

Síndrome Burnout o Desgaste Profesional. Un desafío hacia el cuidado integral de profesionales que se desempeñan en Oncología y Cuidados Paliativos en Latinoamérica y Chile

*Burnout syndrome or Professional Wear.
A challenge made the comprehensive care of professionals
who work in Oncology and Palliative Care in
Latin America and Chile*

Claudio Barrales Díaz¹ y Carolina Masson Manríquez²

Resumen

El cáncer se ha convertido en un fenómeno de alto impacto tanto para quien recibe el diagnóstico como para quien lo entrega. Es así que esta enfermedad responde a una serie de combinaciones afectivas, psicológicas y conductuales que se encuentran presentes en las comunidades, personas y equipos de salud. Es por esa razón que el objetivo de este trabajo es proporcionar, desde la Psicología de la Salud y Psicooncología, un mirada crítica que permita contribuir hacia una reflexión de la importancia del autocuidado dentro de los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que se desempeñan en la atención y cuidado del paciente oncológico y en cuidados paliativos, previniendo de esta forma la aparición del “Síndrome de Burnout o Desgaste profesional”.

Palabras Claves: Autocuidado, cáncer, síndrome de Burnout, equipo sanitario, cuidados paliativos.

1 Ps. Claudio Barrales; Magister en Cuidados Paliativos, Docente Facultad de Salud, Universidad Central. Email: celapsa@gmail.com

2 Ps. Carolina Masson Manríquez; Magister en Cuidados Paliativos Oncológicos, Psicooncóloga Cuidados Paliativos; Instituto Nacional del Tórax. Email: caromassonmanriquez@gmail.com

Abstract

Cancer has become a high-impact phenomenon for both who gets the diagnosis and who gets it. Thus, this disease responds to a series of affective, psychological and behavioral combinations, which are present in communities, individuals and health teams. It is for that reason that the aim of this work is to provide from the Psychology of Health and Psychooncology a critical look, contributing to a reflection on the importance of self-care within the multidisciplinary and interdisciplinary teams involved in cancer patient care and palliative care, preventing the appearance of Burnout Syndrome or Professional Wear and Tear.

Keywords: Self-care, cancer, Burnout syndrome, healthcare equipment, palliative care.

Introducción

El cáncer se ha configurado como una enfermedad de alto impacto tanto a nivel individual como familiar, posicionándose como la segunda causa de mortalidad a nivel mundial y nacional. Esta situación demuestra la necesidad de establecer cambios sustanciales en el abordaje de las enfermedades oncológicas, dando paso a nuevas estrategias que permitan un afrontamiento integral, desde una mirada bio-psico-social, desmarcándose así de un modelo obsoleto y restrictivo como lo es el enfoque bio-médico ortodoxo. Otro punto a considerar es como el cáncer, desde las diversas construcciones culturales, se ha asociado históricamente y mayoritariamente a muerte y sufrimiento, manteniendo una visión catastrófica y muchas veces alejada de la realidad de la propia enfermedad, lo que obstaculiza el desarrollo de un proceso adaptativo adecuado. Así, existe una serie de combinaciones conductuales, emocionales, psicológicas, ambientales entre otras, que se posicionan como factores de riesgo en la aparición de esta patología (Barrales, 2012, Minsal, 2012; Robert, 2013; Cruz, 2013).

Por otro lado, el avance sustancial de la ciencia médica, tecnologías, tratamientos oncológicos y otros componentes en pro de ayudar a la persona que padece esta enfermedad, han suscitado esfuerzos y modificaciones constantes de los equipos de salud en relación al despliegue de múltiples acciones, estrategias y cuidados que permitan cumplir con las necesidades integrales de las personas con cáncer y las que no se encuentran en esa posición, pero que se configuran como una población de alto riesgo, como por ejemplo los adultos mayores, siendo el fenómeno de la longevidad hoy en día uno de los desafíos y temas transversales no solo a nivel nacional

sino que mundial. Esto ha brindado, sin lugar a dudas, nuevos espacios que permitan flexibilizar y adaptarse a un contexto altamente vulnerable y complejo (Moreno-Jiménez, Garrosa, Rodríguez, Morante, 2003). El nuevo paradigma de la Psicología de la Salud y la Psico-oncología, desde la década de los 80, sitúa a Latinoamérica con avances considerables en la intervención y tratamientos en el paciente oncológico, otorgando una importancia en el cuidado integral que debiesen tener los equipos sanitarios hacia las personas que viven con cáncer, en los diferentes niveles de actuación. Es así, como Cuba, México, Colombia, Argentina, Chile, y otros países, han desarrollado e incorporado paulatinamente Unidades de Cuidados Paliativos con profesionales de mayor idoneidad en centros hospitalarios y Atención Primaria (Broche, Medina, 2011; Arranz et al., 2003, citado en Ortega & López, 2005, Grau et al., 2008)).

