



# OCUPARSE DEL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: UN DESAFÍO PENDIENTE

## TAKING CARE OF HEALTH CARE PROFESSIONAL'S WELL-BEING: A PENDING CHALLENGE

Daniela Flores M.<sup>1</sup>, Valentina Vega C.<sup>2</sup>, Constanza Del Río G.<sup>3</sup>, y Daniel Zavala B.<sup>4</sup>

### Resumen:

Este estudio de caso tiene como objetivo general, escribir las características laborales asociadas al Síndrome de Burnout en un Equipo de Cuidados Paliativos Oncológicos del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en el año 2013”

Las variables evaluadas son Síndrome de Burnout, carga mental y factores de riesgo psicosociales, las que fueron evaluadas mediante pautas estandarizadas: Maslach Burnout Inventory (MBI), NASA-TLX e ISTAS 21, respectivamente, además de un cuestionario de datos personales. La población de estudio está conformada en su mayoría por mujeres. Seis son médicos, cuatro son enfermeras y dos son técnicos en enfermería. Los principales hallazgos son que: todos los participantes tienen Síndrome de Burnout o se encuentran en riesgo de padecerlo, las principales fuentes de carga mental son las exigencias mentales y temporales, y los principales factores de riesgo psicosociales se relacionan con las exigencias psicológicas y la doble presencia.

De los resultados obtenidos se concluye la importancia de intervenir no sólo con pacientes oncológicos, sino también con los equipos de salud, ya que este puesto de trabajo se ve expuesto a altas exigencias que pueden perjudicar la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores.

**Palabras Clave:** Terapia Ocupacional, Ergonomía, Síndrome de Burnout, Cuidados Paliativos Oncológicos, Profesionales de la Salud.

### Abstract:

*The main purpose of this case study is to describe the work conditions related to the development of Burnout Syndrome in an Oncology and Palliative Care unit of the North Metropolitan Health Service, in the year 2013. This study evaluated the presence of Burnout Syndrome, Mental Workload and Psychosocial Risk Factors, which were assessed with three standardized tests: Maslach Burnout Inventory, NASA TLX and ISTAS 21, respectively, besides a personal data questionnaire. The study population was formed by twelve people, mainly women. Six were doctors, four were nurses and two were nursing technicians. The main results are: all individuals suffered from Burnout Syndrome or were in risk of developing it. The main mental workload causes were mental and timing requirements, and exposition to psychosocial risk factors related to psychological requirements and “double – presence”. These results highlight the importance of making an intervention not only with oncology patients, but also with the health team, who are exposed to many requirements, which can affect the professional's work and personal quality of life.*

### Keywords:

*Occupational Therapy, Ergonomics, Burnout Syndrome, Oncology and Palliative Care, Health Care Professionals.*

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, danyd.flores@gmail.com

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, valevega@gmail.com

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, delrio.cony@gmail.com

<sup>4</sup> Terapeuta Ocupacional y Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, Magíster en Ergonomía, Universidad de Concepción, dzavala@med.uchile.cl



## INTRODUCCIÓN

El Cáncer es un término genérico que se le otorga a un grupo de enfermedades caracterizadas por la aparición de neoplasias malignas<sup>5</sup> en cualquier parte del cuerpo (OMS, 2012). El Cáncer puede afectar a cualquier persona en cualquier etapa de su vida, haciendo extremadamente diverso el impacto ocupacional que posee esta enfermedad sobre la persona y sobre su red más cercana, incluyendo al personal de atención durante una fase terminal.

Según la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, durante el año 2008, el Cáncer se convirtió en una de las causas de defunción más importantes en el mundo con 7,6 millones de muertes registradas, correspondiendo a un 13% del total de las defunciones a nivel mundial (Cáncer, Organización mundial de la Salud, 2012).

La incidencia estimada abarca cerca de 15 millones de casos nuevos por año, sumados a los 13 millones de casos que actualmente existen, generando una prevalencia estimada actual que bordea cerca de 22,4 millones de personas a nivel mundial (MINSAL, 2011: 9). En Chile, según el Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL), el Cáncer constituye la segunda causa de muerte, luego de las enfermedades cardiovasculares, alcanzando entre el 20 al 25% de las defunciones a nivel nacional (MINSAL, 2009 en Conac s.f.).

Para los pacientes con Cáncer, en etapas avanzadas, el dolor es el principal obstáculo para desempeñarse de manera óptima en su vida cotidiana, ya que impacta negativamente en su calidad de vida. El dolor genera alteraciones emocionales y trae consecuencias negativas a nivel familiar, afectivo, social, laboral, económico y espiritual, empeorando la situación de salud en la cual se encuentra la persona (MINSAL, 2011: 9).

Para dar respuesta a este problema de salud, a nivel internacional y nacional, se han creado Programas de Control del Cáncer, los cuales cuentan con diversas estrategias, entre ellas, los cuidados paliativos.

En el año 2002, la OMS realizó una actualización de la definición de Cuidado Paliativo, la cual sostiene que es: "cuidado activo e integral del paciente cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicoló-

gicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia (...)" (Cuidados Paliativos, 2012: párr. 3).

Las acciones de cuidados paliativos, descritas en los programas, son llevadas a cabo por un equipo de salud multidisciplinario, y estas implican un nivel de compromiso que muchas veces sobrepasa la capacidad de respuesta del personal especializado. El trabajo con personas en etapas terminales de la enfermedad implica una alta carga emocional y mental; ello puede conducir al desarrollo de estrés laboral, el que, si no es tratado a tiempo, puede evolucionar a un síndrome de estrés crónico, o también conocido como Síndrome de Burnout (en adelante SBO) (Fidalgo, (s.f.): 4).

Maslach (1982) definió el Síndrome de Burnout como "una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y una sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar. La quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas. Lo que es único de esta condición es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que ayuda." (Maslach, 1982, en Serrano, 2006: 15).

