



**Universidad  
Zaragoza**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

**``Intervenciones terapéuticas para el tratamiento  
del síndrome de *burnout*: una revisión  
sistemática``**

Alumno:

**Juan López Crujeiras**

NIA: 762392

Directora:

**Vanesa Hidalgo Calvo**

**AÑO ACADÉMICO 2018-2019**



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad Zaragoza**

# Índice

Resumen/ Abstract .....	2
Introducción .....	3
Objetivos .....	5
Método.....	6
Resultados.....	9
Terapia Cognitivo Conductual.....	9
Mindfulness.....	10
Terapias de tercera generación.....	11
Intervenciones online o a distancia.....	11
Técnicas psicoterapéuticas.....	12
Discusión.....	13
Limitaciones.....	14
Conclusiones.....	14
Referencias.....	15
Anexos.....	20

## Resumen

**Introducción:** El síndrome de *burnout* es un problema frecuente en la actualidad que está provocado por una respuesta emocional e interpersonal crónica ante los estresores en el trabajo. **Objetivos:** Establecer una propuesta de intervención terapéutica lo más eficaz posible para el tratamiento del *burnout*. **Métodos:** Se ha realizado una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA con estudios encontrados en las bases de datos Pubmed, Scopus y BASE. Se seleccionaron artículos en inglés o español, publicados en revistas científicas entre 2004 y 2019, con un diseño experimental o cuasi experimental y con participantes mayores de 18 años. Se llevó a cabo un cribado desde los 206 artículos de la búsqueda inicial hasta los 22 analizados, extrayendo sus características principales para su comparación. **Resultados:** Los efectos de la intervención sobre el *burnout* son diferentes dependiendo de la corriente terapéutica o técnica psicoterapéutica aplicada. **Conclusiones:** La combinación de terapia cognitivo conductual y terapias de tercera generación son las intervenciones utilizadas en el síndrome de burnout que cuentan con mejores resultados, aunque habría que continuar investigando en el futuro. **Palabras clave:** Intervención en síndrome de *burnout*, tratamiento de *burnout*, estrés laboral.

## Abstract

**Introduction:** The burnout syndrome is a frequent problem caused by a chronic emotional and interpersonal response to stressors at work. **Objectives:** To establish a therapeutic intervention proposal as effective as possible for the treatment of burnout. **Methods:** A systematic review was carried out following the PRISMA guidelines. Articles were found in Pubmed, Scopus and BASE databases in English or Spanish, published in scientific journals between 2004 and 2019, with an experimental or quasi-experimental design and with participants over 18 years of age. A screening was carried out from the 206 articles of the initial search to the 22 final studies included, extracting their main characteristics for comparison. **Results:** The effects of the intervention on burnout are different depending on the therapeutic current or applied psychotherapeutic technique. **Conclusions:** The combination of cognitive behavioral therapy and third generation therapies are the interventions used in the burnout syndrome that have better results, although we should continue to investigate in the future. **Key words:** Burnout intervention, burnout treatment, work stress.

## Introducción

El estrés laboral es uno de los problemas psicológicos más comunes de la sociedad actual. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017), España es uno de los países europeos con un nivel de estrés laboral más alto, teniendo la población mayor de 15 años ocupada, de media, un nivel de estrés en el trabajo moderadamente alto. Esto hace que se necesiten realizar investigaciones en este campo para satisfacer las necesidades de tratamiento de esta población.

El “estrés laboral” se define, desde un punto de vista interaccionista del estrés (considerado actualmente como el más completo), como un desequilibrio entre las demandas del ambiente laboral (variables contextuales) y los recursos disponibles por el trabajador (variables individuales) (Lazarus y Folkman, 1986).

Es a partir de la investigación del estrés laboral a lo largo de los años cuando surge el término *burnout*. Aunque no existe una definición consensuada del síndrome de *burnout* (traducido al español, síndrome de “quemarse por el trabajo”), la que más se aproxima es la de un síndrome provocado por una respuesta emocional e interpersonal crónica ante los estresores en el trabajo (Pérez, 2010). Según Gil Monte (2005) está conceptualizado desde dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. Desde el enfoque clínico, el síndrome de *burnout* hace referencia al agotamiento, decepción y pérdida de interés en profesiones del sector servicios con contacto humano directo, según plantea Freudenberguer (1974). Desde la perspectiva psicosocial se asume la definición de Maslach (1981), que plantea que está definido por tres dimensiones, cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. Esta situación de estrés laboral produce un coste personal, social y económico en la totalidad del individuo, no solo a nivel individual sino también a nivel interpersonal (Maslach, 2003). Por lo tanto, la diferencia entre ambas perspectivas estriba en que la clínica plantea el *burnout* como un estado emocional y conductual asociado al estrés laboral, mientras que la psicosocial lo entiende como un proceso en el que interaccionan las características del entorno y personales, con una serie de etapas con síntomas diferentes en cada una de ellas.

Las consecuencias negativas del estrés laboral percibido de forma intensa y crónica en el tiempo tienen consecuencias globales, tanto individuales como interpersonales y organizacionales (Rodríguez y Rivas, 2011). Cuando se mencionan las consecuencias individuales se hace referencia a todas aquellas que afectan de manera individual a la

persona, comunes a otros tipos de estrés diferente al laboral. Éstas suponen una gravedad remarcable en la salud del trabajador y son tanto psicológicas como físicas, debido al impacto que tienen en la formación de trastornos psicofisiológicos. Entre las consecuencias psicológicas del estrés laboral destacan entre otros: “trastornos depresivos, ansiedad, irritabilidad, disminución de autoestima, indefensión, obesidad, consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas, e insomnio” (Cano-Vindel, Merín y Miguel-Tobal, 1995, p.121). En cuanto a las psicofisiológicas, destacan patologías cardiovasculares y gastrointestinales, como úlceras o hipertensión y aquellas derivadas de trastornos psicósomáticos. Como resultado del estrés laboral y el *burnout* se afectan también las relaciones interpersonales, ya que propician una serie de actitudes y conductas de carácter negativo como agresividad, aislamiento o irritabilidad que, a su vez, provocan como consecuencia conflictos interpersonales, evitación de contactos sociales o pérdida de redes de apoyo (Rodríguez y Rivas, 2011).

El estrés laboral no solo tiene consecuencias negativas para el trabajador, sino también a nivel organizacional. Para la empresa en la que la persona con estrés laboral trabaje, debido precisamente a las consecuencias individuales antes mencionadas, existe un impacto a nivel económico importante, ya que dichas consecuencias se traducen, según Rodríguez y Rivas (2011) en bajas laborales, reducción del rendimiento y absentismo laboral, ineficacia en el desempeño diario o abandono del puesto de trabajo.

