

# Niveles de BurnOut en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos

Una revisión sistemática de la literatura



**MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Autora: Maria Adoración Lozano Gomariz  
Director: Francisco Javier Martínez Ortega

## **INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

D. FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ ORTEGA, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado “Niveles de BurnOut en profesionales sanitarios de cuidados paliativos: una revisión sistemática de la literatura” y realizado por la estudiante D<sup>a</sup>. MARÍA ADORACIÓN LOZANO GOMARIZ .

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 8/9/2016

Fdo.:  
Tutor TFM

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'F. J. Martínez Ortega', is written over a faint watermark of the University of Miguel Hernández.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Justificación</b>	<b>16</b>
<b>Objetivos</b>	<b>17</b>
<b>Material y métodos</b>	<b>18</b>
<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>18</b>
<b>Selección de artículos y criterios de inclusión</b>	<b>20</b>
<b>Evaluación de calidad</b>	<b>20</b>
<b>Análisis cualitativo de los artículos incluidos en esta revisión</b>	<b>21</b>
<b>Resultados</b>	<b>25</b>
<b>Discusión</b>	<b>31</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>32</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>33</b>
<b>Anexos</b>	<b>36</b>

## Resumen

### Introducción

Los profesionales que tiene como labor ayudar a pacientes y familiares que sufren o viven situaciones traumáticas como es la muerte, desarrollan un conjunto de emociones y comportamientos como resultado de este cuidado. Pocos estudios se han centrado exclusivamente en analizar qué ocurre en los equipos de Cuidados Paliativos sin incluir otras áreas médicas.

### Objetivo

Analizar los niveles de Burnout detectados en estudios llevados a cabo en profesionales sanitarios que desempeñan su labor en el ámbito de los Cuidados Paliativos y describir qué herramientas han utilizado para medirlo

### Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de estudios disponibles en MEDLINE, LILACS e IBECs. Sólo se incluyeron estudios que cumplieran con los criterios de inclusión, que se aplicaron por título, resumen y texto completo, así como aquellos de alta calidad. Se realizó un análisis cualitativo de los artículos incluidos identificando, principalmente, el tipo y ámbito de estudio llevado a cabo así como el tipo de intervención realizado.

### Resultados

De los 16 artículos finalmente incluidos, el diseño más frecuente ha sido transversal (n=10). El cuestionario más utilizado ha sido el Maslach Burnout Inventory (n=13), acompañado en la mayoría de las ocasiones de un cuestionario de datos sociodemográficos para caracterizar la muestra. La prevalencia de Burnout en los profesionales estudiados, no ha sido alta y cuando los comparamos con otras especialidades médicas es incluso inferior. El equipo de cuidados paliativos tiene un doble papel como protector y como fuente de estrés. Cuando se realizan programas de autocuidados se consiguen reducir los niveles de Burnout de los profesionales.

### Conclusiones

Los profesionales de Cuidados Paliativos están en riesgo de sufrir Burnout. Es importante poder desarrollar estrategias de cuidado dentro de los equipos que para fortalecer tanto individualmente a los profesionales como al propio equipo. El MBI es una herramienta adecuada para medir los niveles de Burnout.

**Palabras clave:** Palliative Care, Palliative Medicine, Burnout Professional, Compassion Fatigue

## Introducción

*Síndrome de Burnout*, también conocido como *Síndrome de agotamiento profesional*, se podría definir como “estado de agotamiento físico y mental de una persona, al que se llega por un desgaste secuencial y mantenido en el tiempo, en un puesto de trabajo en el que con anterioridad tenía un adecuado funcionamiento...”

*Cuidados Paliativos*, “asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa medica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia...”

Teniendo en cuenta lo anterior, ¿Es necesaria la prevención de burnout en cuidados paliativos?. La guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos de la SECPAL[1] (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) hace referencia a que el trabajo realizado por los profesionales de cuidados paliativos conlleva mucha tensión, hay un continuo contacto con la muerte y el sufrimiento, con la ansiedad del enfermo y de la familia, que pueden afectar a la capacidad emocional de los profesionales que trabajan en este contexto y derivar en burnout o quemazón en el trabajo.

Ortega Ruiz en su artículo “Burnout en profesionales sanitarios”[2] expone que parte del interés en esta problemática, respecto de los profesionales sanitarios, viene dada porque añade unos costes personales, sociales y económicos elevados y señala a las Unidades de Cuidados Paliativos como ejemplo de desgaste en la labor asistencial por las características de su labor.

*“Estos profesionales se enfrentan a múltiples y cambiantes problemas que aparecen en la fase terminal de la vida que ocasiona un intenso sufrimiento a los pacientes y sus familiares, así como a los propios profesionales”.*

*“Desempeñan su labor en contextos de ayuda a personas que se enfrentan a situaciones vitales altamente emocionales y estresantes, con una gran demanda hacia los profesionales tanto técnica como emocional”.*

Cherniss (1980)[3] describió el interés del burnout basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios.

Quien primero realiza una definición de burnout es Freundember en 1974 [4] y lo describe como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Sin embargo es Maslach quien populariza el concepto de burnout refiriéndose al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios humanos. Junto con Jackson realiza una definición del síndrome de burnout en la que consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo. Maslach y Jackson (1981) [5].

El **cansancio emocional** (CE) hace referencia a la sensación de sobreesfuerzo físico y la disminución o pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que se realiza, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás.

La **despersonalización** (DP) supone el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia las personas a las que da servicio. Es un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo.

La **falta de realización personal** (FP) en el trabajo es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, con baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Las personas afectadas se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Posteriormente Burke[6] añade un aspecto relevante: Considera que es un proceso de adaptación al estrés laboral crónico, cuando han fallado las estrategias de afrontamiento del sujeto. Lógicamente, cuando las personas nos enfrentamos a dificultades intentamos resolverlas de algún modo. Si lo conseguimos pararemos el proceso de quemazón, que solo se instaurará en el caso de que los intentos que hacemos de afrontamiento sean infructuosos y persistamos en ellos sin buscar otras estrategias de afrontamiento

Por tanto, reuniendo las definiciones de los autores anteriores y completando el término al inicio de este documento, el Síndrome de Burnout (en adelante SB) se define como ***“Estado de agotamiento físico y mental de una persona, al que se llega por un desgaste secuencial y mantenido en el tiempo, en un puesto de trabajo en el que con anterioridad tenía un adecuado funcionamiento, tanto a nivel de rendimiento objetivo, como de satisfacción personal. Observándose, entre otros, sentimientos negativos en la relación con las personas con las que trabaja, hacia el propio rol profesional y disminución de la energía y la capacidad de concentración, después de que hayan fallado las estrategias de resolución y afrontamiento personal”.***

Para medir el SB, se utiliza el Maslach Burnout Inventory, (MBI) o cuestionario de Maslach[7], validado en versión española para sanitarios por Oliver[8] (Anexo I). El MBI consta de 22 ítems que analizan cada uno de los tres componentes del burnout (CE, DP y FR). Cada ítem consiste en una frase y tiene seis posibles respuestas, de las que sólo se contesta a una de ellas. A cada opción de respuesta de cada ítem se le asigna un valor del 0 al 6 en la escala de Likert, y la puntuación total es la suma de dichos valores:

- Nueve cuestiones evalúan el agotamiento emocional (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), pudiendo obtener una puntuación máxima de 54. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo .
- Cinco la despersonalización (5, 10, 11, 15, 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Y,

- Ocho la realización personal (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34; altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

En este punto es necesario también explicitar el término **“fatiga por compasión”** puesto que comparte algunas consecuencias con el síndrome de burnout.

La fatiga por compasión (también denominada desgaste por empatía o cansancio por empatía), definida por Figley en 1995 [9] , es el conjunto de emociones y comportamientos que resulta de ayudar a personas que sufren o que viven en una situación traumática.

Desde este punto de vista, y de acuerdo con Tew Bunnag en su comunicación en la IX jornada nacional SECPAL, *“la compasión es una cualidad universal que incluye la simpatía y la empatía pero a la vez va más allá, es decir, que además de la comprensión del estado y de la situación del otro, implica la capacidad de identificarse emocionalmente con el sufrimiento de esta persona”*. *“Todo el mundo la ha vivido en algún momento y se reconoce como un impulso de ayudar o apoyar a otra persona”*.