El Síndrome de Burnout está conformado por tres dimensiones: agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (PA) (Maslach & Jackson, 1986, en Fidalgo, s.f.: 2). El agotamiento emocional se produce cuando el trabajador siente que el trabajo supera sus capacidades y se agotan los recursos emocionales propios. La despersonalización refiere al desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia el paciente. Por último, la falta de realización personal se manifiesta en una autoevaluación negativa, la cual impacta en las habilidades laborales de la persona. Este síndrome influye negativamente en la calidad de vida de quienes trabajan en cuidados paliativos oncológicos, asociándose a un deterioro de la vida personal y laboral.

Un estudio posterior (Bressi, 2008) determinó que existen factores personales y organizacionales que influyen en el SBO. Entre los factores personales se encuentran: ser joven, soltero y mujer, eventos vitales tempranos, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, rasgos de personalidad neuróticos, autocrítica, falta de habilidades sociales y administrativas, falta de tiempo libre, entre otros. En cuanto a los factores organizacionales, se destacan: sobrecarga laboral, rutina

<sup>5</sup> Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos, a través del sistema sanguíneo o linfático.

poco flexible, personal inadecuado, excesivas horas de trabajo, bajo sueldo y falta de tiempo.

Dos años después, Blanchard (2010) indica como factores causantes del SBO, escaso tiempo para la vida personal o vacaciones, sensación de fracaso, expectativas poco realistas sobre los pacientes, pérdidas frecuentes, duelo, disonancia ética cognitiva y problemas en el manejo de los cuidados. Las principales fuentes de estrés laboral serían la sobrecarga emocional, la carga laboral total, cuestionamientos existenciales, y las demandas de los pacientes, familiares y cuidadores.

Un tercer estudio (Jones, 2011) refiere que los altos niveles de sobrecarga laboral, baja sensación de control sobre el ambiente laboral, desequilibrio entre el esfuerzo invertido y la recompensa recibida, baja experiencia y baja satisfacción laboral, también guardarían relación con mayores niveles de Burnout en la unidades de cuidados paliativos.

El Maslach Burnout Inventory (en adelante MBI) es la forma más utilizada para evaluar el SBO en los estudios revisados para esta investigación. GilMonte (2002) validó el instrumento al español (ver detalles en sección Método).

Dentro de las consecuencias del SBO, se encuentra el ausentismo laboral. Según Grazziano y Ferraz (2010), el número y tiempo medio de las licencias médicas por estrés laboral (categoría dentro de la cual calificaría el SBO) superan a aquellas por enfermedades o accidentes ocupacionales, causando pérdidas millonarias para el sistema de salud de los países.

El SBO pertenece a la categoría de trastornos mentales y del comportamiento, según la clasificación de la Superintendencia de Salud de Chile (Pezoa, 2010). Durante el año 2009, fueron la segunda causa de ausentismo laboral, tramitándose 120.399 licencias médicas en mujeres y 71.666 en hombres, representando casi el 20% de las licencias por enfermedades curativas. Esto significó un gasto de subsidio de 30.999 millones de pesos (Pezoa, 2010: 15). Frente a estas cifras no cabe duda de la inminente necesidad de controlar aquellos factores de riesgo que causan estrés ocupacional, el cual puede desencadenar un Síndrome de Burnout, no sólo para mejorar la calidad de vida de las personas y disminuir la incapacidad laboral, sino para mejorar las condiciones de trabajo que dan origen a esta patología. A través de herramientas e intervenciones eficaces y oportunas que tengan como centro no sólo las condiciones laborales, sino aspectos ocupacionales del usuario, es decir, rutina, intereses, hábitos, roles y habilidades de desempeño, lograremos disminuir tanto el

nivel de ausentismo laboral como los gastos que este implica.

Para evaluar e intervenir en aquellos factores propios de la actividad laboral que favorecen la aparición del SBO, pueden ser utilizadas diferentes herramientas propias de la Ergonomía. Esta puede ser entendida como “una disciplina científica de carácter multidisciplinar, que estudia las relaciones entre el hombre, la actividad que realiza y los elementos del sistema en que se halla inmerso, con la finalidad de disminuir las cargas físicas, mentales y psíquicas del individuo y de adecuar los productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios; buscando optimizar su eficacia, seguridad, confort y el rendimiento global del sistema” (Asociación Internacional de Ergonomía, 2000).

Lo que busca la Ergonomía es adaptar el trabajo a la persona y estudiar las condiciones de trabajo, de manera de aumentar la calidad de vida laboral. Es muy importante destacar que todo lugar de trabajo debe promover el bienestar físico, mental y social de sus trabajadores/as y esto se consigue evitando condiciones de trabajo deficitarias.

Dentro de los aspectos que evalúa la Ergonomía, se encuentran la Carga Mental y los Factores de Riesgo Psicosocial.

La Carga Mental (en adelante CM) es definida por Eggemeier (1988, en Apud et al., 2002: 102), como: “nivel de capacidad de procesamiento gastado durante el desempeño de una tarea”. Este concepto hace referencia a la diferencia entre los recursos de procesamiento de que dispone el operador y los requerimientos que le demanda la tarea.

Por otra parte, los Factores de Riesgo Psicosocial (en adelante, FRPS) se entienden como: “interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo” (Comité Mixto OIT-OMS, 1984, en Parra, 2001, p. 11).

Para la Terapia Ocupacional, la Ergonomía es de vital importancia, puesto que se preocupa de la relación existente entre el sujeto, su trabajo y su entorno, y es el trabajo la principal ocupación de la persona adulta. Una mala calidad de vida laboral interfiere en el desempeño ocupacional del adulto, y en consecuencia, disminuye su calidad de vida global.

De la literatura consultada, la mayoría de los estudios sobre SBO corresponden a países anglosajones,



por lo que hay una notoria falta de investigaciones en el medio laboral chileno, en especial desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional. Basada en esto surge el interés por estudiar cómo se da el Síndrome de Burnout en una unidad de cuidados paliativos oncológicos en nuestro país, con la finalidad de aportar información relevante para el desarrollo de futuras intervenciones enfocadas en el equipo de trabajo, no sólo oncológicos, desde Terapia Ocupacional.

