de una buena salud psicológica. Por último, una intervención basada en ACT en el contexto organizacional, puede ayudar a los trabajadores a identificar las barreras internas que dificultan el desarrollo de acciones valiosas. A continuación, vamos a reflejar los resultados obtenidos después de intervenciones basadas en ACT, en la práctica del *mindfulness* y en la clarificación de valores en contextos organizacionales de diferentes ámbitos y concretamente de ámbitos relacionados con los contextos sanitarios; por considerar que son intervenciones más completas, que incluyen todos los componentes, nos centraremos especialmente en los estudios que emplean ACT.

Hay diferentes estudios controlados que comparan la eficacia de ACT con respecto a otras intervenciones que generalmente se han venido desarrollando en el ámbito laboral, como la *terapia de solución de problemas* o la *terapia de inoculación de estrés*.

Bond y Bunce (2000) compararon tres condiciones experimentales: una intervención basada ACT, una intervención basada en la solución de problemas y una condición control de lista de espera. Ambas intervenciones (ACT y solución de problemas) se mostraron eficaces a la hora de mejorar la salud mental de los participantes así como otras variables relacionadas con el desempeño laboral, como la capacidad de innovación. Ninguna de las dos intervenciones mejoró los niveles de motivación o de satisfacción con el trabajo. Los resultados obtenidos en el grupo que participó en la intervención basada en ACT, están mediados por la capacidad de aceptación de pensamientos, emociones y sensaciones desagradables, así como con la capacidad de comprometerse con acciones valiosas.

Flaxman y Bond (2010) compararon una intervención basada en ACT, otra intervención basada en la terapia de inoculación de estrés (TIE) y una condición de lista de espera. En los resultados, se aprecia que ambos tipos de intervención resultan igualmente eficaces a la hora de reducir el nivel de estrés, la variable mediadora más importante en el caso de ACT es el aumento en el nivel de flexibilidad psicológica, en cambio, no se puede concluir que el cambio del contenido de los pensamientos sea la variable mediadora en la TIE. En

la misma línea Lloyd, Bond y Flaxman (2013) compararon una condición de una intervención basada en ACT con lista de espera en una amplia muestra de trabajadores en riesgo de padecer *burnout* en Reino Unido y encontraron que la intervención ACT favorecía una reducción en los factores cansancio emocional y despersonalización. De nuevo, el incremento de flexibilidad psicológica se halló como factor mediador en la disminución del cansancio emocional y, a su vez, el descenso en el cansancio emocional media en la evolución de la despersonalización.

Aunque no hemos encontrado estudios de este tipo específicos en contextos sanitarios, si hemos revisado un par de intervenciones basadas en ACT en profesores de psicología que trabajaban como entrenadores clínicos (Stafford-Brown y Pakenham, 2012) y en trabajadores sociales (Brinkbord, Michanek, Hesser y Berglund, 2011) que, en parte, lidian con contextos laborales estresantes y en contacto directo con otros seres humanos. Los resultados del trabajo de Brinkbord *et al.* (2011) muestran que el programa fue beneficioso tanto para los niveles de estrés y la salud mental, como para los niveles de burnout en todas sus facetas. Estos resultados son más evidentes en el grupo de participantes que mostraban niveles elevados de estrés, así como en el caso de los participantes cuyos cambios en la medida de la evitación experiencial fueron mayores. Los resultados obtenidos por Stafford-Brown y Pakenham (2012) son similares.

Las intervenciones que se han revisado, mostraban características similares en cuanto a su procedimiento. Todas se llevaron a cabo en grupo y la duración oscila entre las dos y las cuatro sesiones, normalmente con una frecuencia semanal y de unas tres horas de duración. Todos incluían los componentes normalmente empleados en la ACT, así como otros componentes psicoeducativos, actividades para casa y la práctica de *mindfulness*. Ninguno de ellos llevaba a cabo sesiones de mantenimiento un tiempo después de que finalizara la intervención.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, para medir la flexibilidad psicológica siempre se emplea el *Cuestionario de Aceptación y Acción* (AAQ-II) y para medir el burnout se emplea el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). De forma complementaria se emplean otros cuestionarios que miden contenido de los eventos privados (ansiedad, depresión, etc.), psicopatología y calidad de vida.

