

Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados paliativos oncológicos

Burnout and coping in health care providers in an oncology palliative care unit

Cecilia Alderete Aguilar y Leticia Ascencio Huertas¹

RESUMEN

Con el objetivo de identificar los niveles de burnout y las estrategias de afrontamiento en profesionales de salud que laboraban en cuidados paliativos oncológicos, se realizó un estudio exploratorio transversal utilizando el Inventario de Burnout de Maslach y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Participaron 30 miembros del equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología de México. Los resultados muestran que, en general, existen niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización, así como niveles medios y altos de realización personal. Las estrategias de afrontamiento que dichos profesionales utilizan con mayor frecuencia son la planificación orientada al problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el uso de estas estrategias y las dimensiones del síndrome de burnout, concluyéndose que los niveles bajos de burnout que presentan los profesionales de salud de esta entidad se relacionan con el uso de estrategias activas de afrontamiento. Se sugiere implementar programas de capacitación al personal de salud para consolidar las competencias profesionales y el sentido de autoeficacia, así como fomentar cambios organizacionales y administrativos.

Palabras clave: Burnout; Afrontamiento; Cuidados paliativos; Cáncer.

ABSTRACT

Objective. To identify the levels of burnout and coping strategies in health care providers in oncology palliative care, through a cross-sectional exploratory study, using the Maslach Burnout Inventory and the Ways of Coping Questionnaire by Lazarus and Folkman. Participants. Thirty members of the interdisciplinary team of the Palliative Care Unit at Mexico's National Cancer Institute participated during January 2013. Results show, in general, low levels of emotional exhaustion and depersonalization, and medium to high levels of personal accomplishment. Coping strategies that are used most often include: problem-oriented planning, positive reappraisal and seeking social support. Statistically significant correlations were found between the use of these strategies and the dimensions of the burnout syndrome. Conclusion. The low levels of burnout that health professionals present in this Palliative Care Unit are related to the use of active coping strategies. It is suggested to implement specific training programs for health personnel in order to strengthen professional skills and the sense of self-efficacy, and to encourage organizational and administrative changes consistent with this purpose.

Key words: Burnout; Coping; Palliative care; Cancer.

¹ Área de Atención Psicosocial, Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología de México, Av. San Fernando 22, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14700 México, D.F., tel. (55)58-46-76-63, correos electrónicos: ceci_al1176@yahoo.com.mx y leash71@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 12 de abril de 2013 y aceptado el 4 de febrero de 2014.

INTRODUCCIÓN

Se considera que el llamado “síndrome del quemado”, o *burnout*, es una respuesta prolongada a estresores interpersonales y emocionales crónicos en el trabajo. Definido por las tres dimensiones de agotamiento, cinismo e ineficacia (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001), se refiere a una pérdida de energía que usualmente ocurre cuando la persona se siente “quemada” (exhausta, desgastada) física y psicológicamente (Martins, Fonseca y Carvalho, 2011). Los individuos con burnout muestran signos de distrés en su conducta diaria, creen que es casi imposible desempeñarse normalmente porque se sienten exhaustos, y experimentan una pérdida progresiva de su idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones en su trabajo (Cruz et al., 2010; Martins et al., 2011; Maslach et al., 2001).

Entre las principales consecuencias del síndrome de burnout en el personal de salud se encuentran síntomas físicos, trastornos psicológicos y problemas conductuales que se relacionan con el aumento de estrategias de afrontamiento pasivas, como la omisión de algunas actividades de cuidado y asistencia al paciente, la falta de atención a los procesos de cuidado y el incremento de iatrogenias (Cruz et al., 2010), consecuencias que provocan a su vez un deterioro de la calidad de los servicios de salud.

Diversos estudios han identificado características organizacionales e individuales que contribuyen en la aparición de este síndrome (Hernández, Dickinson y Fernández, 2008; Maslach et al., 2001; Pereda, Márquez, Hoyos y Yáñez, 2009; Sosa, 2007). En relación con el trabajo, se ha demostrado que experimentar una sobrecarga de tareas, presiones de tiempo, conflicto y ambigüedad de roles, falta de recursos para realizar el trabajo y falta de apoyo social y por parte de los supervisores, son factores que se relacionan consistentemente con el burnout (Maslach et al., 2001).