Esta investigación tiene por objetivo describir las características laborales asociadas al Síndrome de Burnout en un Equipo de Cuidados Paliativos Oncológicos del Servicio de Salud Metropolitano Norte (en adelante SSMN), en el año 2013.

Los objetivos específicos son:

- Medir la presencia del Síndrome de Burnout en un Equipo de Cuidados Paliativos Oncológicos del SSMN.
- Describir la exposición a factores de riesgo psicosociales del trabajo en un Equipo de Cuidados Paliativos Oncológicos del SSMN.
- Describir el nivel de carga mental en un Equipo de Cuidados Paliativos Oncológicos del SSMN.

Lo que se espera encontrar en esta investigación son niveles moderados o altos de SBO, una carga mental moderada y exposición a factores de riesgo psicosociales.

## MÉTODO

Chile cuenta con 69 unidades de cuidados paliativos (en adelante, UCP) en establecimientos de alta complejidad y 100 equipos en la red primaria (consultorios) el año 2011 (MINSAL, 2012: 53). En dicho periodo ingresaron 24.701 personas al programa nacional de cuidados paliativos del MINSAL (MINSAL, 2012: 23).

Considerando las restricciones de recursos humanos, presupuestarios y de tiempo para desarrollar la investigación en todas las UCP del país, el presente estudio optó por llevar a cabo la investigación en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, debido a que es el Servicio que atiende más personas en cuidados paliativos a nivel nacional y regional, correspondiendo a un 14,9% (1794 personas) de la población de la Región Metropolitana (Unidad de Cáncer Consolidados de Evaluación Anual 27/29 S.Salud – FONASA – 2011, SIGGES – DEIS, en MINSAL, 2012: 24).

El SSMN atiende las comunas de Til Til, Colina, Lampa, Quilicura, Conchalí, Independencia, Huechuraba y

Recoleta. Cuenta con cinco hospitales para atender una población de 785.045 personas.

Respecto al personal con el que cuenta el SSMN al año 2010<sup>6</sup>, se identifican: 99 enfermeras, 227 médicos y 221 técnicos paramédicos.

En el SSMN existen tres UCP, que atienden a un total de 1.794 personas (Unidad de Cáncer Consolidados de Evaluación Anual 27/29 S. Salud – FONASA – 2011, SIGGES – DEIS, en MINSAL, 2012: 24). Dos de ellas están ubicadas en establecimientos de alta complejidad, Instituto Nacional del Cáncer y Hospital Roberto Del Río, y una ubicada en un Centro de diagnóstico y tratamiento (CDT).

Se decidió realizar un estudio de caso, el cual busca estudiar en profundidad un grupo en particular, obteniendo información valiosa, pero cuyos resultados no son generalizables a la población, ya que son grupos pequeños, no representativos, como es el caso de la unidad de cuidados paliativos escogida. El presente estudio de caso está centrado en una unidad de cuidados paliativos, perteneciente a un establecimiento de alta complejidad y que atiende población adulta. Por esto, de las tres instituciones del SSMN que poseen UCP, dos quedan descartadas por no cumplir con los criterios de inclusión: pertenecer al SSMN, atender población adulta y formar parte de un establecimiento de alta complejidad. En el caso del CDT, éste no cumple con el criterio de pertenecer a un establecimiento de alta complejidad, y de las otras dos UCP, una de ellas (Hospital Roberto Del Río) atiende población infantil. La UCP del Instituto Nacional del Cáncer, es la única unidad que cumple con ambos criterios, es decir, pertenecer a un centro de alta complejidad y atender población adulta.

Este Instituto es un centro médico público, cuya misión es aumentar la sobrevivencia y calidad de vida de las personas que padecen Cáncer, a través de un modelo de atención oncológica integral y humanizada (INC, s.f.). Actualmente cuenta con una dotación total de 425 funcionarios, los cuales se distribuyen según el tipo de contrato: 95 personas de planta, 290 personas a contrata y 40 personas a honorarios. Al revisar el personal destinado a la atención médica, se identifican: 110 técnicos paramédicos, 44 enfermeras universitarias y 113 médicos cirujanos de diversas especialidades (Dotación de personal del INC, Gobierno Transparente,

<sup>6</sup> No se obtuvieron datos actualizados al 2013, por lo que se utiliza información oficial del año 2010, extraída de la memoria anual del SSMN ([www.ssmn.cl](http://www.ssmn.cl))

2013). La población de estudio es la unidad de cuidados paliativos de este Instituto, el cual está formado por seis médicos cirujanos, cuatro enfermeras y dos técnicos en enfermería de nivel superior (en adelante TENS).

Para el análisis de los datos se hizo uso de la estadística, debido al tamaño de la población estudiada. El software utilizado para registrar los datos y realizar el análisis descriptivo fue el Microsoft Office Excel 2007.

Posterior al análisis de los resultados, se realizó un metanálisis tomando como referencia estudios en los que se aplicó el MBI en profesionales de cuidados paliativos oncológicos y artículos en los que se aplicó el NASA-TLX y/o ISTAS 21 (Bressi et al., 2008; Blanchard et al., 2010; Jones et al., 2011; Aguirre, 2010; Grazziano, 2010) en profesionales de la salud, puesto que no se encontraron artículos en que se aplicaran los tres instrumentos en cuidados paliativos oncológicos.

Los buscadores utilizados fueron PubMed, Lilacs y Scielo, y se rescataron cinco artículos de un total de doce, que cumplían con los siguientes criterios: relación con SBO, equipo de cuidados paliativos oncológicos, profesionales de la salud, terapia ocupacional y el uso de alguno de los instrumentos antes mencionados.

