

## Revisión sistemática

### Tendencia de las intervenciones para el burnout en enfermeras e internos en psicología: Énfasis del formato multimodal

Tendency of interventions for burnout in nurses and interns in psychology: Emphasis on the multimodal format

**Luis F. Abregú-Tueros\***; **Marco Armas-Santamaría**; **Danmer Alegría-Herrera**

Grupo de investigación "Salud en el trabajo y capital humano", Departamento Académico de Humanidades, Universidad Nacional Agraria de la Selva. Av. Universitaria Km 1,5 UNAS. Código Postal: 10131 Rupa Rupa, Tingo María, Perú.

\*Autor correspondiente: [luis.abregu@unas.edu.pe](mailto:luis.abregu@unas.edu.pe) (L. Abregú-Tueros).

Fecha de recepción: 16 04 2019. Fecha de aceptación: 23 06 2019.

#### RESUMEN

El estudio tiene como objetivo establecer la tendencia y el formato predominante de intervenciones para el burnout en profesionales de la salud. Se realizó una revisión sistemática (RS) de tipo scoping study en bases de datos PubMed, EBSCO-Host, BioMed Central, Lilacs, Cochrane Register of Trials y Web of Science (período: ene 1983 - febrero 2019). De 7148 estudios identificados se analizaron diez ensayos controlados aleatorios. Las intervenciones psicosociales basada en evidencias se enfocan al formato multimodal de cuatro fases básicas: a) interacción, b) identificación-autocontrol, c) renovación de patrones y, d) retroalimentación. Según sintomatologías del burnout en enfermeras y en internos en psicología, la diferencia media ponderada (DMP) en agotamiento emocional fue -5,82 (IC95%) y en ansiedad estado, DMP: -9,42 (IC95%). En un ensayo reportan que el burnout permaneció hasta un mes después de la intervención. En conclusión, la técnica de entrenamiento en estrategias de afrontamiento con o sin relajación, puede reducir moderadamente el agotamiento emocional y otras sintomatologías de la ansiedad. La falta de pruebas suficientes que apoyen la aplicación de intervenciones para prevenir o reducir sintomatologías del burnout no permitieron realizar meta-análisis.

**Palabras clave:** Salud ocupacional; profesionales de la salud; pos-positivismo; intervenciones psicosociales; scoping study.

#### ABSTRACT

The objective of the study is to establish the trend and the predominant format of interventions for burnout in health professionals. A systematic review (SR) of the scoping study type was performed in PubMed, EBSCO-Host, BioMed Central, Lilacs, Cochrane Register of Trials and Web of Science databases (period: Jan 1983 - February 2019). Out of 7148 identified studies, ten randomized controlled trials were analyzed. Evidence-based psychosocial interventions focus on the multimodal format of four basic phases: a) interaction, b) identification-self-control, c) renewal of patterns and, d) feedback. According to symptomatology of burnout in nurses and psychology interns, the weighted mean difference (WMD) in emotional exhaustion was -5.82 (95% CI) and state of anxiety, WMD -9.42 (95% CI). In one trial they report that burnout remained until one month after the intervention. In conclusion, the training technique in coping strategies with or without relaxation can moderately reduce emotional exhaustion and other symptomatology of anxiety. The lack of sufficient evidence to support the application of interventions to prevent or reduce symptomatology of burnout did not allow for meta-analysis.

**Keywords:** Occupational health; healthcare professionals; postpositivism; psychosocial interventions; scoping study.

## INTRODUCCIÓN

La práctica profesional vinculada con la intervención psicosocial basada en evidencias (IPBE) es muy limitada, primero, porque la elección del programa o tratamiento es una decisión del profesional; segundo, porque dependen de la calidad de los estudios empíricos; y tercero, de cuanto las autoridades sanitarias al formular las políticas nacionales toman en cuenta las evidencias (Abregú y Rosa, 2017; Arroyo *et al.*, 2011). Existiendo la necesidad de integrar entre la experiencia profesional y la evidencia evaluada mediante revisiones sistemáticas –RS– (Beanlands *et al.*, 2019), que en cuatro pasos son: i) la formulación del problema, ii) localización de estudios relevantes, iii) la valoración crítica de las pruebas, y, iv) la aplicación de hallazgos en la práctica profesional de la IPBE; además del juicio de expertos y la opinión de los profesionales de la salud (Abregú, 2016; Beanlands *et al.*, 2019).