Debido a todos los costes a nivel tanto individual como organizacional mencionados, se han desarrollado varios métodos de evaluación del estrés laboral y el *burnout*. Esto se debe a que se necesita conocer qué factores están interviniendo con el fin de realizar una intervención posteriormente. Para ello, se usan una serie de instrumentos entre los que se encuentran los cuestionarios, las entrevistas, los listados de síntomas o conductas o el uso de datos administrativos de la propia empresa, como el de número de bajas laborales por causa psicológica. Desde que se inició el estudio del estrés en el ámbito laboral se ha desarrollado una gran variedad de cuestionarios que se centran en diferentes aspectos del mismo, evaluando variables contextuales, individuales y/o sus consecuencias, según el objetivo con el que se haya desarrollado cada uno de ellos. Entre los principales cuestionarios utilizados para evaluación del estrés laboral, destaca el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1986). Este instrumento se ha utilizado ampliamente y su versión española ha sido validada (Gil-Monte, 2002). Este test consta, según sea su versión, si general o centrada en el sector servicios, de 16 o 22 ítems,

respectivamente. Evalúa las consecuencias del estrés laboral según la concepción de *burnout* como los tres factores de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (las cuales equivalen a la traducción literal del inglés de agotamiento emocional extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros). Otros cuestionarios utilizados para evaluar el *burnout* son el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI; Demerouti, Bakker, Vardakou & Kantas, 2003), la Professional Quality of Life Scale (ProQoL, Stamm, 2010), el Burnout Screening Scale (BOSS I y II) o Occupational Stress Inventory (Cooper et al., 1990).

Las intervenciones del estrés laboral y del síndrome de *burnout* engloban tanto la optimización de las condiciones de trabajo, reduciendo fuentes de estrés, como otros centrados en la mejora de apoyo social (trabajando, por ejemplo, las habilidades sociales). Asimismo, también utilizan como herramientas la promoción de ejercicio físico y estilos de vida saludables, resolución de problemas o técnicas de relajación (Rodríguez y Rivas, 2011). En la actualidad existe una gran oferta de intervenciones terapéuticas desde diferentes corrientes psicológicas que va aumentando progresivamente con el tiempo. Entre este gran número de opciones encontramos, por ejemplo, las basadas en la terapia cognitivo conductual, la terapia de aceptación y compromiso, el *mindfulness* y terapias de tercera generación, la Gestalt, la terapia psicoanalítica, sistémica o aquellas de naturaleza alternativa como reiki, acupuntura, flores de Bach, etc.

La variedad de opciones disponibles justifica la necesidad de investigar sobre qué tipo de intervención terapéutica es más eficaz desde la evidencia científica. Además, algunas de las terapias más conocidas no tienen resultados claros respecto a su efectividad y es necesaria su regulación, como es el caso de las terapias naturales o alternativas según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI, 2011). Por tanto, el presente trabajo fin de master pretende contribuir en esta línea, comprobando las investigaciones disponibles para determinar qué intervención es mejor, así como para comprobar la eficacia de la tendencia actual de tratamiento mediante terapias de tercera generación, como Terapia de Aceptación y Compromiso o *mindfulness*, sobre las cuales ha aumentado el número de investigaciones en la última década.

## **Objetivos**

En este contexto, el objetivo general del presente estudio es comparar diversas formas de intervención terapéutica del síndrome de *burnout* utilizadas hasta la fecha mediante una revisión sistemática, con el fin de establecer cuál de ellas podría proponerse como el

tratamiento de intervención más eficaz disponible en la actualidad, prestando atención a los resultados obtenidos en las investigaciones disponibles.

## Método

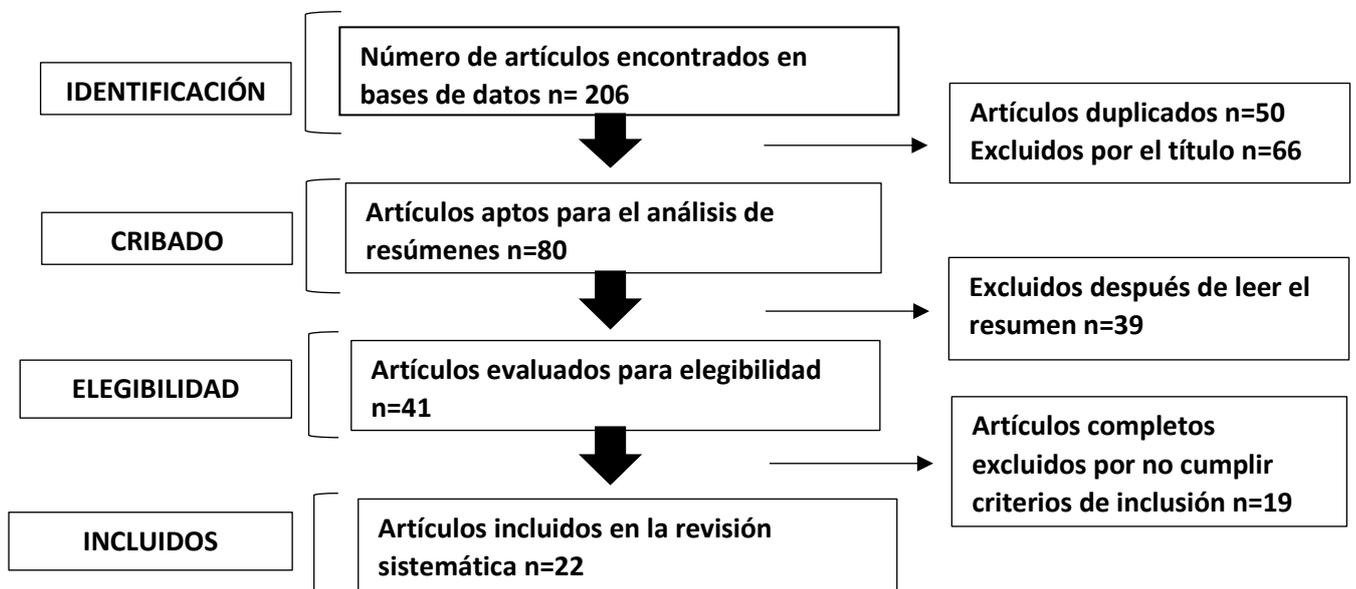
La presente revisión sistemática se realizó siguiendo las directrices de elaboración de trabajos de revisión sistemática y meta-análisis incluidos en PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