## INSTRUMENTOS

Para evaluar Síndrome de Burnout, Maslach y Jackson (1982) elaboraron el Maslach Burnout Inventory (MBI), que es el primer inventario creado para medir el nivel de Burnout. Este instrumento está constituido por 22 ítems, sobre los sentimientos y actitudes del profesional con relación a su interacción con el trabajo y hacia los pacientes. Su función es medir el desgaste laboral de éste. Consta de tres subescalas (EE, DP, PA) que permiten determinar los síntomas o dimensiones, según la frecuencia en que se presentan en el trabajo.

Cabe señalar que mientras en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de Burnout, en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de Burnout<sup>7</sup>.

Para medir los factores de riesgo psicosociales se utiliza un segundo instrumento denominado "Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, SUSESO-ISTAS 21" (2002).<sup>8</sup>

El ambiente psicosocial laboral es uno de los aspectos más relevantes del trabajo, que se relacionan con la salud, puesto que la exposición a riesgos psicosociales afecta tanto la salud física, como la salud mental, y por ende la vida cotidiana de los trabajadores/as (Manual ISTAS, 2002).

Las dimensiones y subdimensiones evaluadas por este instrumento se detallan en la tabla n° 1.

Tabla n° 1  
Dimensiones y subdimensiones del instrumento ISTAS 21

Dimensiones	Subdimensiones
Exigencias psicológicas	Cuantitativas, cognitivas, emocionales, esconder emociones y sensoriales
Desarrollo de habilidades y trabajo activo	Influencia, posibilidades de desarrollo, control sobre los tiempos de trabajo, sentido de trabajo e integración a la empresa
Apoyo social	Claridad de rol, conflicto de rol, calidad del liderazgo, calidad de la relación con superiores y compañeros de trabajo
Compensaciones	Inseguridad del contrato, inseguridad de las características del trabajo y estima
Doble presencia	Carga y preocupación por tareas domésticas

Fuente: SUSESO – ISTAS 21 (2002)

Para medir la Carga Mental se aplica un tercer instrumento de recolección de datos denominado NASA-TLX, el cual tiene como finalidad evaluar la carga de trabajo mental subjetiva percibida por una persona al realizar diferentes tareas en su puesto de trabajo.

<sup>7</sup> La escala de respuesta utilizada es de tipo Lickert de 7 puntos, que van de 0 a 6. Se considera que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

<sup>8</sup> Se utilizó la versión breve. La puntuación del cuestionario está dada por una escala tipo Lickert, con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Una puntuación más alta es indicador de mayor riesgo.



Tabla n°2  
Dimensiones del instrumento NASA – TLX

Dimensión	Descripción
Exigencia Mental (M)	Cantidad de actividad mental y perceptiva que requiere la tarea.
Exigencia Física (F)	Cantidad de actividad física que requiere la tarea.
Exigencia Temporal (T)	Nivel de presión temporal percibida.
Rendimiento (R)	Grado de insatisfacción con el propio nivel de rendimiento.
Esfuerzo (E)	Grado de esfuerzo mental y físico necesario que la persona debe realizar para obtener su nivel de rendimiento.
Nivel de frustración (NF)	Grado de inseguridad, estrés, irritación, descontento, etc., sentido durante la realización de la tarea.

Fuente: NASA – TLX (1986)

Este instrumento mide seis subdimensiones, tres enfocadas a las demandas impuestas a la persona y tres a la interacción de la persona con la tarea.<sup>9</sup>

En la tabla n° 2 se define cada dimensión del instrumento.

Un cuarto y último instrumento de recolección de información corresponde al cuestionario de datos personales, elaborado por el equipo de investigación para obtener datos demográficos de la población.

Cabe destacar que los investigadores son externos a la institución en que se realizó el estudio, por lo que se realiza una etapa inicial de presentación de los investigadores y de los objetivos del estudio, para generar un acercamiento anterior al proceso de aplicación de pautas e instrumentos.

Por último esta investigación respeta los principios bioéticos, ya que cada persona dio su consentimiento informado para participar en el estudio mediante la firma de la carta en el que se detallan todos los aspectos relevantes de la investigación.

<sup>9</sup> El resultado es la puntuación ponderada de cada dimensión, que refleja la importancia de cada uno de estos factores como causante de carga mental de trabajo. La sumatoria de las puntuaciones ponderadas de las 6 dimensiones será la carga mental global, las cuales se dividen en terciles que permiten establecer rangos de carga mental baja, media y alta.

## RESULTADOS

En cuanto al perfil de la población estudiada, los datos obtenidos por medio del cuestionario de datos personales arrojaron los siguientes resultados:

La UCP seleccionada está formada por 6 médicos cirujanos, 4 enfermeras y 2 TENS, de los cuales 11 son mujeres y 1 es hombre. Las edades de los sujetos fluctúan entre los 26 y los 52 años. Respecto del estado civil, 6 personas son casadas, 5 solteras y 1 viuda. Los años de educación varían entre 15 y 24 años, siendo el promedio  $19,6 \pm 3,6$  años.

En cuanto a la experiencia laboral en cuidados paliativos, cinco personas tienen baja experiencia en el área (0-5 años), tres personas una experiencia media (6-11 años) y cuatro personas alta experiencia (12-17 años).

Finalmente, seis de los participantes cuentan con especialización en cuidados paliativos, mientras que los otros seis no tienen formación especializada en el área.