Por tanto la compasión es entendida como un sentimiento de profunda empatía por otro que está sufriendo, acompañado de un fuerte deseo de aliviarle el dolor o resolverle sus problemas. Esta capacidad que ponemos en juego, y que es necesaria en las relaciones de ayuda, tiene una vertiente positiva y otra negativa. Puede dar lugar a la satisfacción por compasión, la satisfacción que se deriva del trabajo de ayudar otros, o puede dar lugar a la fatiga por compasión, que no es una enfermedad, es simplemente un aviso de que debemos introducir cambios en nuestra manera de afrontar el trabajo diario.

La fatiga por compasión, a diferencia del burnout, es un estado de aparición abrupta y aguda que se puede derivar de la exposición a un acontecimiento o una serie



de ellos que nos impactan especialmente. Las consecuencias que conlleva se pueden organizar en torno a 3 grupos de síntomas, como son:

1. Re-experimentación (revivir, recordar con una gran carga emocional)
2. Evitación y embotamiento psíquico o sobreimplicación (actitudes de distanciamiento tanto físico como afectivo de las personas, no sólo de los pacientes o sobreimplicación echándose a las espaldas toda la situación del paciente, pensando que solo nosotros podemos ayudar)
3. Híper-activación (estado de tensión , alerta permanente y reactividad)

Cuando los síntomas de la fatiga por compasión persisten y afectan al desarrollo del trabajo de la persona, puede desencadenarse un síndrome por Burnout.

En el otro extremo de estas situaciones está el **crecimiento personal** que muchos profesionales sanitarios describen tras presenciar y ayudar a las familias tras el sufrimiento de una enfermedad. Tedeschi, en uno de sus artículos, "Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering" [10] hace una serie de recomendaciones para controlar el propio estrés en situaciones emocionalmente exigentes.

### **Marco conceptual.**

Definimos *enfermedad terminal* como "aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la existencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación" [11]

**Cuidados paliativos** son aquellos que *"consisten en la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si fuera necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo"* (5 de mayo de 1991. Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE).

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, redefine el concepto de cuidados paliativos al describir este tipo de atención como: *"un enfoque, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos, espirituales e intelectuales."* Recomendando que este tipo de cuidados pueda coexistir en combinación con tratamientos activos, en estadios precoces de la enfermedad dando énfasis a unos u otros dependiendo del enfermo.

Siguiendo la Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL [12] (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes; sino que aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico dirigiéndose los objetivos terapéuticos a la promoción del confort del enfermo y su familia.

### **Antecedentes históricos de Cuidados Paliativos.**

El inicio y desarrollo de los cuidados paliativos no son una novedad aparecida durante esta década, ya que hasta bien entrado el siglo XX la medicina dedicaba la mayor parte de sus esfuerzos a aliviar el sufrimiento de los pacientes, puesto que la curación era algo difícil, tanto por la escasez de recursos como de conocimientos. Anteriormente se hablaba de 'cuidados terminales', palabra que actualmente ha sido sustituida por "Cuidados Paliativos", dado el carácter peyorativo y el significado de dejación de cuidados que se ha atribuido a este término.

Los cuidados paliativos pretenden conseguir la atención integral del enfermo terminal y de su familia, tanto en aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales, promocionando la autonomía y respetando la dignidad del enfermo mediante una atención continuada e individualizada.

La trayectoria de los cuidados paliativos, ha seguido una tendencia exponencial ascendente en los últimos años, consiguiéndose distintos logros y cobrando una entidad propia, que abarca no sólo los cuidados de los pacientes con cáncer, sino también el campo de las enfermedades crónicas (ACVA, ADVP, SIDA, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neuromusculares, EPOC y grandes quemados).

El progreso científico ofrece actualmente la posibilidad de curar muchas enfermedades, antes incurables o letales, prolongar la supervivencia de los enfermos o diferir el momento de su muerte. El envejecimiento de la población y los patrones de morbilidad hacen prever que en los próximos años aumente el número de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas así como el de pacientes geriátricos. Por tanto el número de personas que se ven afectadas por el sufrimiento que genera una situación terminal es cada vez mayor.

Se ha producido, además, un cambio radical en la demanda social, que identifica el desarrollo de los cuidados paliativos como un elemento cualitativo esencial de los sistemas de salud. Todo ello convierte los cuidados paliativos en una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias, que deben garantizar su adecuado desarrollo en cualquier lugar, circunstancia o situación; esta atención debe estar basada en principios de equidad, y ser dispensada por la red sanitaria pública.

La primera institución "hostium" creada para los pobres, peregrinos, enfermos y moribundos, dedicada al cobijo y alimentación, fue fundada por Fabiola, una noble romana discípula de San Jerónimo, en Roma en el año 380 DC. Ahora bien, es a finales del siglo XIX cuando se crea el primer HOSPICE (institución que cuida los moribundos) en Francia, en 1842, aunque el propio "movimiento hospice" procede de Gran Bretaña, siendo la base del posterior desarrollo de los cuidados paliativos.

El modelo de cuidados paliativos iniciado en el Reino Unido, a través de los servicios facilitados en los hospices, se ha impuesto hoy día como una necesidad indispensable. Con posterioridad, comenzó a desarrollarse en los hospitales de agudos y rápidamente se extendió por todo el mundo, fundamentalmente en Europa, Norteamérica, Australia e Israel, ideándose otro tipo de recursos complementarios como son los cuidados domiciliarios, los centros de día, las unidades móviles y los equipos de asesoría, bien presencial, bien a través de técnicas de telemedicina.

En 1991, el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Unión Europea (Estocolmo, 5 de mayo) consideraba que la meta fundamental de los cuidados paliativos es la calidad de vida del paciente y de su familia. En 1999, el Consejo de Europa emitía la Recomendación 1418/1999 sobre Protección de los derechos humanos y de la dignidad de los pacientes terminales y moribundos, y su Asamblea Parlamentaria instaba a todos los países miembros a tomar las medidas necesarias para proporcionar cuidados paliativos domiciliarios u hospitalarios, que aseguren la protección de dichos derechos.

La Organización Mundial de la Salud también hace suya esta necesidad y recomienda la inclusión de los cuidados paliativos como parte de la política gubernamental sanitaria (Palliative Care Solid Facts 2004), llegando incluso a solicitar la existencia de determinados recursos (30 camas por millón de habitantes), dedicados específicamente a este tipo de servicios.

En España el movimiento se inicia con la incorporación en 1984 de los Cuidados Paliativos en el Servicio de Oncología Médica del Hospital "Marqués de Valdecilla". Le sigue en 1986 un programa de Cuidados Paliativos en el Hospital de la Santa Creu de Vic (Barcelona). Posteriormente, han ido apareciendo, cada vez más, Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) distribuidas por la geografía española.

En Mayo de 2005 la Consejería de Sanidad de Murcia, a través de su Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, inicia la etapa de "Proyecto del Plan Integral de Cuidados Paliativos" constituyendo un grupo de trabajo multidisciplinar para su elaboración; concluyendo con el mismo y

trasladando la elaboración del “Protocolo de desarrollo operativo y su gestión” al Servicio Murciano de Salud en Abril de 2006. A lo largo del último trimestre de 2006 se presenta en las Gerencias de todas las Áreas SMS y a los Colegios profesionales y Sociedades científicas relacionadas con el tema de la Región, propiciando con ello la participación y recopilando las sugerencias que surgieron de la misma. El 28 de Noviembre de 2006 la Consejera de Sanidad comparece ante la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la Asamblea Regional para presentar el “Plan Integral de Cuidados Paliativos” e informar sobre la puesta en marcha del desarrollo del mismo. El 9 de Enero de 2007 se presenta el “Plan Integral de Cuidados paliativos” en el Consejo de Salud de la Región de Murcia, el cual da su visto bueno.

En Abril de 2007 se inicia la actividad de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos en todas las Áreas de salud de la Región.

### **Plan Regional de Cuidados Paliativos**[13]

Actualmente la Región de Murcia está dividida en 9 Áreas de Salud. Dependiendo de las características socio-demográficas uno o varios equipos prestan la atención sanitaria a pacientes terminales de dichas zonas (figura1).