La búsqueda de artículos se llevó a cabo a partir de las bases de datos Pubmed, Scopus y BASE. La estrategia de búsqueda se realizó con la combinación de las siguientes palabras clave ``burnout``, ``treatment``, ``therapy``, ``reducing`` y ``effect``. Se combinó ``burnout`` mediante el uso de operadores booleanos AND u OR con el resto de términos, quedando (``burnout`` AND ((``treatment`` OR ``therapy``) AND ``effect``)) o ``burnout`` AND ``reducing``. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta en la selección de los artículos fueron que estuvieran publicados en inglés o en español, procedentes de publicaciones en revistas científicas y en una fecha de publicación comprendida entre el 1 de enero de 2004 y marzo de 2019, lo que comprende los últimos 15 años de literatura científica. Otro de los criterios es que los participantes en los estudios fueran mayores de 18 años para incluir todo el rango posible de población en edad laboral. Se estableció esta edad y no 16 que aunque es la edad a partir de la cual una persona puede insertarse en el mundo laboral, son menores de edad dificultando su participación en estudios, por lo que apenas hay investigaciones de estrés laboral y *burnout* antes de los 18 años.

En cuanto al diseño de las investigaciones, se aceptaron tanto diseños experimentales como cuasi experimentales cuyas medidas fueron tomadas pre y post intervención. Se descartaron aquellas investigaciones cuyas intervenciones a estudio no fueran de carácter psicológico, como farmacológicas o médicas. Asimismo, también se descartaron los artículos que midieran el *burnout* de forma indirecta, a través de la mejora de otras variables distintas como, por ejemplo, el estado de ánimo. En relación con esto, se seleccionaron aquellos que utilizaran para la evaluación de los resultados cuestionarios específicos para la medición del *burnout*. Finalmente, se excluyeron las revisiones sistemáticas y los meta-análisis en el proceso de selección.

En la primera búsqueda en las bases de datos se encontraron un total de 206 artículos, de los que se descartaron un número total de 50 artículos duplicados y 66 que no cumplían los criterios de inclusión, quedando 80 artículos aptos para el análisis de los resúmenes. De estos 66, 9 eran revisiones sistemáticas y 4 meta análisis. Tras la revisión del título y el resumen quedaron 41 para el análisis del artículo completo. De los 41 se descartaron 19 debido a: medición incompleta y superficial del *burnout*, intervenciones de carácter más farmacológico o médico que psicológico o diseños de investigación fuera de los criterios. Quedaron finalmente 22 artículos (Askey-Jones, 2017; Bretland et al., 2015; Brinkborg et al., 2011; Elder et al., 2014; Cabrera-Pivaral et al., 2009; Galantino et al., 2005; Gunasingam, 2015; Güüsen et al., 2010; Jonas et al., 2016; Karimi et al., 2012; Kanji et al., 2004; Frögeli et al., 2015; Macías et al., 2018; McGonagle et al., 2014; Potas et al., 2014; Suyi et al., 2017; Ugwoke et al., 2018; Vázquez-Ortiz et al., 2012; Verweij et al., 2017; Wegner et al., 2011; Wild et al., 2014; Wood et al., 2016) a analizar incluidos en la revisión. La Figura 1 representa el diagrama del proceso de elección de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática.

**Figura 1.** Diagrama de flujo PRISMA del proceso de elección de los estudios.



Para la extracción de los datos de cada artículo para su análisis y comparación, se realizó una tabla en la que se incluyeron las siguientes características: autor y año de publicación, participantes y su número en la investigación, tipo de intervención realizada, duración de

la intervención, cuestionario utilizado para la evaluación del burnout, resultados obtenidos de la investigación y conclusiones (Tabla 1, Anexos).

En resumen, la gran mayoría de los artículos fueron redactados en inglés, excepto dos que fueron redactados en español (Cabrera-Piraval, 2009; Vázquez-Ortiz, 2012). De los artículos analizados en la revisión, 20 han sido publicados en los últimos 10 años, habiendo 2 publicados fuera de este rango de tiempo (Galantino et al., 2005; Kanji et al., 2004). El número total de participantes estudiados en las investigaciones de los artículos fue de 1518. De ese número proceden sujetos provenientes de varios ámbitos diferentes entre los que destacan profesionales de la salud como médicos, enfermeras, profesionales de salud mental... (580, 38.2% del total), estudiantes universitarios de ámbitos sanitarios (415, 27.3%), profesores de instituto (244, 16.07%) y de otros campos como directivos (29, 1.9%), funcionarios (38, 2.5%) y otro tipo de trabajadores (192, 12.6%). En referencia a las intervenciones terapéuticas realizadas, la terapia más frecuente encontrada fue la terapia cognitivo-conductual (Günösen et al., 2012; Jones et al., 2016; Karimi et al., 2012; Ugwoke et al., 2018; Vázquez-Ortiz et al., 2012), seguida del *mindfulness* en alguna de sus versiones (Askey-Jones, 2017; Galantino et al., 2005; Suyi et al., 2017; Verweij et al., 2017) y las terapias de tercera generación (Brinkborg et al., 2011; Frögeli et al., 2015; Macías et al., 2018).

La duración más frecuente de las intervenciones fue de 4 (Bretland et al., 2015; Cabrera-Piraval, 2009; Jonas et al., 2016; Wood et al., 2016) y de 8 semanas (Askey-Jones, 2017; Galantino et al., 2005; Kanji et al., 2004, Verweij et al., 2017). También destacó la frecuencia de 6 semanas de duración (Frögeli et al., 2014; Potash et al., 2014; Suyi et al., 2017). En cuanto a la forma de evaluación, 17 estudios utilizaron para la evaluación de los efectos de la intervención, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en una de sus versiones, suponiendo un 77.3% del número total de estudio (Askey-Jones, 2017; Bretland et al., 2015; Brinkborg et al., 2011; Elder et al., 2014; Cabrera-Piraval et al., 2009; Galantino et al., 2005; Gunasingam, 2015; Günösen et al., 2010; Jonas et al., 2016; Karimi et al., 2012; Kanji et al., 2004; Macías et al., 2018; Potas et al., 2014; Suyi et al., 2017; Vázquez-Ortiz et al., 2012; Verweij et al., 2017; Wegner et al., 2011) siendo otros de los cuestionarios usados el Teacher Burnout Scale, (TBS, Ugwoke et al., 2018), Oldenburg Burnout Inventory (McGonagle et al., 2014), Professional Quality of Life Scale (ProQoL, Wood et al., 2016), la subescala de burnout del cuestionario de Escala de

compromiso con trabajo y *burnout* (Frögeli et al., 2015) y la Escala de síntomas de *burnout* (BOSS-II, Wild et al., 2014).