### Prevalencia de SBO en el equipo de Cuidados Paliativos

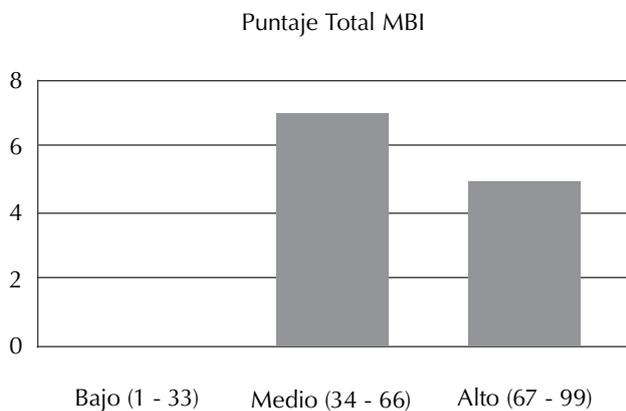
En base a resultados obtenidos de la aplicación del MBI se exponen a continuación los principales hallazgos:

Del gráfico n° 1, se desprende que, del puntaje total obtenido en el MBI: cinco participantes obtuvieron una

puntuación alta, lo que señala presencia del Síndrome de Burnout. Siete participantes obtienen un puntaje medio, lo que indica un riesgo de sufrir este síndrome.

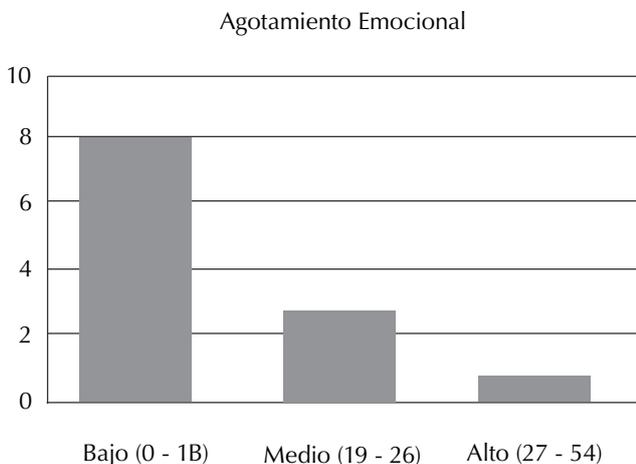
Del total de participantes, ninguno obtiene puntuación baja, lo que significa que todos los participantes se encuentran en riesgo de sufrir SBO o se encuentran en presencia de este síndrome.

Gráfico n°1  
Puntaje total obtenido cada sujeto en el MBI, según nivel de riesgo de Burnout



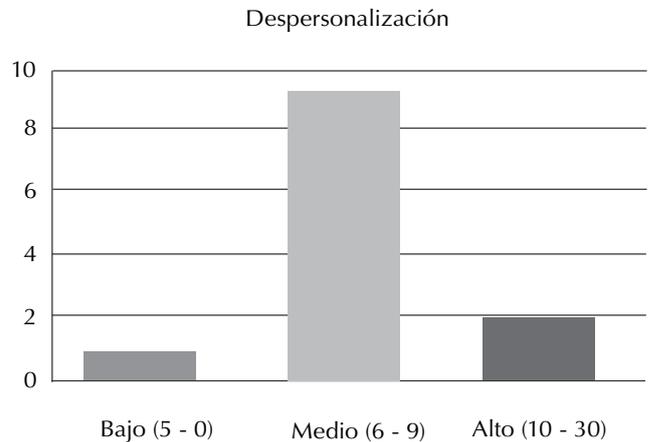
En la escala de agotamiento emocional, sólo una persona obtuvo una puntuación alta, tres obtienen una puntuación media y ocho obtienen una puntuación baja, como se observa en el gráfico n° 2.

Gráfico n°2  
Resultados de subescala de agotamiento emocional, MBI



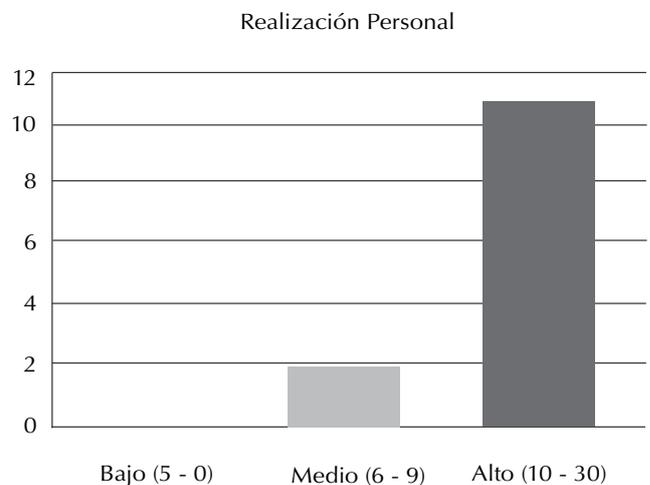
Del gráfico n°3 se desprende que 2 participantes obtienen una puntuación alta en la categoría de despersonalización, 9 obtienen una puntuación media y sólo un participante obtiene una puntuación baja en este ítem.

Gráfico n°3  
Resultados de subescala de despersonalización, MBI



Por último, como muestra el gráfico n°4, en la subescala de realización personal, ningún participante obtiene una puntuación baja, 2 obtienen una puntuación media y 10 obtienen una puntuación alta en esta categoría, lo que señala un alto nivel de realización personal dentro del equipo.

Gráfico n°4  
Resultados de subescala de realización personal, MBI

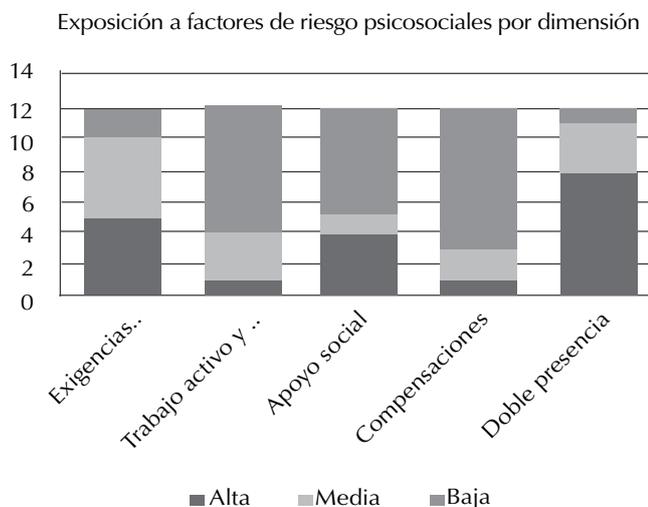




Para realizar un análisis específico desde la Ergonomía de los resultados del MBI, se utilizó el instrumento ISTAS 21. Los resultados se muestran a continuación.