Los Equipos de Soporte de Cuidados paliativos (ESCP) tienen como misión apoyar, colaborar y dar soporte a los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria en la atención integral y continuada de pacientes terminales e inmovilizados complejos o que presenten limitación funcional incluyendo a sus familias y/o cuidadores, interviniendo en el domicilio y en el Centro de Salud y también en el Hospital y Centro Socio sanitario. Están integrado por equipos multidisciplinares formado por médicos, enfermeras y auxiliares de clínica con entrenamiento y formación en la atención al paciente con enfermedad progresiva e incurable y su familia con el propósito de mejorar la calidad de vida de éstos.

Para ello trabajan de forma coordinada en los diferentes niveles asistenciales y desempeñan su función en el ámbito domiciliario (Equipos de Soporte de Atención

Domiciliaria -ESAD) y también en el hospitalario (Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria – ESAH) y en el caso de los niños Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) proporcionado soporte y apoyo a los profesionales que realizan el seguimiento del paciente tanto dentro como fuera del hospital



Figura 1

Áreas	ESAD	ESAH
I	2	1
II	3	1
III	2	1
IV	1	1
V	1	1
VI	2	1
VII	2	1
VIII	1	1
IX	1	1

### Resultados de investigaciones previas

En la revisión bibliográfica publicada por Vachon en Toronto en 1995 [14], se mencionaban cuales eran los niveles de burnout y estrés en el personal de un hospital de cuidados paliativos, y concluyendo que no era mayor que en otras áreas sanitarias. Mucha parte de la tensión que sufren estos profesionales, tiene que ver con cuestiones organizativas, influenciado esto por las diferentes características propias de cada persona. Sin embargo, cuando estudiaban el uso/abuso de drogas, ideación suicida, ansiedad y depresión estaban más relacionados con los profesionales de cuidados paliativos.

En una revisión sobre las características del cuidador[15], profesional o no, que se llevó a cabo mas tarde en Inglaterra se evidenciaban aspectos parecidos. Los niveles

de satisfacción en el trabajo son altos, para las enfermeras que trabajan en estas áreas de la medicina y mucho del estrés tiene que ver cuando se analizan las relaciones con otros profesionales de la salud, mas que al tratar la muerte de los propios enfermos.

En la trayectoria del desarrollo y ampliación de conocimientos de los Cuidados Paliativos tiene mucha importancia la integración de la reflexión narrativa[16-22] tanto para la educación en cuidados paliativos como una estrategia de enseñanza eficaz para profesionales de otras área y a los propios trabajadores de cuidados paliativos. Reflexiones que son utilizadas, en muchos casos como recurso propio de intervención para modificar conductas y evitar estrés[20-22].

En España, en una revisión sobre la ansiedad ante la muerte del personal sanitario[23], se analizaron 23 artículos que versaban sobre esta temática. En el estudio se incluyeron médicos de Cuidados Paliativos y de otras especialidades médicas. Se concluyó con que la muerte de un enfermo al que atendemos recuerda, a nuestra propia muerte. En estas situación los profesionales proyectan sus propias experiencias vitales, miedos internos y ansiedades.. Los médicos de Cuidados Paliativos respondieron no tener miedo a la muerte, lo cual parece indicar que el estar en contacto directo con pacientes terminales ayuda a aceptar la propia muerte. Sin embargo, estos mismos no creen que ello influyera en las actuaciones llevadas a cabo cuando se atiende a un enfermo terminal. Esta ansiedad sí que está presente en la comunicación entre los profesionales y el paciente o su familia. El empleo de programas formativos o entrenamiento en habilidades de comunicación no siempre modifica el nivel de ansiedad ante la muerte, éstos resultan beneficiosos a la hora de mejorar la comunicación con el paciente y la familia.

Una revisión sistemática realizada por Pereira en Portugal en 2011[24], arrojó resultados parecidos en los niveles de burnout en profesionales dedicados a los Cuidados Paliativos junto con profesionales de otras esferas de la medicina. Los niveles de burnout no son mas altos en paliativos que en otros contextos. Trabajar en las unidades de Paliativos parece demostrar tener un factor de protección frente a lo que les ocurre a otros profesionales. Sin embargo, los autores consideran que deben de

llevarse a cabo investigaciones mas en profundidad y que solamente impliquen a los trabajadores de estas unidades para evitar factores de confusión y así poder establecer sistemas de ayuda que eviten este desgaste que, cuando ocurre, afecta a todo el sistema de atención.

Por último, en la revisión llevada a cabo por Gillman L, et al [25] en 2015, centrada en enfermería, cuyo objetivo era identificar las estrategias personales y organizacionales que promueven afrontamiento en oncología y cuidados paliativos, identificó una serie de estrategias para preparar mejor a las enfermeras para la práctica y mantener su bienestar psicológico. Como son: 1. Fomentar conexiones dentro del equipo de paliativos; 2. Proporcionar educación y formación para desarrollar comportamientos que ayudan a controlar o limitar la intensidad de la tensión que se genera en la atención, o ayudar a la recuperación; y 3. Ayudar en el procesamiento de las emociones y aprender de las experiencias. Como muy importante de todo el proceso dos hechos: responsabilidad individual, para desarrollar estrategias personales y fundamental apoyo institucional dotando a las personas los recursos para hacer frente a los desafíos relacionados con el trabajo.

## **Justificación**

El cuidado de los moribundos se convierte en la práctica de la propia muerte y una forma de renovación en la vida de los que trabajamos en los servicios de cuidados paliativos. Pero para ello es necesario trabajar en equipo (característica esencial), formación específica (a veces insuficiente) y habilidades determinadas. De forma que nos encontremos ante un trabajo con dos vertientes, potenciales fuentes de estrés y de protección.

El presente estudio permitirá identificar cuales son los niveles de burnout a los que se enfrentan los trabajadores de las diferentes unidades de cuidados paliativos y qué medidas organizacionales se han llevado a cabo para reducirlos.



Los resultados obtenidos, permitirán a la coordinación regional, en base a la evidencia de los estudios publicados, planificar y desarrollar intervenciones en referencia a la promoción de la salud de los miembros de los equipo que componen las Unidades de Cuidados Paliativos.

## **Objetivo**

### ***Principal***

Analizar los niveles de Burnout detectados en estudios llevados a cabo en profesionales sanitarios que desempeñan su labor en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

### ***Secundario***

Analizar y describir las herramientas se han utilizado para medir dicho factor de riesgo psicosocial.

## **Material y métodos**

### **Estrategia de búsqueda**

Se realizó una búsqueda electrónica sistemática en las bases de datos de MEDLINE (pubmed), LILACS e IBECS, de artículos centrados en medir los niveles de burnout en los profesionales sanitarios en el ámbito de los cuidados paliativos.