Dentro de los factores individuales, se han identificado algunas características demográficas (edad o nivel de estudios formales) y de personalidad y actitudes hacia el trabajo. Los empleados más jóvenes tienden a presentar niveles más altos de burnout, al igual que las personas solteras y con mayor grado de educación. Se ha visto también

que los individuos que exhiben índices altos de burnout afrontan los eventos estresantes de una manera pasiva y defensiva, mientras que un estilo de afrontamiento activo se asocia con niveles más bajos de burnout (Maslach et al., 2001).

De acuerdo con el modelo transaccional del estrés, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para manejar demandas internas o externas valoradas como excesivas o que sobrepasan los recursos del individuo. Estos autores han hecho una distinción entre afrontamiento orientado al problema y afrontamiento orientado a la emoción. El primero representa un intento de responder directamente a la situación estresante, mientras que el segundo consiste en intentos de moderar la respuesta emocional ante los eventos estresantes (Blanch, Aluja y Biscarri, 2003).

Diferentes estudios han relacionado las estrategias de afrontamiento y el burnout. Por ejemplo, Thornton (1992) encontró una asociación estadísticamente significativa entre afrontamiento de tipo evitativo y burnout en una muestra de trabajadores en una clínica psiquiátrica. En un estudio realizado por Koeske (1993) con trabajadoras sociales, se halló que las estrategias de afrontamiento orientadas al control brindaban mayor capacidad de enfrentar situaciones estresantes en el trabajo. Yela (1996), trabajando con una muestra de profesores de escuela secundaria, encontró que entre mayor era el uso de estrategias pasivas de afrontamiento, mayores eran los niveles de agotamiento emocional.

En el área de salud se han realizado diversos estudios para identificar la frecuencia de los síntomas de burnout, así como de los factores de riesgo y factores protectores (Dorz, Novara, Sica y Sanavio, 2003; Hernández et al., 2008; Pereda et al., 2009; Rojas et al., 2012; Sosa, 2007). Los resultados indican que el burnout puede aparecer en cualquier área de la salud ya que se desarrolla en los profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas.

Los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; por ejemplo, una proporción muy alta de enfermos a los que atender, un horario de trabajo irregular, conflicto y

ambigüedad de rol, falta de cohesión en los equipos de trabajo, escasez de habilidades para controlar las propias emociones, burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias (Sosa, 2007).

Específicamente, la práctica de los cuidados paliativos involucra retos únicos relacionados con la exposición frecuente al sufrimiento y a la muerte (Swetz, Harrington, Matsuyama, Shanafelt y Lyckholm, 2009). Expone a los profesionales a un contacto repetido con el sufrimiento, la vulnerabilidad y la naturaleza finita de la existencia humana, al tiempo que involucra decisiones éticas en extremo difíciles (Pereira, Fonseca y Carvahlo, 2012). Los profesionales en este campo enfrentan así el reto de trabajar cercana e intensamente con pacientes gravemente enfermos y sus familias en un momento sumamente estresante y emocional en sus vidas (Meier y Beresford, 2006).

Lo anterior hace que este escenario de salud sea particularmente demandante y potencialmente agotador, por lo que se considera que los médicos y otros profesionistas que trabajan en cuidados paliativos están en riesgo de desarrollar el síndrome de burnout como una respuesta específica relacionada al estrés que se genera en su contexto laboral (Dunwoodie y Auret, 2007).

Además, se ha identificado que la constante exposición a la muerte y a los moribundos constituye un factor potencial de estrés en los profesionales de cuidados paliativos, lo que se convierte en un factor de riesgo significativo para desarrollar dicho síndrome, sobre todo cuando se dispone únicamente de estrategias de afrontamiento inefectivas (Dunwoodie y Auret, 2007; Pereira et al., 2012).

Burnout y cuidados paliativos

La prevalencia de burnout entre personal médico se ha cuantificado en las diversas especialidades; en la de cuidados paliativos, los estudios se han centrado mayormente en el personal de enfermería (Dunwoodie y Auret, 2007). La mayoría de tales estudios se han hecho en Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Reino Unido, España, Francia y Portugal (Martins et al., 2011). En general, el burnout ha sido muy estudiado en los últimos veinticinco años, a pesar de lo cual existen pocas

investigaciones hechas en las unidades de cuidados paliativos, las cuales presentan características peculiares que requieren más estudio.