Un total de 14 artículos utilizaron un diseño experimental (Bretland et al, 2015; Brinkborg, 2011; Elder et al., 2014; Frögeli et al., 2015, Gunasingam et al., 2015; Günösen et al, 2010; Herber et al., 2016; Jonas et al., 2016; Kanji et al, 2004; Karimi et al., 2012; Macías et al., 2018; McGonagle et al., 2014; Ugwoke et al., 2018; Verweij et al., 2017; Wild et al., 2014) mientras que con diseño cuasi experimental se encontró en los 8 restantes (Askey-Jones, 2017; Cabrera-Piraval et al., 2009; Galantino et al., 2005; Potash, 2014; Wegner et al., 2011; Suyi et al., 2017, Vázquez-Ortiz, 2012; Wood et al. 2016).

## Resultados

Con tal de favorecer su comprensión, a continuación, se resumen los resultados obtenidos en los 22 artículos analizados en función de la técnica utilizada en la intervención aplicada.

### Terapia cognitivo conductual

Entre los estudios que utilizaron la terapia cognitivo conductual encontramos a Karimi et al. (2012), Ugwoke et al. (2018) y Vázquez-Ortiz et al. (2012). El objetivo de Karimi et al. (2012) fue comprobar la eficacia de una intervención cognitivo conductual de manejo del estrés con énfasis en habilidades interpersonales, patrones eficientes, técnicas de relajación muscular, reconocimiento de errores y apoyo social. Obtuvieron resultados positivos tanto en despersonalización como autorrealización reduciéndolos en relación con el grupo control, sin resultados en la variable cansancio emocional. En una línea similar, Ugwoke et al. (2018), aplicaron un programa de manejo del estrés racional emotivo basado en el manual del programa de Ogbuanya et al. (2018). Usaron técnicas conductuales, cognitivas y emocionales como la reestructuración cognitiva, establecimiento de metas, técnicas de relajación y desensibilación, a través de ``deberes para casa`` y técnicas de imaginación. Tras la intervención se encontró que las puntuaciones de *burnout* eran significativamente inferiores en el grupo experimental en relación con el grupo control. También desde una perspectiva cognitivo-conductual, Vázquez-Ortiz et al. (2012) propuso la aplicación de técnicas de control de estrés laboral

cognitivo conductuales. Como novedad, añadió un formato de psicoterapia grupal de convivencia en un entorno natural a la intervención con actividades al aire libre. La intervención se estructuró de acuerdo a las fases de la técnica de inoculación de estrés de Meichenbaum. Se obtuvieron efectos positivos significativos sobre la ansiedad, el cansancio emocional y la realización personal, disminuyéndolos y manteniéndose al año de seguimiento dichos efectos sobre las variables de realización personal y despersonalización.

### ***Mindfulness***

Además de en la terapia cognitivo conductual, se han encontrado otras investigaciones basadas en otro tipo de terapias y técnicas, como el *mindfulness*. Es el caso de Suyi et al. (2017), que investigaron los efectos de un programa de *mindfulness* basado en reducción de estrés de Kabat-Zinn, en versión reducida. Se trabajaron la percepción y el compromiso, la conciencia plena, la reacción ante pensamientos de estrés, la comunicación en situaciones de estrés y el cultivo de la compasión hacia los demás. Además, se realizaba una práctica diaria de 30 minutos en formato de meditaciones. Los resultados de la investigación mostraron que no se redujeron de manera significativa los niveles de burnout en los participantes. Al igual que Suyi et al. (2017), Verweij et al. (2017) también aplicaron el programa basado en la reducción del estrés de Kabat-Zinn pero esta vez en su versión completa. En la intervención se aplicaron escaneo corporal, yoga y meditación, practicando la atención en el momento presente y la autoobservación sin juicios. Tras la intervención, de forma similar al estudio de Suyi et al. (2017) no se obtuvieron resultados concluyentes en cuanto a la reducción de los niveles de burnout. A diferencia de Suyi et al. (2017) y Verweij et al. (2017), Galantino et al. (2005) incorporó a su intervención en *mindfulness* elementos de terapia cognitiva. Por lo tanto, se añadieron a las técnicas de *mindfulness* típicas de este programa estrategias de búsqueda de soluciones, comunicación y ocupacionales, con tareas para casa y meditaciones diarias. Solo obtuvieron resultados significativos reduciendo la variable de cansancio emocional, no encontrándose diferencias pre y post intervención ni en realización personal ni en despersonalización. El último artículo analizado con una intervención basada en *mindfulness* fue el realizado por Askey-Jones (2017). En este caso, no se realizó una intervención basada en el programa de *mindfulness* de reducción del estrés de Kabat-Zinn como los anteriores, sino una intervención de *mindfulness* basada en terapia cognitivo conductual. Se trabajaron la conciencia plena, dejar fluir los pensamientos o la atención

en el momento presente, así como herramientas cognitivo conductuales como reinterpretación de pensamientos. Tras la intervención se encontraron una reducción estadísticamente significativa de las tres variables de Maslach, es decir, cansancio emocional, realización personal y despersonalización.

### **Terapias de tercera generación**

Otro tipo de terapias en las que se basan los artículos analizados son aquellas pertenecientes a la tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Es el caso de Frögeli et al. (2015), quienes comprobaron la eficacia de una intervención de manejo del estrés basado en ACT. La intervención incluía una psicoeducación sobre estrés y estilo de vida (sueño, ejercicio, alimentación...), así como estrategias de cambio de comportamiento, comunicación y asertividad y elementos propios de la ACT como el manejo de pensamientos y emociones y la práctica de *mindfulness*. Aunque disminuyeron significativamente los niveles de *burnout* dichos efectos desaparecieron en el seguimiento a los 3 meses. Además, otro de los artículos analizados basó su intervención en ACT. Éste es el caso de Brinkborg et al. (2011). Estos autores realizaron una intervención de ACT basándose en el protocolo de Livheim (2008). En ella se trabajaron el estrés, la aceptación y el lenguaje, en valores, en los obstáculos y la flexibilidad, la compasión, la comunicación y el mantenimiento de logros. Como resultado, los niveles de *burnout* se vieron significativamente reducidos tras la intervención comparando el grupo experimental con el grupo control. Macías et al. (2018) también se basaron en ACT, pero combinándola con la terapia de análisis funcional de conducta (FAP), realizando una intervención FAP-ACT (FACT), con elementos de las dos terapias. Ejercitaron la aceptación de las experiencias privadas y la ineficacia de la evitación como respuesta, la promoción de la conciencia plena y la importancia del compromiso con el uso de ejercicios y metáforas. El FAP se incluye en las sesiones mediante el uso del refuerzo y la provocación. Como resultado de la intervención se redujeron las variables de cansancio emocional y de eficacia profesional, aunque no se obtuvieron resultados significativos en cuanto a cinismo.