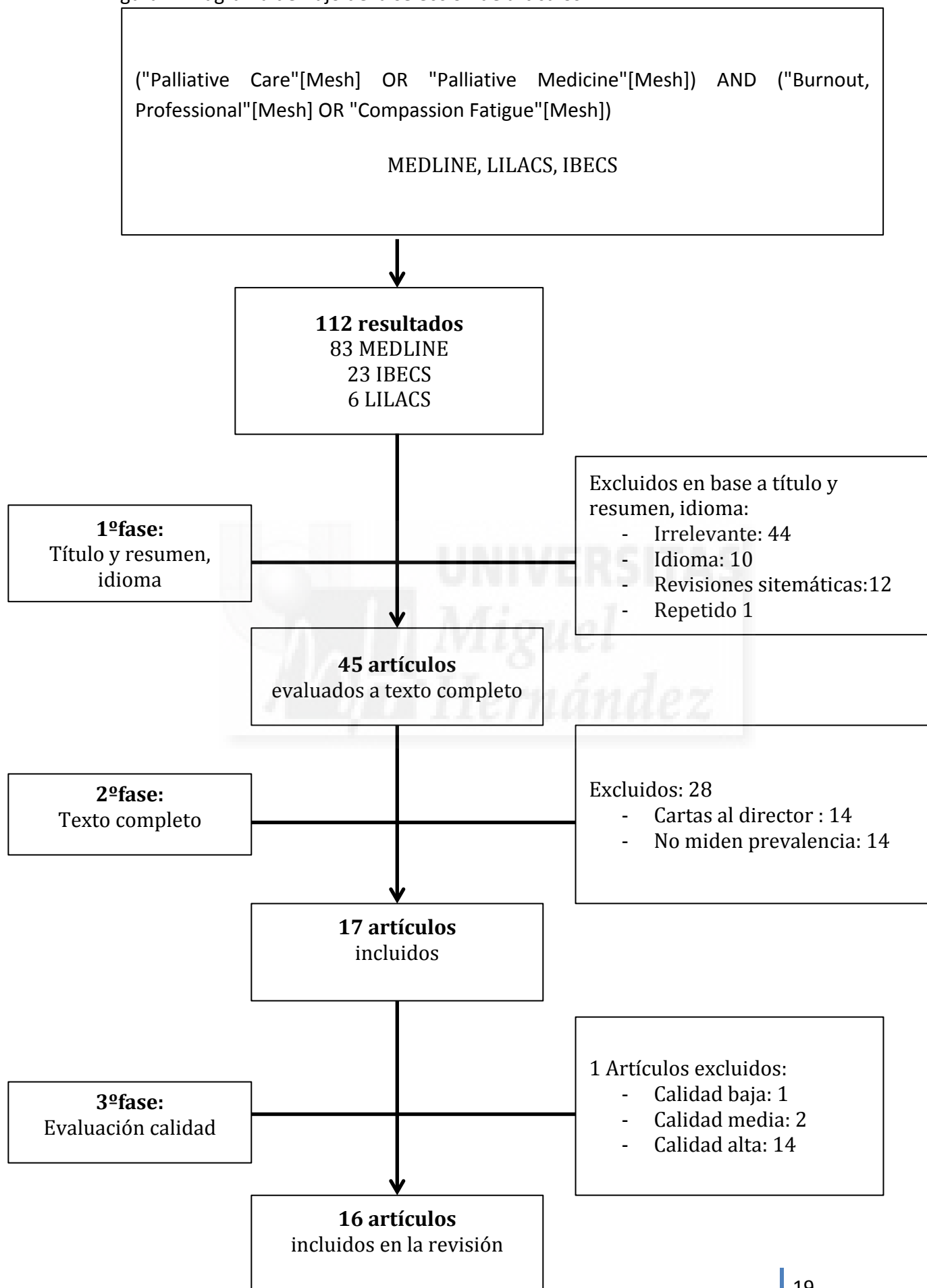
Las palabras clave utilizadas, recogidas en el MeSH y/o relacionadas con los aspectos fundamentales de la investigación fueron: 1. Cuidados Paliativos (“Palliative Care”) 2. Medicina paliativa (“Palliative Medicine”) 3. Agotamiento Profesional (“Burnout Professional”) 4. Fatiga por compasión (Compassion Fatigue). Los diferentes términos de búsqueda fueron combinados con los operadores booleanos AND (Y) OR (O) para alcanzar un resultado lo mas sensible y menos específico posible con la

intención de no perder información relevante. La búsqueda no se limitó por año ni por idioma. No obstante solo se incluyeron finalmente los artículos publicados en español e inglés por ser los idiomas en los que los investigadores se manejaban con fluidez (figura 2)

La estrategia común de búsqueda aplicada fue: ("Palliative Care"[Mesh] OR "Palliative Medicine"[Mesh]) AND ("Burnout, Professional"[Mesh] OR "Compassion Fatigue"[Mesh])



Figura 2. Diagrama de flujo de la selección de artículos



## **Selección de artículos y criterios de inclusión**

El total de 112 citas bibliográficas obtenidas en la búsqueda, 83 en MEDLINE, 23 en IBECs y 6 en LILACS, fueron revisadas por título y cuando era necesario por resumen. A todas ellas se le aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

1. Estudios llevados a cabo en el ámbito de cuidados paliativos
2. Estudios cuyo objetivo principal es medir niveles de burnout en profesionales sanitarios
3. El idioma de las publicaciones en español e inglés (pero en el caso de que por su relevancia haya que incluir un artículo en un idioma diferente se solicitaría su traducción)

Criterios de exclusión:

1. Artículos en el ámbito de paliativos cuya población de estudio no son los profesionales sanitarios.
2. Artículos fuera del ámbito sanitario de los cuidados paliativos (oncología, primaria, psiquiatría), sí aquellos que aunque engloben otros ámbitos sanitarios, incluyan los profesionales en cuidados paliativos.

Tras excluir 67 (44 irrelevantes, 10 por idioma diferente, 12 revisiones sistemáticas y 1 repetido) 45 publicaciones fueron seleccionadas en esta primera fase, de las cuales se obtuvo el texto completo. De esas 45, 18 cumplían los criterios de inclusión. El motivo de exclusión principal fue no hablar de datos de prevalencia del síndrome de BurnOut.

## **Evaluación de la calidad**

En la tercera fase los 18 artículos restantes fueron evaluados de manera independiente por dos revisores (AL y ERG), para ello utilizamos un sistema de

evaluación de calidad validado[26]. Esta herramienta, denominada QualSyst, fue desarrollada para, de una manera sencilla y estandarizada, asignar un índice de calidad a los estudios incluidos en una revisión sistemática. El sistema se basa en una lista de preguntas, diferente en caso de estudios cualitativos o cuantitativos, donde las posibles respuestas son: sí, parcial, no o no aplicable (NA). Para estudios cuantitativos, que fue la utilizada en esta revisión, trata de 14 preguntas, relativas a 8 diferentes aspectos del diseño del estudio (descripción del muestreo, participantes, asignación, medidas, tamaño muestral) y resultados (descripción de la varianza, factores de confusión, detalle de los resultados). Una vez contestadas el cálculo del índice final para estudios cuantitativos se realiza mediante la fórmula:  $[(\text{número de "sí"} \times 2) + (\text{número de "parcial"} \times 1)] / [28 - (\text{número de "NA"} \times 2)]$ , resultando un valor de 0 a 1, siendo 1 el resultado óptimo. Cada revisor evaluó de manera independiente los estudios incluidos aplicando esta herramienta, el índice de calidad final es el resultado de la media aritmética de los índices obtenidos por ambos.

De los artículos seleccionados, sólo uno obtuvo una calificación inferior a 0,7 [42], por lo tanto se ha excluido en esta fase.

### **Análisis cualitativo de los artículos incluidos en esta revisión**

De las 17 publicaciones incluidas en esta revisión[27-43] se extrajeron una serie de variables descriptivas para caracterizar cada uno de ellos, como son: título, primer autor, año y país de publicación, diseño del estudio, ámbito de estudio, tamaño muestral y tipo de intervención. Tabla 1.

Titulo, primer autor, año y país de publicación	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Tamaño muestral	Tipo de intervención	Índice calidad (0-1)
<b>Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study</b> Koh MY 2015, Singapur [27]	Estudio transversal	Personal de cuidados paliativos (médicos, enfermeras, trabajadores sociales)	273	Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ) a los participantes	1
<b>Taking care of health care professional's well-being: a pending challenge</b> Flores M 2014, Chile [28]	Estudio transversal	Trabajadores de equipos de cuidados paliativos	12	MBI (Burnout) ISTAS 21 (factores de riesgo psicosocial), NASA-TLX (carga mental)	0,8
<b>Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce</b> Slocum-Gori S 2013, Canada [29]	Estudio transversal	Trabajadores y voluntarios en un hospital de cuidados paliativos	630	Los participantes rellenaban la encuesta Professional Quality of Life Scale (ProQOL)	0,9
<b>Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos</b> Gómez Cantorna, Cristina 2012, España [30]	Estudio transversal	Enfermeras de Cuidados paliativos	94	Cuestionario de datos sociodemográficos y MBI	0,7
<b>Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study.</b> Fonseca A 2012, Portugal [31]	Estudio transversal	Enfermeras de Cuidados Paliativos	73	Se administró el MBI a todos los participantes y entrevistas personales con personal seleccionado	0,9
<b>Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care?</b> Melo CG 2011, Reino Unido [32]	Estudio cuasi experimental pre-post intervención	Trabajadores de Unidades de Cuidados paliativos y otras áreas de salud	150	Los participantes rellenaron tres cuestionarios: MBI, cuestionario sobre bienestar de salud y cuestionario de ansiedad ante la muerte. Los participantes posteriormente acudieron a un curso sobre comunicación, apoyo emocional y espiritual e introspección. Pasados 4 meses los volvieron a rellenar	0,9