En México, la atención paliativa había estado ligada a los servicios proporcionados por las clínicas de dolor, pero gracias a la visión estratégica de las autoridades del sistema de salud se ha comenzado la creación de unidades especializadas en cuidados paliativos. La atención en estas unidades se encuentra en proceso de desarrollo y estandarización gracias a la Ley Federal de Cuidados Paliativos (Poder Ejecutivo Federal, 2009). Se requiere ahora un mayor conocimiento para la puesta en marcha de dichas unidades, así como de las características del personal que puede laborar en ellas.

El riesgo que presentan los profesionales de salud en las unidades de cuidados paliativos en nuestro país para desarrollar el síndrome de burnout determina la necesidad de explorar la prevalencia de dicho síndrome e identificar las estrategias que utilizan para afrontar el estrés que se genera en su contexto laboral.

Por este motivo, el objetivo del presente estudio fue describir los niveles de burnout que sufren los profesionales de salud que laboran en cuidados paliativos oncológicos, identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan para enfrentar situaciones estresantes y establecer la relación entre los niveles de burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un estudio exploratorio y transversal, en el que participaron 30 profesionales de la salud de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan), incluyendo a personal adscrito, residentes y practicantes de servicio social de diferentes áreas de especialidad (Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Nutrición). Se excluyó al personal que estaba únicamente rotando en el servicio, considerando como rotantes a aquellos profesionales que laboraban en la unidad por periodos de un mes.

Instrumentos

Se aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (WOC) de Folkman y Lazarus (1988); ambos instrumentos han sido validados y estandarizados para población mexicana por Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008) y Zavala, Rivas, Andrade y Reidl (2008).

Inventario de Burnout de Maslach

El MBI es un instrumento que evalúa las tres dimensiones del burnout al plantear al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos relativos a su interacción con el trabajo. Consta de 22 preguntas en una escala tipo Likert, con opciones de respuesta que van de 0 (“nunca”) a 6 (“todos los días”), mediante las cuales el sujeto valora la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones descritas en los enunciados. La factorización de los 22 ítems arroja tres subescalas: agotamiento emocional (nueve reactivos, $\alpha = 0.88$), despersonalización (cinco reactivos, $\alpha = 0.78$) y realización personal (ocho reactivos, $\alpha = 0.84$) (Gil-Monte y Marucco, 2008).

La subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar emocionalmente exhausto por las demandas del trabajo; la puntuación máxima es de 54, y cuanto mayor es la puntuación, mayor es el agotamiento. La subescala de despersonalización evalúa el grado en que cada individuo reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, y en ella la puntuación máxima es de 30 puntos: a mayor puntuación, mayor despersonalización. La subescala de realización personal valora los sentimientos de autoeficacia y realización en el trabajo. La puntuación máxima es de 48, y cuanto mayor es la puntuación, mayor es la realización personal.

Se considera que puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, así como puntuaciones bajas en realización personal, hacen referencia al síndrome de burnout. Aunque es recomendable mantener separadas las puntuaciones de cada subescala, puede obtenerse una puntuación total teniendo en cuenta que el puntaje obtenido en la subescala de realización personal es inversamente proporcional al grado de burnout. Se

considera que las puntuaciones totales del MBI son bajas entre 1 y 33, medias entre 34 y 66, y altas entre 67 y 99 (Seisdedos, 1997).

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento

El WOC es un listado de enunciados que permiten valorar las principales estrategias cognitivas y conductuales que un individuo utiliza para enfrentar situaciones estresantes. Está conformado por 66 preguntas que se responden en una escala tipo Likert, con recorrido de 0 (“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”), en función de qué tanto el sujeto responde o actúa según se describe en cada una de aquéllas. Para su evaluación, las 66 preguntas están agrupadas en ocho subescalas: confrontación (seis reactivos, $\alpha = 0.70$), distanciamiento (seis reactivos, $\alpha = 0.61$), autocontrol (siete reactivos, $\alpha = 0.70$), búsqueda de apoyo social (seis reactivos, $\alpha = 0.76$), aceptación de la responsabilidad (cuatro reactivos, $\alpha = 0.66$), huida-evitación (ocho reactivos, $\alpha = 0.72$), planificación (seis reactivos, $\alpha = 0.68$) y reevaluación positiva (siete reactivos, $\alpha = 0.79$). Para obtener la puntuación total en cada una de la subescalas, se suman los puntajes de las preguntas correspondientes; no se incluyen las 66 preguntas al realizar este cálculo de puntuaciones brutas (Zavala et al., 2008). La puntuación bruta describe el esfuerzo de afrontamiento en cada uno de los ocho estilos; puntuaciones brutas altas indican que la persona utiliza con frecuencia las conductas descritas en cada subescala. Además, deben calcularse las puntuaciones relativas, que describen la proporción de esfuerzo en cada estilo de afrontamiento. Para calcular las puntuaciones relativas, se obtiene primero la respuesta media por subescala y la suma de respuestas medias de todas las subescalas, hecho lo cual se divide cada respuesta media entre la suma de respuestas medias. El valor que se obtiene es la puntuación relativa en cada subescala. Una puntuación relativa alta indica que la persona utiliza ese estilo de afrontamiento con mayor frecuencia que los otros estilos (Folkman y Lazarus, 1988).