Este nuevo campo de acción y quehacer de profesionales en el ámbito de la salud ha permitido abrir el debate a nivel internacional y nacional acerca de las posibles consecuencias físicas, emocionales, psicológicas, espirituales, sociales, entre otras, que puede ocasionar una exposición continua al sufrimiento en el contexto de la atención en salud. Esto se ha visto reflejado en diversas investigaciones que dan cuenta de un tema en aumento, que el agotamiento no se sitúa solamente en la esfera física como se creía hasta un tiempo atrás, sino que también involucra el área psicosocial de una persona, en la que se combinan dos vías de tensión; la vida privada y rutina diaria y el trabajo hospitalario (Gómez, 2003). A raíz de esto, en la revisión de la literatura es posible encontrar a diversos autores que apuntan al desgaste profesional como un hecho real y complejo. En Colombia, el interés que ha despertado el impacto que provoca en los profesionales de la salud el trabajo diario con pacientes en recintos hospitalarios, muestra diferentes factores que pudiesen influir en la aparición del síndrome de Burnout, destacando: “pacientes difíciles, tiempo insuficiente para la atención, salarios insuficientes y sobrecarga de trabajo”, siendo las mujeres las que poseen mayores puntuaciones, representadas con un 86,0%, a partir de sentimientos de frustración, insatisfacción en la vida, años de servicio, antigüedad del cargo, estrés laboral, fatiga, carga laboral, estado civil, aumentando los riesgos psicolaborales y susceptibilidad a experimentar el desgaste profesional (Bedoya, 2017; Acinas, 2012; Moreno-Jiménez, Garrosa, Rodríguez, Morante, 2003; Oblitas, 2008).

En Costa Rica, si bien se han realizado pocas investigaciones, se deja en evidencia la problemática que ocupa el Síndrome de Burnout entre los profesionales de la salud, encontrándose con una incidencia sobre el 20% en el año 2004, alcanzando un 55,6% en el 2009, siendo los profesionales médicos los que presentan la tasa más alta. Si bien el Síndrome de Burnout no está considerado dentro de los criterios diagnósticos DSM IV, V y CIE 10 como patología, se evidencian las diferentes alteraciones que provoca en la calidad y bienestar de vida de las personas, principalmente en el área de la salud (Morales, Hidalgo, 2015).

Para entender a qué apunta este fenómeno, es necesario mirarlo con mayor profundidad, ya que muchas veces se suele confundir con “Estrés Laboral” o “Depresión”. EL Síndrome de Burnout –conocido como Desgaste Profesional, Síndrome de Sobrecarga Emocional, Síndrome del Quemado– “en el año 2000 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad de afectar la calidad de vida, salud mental e incluso poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre” (Hidalgo, Morales, 2015, p.1). Asimismo, otras definiciones hacen referencia a este como “un síndrome tridimensional, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir con individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes”. Freudenberguer (1980) lo definió como: “Estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada” (Maslach, 1981; Bosqued 2008, citado en Masson, 2016, pág. 5; Freudenberguer, 1980, citado en Gómez, 2003, pág. 150).

En Chile es posible identificar un panorama similar. Investigaciones que datan desde la década del 2000 muestran las repercusiones desfavorables que tiene el estrés laboral y el desgaste profesional en diversos equipos sanitarios del país, por ejemplo en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador (Quintanilla, 2004); a través de la escala Maslach Burnout Inventory muestra una prevalencia del 14% en las enfermeras de la unidad, puntuando mayoritariamente en el ítem de cansancio emocional. Otro estudio, realizado en el año 2009 por Avendaño y otros, evidencia la existencia del S.B. en un 20%, siendo el agotamiento emocional el que representa la puntuación más alta en el personal de psiquiatría de un hospital público. En el 2012, otro estudio con metodología descriptiva-transversal con profesionales de la salud dentro del Hospital del Pino

refleja la prevalencia del S.B. con 25.3% en un nivel alto. Asimismo, una investigación en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción revela que un 3.7% presenta el S.B; si bien en el estudio se muestra un porcentaje bajo, existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de la ocurrencia del fenómeno (Muñoz, Molina, 2013).