Por ello, para que el enfoque de la IPBE sea operativo en la salud ocupacional, es preciso desarrollar RS de estudios empíricos que ofrezcan un panorama de cuáles son los programas efectivos para resolver o prevenir el problema, y particularmente en aquellos donde los riesgos psicosociales vienen afectando a los profesionales de la salud (Ruotsalainen *et al.*, 2015; Vévoda *et al.*, 2018), un grupo mayoritario que por la propia naturaleza de sus funciones son vulnerables (Abregú y Rosa, 2017; Beck y Lenhardt, 2019). Al respecto, se sabe que a nivel mundial unos 160 millones de trabajadores experimentaron burnout de los cuales unos 5500 casos eran de deceso; por ejemplo solo el año 2011 en EE.UU. hubo 207500 trabajadores que sufrieron pérdida de la audición inducida por ruidos, patologías respiratorias y otros trastornos psicosociales (OIT, 2013). A nivel latinoamericano la incidencia de enfermedades ocupacionales tenía una tasa de hasta 5736 x 100000 casos (OIT, 2013) y después de la Argentina, el Perú presentaba mayor incidencia en la insatisfacción laboral debido a factores de riesgo psicosocial en el lugar del trabajo que afectó al 12% de los trabajadores (Arroyo *et al.*, 2011).

Dado que los riesgos psicosociales derivan principalmente de los factores de riesgo

relacionados a la cultura y clima organizacional como son las condiciones del trabajo (Beck y Lenhardt, 2019; Vévoda *et al.*, 2018), el problema tiene mayor incidencia por la competitividad organizacional y las tendencias de reducción de costos en la salud ocupacional, y a pesar de las declaraciones y propuestas de la OIT como de la OMS las autoridades y directivos de la salud no afrontan el problema responsablemente (Chopra *et al.*, 2008; OIT, 2012). De allí la importancia de prestar mayor atención al impacto de los factores psicosociales en el lugar de trabajo como un problema global (Beck y Lenhardt, 2019; OIT, 2012; Vévoda *et al.*, 2018) porque vienen emergiendo nuevos factores de riesgo que requieren abordarse con la ruptura de enfoques tradicionales.

Siendo oportuno desarrollar estudios relacionados con la IPBE ya que están enmarcados en las prioridades regionales y nacionales de investigación señalados por el Instituto Nacional de Salud –INS- y el COHRD -Council on Health Research for Development- (Caballero *et al.*, 2010); y mediante las RS se distinguirán las intervenciones preventivas entre el lugar de trabajo y el propósito. Entonces, no sólo es importante saber qué tipo de método utilizar, sino también conocer hasta qué punto es eficaz (Beck y Lenhardt, 2019). Entretanto la perspectiva de las intervenciones en la práctica profesional, no sólo estará en la eficacia de sus resultados, sino también del beneficio económico asociado a las medidas de reducción que constituye el factor crucial para alcanzar el proceso de intervención organizacional (Ruotsalainen *et al.*, 2015). La perspectiva del estudio es orientar hacia la promoción de la salud en el lugar de trabajo, un componente vital para el incremento de la productividad integrando la política de la salud ocupacional que busca beneficiar tanto a los trabajadores como a los empleadores o directivos, y de esta manera reducir la presión sobre los sistemas de salud y la seguridad social. Igualmente fortalecer las prácticas de la salud en el trabajo como una cultura de prevención que la ley de la seguridad y salud en el trabajo (Ley 29783, 2011), tiene como ámbito de aplicación tanto en establecimientos de salud públicos como privados.

Entonces siempre en cuando se apliquen la RS y el meta análisis (MA) se ofrecerán información crucial para que los gestores y políticos puedan optimizar la práctica profesional, existiendo un cuerpo de estudios evaluativos sobre un mismo problema que aunque arrojen resultados heterogéneos e incluso contradictorios o de múltiples intervenciones, ayudarían establecer cuáles serán los apropiados para resolver o mejorar el problema de la salud ocupacional relacionado a los riesgos psicosociales (Beck y Lenhardt, 2019; Vévoda *et al.*, 2018).