Procedimiento

Previo acuerdo con la jefatura del Servicio de Cuidados Paliativos del INCAN, se informó al personal de salud de la unidad en qué consistía el es-

tudio y los objetivos del mismo. Los profesionales que aceptaron participar procedieron a firmar una carta de consentimiento informado en el que se explicaba que los datos obtenidos serían tratados de manera confidencial y únicamente con fines de investigación. Los participantes contestaron los dos cuestionarios en una sesión posterior, la cual tuvo una duración aproximada de 20 minutos. En total, 30 profesionales de la salud, de los 42 que conforman la Unidad de Cuidados Paliativos, accedieron a participar y completaron los instrumentos de evaluación.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para identificar las características sociodemográficas de los participantes, se calcularon las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos de medición y de igual forma los análisis descriptivos, y se realizó asimismo una correlación de Pearson para conocer la relación entre el nivel de burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Se analizaron los datos de 30 profesionales de la salud (Tabla 1), de los cuales 24 fueron mujeres y 6 hombres, con un promedio de edad de 30.2 (D.E. = 9.3). La mayoría de los participantes eran solteros, con estudios de licenciatura, carrera de Medicina y llevaban trabajando en cuidados paliativos entre 6 y 12 meses.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes (n = 30).

		n	%			n	%
Sexo				Carrera estudiada			
Masculino	6	20.0	Medicina	19	63.3		
Femenino	24	80.0	Enfermería	3	10.0		
Estado civil				Psicología	5	16.7	
Soltero	23	76.7	Trabajo Social	1	3.3		
Casado	5	16.7	Nutrición	2	6.7		
Unión libre	1	3.3	Tiempo en cuidados paliativos				
Viudo	1	3.3	De 3 a 6 meses	3	10.0		
Nivel de estudios				De 6 a 12 meses	18	60.0	
Licenciatura	21	70.0	De 1 a 5 años	7	23.3		
Posgrado	9	30.0	De 5 a 10 años	1	3.3		
				Más de 10 años	1	3.3	

De acuerdo con el MBI, se obtuvieron las puntuaciones totales para cada subescala y se clasificaron en niveles bajos, medios y altos (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). Se obtuvo una media de agotamiento emocional de 17.63 (D.E. = 9.06), lo cual corresponde a un nivel bajo; despersonalización, con 3.97 (D.E. = 4.43), también corresponde a un nivel bajo, y realización personal, con 38.17 (D.E. = 4.92), se encuentra en un rango medio. Como se señala arriba, se considera que para establecer la presencia del síndrome de burnout deben existir puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento y despersonalización, y puntuaciones bajas en la subescala de realización personal. Aunque se recomienda mantener separadas las puntuaciones de cada subescala, se realizó también el cálculo de la puntuación total, obteniéndose una media de 31.4 (D.E. = 14.96), lo que igualmente corresponde a un nivel bajo de burnout (Seisdedos, 1997).

En la Tabla 2 se presenta el número de participantes agrupados por nivel obtenido en cada subescala y en la puntuación total del MBI.

Tabla 2. Número de participantes agrupados por nivel obtenido en cada subescala y en puntuación total del MBI (n = 30).

Nivel	Agotamiento	Despersonalización	Realización personal	Puntuación total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bajo	18 (60.0)	23 (76.7)	4 (13.3)	17 (56.7)
Medio	8 (26.7)	2 (6.7)	12 (40.0)	13 (43.3)
Alto	4 (13.3)	5 (16.7)	14 (46.7)	0 (0.0)

Se observa que los profesionales de salud obtuvieron niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización, así como niveles medios y altos de realización personal, lo que indica que la mayoría presentó un nivel bajo de burnout. No obstante, existe un número importante de individuos con niveles medios de agotamiento y alta despersonalización.