<b>Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses.</b> Fillion L 2009, Canada [33]	Estudio casos y controles	Enfermeras trabajadoras en cuidados paliativos	109	Se medía el grado de satisfacción en el trabajo en enfermeras, mediante el General Satisfaction subscale of the Job Diagnosis Survey, antes y después de la intervención Meaning-centered group intervention (MCI training programme). Grupo control con el que no se intervino.	1
<b>Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco</b> Martínez García, M 2009, España [34]	Estudio de casos y controles	Enfermeras de cuidados paliativos y enfermeras de otras unidades de hospitalización	105	Cuestionario de burnout, escala de apoyo social y un cuestionario de satisfacción laboral	0,86
<b>Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón</b> Ortega Ruiz, C. 2008, España [35]	Estudio cuasi experimental pre-post intervención	Profesionales sanitarios de la unidad de cuidados paliativos hospitalaria	15	Inventario de Burnout de Maslach, Cuestionario de Salud General de Goldberg, Inventario de Ansiedad-Rasgo, Inventario de Depresión de Beck y Cuestionario de Aceptación y acción. Antes, después de la intervención y seguimiento	0,95
<b>Síndrome de burnout en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid</b> Santamaría García, E. M 2008, España [36]	Estudio transversal	Profesionales sanitarios en las unidades de atención domiciliaria y hospitalaria en el ámbito público y concertado	45	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validado en castellano	0,95
<b>Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia</b> Dunwoodie DA 2007, Australia [37]	Estudio transversal	Médicos de cuidados paliativos	41	Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ) a los participantes	0,8
<b>Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan.</b> Asai M 2007, Japon [38]	Estudio transversal	Oncólogos y Médicos de cuidados paliativos	697	Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ) a los participantes	0,8

<b>Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una Unidad de Cuidados Paliativos</b> Santisteban Etxeburu, I 2006, España [39]	Estudio transversal	Colectivos de profesionales de las unidades de cuidados paliativos	24	Se administra de manera individual la escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer, el MBI de Maslach y una encuesta relacionada con factores estresantes, apoyo familiar o laboral...	0,75
<b>Burnout in professionals belonging to palliative, intensive care and emergency services in a general hospital</b> Casado Moragón A 2005, España [40]	Estudio transversal	Médicos de cuidados paliativos, intensivistas y de urgencias	126	Los participantes rellenaron el Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI), versión validada para sanitarios de Oliver	0,9
<b>Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme.</b> Bruneau BM 2004, Reino Unido [41]	Estudio cuasi experimental pre-post intervención	Enfermeras de cuidados paliativos	18	Los participantes rellenaron Nurses Stress Scale (NSS) y Nurses Coping With stress Questionnaire antes y después del programa de reducción de estrés, 3 semanas después.	0,9
<b>Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team</b> Van Staa AL 2000, Países Bajos [42]	Estudio cuasi experimental pre-post intervención	Equipos de cuidados paliativos	21	Cuestionarios propios sobre nivel de estrés	0,66*
<b>Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians.</b> Ramirez AJ 1995, Reino Unido [43]	Estudio transversal	Oncólogos y médicos de cuidados paliativos	393	Los participantes rellenaron Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI), el General Health Questionnaire (GHQ) a los participantes, y una encuesta sobre estrés y satisfacción en el trabajo.	1

Tabla I. Principales características de los estudios finalmente incluidos en la revisión sistemática (n=18)



## Resultados

De los 112 artículos encontrados, solo 17 publicaciones han sido incluidas en esta revisión sistemática. Una publicación[42] se ha eliminado, por no responder a las exigencias de calidad de los estudios cuantitativos[26] .

Caracterizándolos podemos decir:

- por el país de publicación: un estudio se ha realizado en Singapur[27], uno en Chile[28], dos en Canadá[29,33], uno en Australia[37], uno en Japon[38], tres en el Reino Unido[32,41,43], uno en Portugal[31] y 6 en España[32,34-36,39,40]. (Fig. 3)

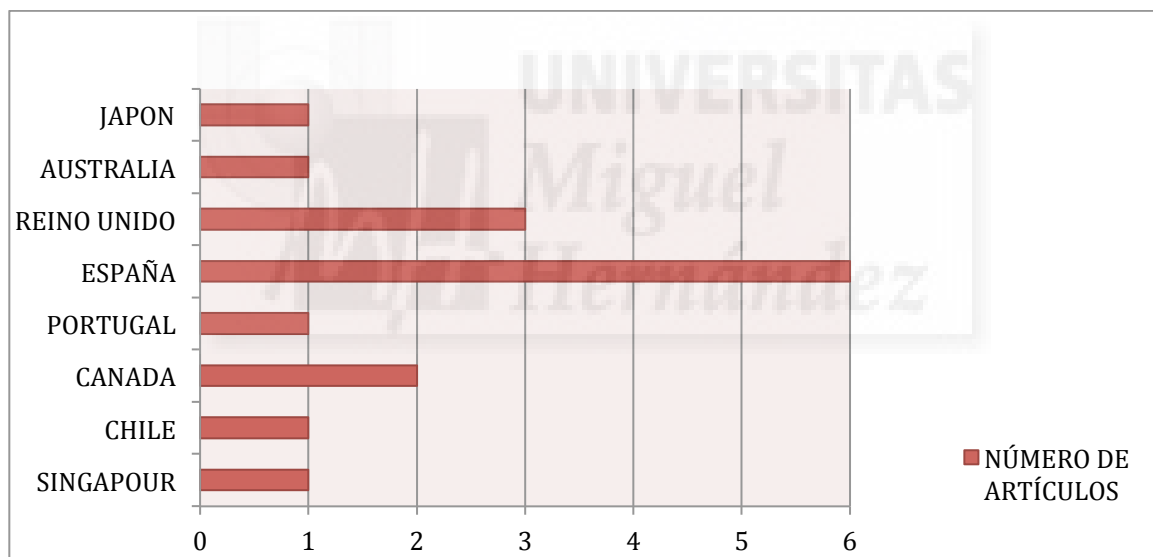


Figura 3. Número de artículos correspondientes al país de publicación

- por el año de publicación: uno en 2015[27], uno en 2014[28], uno en 2013[29], dos en 2012[30,31], uno en 2011[32], dos en 2009[33,34], dos en 2008[35,36], dos en 2007[37,38], uno en 2006[39,40], uno en 2005[40], uno en 2004[41] y uno en 1995[43] (Fig. 4)