La importancia del estudio radica en tres aspectos: a) teóricamente está circunscrito en el principio del desarrollo sostenible y la salud ocupacional, donde la salud ocupacional es considerado como el elemento básico del desarrollo sostenible, entre tanto el trabajador sano está motivado y es productivo (OSP, 1995), siendo los factores psicosociales en el lugar de trabajo un problema global que tiene impacto en la salud como en el desempeño laboral (OIT, 2012; Chopra *et al.*, 2008); b) está enmarcado en la ley de la seguridad y salud en el trabajo, que orienta la toma de decisiones para la prevención de los riesgos psicosociales como parte de un sistema de gestión; c) porque promueve la prevención de los riesgos psicosociales relacionados entre otros aspectos, con la organización del trabajo, con el contenido del puesto y con la realización de la tarea (Abregú, 2016; Beck y Lenhardt, 2019; Vévoda *et al.*, 2018) e incluso con el entorno, como son las condiciones del trabajo (Abregú, 2016; Huertas, 2019).

Siendo el objetivo del estudio establecer la tendencia y el formato predominante de las intervenciones para el burnout en enfermeras e internos en psicología.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó una revisión sistemática basada en scoping study, ya que el abordaje y la pregunta de búsqueda es amplia pero la evaluación de la calidad de los estudios es menos rígida (Arksey y O'Malley, 2005; Levac *et al.*, 2010); correspondiendo al tipo de investigación metodológica con enfoque de IPBE, que según sus objetivos es una evaluación cualitativa de procesos controlados tanto en la forma de obtención como de su organización

(Ruotsalainen *et al.*, 2015) y complementados para su interpretación de conjunto mediante el método histórico en sus tres etapas (de heurística, de hermeneútica y, de síntesis histórica).

En la parte de la pregunta de revisión PICO (Participantes; intervenciones para el burnout; Comparación; resultados "Outcome") que el protocolo PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) señala para el análisis de los estudios (Moher *et al.*, 2015), las estrategias de búsqueda fueron las bases de datos de PubMed, EBSCO-Host, BioMed, Lilacs, Cochrane Register of Trials y Web of Science; usando los descriptores siguientes: a) "health and safety at work", "primary prevention", "clinical trial", "humans" y "healthcare" y; b) usando los siguientes descriptores: "intervention", "health human resources", "innovation and research" y "healthcare staff".

El periodo de búsqueda de la producción científica abarcó entre el 1° de ene 1983 y 12 de febrero 2019 limitando a los artículos en idiomas inglés, portugués y español. Los criterios de inclusión fueron: a) tener características similares en uno de los siguientes diseños de investigación ECA, TAD y STI; b) incluir al menos un grupo de tratamiento (GE) u otro grupo de control (GC); c) presentar medición pre y pos prueba en ambos grupos; d) estar conformado por profesionales de la salud; y, e) estar dirigido únicamente por psicólogos u otro profesional de la salud. Fueron excluidos de la revisión los estudios que carecían del enfoque psicosocial.

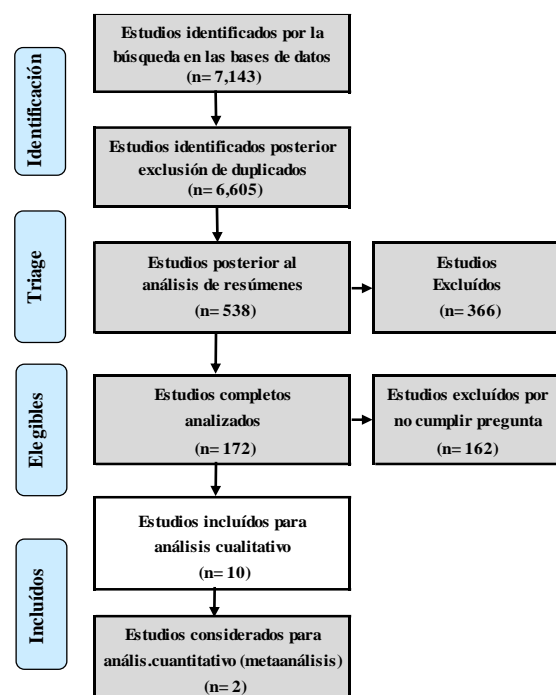
Para la sistematización de la información se emplearon registros de análisis e interpretación de estudios incluidos, evaluándose cinco ítems: a) método y diseño de investigación, b) participantes - contexto, c) intervenciones (sesiones, número y duración, grupo control, secuencia), d) resultados cualitativos y, e) resultados cuantitativos (tamaño del efecto, significancia, intervalo de confianza, variación porcentual).