### **Intervención online o a distancia**

Además de los tipos de terapia mencionados, también destaca el formato de intervención online o a distancia entre los artículos analizados, que se podría considerar como un tipo de intervención en sí mismo. Por ejemplo, McGonagle et al. (2014) realizaron una

intervención en *coaching* de forma telefónica. Se trabajó mediante delimitación de objetivos, mejorando la conciencia de la situación y la resolución de problemas. Se redujo el cansancio emocional tras la intervención, pero no se encontraron efectos a las 12 semanas de seguimiento. Por su parte, Jonas et al. (2016) realizaron una intervención online de terapia cognitivo conductual, con elementos de reducción de estrés, resolución de problemas, terapia cognitiva, así como el planteamiento de objetivos y fomento de las relaciones sociales. Se trabajó a partir de sesiones de chat por escrito, ejercicios diarios y autorregistros y *feedback*. Se redujeron los niveles de eficacia personal y cinismo, así como de cansancio emocional pero medido indirectamente e partir de la evaluación de la depresión.

Otra modalidad de terapia online la llevaron a cabo Wood et al. (2016), que realizaron una intervención basada en resiliencia a partir de una app de móvil. La aplicación tenía datos informativos, listas de objetivos a cumplir, registros de ejercicio físico y elementos para calmar la ansiedad e inspiracionales, obteniendo resultados en la disminución del burnout general.

### **Técnicas psicoterapéuticas**

Además de los anteriores, también se encontraron otros artículos que más que basarse en una corriente terapéutica basaron en su investigación en una técnica psicoterapéutica concreta. No obstante, en general obtuvieron resultados peores que los artículos explicados hasta ahora. Por ejemplo, Kanji et al. (2004) aplicaron entrenamiento autogénico y risoterapia, Elder et al. (2014) meditación trascendental, Cabrera-Piraval et al. (2009) una psicoeducación de promoción de la salud mental y física y Gunasingan (2015) *debriefing* aplicado al *burnout*, pero sin obtener ningún efecto de reducción del *burnout* tras la intervención. Potash et al. (2014), que realizaron una intervención de arteterapia y Günusen et al. (2010), que hicieron promoción del apoyo social obtuvieron mejores resultados que los anteriores, disminuyendo la variable de cansancio emocional pero sin efecto en las demás. Lo mismo ocurrió con Wegner et al. (2011) que hicieron una intervención grupal donde discutían aspectos de manejo del estrés entre los participantes del grupo. Los que más efecto consiguieron reduciendo los niveles de *burnout* fueron Bretland et al. (2015) que propusieron un programa de ejercicio físico y Wild et al. (2014) que aplicaron técnicas de relajación.

## Discusión

El objetivo del presente TFM fue comprobar cuál sería la mejor intervención psicológica para el tratamiento del síndrome de *burnout*. Para ello, se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA.

Comparando los resultados de los artículos entre sí, podemos observar que de los cuatro artículos que estudian una versión de terapia *mindfulness* como intervención, solo la de *mindfulness* basado en terapia cognitivo conductual obtuvo resultados concluyentes en la disminución de las variables de *burnout* (Askey-Jones, 2019). En cuanto a los tres artículos restantes, solo uno tuvo efecto de reducción sobre la variable cansancio emocional del *burnout*, combinando *mindfulness* basado en reducción del estrés (Kabat-Zinn, 2003) con componentes de terapia cognitiva (Galantino et al., 2005). Los otros dos artículos (Suyi et al., 2017; Verweij et al., 2017), que únicamente se basaron el programa de *mindfulness* de reducción estrés de Kabat-Zinn (2003) sin ninguna inclusión de otros elementos terapéuticos no tuvieron ningún efecto sobre los niveles de *burnout*. De estos resultados se puede deducir que la inclusión de la terapia cognitivo conductual en el uso del *mindfulness* es más eficaz que la aplicación de *mindfulness* sin elementos cognitivo conductuales en ella, no teniendo efecto en dicho caso en el tratamiento del síndrome de *burnout*.

Las investigaciones con intervenciones basadas en terapia cognitivo conductual, de tercera generación o con una combinación de las dos, son las que mejores efectos han tenido sobre el *burnout*. De los 5 artículos que han obtenido mejor resultado sobre los niveles de *burnout*, dos son una combinación de terapia cognitivo conductual con elementos de terapias de tercera generación, como *mindfulness* basado en terapia cognitivo conductual (Askey-Jones, 2017) e inoculación de estrés en un entorno natural en una convivencia grupal (Vázquez-Ortiz, 2012), dos con base solamente cognitivo conductual (Jonas et al. 2016; Ugwoke et al., 2018) y uno de ACT, terapia de aceptación y compromiso (Brinkborg, 2011). Por lo tanto, se deduce que este tipo de terapias pueden ser propuestas como más eficaces para el tratamiento de *burnout* en comparación con el resto de intervenciones analizadas.

Finalmente, se han analizado 3 intervenciones con efectos significativos sobre variables del *burnout* con formato online o a través de apps móviles (Jones et al., 2016; McGonagle

et al., 2014; Wood et al., 2016), con lo que podría ser otro campo a investigar con mayor profundidad en un futuro

### **Limitaciones**

Al realizar este trabajo se han presentado una serie de limitaciones que se mencionan a continuación. Una de ellas es el idioma de los artículos, ya que solo se podrían tener en cuenta para su estudio aquellos artículos que estuvieran en inglés y en español, no pudiendo acceder a artículos en otros idiomas cuya traducción no estuviera disponible. Como consecuencia hay estudios que no han podido ser incluidos debido a este motivo. Además, aunque lo idóneo para este trabajo habría sido incluir investigaciones de todas las principales formas de terapia existentes, hay varias sobre las que no se han encontrado estudios, como la terapia Gestalt o la psicoanalítica. Esto podría explicarse como consecuencia de una búsqueda no lo suficientemente exhaustiva o porque realmente no se han realizado estudios sobre estas formas de terapia en cuanto al tratamiento del síndrome de *burnout*. Por lo tanto, se han quedado para su análisis varios tipos de terapia excluidos. Otra de las limitaciones a tener en cuenta es que en las investigaciones revisadas estudiaron población perteneciente al ámbito sanitario, lo que podría suponer un hándicap a la hora de generalizar los resultados a trabajadores de otros ámbitos.