Siguiendo las indicaciones del WOC, se obtuvieron los puntajes brutos y puntuaciones relativas para cada una de las ocho subescalas que lo componen (Folkman y Lazarus, 1988). La Tabla 3 muestra las puntuaciones medias obtenidas en cada estilo de afrontamiento.

Tabla 3. Puntuaciones medias obtenidas en el WOC.

Subescala	Puntuación bruta	Puntuación relativa
Confrontación	8.27	0.11
Distanciamiento	6.57	0.09
Autocontrol	9.80	0.11
Búsqueda de apoyo social	10.97	0.15
Aceptación de la responsabilidad	5.87	0.12
Escape-evitación	5.67	0.05
Planificación orientada al problema	12.20	0.17
Reevaluación positiva	13.77	0.16

Estos resultados indican que las estrategias de afrontamiento que más utilizan las personas evaluadas son la planificación orientada al problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. Las que utilizan con menor frecuencia son el distanciamiento y el escape-evitación.

Para establecer la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout y el estilo de afrontamiento, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r), encontrándose correlaciones positivas estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional y el uso de escape-evitación,

así como aceptación de la responsabilidad. De igual manera, se halló una correlación positiva estadísticamente significativa entre el uso de escape-evitación, la despersonalización y el nivel general de burnout. La realización personal correlacionó negativamente con el uso de escape-evitación, y positivamente con la reevaluación positiva. Los resultados muestran correlaciones negativas estadísticamente significativas entre el uso de la reevaluación positiva y el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y burnout total. La Tabla 4 presenta los valores obtenidos.

Tabla 4. Correlación de Pearson entre las dimensiones del síndrome de burnout y los estilos de afrontamiento.

Estilo	Agotamiento	Despersonalización	Realización personal	Burnout total
Confrontación	-.071	-.125	.065	-.101
Distanciamiento	.151	.210	.064	.133
Autocontrol	-.154	.009	.234	-.168
Apoyo Social	-.049	-.096	-.214	.013
Responsabilidad	.518**	.131	-.017	.358
Escape-evitación	.530**	.602**	-.441*	.645**
Planificación	-.231	-.094	-.034	-.157
Reevaluación positiva	-.583**	-.501**	.365*	-.622**

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

DISCUSIÓN

Actualmente se conceptúa el burnout como un síndrome psicológico que se genera en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo;

es un constructo complejo que coloca la experiencia individual de estrés en un contexto organizacional más grande, así como la relación de la persona con su trabajo (Martins et al., 2011; Maslach et al., 2001). Los profesionales del área de la sa-

lud, especialmente aquellos que trabajan con personas que sufren de enfermedades graves y están expuestos a múltiples muertes, están en riesgo de desarrollar problemas psicológicos relacionados con el trabajo (Dorz et al., 2003).

La mayoría de los artículos que tratan sobre el burnout en cuidados paliativos sugieren que dicho síndrome es un riesgo intrínseco en esta área de trabajo, y enfatizan la necesidad de desarrollar estrategias activas de prevención (Pereira et al., 2012) ya que proporcionar cuidados paliativos puede llevar a los profesionales de salud al agotamiento físico y emocional.

Sin embargo, en este estudio los profesionales de salud alcanzaron niveles bajos de agotamiento y despersonalización, y niveles medios y altos de realización personal, lo que concuerda con otras investigaciones (Dunwoodie y Auret, 2007; Pereira et al., 2012; Rojas et al., 2012) en las que se han encontrado puntuaciones por debajo de la media en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, así como niveles que oscilan de bajos a moderados de burnout. Los resultados confirman que la realización personal tiende a disminuir el agotamiento emocional y la despersonalización.

Se ha sugerido que el agotamiento emocional y una baja realización personal surgen cuando las estrategias de afrontamiento son inadecuadas, dando lugar a sentimientos de despersonalización (Blanch et al., 2003), y también que el uso de estrategias activas de afrontamiento tiene efectos positivos, lo que indica que la frecuencia con que se utilicen reducirá las probabilidades de que el personal de salud cumpla los criterios del síndrome de burnout (Cruz et al., 2010).