Para el último ítem y análisis del índice del tamaño del efecto ("d") se tomó como base la ecuación de Hedges y Olkin (2014), que apela los siguientes criterios: participantes asignados o no aleatoriamente a un grupo de intervención versus grupo control, medidas en pos test

sobre la variable dependiente continua, y los objetivos determinados mediante diferencia media ponderada (DMT); y cuando el diseño del estudio estaba compuesto por dos grupos (tratados vs control) con medidas pre test y pos test. Para establecer la diferencia de cambios medios tipificados se tomó en cuenta la ecuación de Morris (2008).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los estudios seleccionados por la primera estrategia de búsqueda fueron 7143 artículos, de los cuales se excluyeron por duplicados, por análisis de títulos, por resúmenes (etapa: triage) y, por no guardar correspondencia con la pregunta PICO (etapa: elegibilidad) eliminándose 162 estudios; quedando solo diez estudios tras examen más detallado para el análisis cualitativo (Figura 1).



PRISMA: Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (Moher *et al.*, 2015).

**Figura 1.** Proceso de selección de estudios para la revisión sistemática según protocolo PRISMA.

Las características de los estudios incluidos aunque con resultados heterogéneos corresponden a 7 ECAs (5 por bloques, y 2 cruzados), 2 de TAD y 1 de STI, involucrando a 1564 trabajadores de la salud de los EE.UU. y Canadá (n=6); y cuatro estudios de Taiwán y Japón (Lee y Crockett, 1994; Lökk y Arnetz, 2000; Mackenzie *et al.*, 2006; Reynolds *et al.*,

1993; Rowe, 1999; Tsai y Swanson, 1993; Von Baeyer y Krause, 1983; Weir *et al.*, 1997; West *et al.*, 1984; Yamagishi *et al.*, 2008); de los cuales dos ensayos eran de alta calidad (++++). Las intervenciones fueron agrupadas en: a) dirigidas a las personas: cognitivo conductual (c-c), relajación, creación de música, masaje terapéutico y de componentes múltiples; b) orientadas a la organización: cambio de actitud y comunicación, apoyo de colegas, participación en la resolución de problemas, en la toma de decisiones y sobre los cambios organizacionales (Tabla 1).

Las principales características cualitativas de las intervenciones psicosociales, entre otros, se encuentran aquellas orientadas a mejorar la capacidad de los trabajadores de la salud para enfrentar o manejar el burnout mediante grupos de apoyo y la capacitación en habilidades para el afrontamiento, además de las reuniones multidisciplinarias y de sesiones de retroalimentación (Faghih y Pahlavanzadeh, 2019; García *et al.*, 2018; Martínez, 2017; Reyes y González, 2016; Ruiz, 2018).

Específicamente las intervenciones de entrenamiento para el manejo del estrés o el burnout incluían la capacitación (habilidades - toma de conciencia), la identificación y la respuesta (Martínez, 2017; Reynolds *et al.*, 1993; Rowe, 1999; Von Baeyer y Krause, 1983; West *et al.*, 1984), las técnicas que incluían la asertividad (Lee y Crockett, 1994; Martínez, 2017), la atención plena (Mackenzie *et al.*, 2006; Ruiz, 2018); la relajación, la formación de la identidad y el involucramiento profesional (Reyes y González, 2016; Ruiz, 2018; Tsai y Swanson, 1993; Yamagishi *et al.*, 2008). En relación a la duración e intensidad de las intervenciones varían desde una sesión de 60 minutos hasta una intervención de 24 meses; en un 40% de estudios se evalúan intervenciones a corto y mediano plazo y otros tantos con una duración menor a cuatro semanas; sólo en dos estudios (Rowe, 1999; Weir *et al.*, 1997) habían concentrado intervenciones que duraron entre 6, 12 y 24 meses. La variación de las intervenciones que se mencionan en los diferentes estudios, comprende desde una sesión de 60 minutos hasta tres talleres diarios, además de consultas individuales con los participantes (Tabla 1).