Desde la experiencia clínica también es posible identificar carencias no solo en el ámbito público, sino que también dentro de la salud privada, esto a raíz de la “normalización” y “sobre-exigencia” en el trabajo que brindan los profesionales sanitarios a favor de sus pacientes y familias oncológicas, repitiendo y perpetuando el mismo comportamiento dentro del sistema una y otra vez, sin espacios de autocuidado, ni manejo de crisis e intervención, mermando nuevamente la calidad de vida del profesional. A raíz de esto, el desgaste y la fatiga se van instalando día a día sin contar con un apoyo constante, ocurriendo en muchas oportunidades el absentismo laboral, no logrando establecer, cuando sucede esto, espacios reflexivos y de acompañamiento adecuado. Diversos profesionales que se desempeñan en unidades críticas, como UCI, Pabellón, Cuidados Intermedios, Hospitalizados, Alimentación, entre otros, no trabajan o no conocen en profundidad el concepto de “Desgaste Profesional”, lo que debiese considerarse grave y perjudicial en el modelo actual de atención.

Por esta razón surge la necesidad de establecer protocolos y medidas de acción tanto en los centros hospitalarios como en la atención de salud primaria, que permitan dar paso a un cuidado especializado y holístico, en la promoción y profilaxis de enfermedades profesionales complejas y de alto costo, que no involucra solo a la persona que lo experimenta, sino que a todo su entorno próximo (socio-familiar, laboral, económico, sanitario y otros) como ocurre con el fenómeno del S.B. o Desgaste Profesional. Esta situación podría disminuir a partir de una detección precoz, de carácter preventivo y con un manejo del Burnout, con estrategias de intervención activas, con categorías sugeridas por Gómez en el libro *Avances en Cuidados Paliativos* (2003) como: a) selección del personal, b) entrenamiento y orientación del personal, c) fomento del apoyo social y d) condiciones de trabajo.

En ese sentido, la experiencia que posea el personal de salud en relación al trabajo con personas en fases terminales y cuidados paliativos, como también el vínculo y estrategias de afrontamiento que mantenga el profesional con la muerte a nivel personal y laboral, podrían llevar a un cuidado

adecuado o a un cuidado difícil. Junto a eso, entrenar y orientar al equipo sanitario en las problemáticas que envuelven a las personas con cáncer y el propio proceso de fin de vida, en aspectos físicos, psicológicos y emocionales, permitiría una preparación adecuada y con mayor apoyo de forma continua (Gómez, 2003).

Asimismo, el soporte organizacional se configura como un pilar fundamental en el empleo oportuno y adecuado en lo que respecta a los procesos individuales y colectivos de los profesionales de la salud, favoreciendo el trabajo en equipo y la disponibilidad de apoyo, disminuyendo el ausentismo laboral, contando con supervisiones continuas, espacios de retroalimentación, comunicación y acompañamiento, aumentando los factores salutogénicos. No obstante, esto se proyecta como un gran desafío en Chile, debido a los obstáculos existentes en la actualidad que dan lugar a una serie de combinaciones que no ayudan como: falta de profesionales especializados, falta de cohesión en los equipos de trabajo, dificultad en las relaciones con compañeros/as, baja capacidad de adaptación, exposición al sufrimiento crónico, clima laboral adverso, infraestructura inadecuadas, alta demanda asistencial, poco capital humano, ambiente físico de trabajo inadecuado, fuentes de estrés extra-organizacional (diada trabajo-familia), desarrollo de la carrera profesional, roles poco definidos, estrés de nuevas tecnologías, entre otras (Chacón & Grau, 2003; Chacón, 2006).

Por consiguiente, desde el marco de la Psicología de la Salud, es posible generar un mayor conocimiento, análisis y reflexión del efecto que provoca la enfermedad oncológica en los profesionales sanitarios, esto claramente desde una perspectiva bio-psico-social. La Psicología de la Salud es una rama joven de la psicología que se define como rama aplicada de las ciencias psicológicas, estudia entonces el papel de lo psíquico en la determinación, curso y evolución del proceso salud-enfermedad. En la medida en que contribuye a la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, así como a la promoción de la salud, hace lo propio en su relación con el desarrollo de la personalidad (Grau 2012). Este nuevo enfoque, más bien biopsicosocial, que se ha incorporado sistemáticamente en el quehacer sanitario y en otras áreas de intervención, permite una mirada profunda, realista, transparente y abierta a un diálogo que muestra una menor limitación que el actual modelo bio-médico. A raíz de esto, la revisión de la literatura en el campo de las ciencias sociales y las ciencias médicas, refleja en sus diversas investigaciones y aportes realizados en los últimos 20 años una nueva valoración y dirección