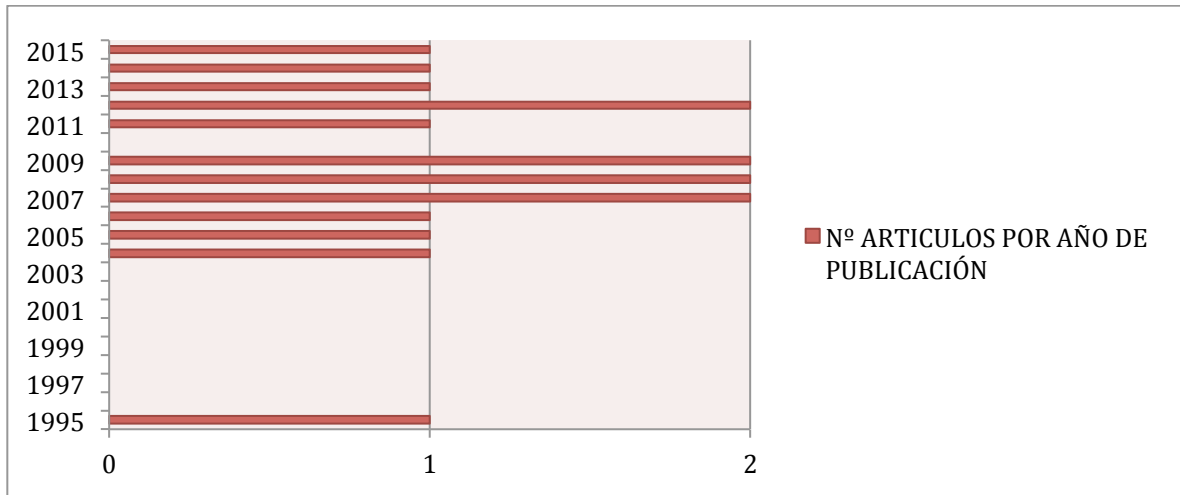
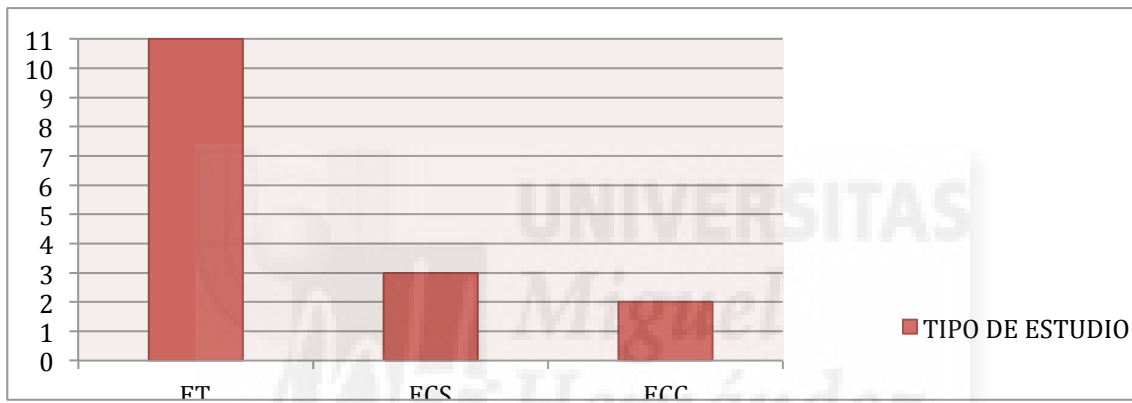


Figura 4. Número de artículos correspondientes al año de publicación

- metodológicamente, diez de los estudios son transversales [27-31,36-40,43] (de prevalencia), dos estudios de casos y controles [33,34] y tres estudios cuasi-experimental pre post intervención[32,35,41] (Fig.5)
- referente al personal al que se ha estudiado, cinco estudios engloban al total del equipo de cuidados paliativos[27,28,35,36,39], cuatro de ellos sólo a enfermeros[30,31,33,41], tres a médicos de paliativos con médicos de otras especialidades[38,40,43], solo uno con médicos de paliativos[37], uno con enfermeras de paliativos y enfermeras de otras áreas[34] y uno estudia el personal de paliativos con voluntarios[29].(Fig. 6)
- a excepción de tres estudios[39-41], en todos se ha pasado también un cuestionario de datos sociodemográficos para poder caracterizar a la muestra. (fig 7)
- en la mayoría de los estudio, en concreto en 13 de ellos, se utiliza el Maslach Burnout Inventory (MBI). En tres de ellos se utiliza otro método[29,33,41] (fig 7)

- en cinco publicaciones[27,35,37,38,43], se combina el MBI con el Cuestionario General de Salud (GHQ-12) que mide el riesgo de desarrollar trastornos tales como ansiedad o depresión. (fig 7)
- uno de los artículos[28] mide la carga mental con el cuestionario NASA-TLX y los factores de riesgo psicosocial con el ISTAS-21. Dos publicaciones [34,43] también recogen con un encuesta el grado de satisfacción laboral e incluso la escala de apoyo social percibida[34](fig 7)

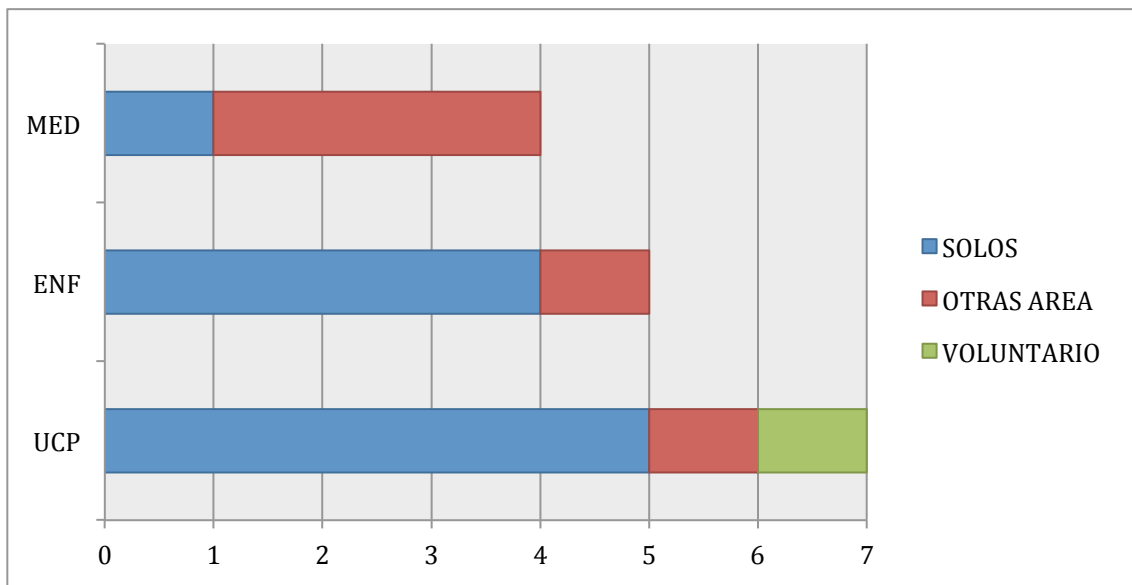


ET: Estudio Transversal

ECS: Estudio Cuasi-experimental pre post intervención

ECC: estudio de casos y controles

Fig.5: tipos de estudio.



UCP: Profesionales de Unidades de Cuidados Paliativos ENF: Enfermería MED: Médicos

Fig.6: Profesionales que intervienen en los estudios

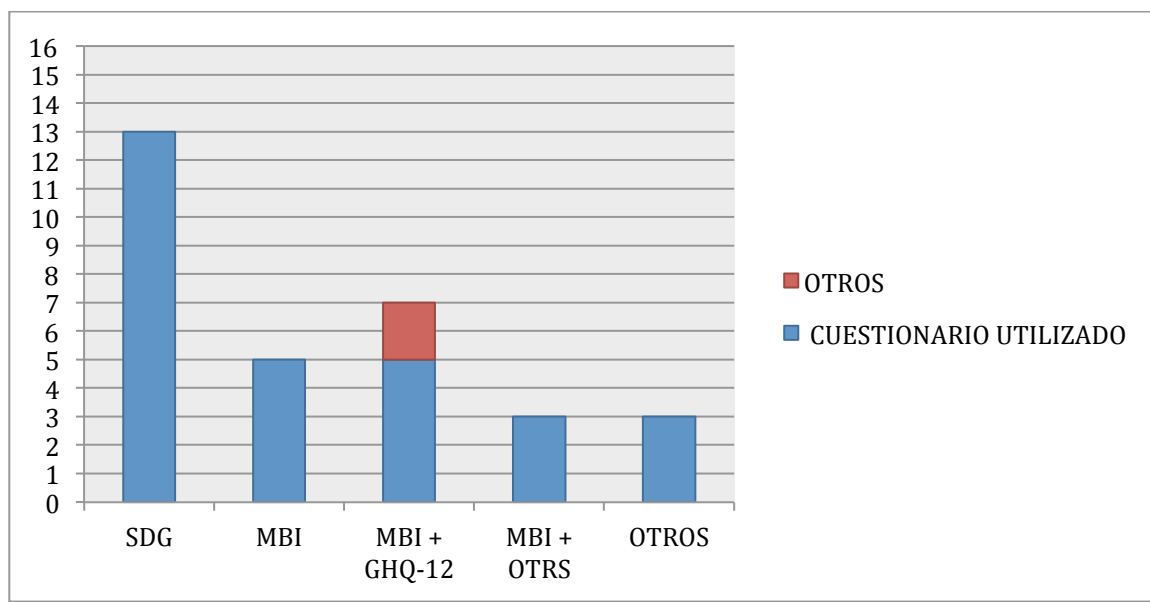


Fig7. Cuestionarios utilizados en los estudios.