Del gráfico n° 5 se desprende, que los participantes en estudio se encuentran en su mayoría altamente expuestos a exigencias psicológicas y a la doble presencia (presencia y carga de tareas domésticas), y con una exposición favorable para la salud en términos de trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social y compensaciones.

Gráfico n°5  
 Puntaje total obtenido por exposición a factores de riesgo psicosocial, por dimensión.



En la dimensión de exigencias psicológicas, la mayoría de las subdimensiones se encuentran por sobre un 50%, destacando las exigencias psicológicas cognitivas y emocionales. La más alta de todas, con un 96%, son las exigencias psicológicas sensoriales, las cuales hacen referencia a los sentidos que se deben utilizar en este puesto de trabajo, en este caso, la atención y síntomas psicosomáticos expresados en relación con el estrés.

La dimensión de apoyo social también tiene una baja ponderación en casi todas sus subdimensiones, a excepción de la subdimensión “conflicto de rol”, la cual hace referencia a “las exigencias contradictorias

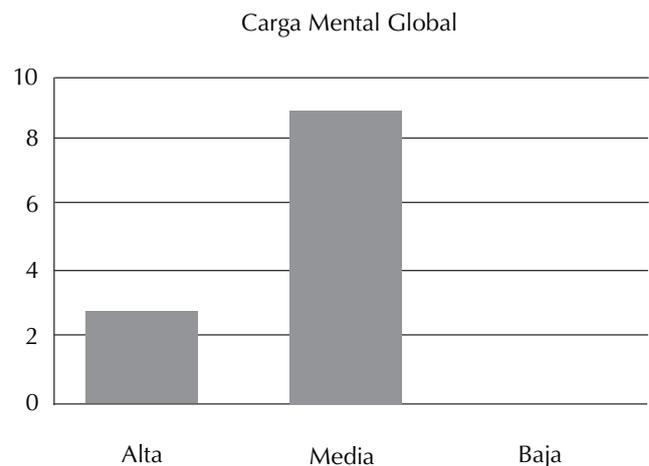
que se presentan en el trabajo y los conflictos de carácter profesional o ético, cuando las exigencias de lo que tenemos que hacer entran en conflicto con las normas y valores personales” (ISTAS, 2002, p. 43) Sin embargo, la exposición a este riesgo es media.

En último lugar, la doble presencia, la cual resaltó como una de las de mayor exposición, destaca la subdimensión de carga de tareas domésticas, lo cual era de esperarse, puesto que la mayoría de las personas que participaron de esta investigación son mujeres, y son ellas quienes suelen cumplir con esta doble jornada laboral y doméstica.

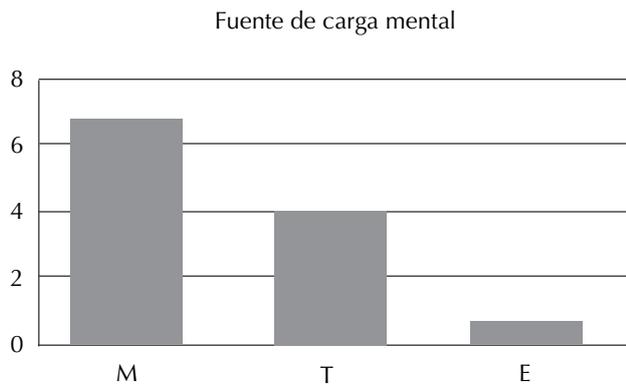
Por último, se presentarán los resultados del instrumento NASA-TLX para un análisis ergonómico más enriquecedor.

Del gráfico n° 6 se desprende que 9 de los participantes de la investigación perciben la carga mental global de su puesto como media, 3 la perciben como alta y ninguno la percibe como baja.

Gráfico n°6  
 Cantidad de participantes, según carga mental global.



De los resultados por fuente de carga mental, el gráfico n° 7 muestra que la dimensión exigencia mental fue clasificada como la primera fuente de carga mental más importante en la UCP, seguida por la dimensión de exigencia temporal y esfuerzo, respectivamente.

**Gráfico n°7:** Cantidad de participantes por fuente de carga mental

Finalmente, las dimensiones con menor puntuación fueron las de exigencias físicas, rendimiento y nivel de frustración, catalogándose como las fuentes de carga mental menos relevantes en el desarrollo de las tareas de cada puesto laboral en la UCP.

Al analizar las características de la población de estudio y los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, se pueden establecer las siguientes relaciones:

- Quienes cuentan con formación especializada en cuidados paliativos tienen como principal fuente de carga mental las exigencias temporales, mientras que los que no tienen especialización, tienen como principal fuente de carga las exigencias mentales.
- En cuanto a la diferencia por profesión, el 30% de los médicos, el 50% de las enfermeras y el 50% de las TENS presentan SBO.
- Las personas casadas presentan mayor exposición a la doble presencia.
- Respecto a los años de experiencia, quienes tienen una baja experiencia (0-5 años) en cuidados paliativos, presentan mayor exposición a las exigencias psicológicas y un menor nivel de realización personal. Los que tienen una experiencia media (6-11 años) tienen niveles moderados de realización personal y bajos niveles de agotamiento emocional, y por último, quienes tienen alta experiencia (12-17 años), tienen los niveles más altos de realización personal.

- Ambas personas con un nivel alto de carga mental global presentan SBO.