en el cuidado integral del profesional de la salud dentro de los diferentes niveles de actuación de este, permitiendo considerar manifestaciones psicológicas, emocionales y/o conductuales de características des-adaptativas esperables ante el estrés y estrategias de afrontamientos poco asertivas e incluso inexistentes, aumentado la probabilidad de un agotamiento integral y afectación de los propios estilos de vida (Oblitas, 2008, Barrales, 2012, Masson, 2016).

En concomitancia con lo dicho anteriormente, se ha visto que en los ambientes laborales con una alta demanda de atención, conflictos internos, cansancio, exposición al dolor crónico del paciente/familia, jornadas laborales extensas, competitividad, falla en la comunicación dentro de los equipos, crisis, fallecimiento, entre otras, interfieren psico-emocionalmente en los profesionales y repercuten en el quehacer del equipo, aumentando el riesgo de la aparición del Burnout. Por lo tanto, ya desde la década de los años 80 se ha vislumbrado el interés por este fenómeno y se ha centrado en el impacto que este síndrome tiene en la población sanitaria, a partir de las fases que involucra (desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal), y que “se basa en el supuesto de que era un proceso propio de profesionales de ayuda en los que existía una asimetría entre la aportación técnica y la respuesta del cliente” (Moreno, Garrosa, Rodríguez, Morante, 2003).

El Ministerio de Salud de Chile, a través de sus Jornadas Nacionales en el contexto del Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, ha dado a conocer los avances y desafíos para el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios, haciendo hincapié en la falencias que se visualizan actualmente respecto a los espacios limitados o inexistentes para el desarrollo y ejercicio del auto-cuidado del personal de salud dentro de los recintos hospitalarios y atención primaria, los que, si existieran, permitirían contrarrestar las dificultades propias de la exposición sistemática al *dolor total*, concepto introducido en año 1964 por C. Saunders en el trabajo realizado con pacientes terminales, principio básico dentro de los Cuidados Paliativos. Esto evidencia la necesidad de contar con un apoyo continuo y profesional, lo cual se convierte en el tiempo en un proceso de resiliencia y, en consecuencia, en un factor salutogénico y protector (Acinas, 2012, López & Rivera-Largacha, 2018 Masson, 2018). Así como se ha mencionado en párrafos anteriores, y que encrudece la realidad de salud actual en Chile, esta cuestión no solo se experimenta en la atención pública, sino que

también ocurre en los recintos hospitalarios de la salud privada, donde el autocuidado difícilmente se establece como eje principal en el quehacer de los equipos sanitarios, lo que involucra una gran cantidad de recurso humano como: médicos/as, enfermeras/os psicólogas/os, kinesiólogos/as, nutricionistas, tens, y personal administrativo, que trabajan en áreas tan complejas como lo son oncología-hematología y cuidados paliativos.

Ejemplificando lo señalado antes, una de las conclusiones que se desprenden de la XXI Jornada Nacional de Cuidados Paliativos (2018), en Santiago de Chile, y cuya temática se repite en la Jornada Nacional de Cuidados Paliativos (2019), realizada en Concepción, es claramente el camino que queda por recorrer en cuanto al cuidado pleno de los profesionales y equipos de salud, que se encuentran bajo una sobre-exigencia, sobrecarga tanto física como psico-emocional y exposición diaria a situaciones altamente complejas. “Damos mucho a los demás y no nos preocupamos de nosotros mismos como deberíamos, necesitamos mejorar el autocuidado”, frase que se repite constantemente en las diferentes unidades del sistema de salud. El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), por su parte, establece protocolos de vigilancia para los trabajadores de la salud expuestos a diversos riesgos de enfermedades profesionales tanto físicas como psicosociales del trabajo; sin embargo, no se definen claramente las consecuencias negativas para los profesionales (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2018, Minsal, 2012). Por consiguiente, el autocuidado es un proceso de enseñanza-aprendizaje de características activas y continuas que generara una huella positiva para los equipos sanitarios, debiendo ser participativos y colaborativos tanto por las jefaturas como por los equipos de trabajo, que no siempre están presentes en la realidad hospitalaria (Fuentealba & Jofré, 2004).