### **Conclusiones**

En conclusión, de los resultados obtenidos se puede deducir que la combinación de terapia cognitivo conductual con elementos de tercera generación puede ser la clave para un tratamiento eficaz del síndrome de *burnout*. Asimismo, la terapia cognitivo conductual y la de tercera generación también tienen resultados óptimos tras la intervención. No obstante, habría que seguir investigando en esa línea para obtener resultados concluyentes.

## Referencias

- Askey-Jones, R. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy: An efficacy study for mental health care staff. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(7), 380-389. (\*)
- Bretland, R. J., & Thorsteinsson, E. B. (2015). Reducing workplace burnout: the relative benefits cardiovascular and resistance exercise. *PeerJ*, 3, 891. (\*)
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & 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. (\*)
- Cooper, C. L., Robertson, I. T., Williams, J., & Williams, J. (1990). The validity of the occupational stress indicator. *Work & Stress*, 4(1), 29-39.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12.
- Elder, C., Nidich, S., Moriarty, F., & Nidich, R. (2014). Effect of transcendental meditation on employee stress, depression, and burnout: a randomized controlled study. *The Permanente Journal*, 18(1), 19. (\*)
- Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2009). análisis de las principales Fortalezas y debilidades del "Maslach burnout inventory" (Mbi). *Ciencia & Trabajo*, 11, 160-167.
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2016). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 202-218.
- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., & Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: mindfulness in practice. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21(4), 255-261. (\*)

- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44, 33-40.
- Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgraduate medical journal*, 91(1074), 182-187. (\*)
- Günüşen, N. P., & Üstün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International nursing review*, 57(4), 485-492. (\*)
- Heber, E., Lehr, D., Ebert, D. D., Berking, M., & Riper, H. (2016). Web-based and mobile stress management intervention for employees: a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 18(1), e21. (\*)
- Hernández, M. C. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones= Journal of work and organizational psychology*, 22(1), 123-125.
- Instituto Nacional de estadística. (2017). Nivel medio de estrés laboral según sexo y grupo de edad. España. [www.ine.es](http://www.ine.es). Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p03/10/&file=07012.px>
- Jonas, B., Leuschner, F., & Tossman, P. (2017). Efficacy of an internet-based intervention for burnout: a randomized controlled trial in the German working population. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(2), 133-144. (\*)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729-735. (\*)
- Karimi, S., Hasani, M., & Dalvand, M. R. (2012). Effects of cognitive-behavioral stress management training on the syndrome of burnout in employed women nurses: A case study in hospitals of Ahvaz University of Medical Sciences. *Advances in Environmental Biology*, 176-183. (\*)

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (No. 155.9042 L431e). Ed. Martínez-Roca.
- Livheim, F. (2008). ACT e Att hantera stress och främja hälsa [ACT e To prevent stress and promote health]. Unpublished manual, Retrieved from The Research Centre for Psycho-Social Health (FORUM). Website: <http://www.forumforskning.se/utbildningar/vara-utbildningar/act-att-hantera-stress-och-framja-halsa>.
- Luceño Moreno, L., Martín García, J., Rubio Valdehita, S., & Díaz Ramiro, E. M. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *EduPsykhé*, 3 (1), 95-108.
- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W., & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29. (\*)
- McGonagle, A. K., Beatty, J. E., & Joffe, R. (2014). Coaching for workers with chronic illness: Evaluating an intervention. *Journal of occupational health psychology*, 19(3), 385. (\*)
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Análisis de la situación de terapias naturales. España. *Www.mspsi.es*. Recuperado de: <https://www.msps.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
- Moher, D., Liberati, A., Tezlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of international medicine*, 151 (4), 264-269.
- Ogbuanya, T. C., Eseadi, C., Orji, C. T., Omeje, J. C., Anyanwu, J. I., Ugwoke, S. C., & Edeh, N. C. (2018). Effect of rational-emotive behavior therapy program on the

- symptoms of burnout syndrome among undergraduate electronics work students in Nigeria. *Psychological reports*, 122(1), 4-22.
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
- Pivaral, C. E. C., Cruz, L. K. R., Pérez, G. J. G., Vega López, M. G., & Figueroa, I. V. (2009). Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. *Salud mental*, 32(3), 215-221. (\*)
- Potash, J. S., Ho, A. H., Chan, F., Wang, X. L., & Cheng, C. (2014). Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *International journal of palliative nursing*, 20(5), 233-240. (\*)
- Reig, J. M., Vindel, A. C., & Tobal, J. J. M. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y estrés*, 1(2), 113-130.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Herмосilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 72-88.
- Silla, J. M. P. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, (13), 18-38.
- Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *EXPLORE*, 13(5), 319-326. (\*)
- Ugwoke, S. C., Eseadi, C., Onuigbo, L. N., Aye, E. N., Akaneme, I. N., Oboegbulem, A. I., & Ede, M. O. (2018). A rational-emotive stress management intervention for reducing job burnout and dysfunctional distress among special education teachers: An effect study. *Medicine*, 97(17). (\*)
- Vázquez-Ortiz, J., Vázquez-Ramos, M. J., Álvarez-Serrano, M., Reyes-Alcaide, M., Martínez-Domingo, R., Nadal-Delgado, M., & Cruzado, J. A. (2012).

Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología*, 9(1), 161-182. (\*)

Verweij, H., van Ravesteijn, H., van Hooff, M. L., Lagro-Janssen, A. L., & Speckens, A. E. (2018). Mindfulness-based stress reduction for residents: A randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*, 1-8. 429-436. (\*)

Wegner, R., Berger, P., Poschadel, B., Manuwald, U., & Baur, X. (2011). Burnout hazard in teachers results of a clinical-psychological intervention study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6(1), 37. (\*)

Wild, K., Scholz, M., Ropohl, A., Bräuer, L., Paulsen, F., & Burger, P. H. (2014). Strategies against burnout and anxiety in medical education—implementation and evaluation of a new course on relaxation techniques (Relacs) for medical students. *PloS one*, 9(12), e114967. (\*)

Wood, A. E., Prins, A., Bush, N. E., Hsia, J. F., Bourn, L. E., Earley, M. D. & Ruzek, J. (2017). Reduction of burnout in mental health care providers using the provider resilience mobile application. *Community mental health journal*, 53(4), 452-459. (\*)

## Anexos

**Tabla 1.**

*Resumen de las principales características de los artículos incluidos en la revisión.*