**Tabla 1.** Evidencias de intervención según características de estudios incluidos

Estudio	Taller Num (Secuen)	Intervención	Duración	Tamaño del efecto (d)	Beneficio	Calidad
Rowe (1999)	3 (di)	Entrenamiento en control estrés: 6 ses. Retroalimentación: a 5 m, 11 m y 17 m Enfermeras/i. psicología: (GE=184; GC=126)	12-24 meses	d= -6,00 (IC95%: <-8,16; -3,81>)	++++ Seguimiento: a 2 años	Alta
Weir <i>et al.</i> (1997)	3 (d)	Entrenamiento en control estrés: 4 ses. Exposición al stress Comparación con varias intervenciones Enfermeras: (GE=60; GC=60)	12 - 24 m	d= -5,00 (IC95%: <-7,16; -2,81>)	++++ Seguimiento: a 2a, 4a	Alta
Lee y Crockett (1994)	3 (d)	s.i.	≤4 sem	d= -6,00 (IC95%: <-8,39; -3,81>)	+++	Media
Tsai y Swanson (1993)	3 d (TR)	Entrenamiento en control estrés: <3 h	≤4 sem	p<0,05; 6 ses.	++	Baja
Von Baeyer y Krause (1983)	3 d	Entrenamiento en control estrés: <3 h	≤4 sem	d= -1,45 IC95%: <-0,22; -2,67>)	+ (ansiedad estado)	Baja
Yamagishi <i>et al.</i> (2008)	3 d	Entrenamiento en control estrés: <3 h	≤4 sem	d= -0,06	s.i.	Baja
Lökk y Arnetz (2000)	3 d	s.i.	1-5 m	d= 0,60 (IC95%: <-0,22;-2,67>)	s.i.	Baja
Mackenzie <i>et al.</i> (2006)	3 d	s.i.	1-5 m	s.i.	s.i.	Baja
Reynolds <i>et al.</i> , (1993)	3 d	s.i.	1-5 m	d= -0,50 (IC95%: <-0,22; -2,67>)	s.i.	Baja
West <i>et al.</i> (1984)	3 d	Comparación con varias intervenciones 2-8 contactos (>6 h) Combinación de habilidades Diversos modos de intervención (c/ses. aplicación de ejercicios)	1-5 m	s.i.	Nivel de beneficio: 3 +++ ++ +	Baja

Leyenda: +++++ alto; +++ evidente; ++ moderado; + marginal  
s.i.: sin reporte; ses.=sesiones; TR: terapia de relajación; d=diario. Duración sesión: ≤60 min

El 60% de los estudios reportaron que la intensidad de las intervenciones de contacto con participantes eran moderadas: >6 h (Lee y Crockett, 1994; Lökk y Arnetz, 2000; Mackenzie *et al.*, 2006; Reynolds *et al.*, 1993; Weir, 1997; West *et al.*, 1984), y en tres estudios determinaron un "entrenamiento de baja intensidad para el control del estrés": ≤3 h (Tsai y Swanson, 1993; Von Baeyer y Krause, 1983; Yamagishi *et al.*, 2008).

En síntesis las IPBE evaluadas, están centradas en un formato multimodal reducido de cuatro fases básicas: a) de interacción, b) de identificación, c) de

modificación y, d) de consolidación; quedando condicionado la aplicación de estrategias en la quinta fase o pudiendo ser incorporadas en la cuarta fase (Cox y Griffiths, 1996; Davidson *et al.*, 2019), que entre otros, está relacionado al mantenimiento de las habilidades, al enfocamiento de los progresos y a la resolución de dificultades (Figura 2).

A partir del objetivo de estudio que fue establecer la tendencia y el formato predominante en las intervenciones para el burnout en profesionales de la salud, y frente a los resultados que no apoyan hacia los beneficios significativos porque

las evidencias son de baja calidad en 70% de los estudios, es claro que dichos beneficios aunque moderados deben limitarse a enfermeras e internos de psicología en establecimientos de salud. Sin embargo, existen fortalezas en más de la mitad de los estudios donde lograron disminuir las tres principales sintomatologías del burnout, esto es, independientemente de las sesiones de formación o del refuerzo y hasta un mes después de la intervención.

Siendo la tendencia representativa de la intervención el modelo cognitivo-conductual, que según Davidson *et al.*, (2019) y Ruotsalainen *et al.* (2015), se distinguen por la adquisición de habilidades adaptativas mediante el entrenamiento selectivo en las estrategias conductuales, seguido de una reestructuración cognoscitiva para la asertividad y por las estrategias de solución al problema (Ruotsalainen *et al.*, 2015). Existiendo correspondencia con el esquema convencional de intervención, especialmente respecto al número de tareas y fases de intervención: 4 versus 4 a 5 y según el número de sesiones: 9 vs 15-20 sesiones combinadas o no con las técnicas de relajación centradas en el individuo.