Muchos profesionales que se desempeñan principalmente en estas áreas de la salud manifiestan su preocupación hacia las pocas o nulas prácticas de autocuidado en la actualidad, junto a una elevada tasa de rotación de los equipos de salud y aumento de licencias médicas en los distintos niveles de atención asociado a estrés laboral. Una realidad que pareciese no considerarse como prioridad o necesaria de intervenir profundamente y con cambios transversales para el bienestar integral, prevención de enfermedad y, por sobre todo, la promoción de la salud. Estudios en esta línea muestran cómo las profesiones sanitarias –principalmente la médica y la

de enfermería– tienen una alta carga de estrés con consecuencias desfavorables en el tiempo si no se interviene de manera saludable (Gómez, 2003).

Cabe preguntarse, entonces: ¿Cómo llevar a cabo este desafío en la prevención del Burnout?, ¿cómo promover el auto-cuidado en los equipos multidisciplinarios en unidades de oncología, psico-oncología y cuidados paliativos, si la realidad sanitaria actual no cuenta con los recursos necesarios para establecer espacios saludables y presenta una serie de dificultades y falencias tanto a nivel presupuestarias, de infraestructura, recursos humanos y carga laboral, que limita el desarrollo de un cuidado intra e interpersonal en los diferentes niveles de intervención? Desde el trabajo clínico se puede observar una suerte de automatización del trabajo en salud, con una alta carga psicológica, emocional y física, con equipos sanitarios que no cuentan con ayuda terapéutica, ni espacios de contención con profesionales especializados para esta labor. Profesionales de la salud como enfermeras, tens, auxiliares, médicos, psicólogos y otros, deben buscar muchas veces fuera de sus lugares de trabajos apoyo en salud mental. Asimismo, es posible encontrar unidades de Cuidados Paliativos, Oncología Adulto, Oncología Infantil, Fibrosis, UCI, entre otras, donde los equipos sanitarios continuamente ven el sufrimiento y el fallecimiento de sus pacientes, con los que se crea un vínculo afectivo a lo largo del proceso de enfermedad, sin poder elaborar el proceso de duelo ante la pérdida de manera natural. Es necesario poner en marcha una serie de estrategias que permitan avanzar en el cuidado de nuestros enfermos, lo que involucra herramientas personales a nivel cognitivo, emocional, psicológico, que comprende las propias creencias, las percepciones, la afectividad, la moral, y el contexto interpersonal (Acinas, 2012). Junto con eso la escucha activa, la empatía y la compasión, son elementos que se ubican en el centro de la atención de los profesionales de la salud y salud mental, lo que puede originar la propia vulnerabilidad emocional y aumentar el riesgo de padecer Fatiga por Compasión, que es la consecuencia de cuidar a alguien y estar expuesto a situaciones altamente traumáticas, concepto introducido por C. Figley quién lo define como: “las conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado por una persona significativa, o sea, una traumatización indirecta de instauración rápida y repentina como consecuencia de ayudar a aquellos que experimentan el trauma de manera directa y o primaria” (Figley 2002 citado en Campos, 2016 et al. pág.4). Este concepto es también conocido como estrés post traumático o victimización secundaria, relacionado a una exposición prolongada de estrés

y sufrimiento, ya sea de forma directa e indirecta, que puede ocasionar respuestas tanto conductuales como emocionales de agotamiento integral, afectando no solo al equipo sanitario sino que, también, a la familia, cuidadores principales y amistades (Acinas, 2012).