Como ya se ha señalado, el trabajo con los valores desde la ACT es un aspecto destacado. Por ello, se han revisado algunos trabajos en el ámbito de los contextos sanitarios que solo se centran en el trabajo con los valores, como es el caso del trabajo de Bond *et al.* (2006) con trabajadores encargados del cuidado de pacientes con trastorno mental grave, que tenía la clarificación de valores como único objetivo de intervención. Se observó que, tras los talleres realizados, los participantes incrementaron considerablemente el número de acciones valiosas realizadas para con los pacientes y por tanto su nivel de compromiso.

Quizás sea la práctica y la intervención basada en *mindfulness* (que también se encuentra dentro de las conocidas como terapias de tercera generación) una de las más empleadas en el contexto específico de los profesionales sanitarios. Duarte y Pinto-Gouveira (2017) realizaron una intervención basada en *mindfulness* (IMB) en enfermeras de oncología. En los resultados se aprecia la flexibilidad psicológica como uno de los principales factores mediadores en la eficacia de la IMB para reducir el *burnout*, el estrés y la depresión en este colectivo. Otros trabajos son los de Martín Asuero, Moix Queraltó, Pujol-Ribera *et al.* (2014) con profesionales de atención primaria y el de Gerhart, O'Mahony, Abrams, Grosse y Greene (2016) con profesionales de cuidados paliativos, que también incluye entrenamiento en estrategias de comunicación.

Si bien los trabajos revisados muestran un incremento en la flexibilidad psicológica y por tanto una disminución de las estrategias de evitación, las conclusiones de los trabajos también reflejan una disminución de los eventos privados negativos como disminución del estrés, de la ansiedad, del cansancio emocional y de la sensación de ineficacia. Visto desde el modelo contextual-funcional de las terapias contextuales y especialmente desde ACT esto supondría un problema para la evidencia de estas terapias, ya que los resultados que verdaderamente reflejarían los objetivos de estas intervenciones deberían mostrar una disminución de las conductas de evitación o un incremento en la flexibilidad psicológica a pesar de la presencia de eventos privados desagradables y eso no llega a quedar claro.

Continuando con el ejemplo utilizado anteriormente de un profesional médico que “se aleja” del sufrimiento de sus pacientes con el objetivo de evitar sus eventos privados negativos, ACT podría ser de utilidad del siguiente modo: podría ayudar a este profesional a detectar dichos eventos privados (pensamientos y emociones negativos) como barreras psicológicas que le dificultan comportarse de forma coherente con sus valores; reformular el problema en términos del problema del control, de tal modo que el profesional detecte como problemáticas las conductas encaminadas a evitar dichos eventos privados, que están siendo reforzadas a corto plazo pero que a largo plazo generan aún más sufrimiento; promover el entrenamiento en técnicas de *mindfulness* y *defusión*, para aprender a relacionarse de otro modo con estos eventos privados, viéndolos en perspectiva y promoviendo conductas más coherentes con los propios valores y por tanto más flexibles (por ejemplo, atender a sus pacientes como es debido a pesar de que eso suponga estar en contacto con determinados pensamientos y emociones). Del mismo modo, puede ser igual de efectivo en otros profesionales sanitarios como psicólogos o enfermeros.

Conclusiones y propuesta de intervención

Después de la revisión de todos los trabajos citados, podemos extraer las siguientes conclusiones a cerca de la

relación entre el *burnout* y la flexibilidad psicológica y la conveniencia del empleo de ACT en este campo:

- El *burnout* se refiere a un fenómeno muy complejo que engloba al individuo en relación con su contexto y que se manifiesta a partir de respuestas a nivel físico, emocional y conductual. Por ello el uso de intervenciones con una perspectiva funcional-contextual para su tratamiento y prevención se ve muy conveniente.
- En muchos estudios, se ha mostrado la relación existente entre la flexibilidad psicológica y las diferentes facetas del *burnout*.
- La despersonalización, la segunda faceta del *burnout*, puede entenderse como un mecanismo de evitación experiencial, que se desencadena en presencia del cansancio emocional.
- La sensación de ineficacia puede ser consecuencia de la actuación de forma incoherente con los propios valores que llevan a cabo los profesionales sanitarios.
- El mecanismo mediador en el funcionamiento de ACT y otras intervenciones de tercera generación a la hora de reducir el *burnout* está bien establecido (incremento en la capacidad de flexibilidad psicológica) no siendo así en el caso de otras intervenciones cognitivo conductuales.
- A pesar de eso, la ACT ha de buscar una forma de demostrar que hay un incremento de la flexibilidad psicológica también en los casos en los que se siguen percibiendo eventos privados negativos como estrés o cansancio emocional.
- Algunas carencias de los programas de intervención presentados se refieren a la falta de sesiones de repaso un tiempo después de la intervención, lo que puede reforzar los resultados a largo plazo.

Por todo ello proponemos a continuación dos vías de intervención en este contexto, una de ellas planteada con profesionales que ya puedan padecer niveles más acusados de estrés laboral y otra a un nivel preventivo.

La primera propuesta se podría llevar a cabo con profesionales del ámbito sanitario que pertenezcan a diferentes especialidades sanitarias (psicólogos, enfermeros, médicos de diferentes especialidades y auxiliares de enfermería) que lleven trabajando un periodo superior a un año. Sería conveniente asignar de forma aleatoria a los participantes a diferentes condiciones (teniendo así condiciones control). Se realizaría una intervención grupal de cuatro sesiones de duración y una frecuencia semanal, basada en la ACT y empleando el análisis funcional como herramienta fundamental de partida, con el objetivo de generar una conducta más flexible ante los contextos externos e internos que llevan a la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica. Por otra parte, sería interesante realizar sesiones de repaso, por ejemplo a los seis meses y al año de haber finalizado la intervención inicial, que es una carencia de otros trabajos realizados hasta el momento.

Así mismo y como segunda propuesta, sería interesante proponer estos programas de intervención como formación requerida durante las residencias sanitarias y profesionales jóvenes y que aún no presentan *burnout* o estrés laboral, para así determinar su poder preventivo. Esta opción quizás resulte más eficiente en términos de coste-beneficio, ya que, al ser preventiva, podría reducir al mínimo las consecuencias personales y organizacionales que conlleva el estrés laboral y resultaría más útil dada la dificultad para acceder a una muestra que presente niveles elevados de *burnout*.