<b>Autor (año)</b>	<b>Participantes</b>	<b>Número</b>	<b>Intervención terapéutica</b>	<b>Duración</b>	<b>Cuestionario usado</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusiones</b>
Macías et al. (2018)	Funcionarios en ayuntamiento español.	38	Intervención FACT combinación de psicoterapia analítica funcional (FAP) y terapia de aceptación y compromiso (ACT).	2 sesiones semanales individuales de 90 minutos y otra sesión a los 10 días	MBI-GS	Disminución de agotamiento emocional ( $p=0.03$ ) y mejora de eficacia profesional ( $p<0.01$ ).	Reduce cansancio emocional e incrementa eficacia profesional en <i>burnout</i> . Se aportan datos sobre el uso de FAP y su combinación con ACT en <i>burnout</i> .
Ugwoke et al. (2018)	Profesores de educación especial.	54	Intervención de manejo del estrés racional emotivo (con manual de programa REBT como referencia)	12 semanas	Teacher Burnout Scale (TBS) adaptación de Shirom-Melamed Burnout Questionnaire	Reducción de los niveles de <i>burnout</i> del grupo de tratamiento respecto del grupo control ( $P=0.000$ ).	Se muestra como una intervención eficaz para reducir los niveles de <i>burnout</i> .
Askey-Jones (2017)	Profesionales de la salud mental.	86	Terapia <i>mindfulness</i> basada en terapia cognitivo conductual.	8 sesiones semanales y práctica diaria a través de meditación de una hora.	MBI	Entre las medidas preintervención y las tomadas a los 6 meses de seguimiento, mayor efecto en reducción en la variable cansancio emocional ( $p=0.002$ ). También reducción de despersonalización ( $p=0.045$ ) y realización personal ( $p=0.026$ ).	Aumenta realización personal y mejora despersonalización en el seguimiento pero más efecto en la mejora del cansancio emocional, por lo que sí que se observa un efecto positivo en el tratamiento del <i>burnout</i> .
Suyi et al. (2017)	Trabajadores de la salud.	37	Programa de <i>mindfulness</i> de Kabat-Zinn.	6 sesiones semanales de 2 horas.	OLBI	No se muestra ningún efecto en el <i>burnout</i> , ni en cansancio ( $p=0.24$ ) ni en desapego al trabajo ( $p=0.078$ ).	No tienen efecto en la mejora del <i>burnout</i> , planteando que podría haber influido el acortamiento del programa a 6 semanas.

Verweij et al. (2017)	Residentes de medicina.	148	<i>Mindfulness</i> basado en reducción del estrés (MSBR) de Kabat-Zinn	8 sesiones semanales de 2 horas y media junto a una de 6 horas más 45 minutos de práctica diaria	MBI-HS	No hay diferencias estadísticamente significativas en cansancio emocional ( $p=0.92$ ) o despersonalización ( $p=0.71$ ). Reducido efecto en realización personal ( $p=0.03$ ).	No efectivo para el tratamiento del <i>burnout</i> aunque haya habido leves mejoras en cuanto a la realización personal.
Jonas et al. (2016)	Trabajadores alemanes aleatorios con niveles relevantes de cansancio relacionado con el trabajo y cinismo.	39	Intervención online guiada por terapeutas basada en la terapia cognitivo conductual.	4 semanas	MBI	Según la clasificación de Cohen del tamaño del efecto, Diferencias significativas en cinismo ( $d=0.87$ ) y eficacia profesional ( $d=0.75$ ). No efectos estadísticos significativos en cansancio emocional.	La intervención proporciona un soporte efectivo a aquellos individuos afectados por síntomas de <i>burnout</i> , reduciendo el cinismo relacionado con el trabajo y aumentando la eficacia profesional.
Wood et al. (2016)	Profesionales de la salud.	30	App de móvil de entrenamiento en resiliencia (multiherramientas y registros).	1 mes usando la app diariamente.	ProQoL	Reducción de las puntuaciones en la escala de <i>burnout</i> de ProQoL ( $P<0.001$ ).	Aunque sí que se encuentran resultados de que reduce el <i>burnout</i> de forma significativa no hay relación entre la frecuencia de uso de la app y los resultados.
Bretland et al. (2015)	Voluntarios con inactividad física con empleo.	49	Programa de ejercicio físico diario cardiovascular y de resistencia	4 semanas junto a sesiones de ejercicio todos los días.	MBI	Disminución del nivel de <i>burnout</i> en los grupos que realizaron ejercicio. Pruebas t mostraron medidas estadísticamente significativas para cansancio emocional [ $t(31) = 3.23$ , $p < .01$ ], y realización personal [ $t(31) = -3.29$ , $p < .01$ ], Pero no para despersonalización [ $t(31) = 1.02$ , $p = 0.32$ ].	El ejercicio tiene el potencial de ser una intervención efectiva del síndrome de <i>burnout</i> para los factores de cansancio emocional y realización personal pero no para despersonalización.

Frögeli et al. (2015)	Estudiantes de enfermería.	113	Programa de entrenamiento en técnicas de ACT (Terapia de aceptación y compromiso).	6 sesiones de 2 horas.	Subescala de <i>burnout</i> de la Escala de compromiso con el trabajo y <i>burnout</i> ( Hultell y Gustavsson, 2010)	Diferencias significativas entre grupo terapéutico y control (p=0.033) pero no en el seguimiento a los 3 meses (p=0.061).	El programa de ACT podría ser útil para el tratamiento del <i>burnout</i> pero necesita más investigación.
Gunasingam (2015)	Médicos de primer año de postgrado	31	<i>Debriefing</i>	4 sesiones mensuales	MBI	No hay diferencia estadística significativa, ya que la puntuación total de <i>burnout</i> se corresponde con un p=0.63.	Intervención no significativa en <i>burnout</i> pero se muestra como un grupo de apoyo emocional y social.
Potash et al. (2014)	Enfermeras, trabajadores sociales, médicos, terapeutas y consejeros.	132	Arteterapia.	6 sesiones semanales de 3 horas.	MBI-GS	Disminución significativa en cansancio emocional (p=0.011), pero no en las variables de cinismo y realización personal.	Solo apto para la reducción de cansancio emocional, no significativa para el resto de variables de <i>burnout</i> . Se observó un aumento de la contemplación y la introspección propios de la arteterapia.
Elder et al. (2014)	Profesores de secundaria.	40	Meditación trascendental.	3 días junto a práctica diaria, más una sesión de discusión de la experiencia y de puesta en común.	MBI	No hay efecto en <i>burnout</i> en la puntuación total del MBI (p=0.018 par aun nivel de significación p<0.017).	Resultados no significativos muestran una ausencia de influencia de la intervención en la mejoría del <i>burnout</i> .
McGonagle et al. (2014)	Trabajadores a tiempo completo con enfermedad crónica.	59	Intervención de coaching por teléfono	6 sesiones bisemanales de una hora.	OLBI	Reducción de cansancio por <i>burnout</i> (p<0.01). No hay resultados significativos para autoeficacia laboral y desapego al trabajo.	Reduce el cansancio emocional pero no hay efecto en el resto de variables de <i>burnout</i> .
Wild et al. (2014)	Estudiantes de medicina	42	Técnicas de relajación (entrenamiento autogénico y relajación muscular progresiva)	6 meses con sesiones mensuales de 2 horas más práctica por cuenta de los participantes	BOSS-II	Para p<0.05 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas cansancio cognitivo (p=0.03) y emocional (p=0.02). No diferencias estadísticas	Resultados en la mejora del cansancio cognitivo y emocional, pero no físico.