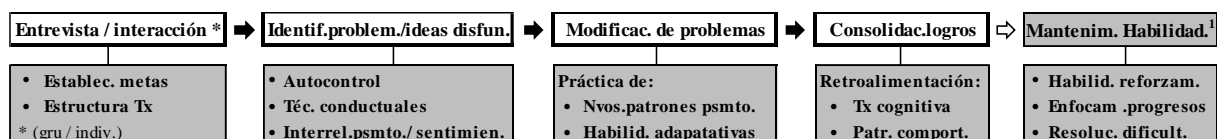
En síntesis, las pruebas son limitadas para confirmar que las intervenciones dirigidas a profesionales de la salud puedan reducir significativamente el burnout o estrés, lo que difiere en parte al planteamiento de Davidson *et al.* (2019) y de Van Wyk y Pillay (2010). Requiriéndose incluir nuevos ensayos de mayor tamaño y calidad, además de la aplicación de intervenciones orientadas a la organización que incluyan las estrategias comunicacionales, y las que puedan contribuir la obtención de mejores resultados respecto otras sin intervención.

Estudiando la evolución y la tendencia de las intervenciones para el objeto, naturaleza y período de estudio, existe concordancia con el paradigma pos-

positivista, porque el tipo de análisis está basado en el proceso (estage model), al costo beneficio y a la efectividad (Beanlands *et al.*, 2019; Salas *et al.*, 2012), que entre otros aspectos, son los criterios empleados para valorar la inclusión de estudios en la presente RS. En relación a la tendencia de la calidad de intervenciones para la estrategia de autocontrol del burnout o estrés, por ejemplo, desde Von Beyer *et al.* (1983) hasta Lee y Crockett (1994) el desarrollo fue positivo y sostenido comenzando apenas por la disminución de una sintomatología, aunque al final logran alcanzar un beneficio evidente (Figura 3), frente al caso de entrenamiento para mejorar la identidad profesional que todavía no lograba los beneficios esperados (Lökk y Arnetz, 2000; Ruotsalainen *et al.*, 2015; Yamagishi *et al.*, 2008).

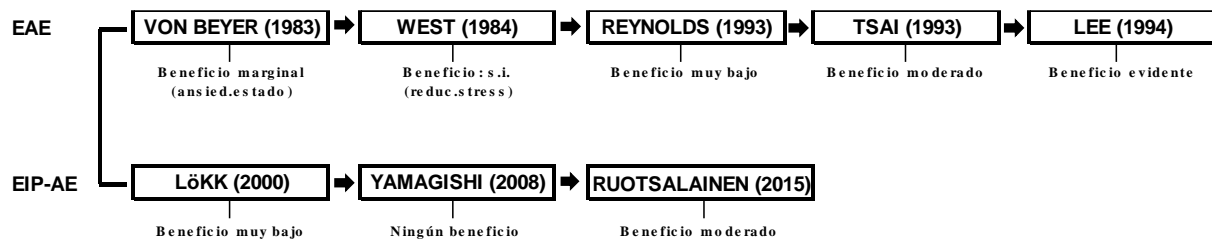
Claro está que las RS a pesar de sus bondades aún muestran algunas limitaciones porque están centradas únicamente en los elementos verificables, medibles u observables empíricamente, y porque a excepción del análisis de contexto, excluyen las categorías "subjetivas" como aquellas basadas en los juicios de valor y en las que tienen influencia los intereses particulares.

Considerando que el burnout y el agotamiento son el resultado del ambiente de trabajo, es importante que los aspectos del apoyo al personal sean establecidas a través de las políticas de retención, de la motivación y del desempeño de los trabajadores; ya que en los actuales sistemas de salud sea en países de mediano o de bajo ingreso económico deben reconsiderarse el desarrollo de los recursos humanos en salud (Ruotsalainen *et al.*, 2015; Vévoda *et al.*, 2018). Asimismo, la ventaja de la RS es que los resultados pueden extenderse también hacia los pacientes para que las estadías sean más cortas y con menos probabilidad de readmisión, disminuyendo de esta forma los costos de atención en salud.