Los profesionales de salud que participaron en el presente estudio utilizaban con mayor frecuencia estrategias activas de afrontamiento, como la planificación orientada al problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. De acuerdo con Zavala et al. (2008), la planificación orientada al problema describe los esfuerzos orientados a cambiar la situación, acompañados de un análisis para brindar la mejor solución; la reevaluación positiva, los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal, y la búsqueda de apoyo social, los esfuerzos que se llevan a cabo para obte-

ner el apoyo de otras personas, el cual puede ser informacional o emocional.

Los datos anteriores coinciden con los de otras investigaciones, como la realizada por Martins et al. (2011), en la que se identificó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el personal de cuidados paliativos eran la reevaluación positiva, el control emocional y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias en el trabajo.

De las tres estrategias mencionadas, se encontró que la reevaluación positiva correlaciona de manera significativa con las tres dimensiones del burnout; de hecho, se observa que entre mayor es el uso de la reevaluación positiva, menor es el agotamiento y la despersonalización y mayor la realización personal. Puede decirse entonces que el uso frecuente de la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento permite que se refuerce la sensación de autoeficacia, la competencia profesional y la realización en el trabajo.

Cabe resaltar que la aceptación de la responsabilidad correlaciona de manera significativa con el agotamiento emocional. Posiblemente, aquellos profesionales de la salud que reconocen la propia función en las situaciones problemáticas muestran un agotamiento mayor al asumir una responsabilidad asimismo mayor, pero también al tener conciencia de sus limitaciones y percibir un escaso control de los estresores ambientales.

Por otro lado, se halló que las estrategias que estos profesionales de salud utilizan con menor frecuencia son el distanciamiento y el escape-evitación. El distanciamiento describe los esfuerzos cognoscitivos que se hacen para disminuir el significado de la situación que se vive, mientras que el estilo de escape-evitación alude a los deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evitar el problema (Zavala et al., 2008). Este último estilo de afrontamiento correlaciona de manera significativa con la presencia de agotamiento emocional y despersonalización, por lo que entre mayores son los deseos o esfuerzos conductuales para huir o evadir el problema, mayor sensación de cansancio emocional hay, así como respuestas frías e insensibilidad ante los pacientes. Puede corroborarse así que el uso de estrategias pasivas de afrontamiento repercute en el desarrollo del síndrome de burnout.

Aunque existen diversos estresores y factores de riesgo en la práctica de los cuidados paliativos, existen también muchas recompensas que pueden servir como factores protectores, tales como la relación con los pacientes, la competencia en el control de síntomas y el manejo de las emociones que genera presenciar el proceso de muerte (Dunwoodie y Auret, 2007). Crear un significado positivo de la situación y centrarse en el desarrollo personal ha permitido que los profesionales de salud en la Unidad de Cuidados Paliativos del INCan enfrenten de manera adecuada los estresores que surgen en su actividad diaria, disminuyendo así el riesgo de desarrollar síndrome de burnout.

No obstante, es importante señalar que un número considerable de los individuos evaluados mostraron niveles medios de agotamiento y alta despersonalización, lo que sugiere la necesidad de poner en práctica programas de capacitación para el personal de salud a fin de consolidar las competencias profesionales y el sentido de autoeficacia, así como fomentar cambios organizacionales y administrativos que generen métodos más efectivos de prevención y tratamiento, puesto que algunas investigaciones sugieren que los factores situacionales y organizacionales desempeñan un importante rol en el desarrollo del síndrome de burnout (Dunwoodie y Auret, 2007).

A pesar de que en el presente estudio se encontraron bajos niveles de burnout y el uso de estrategias activas de afrontamiento, es importante considerar otros factores que pudieron haber influido en los resultados de la evaluación realizada. Al momento de la aplicación de instrumentos, la mayoría de los profesionales de salud que participaron estaban concluyendo el curso de formación profesional en el servicio de Cuidados Paliativos del INCan (Servicio Social, Curso de Especialidad y Diplomado). Durante este tiempo, recibieron un entrenamiento en cuidados paliativos, lo que pudo haber influido en el desarrollo de estrategias específicas de afrontamiento y en el nivel de agotamiento presentado, o bien puede que estas estrategias y los niveles de agotamiento hayan cambiado durante su entrenamiento profesional en el servicio. Al respecto, autores como Pereira et

al. (2012) sugieren que un entrenamiento especializado en cuidados paliativos puede ser un factor protector.