						en cuanto a cansancio físico.	
Karimi et al. (2012)	Enfermeras con al menos un año de experiencia.	30	Entrenamiento en técnicas de manejo del estrés cognitivo-conductuales.	Sin diferencias en la duración de la terapia en los resultados.	MBI	A partir de MANCOVA, se muestra una diferencia entre el grupo control y el de tratamiento a nivel post tratamiento en despersonalización ( $F=12.01$ , $P = 0.002$ ), y realización personal ( $F = 17.63$ , $P = < 0.001$ ), pero no hay diferencias significativas en cansancio emocional a nivel de $P < 0.001$ .	Eficacia del entrenamiento en técnicas de manejo del estrés cognitivo-conductuales en la reducción de las variables del <i>burnout</i> de despersonalización y realización personal pero sin efecto significativo en la de cansancio emocional.
Vázquez-Ortiz et al. (2012)	Enfermeras de un equipo de enfermería oncológica.	20	Inoculación de estrés con técnicas cognitivo conductuales realizado en un entorno natural de convivencia de forma grupal.	3 días de forma intensiva.	MBI	Al mes, mejoría significativa de la realización personal ( $Z=-2,54$ ; $p=0,011$ ; $d=-1,29$ ), y cansancio emocional ( $Z=-2,08$ ; $p=0,037$ ; $d=0,94$ ). Al año de seguimiento, se mantiene efecto sobre realización personal ( $Z=-2,24$ ; $p=0,025$ ; $d=-1,15$ ) y sobre la despersonalización ( $Z=-2,23$ ; $p=0,026$ ; $d=0,52$ ) pero no sobre cansancio emocional.	El tratamiento cognitivo conductual tiene efectos positivos sobre variables del <i>burnout</i> , reforzados por el formato grupal, intensivo y en entorno natural de la intervención, aunque habría que seguir investigando hasta qué punto influye.
Brinkborg (2011)	Trabajadores sociales.	106	Terapia de aceptación y compromiso (ACT) según protocolo de Livheim	5 sesiones de 3 horas bisemanalmente	MBI	<i>Burnout</i> significativamente reducido en post intervención en comparación del grupo terapéutico con el control ( $p < 0.001$ ).	Se muestra como un tratamiento efectivo para el tratamiento de los síntomas de <i>burnout</i> .
Wegner et al. (2011)	Profesores de instituto alemanes.	150	Psicoterapia en grupo de manejo del estrés de Krestchmann.	7 sesiones semanales en grupo de 100 minutos de duración con dos sesiones de conversacionales.	MBI (en su versión alemana).	Reducción significativas en la variable cansancio emocional ( $p < 0.001$ ) aunque menor en realización personal ( $p=0.046$ ) y no significativa en	La intervención solo ha tenido un verdadero efecto en la mejora de cansancio emocional pero no en el resto de

						despersonalización (p=0.085).	variables del <i>burnout</i> .
Günösen et al. (2010)	Enfermeras entre 19 y 34 años (solo mujeres).	108	Apoyo social Y habilidades de afrontamiento con estrategias cognitivas y de resolución de problemas.	7 sesiones semanales de 2 horas.	MBI	Diferencia respecto al tiempo en cuanto a las puntuaciones de cansancio emocional ( $F(14, 939), P = 0.00^*$ ), y similares en los grupos de apoyo y habilidades de afrontamiento entre sí. No hay diferencias significativas en cuanto a despersonalización y realización personal en los datos resultantes.	El factor de cansancio emocional disminuye tras la intervención, aunque aumenta a los 6 meses. No hay diferencias en cuanto a la despersonalización y la realización personal.
Cabrera-Piraval et al. (2009)	Directivos de una empresa.	29	Intervención psicoeducativa de carácter cognitivo-conductual.	4 sesiones de 2 horas.	MBI	Cansancio emocional de 71% a 29%. Despersonalización de 43% a 14%. Realización personal de 57% a 14%.	Se reducen todos los factores de <i>burnout</i> pero no son lo estadísticamente significativos que deberían. Se necesita más investigación.
Galantino et al. (2005)	Empleadas de un instituto dentro de un hospital universitario.	84	Programa de <i>mindfulness</i> basado en la reducción del estrés (Kabat-Zinn) con componentes de terapia cognitiva	8 sesiones semanales de 2 horas junto a 30 minutos de práctica diaria con meditación.	MBI	Solo resultado significativo en la reducción de la variable cansancio emocional (p=0.002). Significación estadística no encontrada en despersonalización (p=0.08) ni en realización personal (p=0.41).	Solo efectivo para la reducción del cansancio emocional, sin efecto en el resto de variables del <i>burnout</i> .
Kanji et al. (2004)	Estudiantes de enfermería.	93	Terapia autogénica y risoterapia.	8 sesiones semanales en grupo junto a práctica diaria.	MBI	No hay diferencias significativas entre el grupo de terapia autogénica, de risoterapia y control en cuanto a la reducción del <i>burnout</i> , aunque sí que se observa una disminución de la Ansiedad Rasgo respecto al grupo de terapia autogénica y el de	La terapia autogénica y la risoterapia no muestran ningún efecto en el tratamiento del <i>burnout</i> .

						control a los dos meses (p<0.001).	
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--

*Nota:* BOSS-II= Burnout Screening Scale; Burnout Screening Scale; MBI= Maslach Burnout Inventory; MBI-GS= Maslach Burnout Inventory General Survey; MBI-HS=Maslach Burnout Inventory Human Survey; TBS= Teacher Burnout Scale; OLBI= Oldenburg Burnout Inventory; ProQoL: Professional Quality of Life Scale.