<sup>1</sup> Difiere con la revisión sistemática. TR: terapia de relajación.

**Figura 2.** Facas de intervención C-C con/sin TR: formato multimodal.



EAE: entrenamiento en autocontrol del estrés. EIP-AE: entrenamiento para identidad profesional + autocontrol del estrés.  
C-C: cognitivo-conductual

**Figura 3.** Tendencias sobre intervenciones C-C para el burnout. Período: 1983-2015.

Finalmente, dada la naturaleza del cambio constante en los sistemas de salud a nivel mundial (WHO, 2007) y porque tanto los trabajadores como los gestores o directivos de la salud se enfrentan a diversas situaciones de bajo control sobre los procesos organizacionales, es que los resultados de las intervenciones pueden ser útiles también para mejorar la motivación e incrementar el desempeño laboral del personal de atención primaria (Chopra *et al.*, 2008).

La limitación del estudio, además de la heterogeneidad en más de la mitad de los ensayos es la diversidad de intervenciones, la medición en dos o más escalas diferentes y las omisiones de información en 40% de los mismos, que no ayudaron a concluir si las diferencias significativas reportadas eran reales o casuales. Por otro lado, las pruebas psicométricas utilizadas aunque validadas y fiables, no indicaban si las puntuaciones eran clínicamente significativas. La siguiente limitación es el periodo de análisis (1983-2015) y la omisión de las bases de datos Embase, CINAHL y las de instituciones académicas que generan el conocimiento gris.

## CONCLUSIONES

Aunque requieren estudiar nuevos ensayos con mayor tamaño y amplitud, es evidente que los beneficios se orientan únicamente hacia los profesionales de la enfermería y la psicología. Las técnicas de entrenamiento en las estrategias de afrontamiento del burnout o stress con o sin combinación de las TR, pueden reducir moderadamente el agotamiento emocional y la ansiedad. A pesar de las limitaciones e incluso de resultados contradictorios, como señalan Beck y Lenhardt (2019) y Vévoda *et al.* (2018) la presente RS tiene la ventaja de establecer hasta el momento cuáles son las intervenciones apropiadas para disminuir los factores de riesgo

psicosocial en el trabajo. Se recomienda fortalecer las prácticas de promoción de la SST que la ley 29783 señala como ámbito de aplicación tanto en establecimientos de salud públicos como privados, y ampliar la RS incluyendo el conocimiento gris y las intervenciones primarias.

## AGRADECIMIENTOS

A la OEA-GCUB y al FEDU de la UNAS por el apoyo financiero parcial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abregú, L. 2016. Intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde no Brasil e no Peru: revisão sistemática com base no scoping study. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. 80 pp.
- Abregú, L.; Rosa, J.M. 2017. Prevention of psychosocial risks at work in health professionals in Brazil and Peru: Adhesion for training. *International Educational Scientific Research journal* 3: 20-23.
- Arksey, H.; O'Malley, L. 2005. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 8: 19-32.
- Arroyo, J.; Hartz, J.; Lau, M. 2011. Recursos humanos en salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 116 pp.
- Beanlands, H.; McCay, E.; Fredericks, S.; Newman, K.; Rose, D.; Santa Mina, E.; Schindel, L.; Schwind, J.; Sidani, S.; Aiello, A.; Wang, A. 2019. Decreasing stress and supporting emotional well-being among senior nursing students: A pilot test of an evidence-based intervention. *Nurse Education Today* 76: 222-227.
- Beck, D.; Lenhardt, U. 2019. Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 92(3): 435-451.
- Caballero, P.; Yagui, M.; Espinoza, M.; Castilla, T.; Granados, A.; Velásquez, A. 2010. Políticas de investigación en salud. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 27: 398-411.
- Cox, T.; Griffiths, A. 1996. Assessment of psychosocial hazards at work. In: Schabracq MK, Winnubst J, Cooper C. editors. *Handbook of Health Psychology* (pp. 127-146). John Wiley y Sons, Baffis Lane, USA. 255 pp.
- Chopra, M.; Munro, S.; Lavis, J.N.; Vist, G.; Bennett, S. 2008. Effects of policy options for human

- resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 371: 668–674.
- Davidson, J.R.; Dawson, S.; Krsmanovic, A. 2019. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in a primary care setting. *Behavioral Sleep Medicine* 17: 191-201.
- Faghih, M.; Pahlavanzadeh, S. 2019. The effect of cognitive behavioral therapy on the burden in drug dependent persons' caregivers: a randomized controlled clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 24(2): 131-136.
- García, I.I.; Zapata, R.; Rivas, V.; Quevedo, E. 2018. Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario* 17(2): 131-140.
- Hedges, L.V.; Olkin, I. 2014. *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press, Orlando FL, USA. 369 pp.
- Huertas, N. 2019. Condiciones de trabajo y estado de salud percibido en los trabajadores de la empresa agroindustrial Blueberries Perú. *SCIENDO* 22(1): 67-72.
- Lee, S.; Crockett, M.S. 1994. Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing* 15(4): 419-432.
- Levac, D.; Colquhoun, H.; O'Brien, K. 2010. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* 5: 1-9.
- Ley de seguridad y salud en el trabajo. Ley 29783 de 26 de julio 2011. *Diario Oficial "El Peruano"*, n° 11507, (20-08-2011).
- Löck, J.; Arnetz, B. 2000. Impact of management change and an intervention program on health care personnel. *Psychotherapy and Psychosomatics* 69(2): 79-85.
- Mackenzie, C.S.; Poulin, P.A.; Seidman, R.A. 2006. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research* 19(2): 105-109.
- Martinez, S.J. 2017. Efectividad de un programa educativo para el control del síndrome de burnout. Trabajo de título profesional. Universidad Privada Norbert Wiener, Lima. Perú. 51 pp.
- Moher, D.; Shamseer, L.; Clarke, M.; Ghersi, D.; Liberati, A.; Petticrew, M. 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) statement. *Systematic Reviews* 4: 1-9.
- Morris, S.B. 2008. Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational Research Methods* 11(2): 364-386.
- Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). 1995. Salud ocupacional para todos: propuesta para una estrategia mundial de la OMS. *Bol Oficina Sanit Panam* 119: 442-450.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2013. La prevención de las enfermedades profesionales. OIT-SafeWork, Ginebra, Suiza. 16 pp.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2012. SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Cuadernos de trabajo del participante. OIT, Ginebra, Suiza. 348 pp.
- Reyes, K.; González, A.L.M. 2016. Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología* 9: 15-23.
- Rowe, M.M. 1999. Teaching health-care providers coping: results of a twoyear study. *Journal of Behavioral Medicine* 22(5): 511-527.
- Reynolds, S.; Taylor, E.; Shapiro, D. 1993. Session impact and outcome in stress management-training. *Journal of Community y Applied Social Psychology* 3(4): 325-337.
- Ruotsalainen, J.H.; Verbeek, J.H.; Mariné, A.; Serra, C. 2015. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): 1-152.
- Ruiz, M.I. 2018. Propuesta de un programa cognitivo conductual para el síndrome de burnout en profesionales de la salud de un hospital de Lambayeque, 2017. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque. Perú. 125 pp.
- Salas, W.; Ríos, L.; Gómez, R.D.; Álvarez, X. 2012. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Rev Panam Salud Publica* 32: 77-81.
- Tsai, S.; Swanson, M. 1993. Effects of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs* 14: 51-66.
- Vévoda, J.; Vévodová, Š.; Nakládalová, M. 2018. Psychosocial risks in healthcare. *Cas Lek Cesk* 157: 411-418.
- Van Wyk, W; Pillay, V. 2010. Preventive staff-support interventions for health workers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3: 1-32.
- Von Baeyer, C.; Krause, L. 1983. Effectiveness of stress management training for nurses working in burn treatment unit. *Int J Psychol Med* 13: 113-125.
- Weir, R.; Stewart, L.; Browne, G.; Roberts, J.; Gafni, A.; Easton, S. 1997. The efficacy and effectiveness of process consultation in improving staff morale and absenteeism. *Medical Care* 35: 334-353.
- West, D.J.; Horan, J.J.; Games, P.A. 1984. Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. *Journal of Counseling Psychology* 31(2): 209-218.
- World Health Organization (WHO). 2007. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 44 pp.
- Yamagishi, M.; Kobayashi, T.; Nakamura, Y. 2008. Effects of web based career identity training for stress management among Japanese nurses: a randomized control trial. *Journal of Occupational Health* 50(2): 191-193.