Finalmente, tanto desde la literatura como desde la experiencia que mantenemos en el trabajo clínico en salud es posible concluir que el autocuidado y los espacios saludables se hacen indispensable e irremplazables como motor de la salud y calidad de vida. Este es un claro desafío para la salud pública y privada y las políticas públicas actuales, que se enmarcan dentro del quehacer de los equipos sanitarios que se desarrollan en unidades altamente complejas como Cuidados Paliativos y Oncología, entre otras, con el fin de promocionar y prevenir factores de riesgo que pueden dar paso a la aparición del Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional y Fatiga por Compasión que, a partir de la alta demanda que estos poseen en la triada paciente-familia-equipo sanitario, son vulnerables a padecerlo. Si bien el Ministerio de Salud de Chile (Minsal) posee protocolos de prevención y tratamiento de las enfermedades profesionales psicosociales, estos aún no reflejan el alto costo e impacto negativo que pueden provocar en la calidad de vida de las personas que trabajan en el área de la salud. Asimismo, en lo que respecta a las políticas públicas en salud estas aún se tornan insuficientes y deficitarias en las necesidades reales de los profesionales sanitarios en cuanto a establecer protocolos claros en autocuidado. Junto a esto, si bien existen estudios del fenómeno del Desgaste Profesional o Síndrome Burnout y Fatiga por Compasión, estos se mantienen al debe en investigaciones en relación a la labor que desempeñan profesionales psicólogos en el área oncológica, encontrando en su mayoría profesionales médicos/as y enfermeras/os en los estudios. Es así que las pautas de autocuidado debiesen representar y ser la base del nuevo paradigma hospitalario a nivel nacional e internacional, con espacios vitales y profesionales idóneos que contribuyan al cuidado no solo físico, sino que también emocional, psicológico, espiritual, moral, facilitando lugares de recreación, reflexión, creatividad, convivencia saludable, comunicación asertiva y apoyo integral, disminuyendo de esta manera la probabilidad de la aparición y prevalencia del S.B. Por último, deberíamos adoptar las buenas prácticas de otros países en esta temática y adaptarlas a nuestra realidad y, así, ayudar a prevenir y tratar en forma integral el desgaste laboral o burnout y accionar medidas de autocuidado en los equipos y unidades de psicooncología y cuidados paliativos.

Referencias bibliográficas

- Acinas, P. (2012). Burt-Out y Desgaste por Empatía en profesionales de Cuidados Paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, (4). Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Barrales, C. (2012). Estrés y Burnout con determinantes psicosocial de la salud. Material CELAPSA.
- Bedoya, E., (2017); Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de un hospital público Colombiano. *MEDISAN*, 21, (11) , 3172-3179. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n11/san052111.pdf>
- Bosqued, M. (2008). *Quemados, El Síndrome de Burnout. Qué es y como superarlo* Barcelona, Edición Paidós.
- Campos, F., Cuartero, E., Riera, J., Cardona, J. (2016). *Cuidado Profesional y Mecanismos Paliativos del Desgaste por Empatía*. Recuperado de: https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC361.pdf
- Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Infante, I., Grau, R., Abadal, Y. (2006). El Control del Síndrome del Desgaste Profesional o Burnout en Enfermería Oncológica: Una experiencia de Intervención. *Terapia Psicológica*, 24, (1), 39-53. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524105.pdf>
- Cruz, M. (2013). *Memorias de Prácticas. Psicooncología*. Recuperado de: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3150/trabajoCruzRomero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fuentealba, M., Jofré, G. (2004). *Promoción del Autocuidado al interior de los Equipos de Salud*. Recuperado de: <https://studyres.es/doc/3408952/promocion-del-autocuidado-al-interior-de-los-equipos-de-salud>.

- Chacón, M. y Grau, J. (2003). La familia como parte del equipo de cuidados paliativos al paciente en fase terminal. En M. Gómez-Sancho (Ed.): *Avances en cuidados paliativos* (pp. 202-213). Las Palmas de Gran Canaria (España): GAFOS.
- Grau Abalo, Jorge, & Llantá Abreu, María del Carmen, & Massip Pérez, Coralia, & Chacón Roger, Margarita, & Reyes Méndez, María Cristina, & Infante Pedreira, Olga, & Romero Pérez, Teresa, & Barroso Fernández, Irene, & Morales Arisso, Deborah (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10),27-58.[fecha de Consulta 27 de Enero de 2020]. ISSN: 1657-8961. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80111670003>
- López, J., Rivera-Largacha, S. (2018). Historia del concepto del dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencia y Salud*, 16, (2), 340-356. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-340.pdf>
- Masson, C. (2016). *Burnout o Desgaste Profesional. Una Reflexión de la importancia del Autocuidado en los Equipos Sanitarios que trabajan con pacientes con cáncer en Hospitales*. Diplomado en Psicología Internacional de la Salud. Cuidados Paliativos y Dolor. CELAPSA, Centro de Estudios Latinoamericano en Psicología de la Salud.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Rodríguez, R., Morante, M.E. (2001). El Desgaste Profesional o Burnout en los Profesionales de Oncología. *Boletín de Psicología*, (79), 7-20. Recuperado de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N79-1.pdf>
- Muñoz, M., Molina, P. (2013). Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 28, (1), 13-18. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-831369>
- Oblitas, L. (2008). El estado del Arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, XXVI, (2). Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002&lng=es&tlng=es

Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, B. (2013). Psicooncología: Un modelo de Intervención y Apoyo Psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Recuperado de: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf

Saborio, L., Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32, (1), 119-124. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014