Referencias

- Amutio Kareaga, A., Ayestaran Exeberria, S. y Smith, J.C. (2009). [Assessment of burnout and psychological wellbeing among health professionals in the Basque Country](#). *Psychology in Spain*, 13 (1), 62-71.
- Bond, F.W. y Bunce, D. (2000). [Mediators of Change in Emotion-Focused and Problem-Focused Worksite Stress Management Interventions](#). *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 156-163 [DOI: 10.1037/1076-8998.5.1.156].
- Bond, F.W. y Bunce, D. (2003). [The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance](#). *Journal of Applied Psychology*, 88 (6), 1057-1067 [DOI:10.1037/0021-9010.88.6.1057].
- Bond, F.W., Hayes, S.C. y Barnes-Homes, D. (2006). [Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior](#). *Journal of Organizational Behavior Management*, 26 (1-2), 25-54 [DOI: 10.1300/J075v26n01_02].
- Bond, F.W., Lloyd, J. y Guenole, N. (2013). [The work-related acceptance and action questionnaire: initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts](#). *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86, 331-347 [DOI: 10.1111/joop.12001].
- Brinkbord, H., Michanek, J., Hesser, H. y Berglund, G. (2011). [Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial](#). *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 389-398 [DOI: 10.1016/j.brat.2011.03.009].
- Cebrià-Andreu, J. (2005). [Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales](#). *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-470 [DOI: 10.1016/S0213-9111(05)71397-2].
- Donaldson-Feidler, E.J. y Bond, F.W. (2004). [The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to work-place well-being](#). *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (2), 187-203 [DOI: 10.1080/08069880410001692210].
- Duarte, J. y Pinto-Gouveira, J. (2017). [Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (2), 125-133 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2017.03.002].
- Escribà-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2002). [Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas](#). *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.
- Flaxman, P.E. y Bond, F.W. (2010). [A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training](#). *Behaviour Research and Therapy*, 48 (8), 816-820 [DOI: 10.1016/j.brat.2010.05.004].
- Gerhart, J., O'Mahony, S., Abrams, I., Grosse, J. y Greene, M. (2016). [A pilot test of a mindfulness-based communication training to enhance resilience in palliative care professionals](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (2), 89-96 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2016.04.003].
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). [Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome del burnout en personal sanitario hispanoamericano y español](#). *Revista Española de Salud Pública*, 83 (2), 115-130
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclee de Brouwer, Biblioteca de Psicología.
- Lloyd, J., Bond, F.W. y Flaxman, P. (2013). [The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout](#). *Work and Stress. An International Journal of Work, Health & Organisations*, 27 (2), 181-199 [DOI: 10.1080/02678373.2013.782157].
- Losa Iglesias, M.E., Becerro de Bengoa Vallejo, R. y Salvadores Fuentes, P. (2010). [The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey](#). *International Journal of Nursing Studies*, 47 (1), 30-37 [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014].
- Luciano, C. (2016). [Evolución de ACT](#). *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 3-14
- Luciano, C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). [A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy](#). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (1), 377-394.
- Luciano-Soriano, M. y Valdivia-Salas, M.S. (2006). [La terapia de aceptación y compromiso \(ACT\): fundamentos, características y evidencias](#). *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.
- Luciano, M., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina. (2006). [Avances desde la terapia de aceptación y compromiso \(ACT\)](#). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5 (2), 173-201.

- Martín Asuero, A., Moix Queralto, J., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodríguez-Blanco, T. y Epstein, R. M. (2014). [Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: A Pragmatic Controlled Trial](#). *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34 (1), 4-12 [DOI: 10.1002/chp.21211].
- Maslach, C. y Goldberg, J. (1998). [Prevention of Burnout: New perspectives](#). *Applied and Preventive Psychology*, 7 (1), 63-74 [DOI: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X].
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). [Job Burnout](#). *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422 [DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397].
- Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Marcos Piva Demarzo, M., Gascón, S. y García-Campayo, J. (2014). [Coping with Stress and Types of Burnout: Explanatory Power of Different Coping Strategies](#). *PLoS ONE*, 9 (2), e89090 [DOI: 10.1371/journal.pone.0089090].
- Noone, S.J. y Hastings, R.P. (2011). [Values and Psychological Acceptance as Correlates of Burnout in Support Staff Working With Adults With Intellectual Disabilities](#). *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4 (2), 79-89 [DOI: 10.1080/19315864.2011.582230].
- Ortega Ruiz, C. y López Rios, F. (2004). [El burnout o síndrome de estar quemado en profesionales sanitarios: revisión y perspectiva](#). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). [Terapia de Aceptación y Compromiso \(ACT\) y la importancia de los propios valores en el contexto de la terapia psicológica](#). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- Pérez San Gregorio, M.A., Martín Rodríguez, A., Gallego Corpa, A., Correa Chamorro, E. y Pérez Bernal, J. (2003). [Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los equipos de trasplantes](#). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 19-31
- Stafford-Brown, J. y Pakenham, K.L. (2012). [The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees](#). *Journal of Clinical Psychology*, 68 (6), 592-613 [DOI: 10.1002/jclp.21844].
- Strosahl, K., Robinson, P. y Gustavsson, T. (2012). *Brief Intervention for Radical Change. Principles and Practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Veage, S., Ciarrochi, J., Deana, F., Andresen, R. y Oades, L.G. (2014). [Value congruence, importance and success in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners](#). *Journal of Contextual Behavioural Science*, 3 (4), 258-264 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2014.06.004].