Una de las limitaciones de este estudio es que se utilizó un diseño transversal, por lo que se sugiere que en próximas investigaciones se lleve a cabo uno longitudinal (realizando evaluaciones al inicio de año, a la mitad del entrenamiento y al finalizar este periodo), ya que de esta manera se podría determinar si hay diferencias significativas en los tres periodos de evaluación.

De igual manera, se requiere replicar la investigación en diferentes unidades hospitalarias de cuidados paliativos para poder generalizar los resultados encontrados, puesto que la Unidad de Cuidados Paliativos del INCan tiene una estructura organizacional y de atención clínica diferente a la de otras unidades que brindan ese tipo de atención en el país.

Los resultados aquí obtenidos constituyen un avance en el estudio específico de los profesionales de salud que brindan atención paliativa en México. Permiten determinar ciertas características que posee el personal que labora en esta área, establecer factores de riesgo y resaltar la importancia de implementar programas de atención para desarrollar estrategias activas de afrontamiento, fortalecer el sentido de realización personal y prevenir el síndrome de burnout.

Trabajar en cuidados paliativos expone a un contacto repetido con el sufrimiento, la vulnerabilidad y la naturaleza finita de la existencia humana, e involucra difíciles decisiones bioéticas. No obstante, es un trabajo que genera un sentido de trascendencia y satisfacción que repercute en el crecimiento profesional y humano de las personas que laboran en esta área. En México, se está consolidando el desarrollo de unidades especializadas en cuidados paliativos, por lo que es relevante promover la investigación psicosocial en esta área, toda vez que las consecuencias del desgaste emocional y el burnout afectan al personal de salud y la calidad de la asistencia que se brinda a los pacientes, al tiempo que genera deficiencias en los procesos de atención que repercuten en el equipo de trabajo, la institución hospitalaria y el sistema de salud.

REFERENCIAS

- Blanch P., A., Aluja F., A. y Biscarri G., J. (2003). Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain*, 7(1), 46-55.
- Cruz V., B., Austria C., F., Herrera K., L., Vázquez G., J.C., Vega V., C.Z. y Salas H., J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout o de desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 69(3), 137-142.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. y Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18(5), 677-684.
- Dunwoodie, D.A. y Auret, A. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care in doctors in Western Australia. *Internal Medicine*, 37, 693-698.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Test booklet and scoring keys*. Redwood City, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gil-Monte, P.R. y Maruco, M.A. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (*burnout*) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 450-456.
- Hernández V., C.I., Dickinson, M.E. y Fernández O., M.A. (2008). El síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(1), 11-14.
- Koeske, G.F. (1993). Coping with job stress: Wich strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 319-336.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martins P., S., Fonseca, A.M. y Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317-326.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Meda L., R.M., Moreno J., B.M., Rodríguez M., A., Morante B., M.E. y Ortiz V., G.R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.
- Meier, D.E. y Beresford, L. (2006). Preventing burnout. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1045-1048.
- Pereda T., L., Márquez C., F.G., Hoyos V., M.T. y Yáñez Z., M.I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 399-404.
- Pereira, S.M., Fonseca, A.M. y Carvalho, A.S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: A mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(8), 373-381.
- Poder Ejecutivo Federal (2009). *Ley Federal de Cuidados Paliativos*. Publicada el día 5 de enero de 2009 en el Diario Oficial de la Federación, que reforma el artículo 184 de la Ley General de Salud y adiciona el artículo 166 Bis, que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos. Disponible en línea: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/142.doc.
- Rojas C., E., Obregón H., G., González M., M., Alvarado A., S., Meneses G., A., Riveros R., A. y Sánchez S., J. (2012). Factores asociados con el síndrome de burnout en el equipo médico y paramédico en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 11(2), 71-80.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI: Inventario de Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Sosa O., E.N. (2007). Frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en profesionales médicos. *Revista Médica de Rosario*, 73, 12-20.
- Swetz, K.M., Harrington, S.E., Matsuyama, R.K., Shanafelt, T.D. y Lyckholm, L.J. (2009). Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: Peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *Journal of Palliative Medicine*, 12(9), 773-777.
- Thornton, P.I. (1992). The relation of coping, appraisal and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, 126, 261-271.
- Yela, J.R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, 50, 37-52.
- Zavala Y., L., Rivas L., R. Andrade P., P. y Reidl M., L. (2008). Validación del instrumento de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159-182.