La prevalencia del SB en los profesionales Canadienses fue del 33%[27], tras analizar a una muestra de 273 profesionales sanitarios del ámbito de cuidados paliativos. Niveles de Burnout más altos en comparación con los profesionales australianos que tienen un valor del 24%[37] o los profesionales de Canadá con un 21%[29] aunque este último utilizó una escala diferente para medirlo. Analizando qué factores estadísticamente significativos son los que influyen en el desarrollo de este síndrome, nos encontramos que trabajar más de 60 horas semanales está directamente relacionado con mayor agotamiento emocional (factor que también se relaciona con un mayor riesgo de morbilidad psicológica). Así mismo aquellas personas que tiene menos desarrollado el campo espiritual (sea o no religioso), se asocian a puntuaciones más altas tanto en la despersonalización como en la falta de realización personal[27,29]. Ligado a lo anterior, los trabajadores a tiempo parcial, tiene mayor niveles de satisfacción y sufren menos Burnout[29]. Importante el hecho de la doble presencia que ocurre en las mujeres, que son la amplia mayoría de los participantes de todos los estudios. Éstas además se ocupan, como especifican, de la mayor parte de las tareas domésticas propias con lo cual sobrecargan aún más su papel laboral[28,30].

Parte de los estudios analizados en esta revisión sistemática nos indican que los niveles de burnout (en sus tres dimensiones) en los profesionales de cuidados paliativos son inferiores cuando se comparan con profesionales de otras áreas de salud, como los oncólogos o los trabajadores de los servicios de urgencias[37,38,40,43]. Sin embargo en un estudio realizado en España[34] que mide los niveles de Burnout en los profesionales de enfermería, se detectaron niveles similares entre enfermeras de diferentes áreas de salud. Es interesante ver que estudios analizados identifican factores que pueden proteger a los profesionales sanitarios que trabajan en cuidados paliativos del burnout, ya que se desarrollan estrategias individuales y de equipo que actúan como efecto protector del desarrollo del síndrome[38].

Cuatro de las publicaciones analizadas realizan un estudio cuasi experimental [32,33,35,41], de forma que los participantes en los estudios se les miden los niveles de Burnout antes del programa y después de él. Dos de ellas miden estos niveles usando el MBI [32,35] junto a otras escalas accesorias, y otros dos utilizan otros cuestionarios[33,41] para medirlos. Dos de ellos[32,33], además utiliza un grupo control sobre el que no se interviene. Los programas llevados a cabo están basados en fomentar la comunicación, apoyo emocional y espiritual y la introspección. De forma que se favorezca la adaptación positiva al entorno laboral que los rodea. En la publicación de Melo CG et al[32], se obtuvo una muestra de 150 participantes trabajadores de equipos de cuidados paliativos y de otras áreas de salud. De estos, 26 formaban el grupo control. Se les administró el cuestionario MBI inmediatamente antes de la intervención y cuatro meses después. Los resultados ponen de manifiesto que se mejoran los niveles de los tres ítems estudiados (figura 8) en comparación con el grupo control, el cual no recibía ninguna intervención. En España, Ortega Ruiz et al[35], realiza una intervención psicológica en profesionales de cuidados paliativos hospitalarios. Se les administró también el MBI antes de la intervención, inmediatamente después y tres meses después. La intervención reduce los niveles de despersonalización y aumenta la realización personal en los profesionales sanitarios sobre los que se interviene (figura 9). No se producen cambios en el nivel de ansiedad y depresión también medidos con escalas.

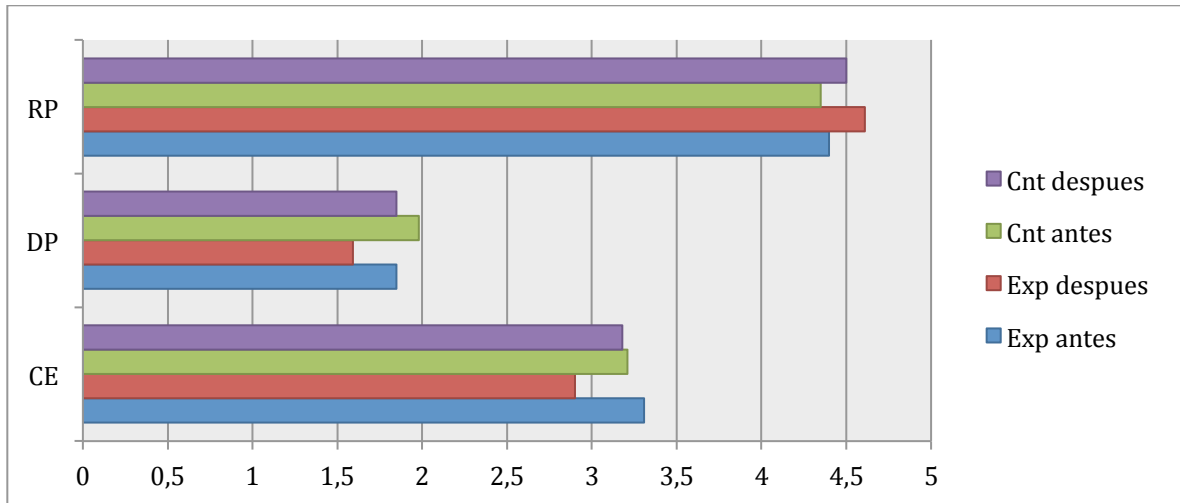


Fig 8. RP: Realización Personal / DP: Despersonalización / CE: Agotamiento Emocional  
Exp: Grupo experimental / Cnt: Grupo Control

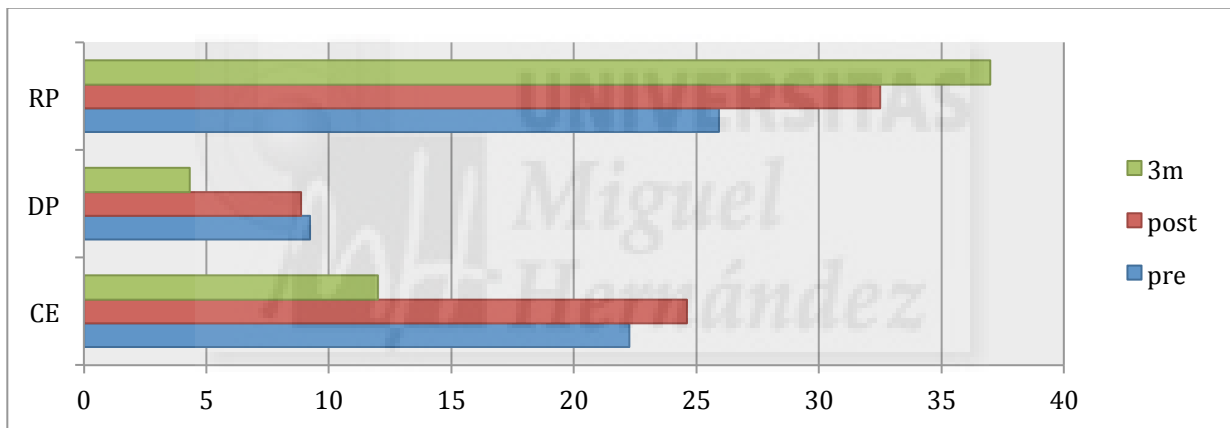


Fig 9. RP: Realización Personal / DP: Despersonalización / CE: Agotamiento Emocional  
Pre: previo intervención / Post: postintervención inmediata / 3m: 3 meses después intervenc.

Importante, como hecho que se repiten en las publicaciones, el papel del equipo. En el estudio de Fonseca et al[31], que analiza los niveles de Burnout en enfermeras portuguesas. En una serie de entrevistas que tienen lugar con las participantes del estudio, donde ellas relataban preocupaciones, dificultades y satisfacciones dentro de su trabajo, coincidían en que las relaciones difíciles dentro del equipo junto con la sobrecarga de trabajo, la desorganización y la dificultad que entraña en muchas ocasiones las comunicación/empatía con el paciente y su familia, hacen que sea costoso realizar el trabajo. De esta manera, ellas desarrollaron una serie de medidas que les ayudara a reducir los niveles de agotamiento, tales como realizar reuniones de equipo

estructuradas, desarrollo conjunto de actividades entre los miembros del equipo y poner en marcha estrategias cuando la muerte de los pacientes está cerca.