## DISCUSIÓN

En base a los resultados recién expuestos, podemos resumir lo siguiente:

- Todos los participantes tienen SBO o se encuentran en riesgo de padecerlo.
- En relación a cada dimensión de SBO, la mayoría obtiene un puntaje bajo en agotamiento emocional, un puntaje medio en despersonalización, y un puntaje alto en realización personal.
- Los factores de riesgo psicosociales a los que esta población se ve más expuesta son las exigencias psicológicas y la doble presencia.
- Respecto a la carga mental, el 75% de los participantes tienen una carga mental global media y el 25% restante una carga mental global alta, siendo las principales fuentes de carga mental, las exigencias mentales y temporales.

Comparando los resultados obtenidos en esta investigación con los de otros estudios consultados (Arranz et al., 1999; Bressi, 2008; Pastorino y Alvarado, 2008; Astudillo et al., 2009; Aguirre, 2010; Blanchard, 2010; Grazziano, 2010; Jones, 2011), se pueden observar tanto diferencias como similitudes.

Respecto a los resultados del MBI, el estudio realizado por Blanchard et al. (2010) obtiene un alto nivel de SBO en el 44% de los casos, y esta investigación se acerca a esta cifra con un 41,7% de los casos. En cuanto al análisis de cada variable, este estudio arroja que el 8,3% de los participantes tienen altos niveles de agotamiento emocional, mientras que los estudios de Bressi et al. (2008) y Blanchard et al. (2010), obtienen un 32% y un 23% respectivamente. En cuanto a la despersonalización, 16,7% obtienen un alto nivel de despersonalización. En contraste, las publicaciones de Bressi et al. y Blanchard et al. obtienen un 28,3% y un 35% respectivamente. Por último, comparando el nivel de realización personal, esta investigación arroja un alto nivel de PA en el 83,3% de los casos, mientras que en el estudio de Bressi et al., un 62,3%. El estudio de Blanchard no explicita los resultados de esta variable.



En torno a los resultados obtenidos por medio del ISTAS 21, relativo a los FRPS, no se encontraron estudios para poder realizar comparaciones, pero sí se puede tomar como referencia la investigación de Pastorino y Alvarado (2008), realizada en médicos, enfermeras y técnicos en un hospital público. En el estudio de Pastorino y Alvarado, al igual que en esta investigación, se obtuvo un alto riesgo de exposición a exigencias psicológicas, pero se diferencia en que los resultados arrojaron un bajo nivel de apoyo social y de control sobre el trabajo.

En otro estudio (Aguirre, 2010) se midió los FRPS y la CM de técnicos y profesionales de una clínica psiquiátrica, 78,6% percibió las exigencias psicológicas con un alto nivel de riesgo, mientras que en esta investigación fue de un 41,7%, siendo en ambos uno de los principales factores de riesgo psicosociales. La doble presencia es también considerada en ambos estudios como un factor de riesgo psicosocial importante, siendo percibida como de alto riesgo por el 64,3% y 66,7 respectivamente.

Por último, comparando los resultados de carga mental, en la presente investigación 25% de los trabajadores perciben una carga mental global alta, y 75% una carga mental global media, mientras que en el de Aguirre (2010), 78,6% perciben una carga mental global alta y un 21,4% una carga mental global media. En ambos estudios la principal fuente de carga mental son las exigencias mentales.

En la aparición del SBO son determinantes tanto factores protectores, como de riesgo, los que están presentes a nivel personal, institucional u organizacional (Superintendencia de Pensiones, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Gobierno de Chile, 2010).

Como se expuso al inicio de este artículo, según Bressi (2008), las personas más jóvenes, solteras y con sobrecarga laboral son más propensas a presentar SBO, siendo estos posibles factores de riesgo.

Jones (2011) expone en su estudio que una baja sensación de control sobre el ambiente laboral, baja experiencia y baja satisfacción laboral guardan relación con mayores niveles de Burnout en UCP.

Según los artículos de Arranz et al. (1999) y Astudillo et al. (2009), los factores protectores de la aparición del SBO son: una clara definición del rol, un alto nivel de autonomía, sentido de pertenencia, percepción de la autoeficacia, alto apoyo social y la formación continua y especializada.

En este estudio se ven reflejados varios de estos factores. Los niveles de SBO observados en este estudio de

caso no son tan elevados como en otros estudios similares, lo que se puede deber a la percepción de un alto nivel de apoyo social, claridad en la definición del rol, alto nivel de autonomía y sentido de pertenencia. Las personas con más años de experiencia presentan menores niveles de SBO y dentro de las subdimensiones, una mayor realización personal, por lo que esta guardaría una relación inversa con los años de experiencia.

En base a los resultados obtenidos por medio de esta investigación, es importante proponer ciertas sugerencias para dar respuesta a la situación laboral detectada.

Para los resultados obtenidos por el MBI, se proponen las siguientes estrategias para disminuir el SBO:

- Individuales: adquisición y mejora de estrategias de afrontamiento, entrenamiento en solución de problemas, asertividad y manejo eficaz del tiempo, realizar pausas, establecer objetivos claros y realizables, fomentar técnicas de autocontrol.
- Grupal: fomentar el apoyo social, emocional y la retroalimentación.
- Organizacional: incrementar la autonomía del trabajador, crear instancias de apoyo, fomentar la participación en la toma de decisiones y plantear metas y objetivos comunes.

Según los resultados arrojados por el ISTAS 21, estos trabajadores se encuentran en una situación de "Riesgo alto – nivel 1".

Para abordar esta situación, el MINSAL recomienda implementar medidas correctivas en un plazo de tres meses y realizar una reevaluación seis meses después.

Algunas medidas que podrían contribuir a disminuir la exposición a las dimensiones más afectadas son:

- Exigencias psicológicas: Adecuar la cantidad de trabajo a la jornada laboral y planificar las tareas. Para reducir específicamente las exigencias psicológicas sensoriales, sería importante realizar las modificaciones necesarias al puesto de trabajo para reducir la carga mental.
- Doble presencia: facilitar la compatibilidad de la vida familiar y laboral, aumentando la flexibilidad horaria según las necesidades individuales derivadas del trabajo doméstico – familiar.

Por último, para ayudar a disminuir las principales fuentes de carga mental, las cuales son intrínsecas al puesto de trabajo y no pueden ser modificables, se propone:

- Fomentar el uso de la red de apoyo, y el apoyo social entre compañeros de trabajo.
- Crear espacios de recreación que permitan liberar la carga de la jornada laboral.

La presente investigación no se encuentra exenta de limitaciones, puesto que al tratarse de un estudio de caso, los resultados no son generalizables al resto de la población, sino que nos describen la situación particular de una UCP. Sin embargo, estos resultados contribuyen a ampliar nuestro conocimiento acerca de la situación de Burnout en cuidados paliativos oncológicos.

Por medio de estos resultados se pone en evidencia que el desempeño laboral en esta área se ve afectado por una elevada carga mental, riesgo de sufrir SBO y exposición a factores de riesgo psicosociales.

Estas condiciones laborales pueden provocar un deterioro de la calidad de vida no sólo laboral, sino que también personal, impactando negativamente en la salud de los trabajadores, y en consecuencia, en la calidad de la atención otorgada a los pacientes.

Es en base a esto que surge la necesidad de crear planes de intervención de Terapia Ocupacional no sólo enfocados en los pacientes, sino también en el equipo de cuidados paliativos oncológicos, quienes son los responsables de brindar los últimos cuidados en la etapa final de la vida de estos pacientes.

Son pocos los estudios que evidencian esta necesidad de intervenir en el equipo de salud, en particular en el área de cuidados paliativos oncológicos, desde la Terapia Ocupacional, por lo que esta investigación constituye un primer paso para generar mayor evidencia científica en este ámbito, la cual podría servir de sustento para futuras investigaciones e intervenciones desde la Terapia Ocupacional.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias, profesores guías y amigos por el apoyo brindado, al INC, por permitirnos realizar esta investigación en su institución y al Dr. Javier Quilodrán, por guiarnos durante el trabajo de campo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cáncer (Noviembre de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Nota descriptiva n°279: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Cáncer (Noviembre de 2012). *Organización mundial de la Salud*. Obtenido de Datos y cifras sobre el cáncer: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/index.html>
- MINSAL (2011). Guía clínica AUGÉ: Alivio del dolor por Cáncer avanzado y Cuidados Paliativos. Serie de guías clínicas MINSAL.
- Cáncer en GES. CONAC. Extraído el 27 de noviembre de 2012 de: <http://www.conac.cl/c%C3%A1ncer-en-chile.html>
- Cuidados Paliativos (Noviembre de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Fidalgo, M. (s/f). NTP 704: Síndrome de estar quemado por trabajo o Burnout (I): definición y proceso de generación. *Ministerio del trabajo y asuntos sociales de España*. P. 2.
- Serrano, P. (2006). El Arteterapia como herramienta de prevención de Burnout en profesionales de la salud. *Tesis doctoral. Universidad de Chile*.
- Bressi, C.; Manenti, S.; Porcellana, M.; Cevales, D.; Farina, L.; Felicioni, I.; Meloni, G.; Milone, G.; Miccolis, I.; Pavanetto, M.; Pescador, L.; Poddigue, M.; Scotti, L.; Zambon, A.; Corrao, G.; Lambertenghi-Deliliersand, G. & Invernizzi, G. (2008). Haemato-oncology and Burnout: an italian survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1046-1052.
- Blanchard, P.; Truchot, D.; Albiges-Sauvin, L.; Dewas, S.; Pointreau, Y.; Rodrigues, M.; Xhaard, A.; Lorient, Y.; Giraud, P.; Soria, J.C. & Kantor, G. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, 46, 2708-2715.
- Jones, M. et al. (2011). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology*, obtenido desde la web en Wiley Online Library ([www.wileyonlinelibrary.com](http://www.wileyonlinelibrary.com))
- Grazziano, E. & Ferraz, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 18.
- Pezoa, M. (2010). Licencias Médicas – Gasto por Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), *Superintendencia de Salud, Dpto. de estudios y desarrollo*. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles/6062\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles/6062_recurso_1.pdf)
- Asociación Internacional de Ergonomía (2002). Definición de Ergonomía. Extraído el 11 de octubre de 2012, de: <http://www.adeargentina.org.ar/segun-iea.html>
- Apud, E.; Gutiérrez, M.; Maureira, F.; Lagos, S.; Meyer, F. & Chiang, MT. (2002). Guía para la evaluación de trabajos pesados, con especial referencia a sobrecarga física y ambiental. *Subsecretaría de Previsión Social, Santiago, Chile*.



- MINSAL (2012). Cuidados Paliativos por Cáncer: ¿Dónde estamos? Trabajo presentado en la XVII Jornada Programa de alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Septiembre, Santiago. Gobierno Transparente. Dotación Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: <http://www.gobiernotransparentechile.cl/directorio/entidad/15/340>
- Parra, M. (2001). Salud y Trabajo. Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental. *Universidad de Santiago de Chile*.
- MINTRAB. Superintendencia de Seguridad Social (2009). Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Disponible en: <http://www.suseso.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp? boton=&argInstanciaId=214&argCarpetald=531&argTreeNodosAbiertos=&argTreeNodoActual=531&argTreeNodoSel=531&argRegistroid=2060>
- ISTAS (2002). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. *España*.
- Superintendencia de Pensiones, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Gobierno de Chile (2010). Guía Técnica para la evaluación de Trabajo Pesado. *Guías Técnicas Superintendencia de Pensiones*. Chile.
- Arranz, P. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, 4(6).
- Pastorino, M. & Alvarado, R. (2009). Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. *Rev. de Salud Pública*, 12(2), 6-13.
- Astudillo, P.; Alarcón, A. & Lema, M. (2009). Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos. Temuco, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 15(3), 111-122.
- Aguirre, R. (2010). Valuación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Rev. Chilena de Terapia Ocupacional*, 10, 85-97.