## Discusión

Con esta revisión bibliográfica se ha tratado de analizar cuales son los niveles de Burnout en los profesionales sanitarios dedicados al ámbito de los cuidados paliativos y cuales son las herramientas utilizadas para medirlo.

Los resultados de esta revisión sistemática revelan que los niveles de BurnOut en estos profesionales de la salud que trabajan en paliativos, no parecen ser mas altos que en otros contextos [30,34,38]; siendo en ocasiones inferiores[40,43]. De igual manera cuando los estudios sólo hacen referencia a los trabajadores de estas áreas, los niveles de Burnout que encontramos tampoco son elevados [27-29,36,37,39]. Según algunos autores, este fenómeno podría explicarse por los propios factores protectores que se desarrollan al trabajar en el cuidado de tipo de pacientes y sus familias junto con el hecho de trabajar perteneciendo a un equipo[31,39,40]; sin embargo es este segundo punto del trabajo en equipo el que se debe de tratar con mayor cuidado porque desorganizaciones dentro del mismo o sobrecargas entre los miembros, son uno de los principales factores que harán que los profesionales sanitarios se desequilibren [28,30,31]. De manera que es importante reconocer necesidades, miedos e inseguridades tanto del paciente y familia como de los profesionales. Para esta tarea es fundamental potenciar los aspectos formativos haciendo hincapié en los aspectos psicológicos del proceso de muerte y duelo.

Igualmente, cobra importancia el que se desarrollen programas de cuidado de los equipos de profesionales de cuidados paliativos, como medidas reductoras de estrés y protección frente al contexto en que se desarrollan su labor, puesto que en las publicaciones revisadas donde se hace una intervención sobre el grupo, se observan

mejorías en los niveles de Burnout que expresaban los profesionales y una mejor cohesión entre miembros del equipo [32,33,35,41]. Medidas que se deberían centrar en los siguientes aspectos:

- Disminuir la burocracia
- Establecer formas de participación de profesionales en la toma de decisiones y fijación de objetivos.
- Favorecer la formación continuada
- Recuperar el prestigio profesional
- Contar con el apoyo de los directivos en situaciones complejas
- Mantener y mejorar la salud mental de los profesionales para mejorar la calidad del trabajo

El MBI, ha sido la herramienta más ampliamente utilizada para medir los niveles de Burnout en los profesionales estudiados, con independencia del país de la publicación [27,28,30-32,34-40,43]. Este cuestionario va acompañado de un cuestionario sociodemográfico que recoge las características de los profesionales estudiados y también ha ido en ocasiones acompañado de otros cuestionarios que completan el objetivo que el autor de cada publicación se proponía [27,28,34,35,39,43].

## Conclusiones

1. Los profesionales sanitarios del ámbito de cuidados paliativos están en riesgo de padecer Síndrome de Burnout.
2. El desarrollo de programas de cuidado que promuevan intervenciones estructuradas y guiadas sobre estos profesionales, ayudan a reducir los niveles de estrés y a fomentar los lazos dentro del equipo.
3. El Maslach Burnout Inventory es una herramienta adecuada para medir los niveles de Burnout de los profesionales sanitarios.



## Bibliografía

1. Guía de prevención de “burnout” para profesionales de cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2008.
2. Ortega Ruiz y López Ríos “Burnout en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas”. *Int J Clin Health Psychol*, 2004;4: 137-160
3. Cherniss, C. 1980. *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
4. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-65.
5. Maslach Ch, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2: 99-111
6. Richardsen, A.M. & Burke, R.J. Models of burnout: Implications for interventions. *Int J Stress Manage* (1995) 2: 31.
7. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. En: Sanders G, Suls J, editors. *The burnout syndrome*. Park Ridge, IL: London House, 1982.
8. Oliver C. La problemática del estrés en profesiones asistenciales. El burnout como síndrome específico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1993.
9. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley CR, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner-Routledge; New York: 1995. pp. 1–20
10. Tedeschi R, Calhoun L, editors. *Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995. p. 43-57
11. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
12. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
13. Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia 2006.
14. Vachon ML. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med*. 1995 Apr;9(2): 91-122.
15. Ramirez A, et al. ABC of palliative care. *The carers*. *BMJ*. 1998 Jan. 17;316(7126):208-11
16. Wakefield A. Nurses’ responses to death and dying: a need for relentless self-care. *Int J Palliat Nurs*. 2000 May;6(5):245-51
17. Wessel EM, Garon M. Introducing reflective narratives into palliative care home care education. *Home Healthc Nurse*. 2005 Aug;23(8):516-22
18. Newton J, Waters V. Community palliative care clinical nurse specialists’ descriptions of stress in their work. *Int J Palliat Nurs*. 2001 Nov;7(11):531-40
19. Mulder J, Grogory D. Transforming experience into wisdom: healing amidst suffering. *J Palliative Care*. 2000 Summer; 16(2):25-9
20. DeArmond IM. The psychological experience of hospice workers during encounters with death. *Omega (Westport)*. 2012-2013;66(4):281-99
21. Edmonds KP et al. Clinical supervision in the palliative care team setting: a concrete approach to team wellness. *J Palliat Med*. 2015 Mar;18(3):274-7
22. Gallagher R. Compassion fatigue. *Can Fam Physician*. 2013 Mar;59(3):265-8
23. Santisteban Etxeburu, I Mier Zárrega, O. Anxiety on sanitary professionals regarding death: review of the literature. *Med paliat*;2005 jul – sep 12(3):169-174

24. Pereira SM, et al. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011 May; 18(3):317-26
25. Gillman L, et al. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2015 Jun 12;13(5):131-204
26. Kmet LM, Lee RC, Cook LS. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Alberta Heritage Foundation for Medical Research: Edmonton, Alberta, Canada, 2004.
27. Koh MY et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliat Med*. 2015 Jul;29(7):633-42.
28. Flores M, et al. Taking care of health care professional's well-being: a pending challenge *Rev chil ter ocup*;2014 Jul; 14 (1) 33-44
29. Slocum-Gori S et al. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med*. 2013 Feb; 27 (2): 172-8
30. Gomez Cantorna, Cristina et al. Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos (Madr., Ed. Impr.)*;2012 Jun. 23(2):59-62
31. Fonseca A, et al. Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *Int J Palliat Nurs*. 2012 Aug;18 (8):373-8
32. Melo CG, Oliver D. Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *J Palliat Care*. 2011 Winter;27(4):287-95.
33. Fillion L et al. Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psychooncology*. 2009 Dec;18 (12):1300-10
34. Martínez García, M., et al. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Rev. Med. Univ. Navarra*. 2009. Ene-Mar. 53 (1):3-8.
35. Ortega Ruiz, C. Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Med Paliat*. 2008 abr;15(2):93-97.
36. Santamaría García, E.M., et al. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. *Med paliat*; 2008 nov. dic;15 (5):273-278.
37. Dunwoodie DA and Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J* 2007; 37: 693–698.
38. Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* 2007; 16: 421–428.
39. Santisteban Etxeburu, I, Mier, O. Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una Unidad de Cuidados Paliativos. *Med paliat*. 2006 ene. 13(1):18-24.
40. Casado Moragón A, et al. Burnout in professionals belonging to palliative, intensive care and emergency services in a general hospital. *Med Clin (Barc)*. 2005 Apr 16;124(14):554-5
41. Bruneau BM, Ellison GT. Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *Int J Palliat Nurs*. 2004 Jun;10 (6):296-304
42. Van Staa AL, et al. Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Educ Couns*. 2000 Aug;41(1):93-105

43. Ramirez AJ, Graham J. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians.. *BR J Cancer*. 1995 Jun;71(6):1263-9



**ANEXO I: CUESTIONARIO MBI**

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

**0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.  
3= UNAS POCAS VECES AL MES . 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.  
6= TODOS LOS DÍAS.**

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8	Siento que mi trabajo me está desgastando
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
10	Siento que me he hecho más duro con la gente
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo
13	Me siento frustrado en mi trabajo
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	