



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Diagnóstico en personal administrativo que  
trabaja en una red de salud oncológica  
en cuanto a actitudes hacia la muerte y burnout**

**MARÍA PAZ BRIONES MIRANDA**

Profesora Guía: Margarita Bernaldes

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile  
para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

*Octubre, 2019*

*Santiago, Chile*





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Diagnóstico en personal administrativo que  
trabaja en una red de salud oncológica  
en cuanto a actitudes hacia la muerte y burnout**

**MARÍA PAZ BRIONES MIRANDA**

Profesora Guía: Margarita Bernaldes

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile  
para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

## AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar agradezco a todos aquellos que participaron con dedicación en esta investigación. Además les doy las gracias a Margarita y Alejandra por ser mis grandes guías en todo este proceso y ser parte fundamental en mi camino de desarrollo profesional. También agradezco a Paula por la oportunidad y confianza para llevar a cabo este proyecto. Gracias a las tres por enseñarme con paciencia, exigirme para ser una profesional integra y motivarme a la reflexión y aprendizaje constante.

Finalmente agradezco a mi familia y amigos por estar siempre presentes, entregarme tiempo, apoyo y contención incondicional, por creer en mí, en mi trabajo y mi vocación.

## Índice

<b>Resumen Tesis:</b> .....	6
<b>Referencias bibliográficas primera parte:</b> .....	10
<b>Actitudes hacia la muerte y burnout en personal administrativo de una red de salud oncológica ....</b>	<b>13</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>14</b>
<b>Introducción:</b> .....	<b>16</b>
<i>El personal administrativo en oncología</i> .....	16
<i>Las actitudes hacia la muerte del personal administrativo que trabaja en oncología.</i> .....	18
<i>Presencia de burnout en el personal administrativo que trabaja en oncología:</i> .....	20
<i>La relación entre actitudes hacia la muerte y burnout</i> .....	21
<b>Material y Métodos</b> .....	<b>22</b>
<i>Diseño</i> .....	22
<i>Participantes</i> .....	22
<i>Instrumentos:</i> .....	23
<i>Procedimiento</i> .....	23
<i>Análisis de los datos:</i> .....	24
<b>Resultados</b> .....	<b>25</b>
<i>Resultados Descriptivos:</i> .....	26
<i>Resultados Inferenciales:</i> .....	29
<b>Discusión:</b> .....	<b>32</b>
<b>Referencias Bibliográficas:</b> .....	<b>37</b>

## **Resumen Tesis:**

El personal administrativo de una red de salud oncológica se relaciona con una serie de riesgos psicosociales como la enfermedad, la muerte y el dolor, lo que implica grandes cargas emocionales y sobrecarga laboral. Esto puede derivar en actitudes negativas hacia la muerte, aumentando el temor y evitación. Además en este escenario se puede observar desgaste profesional o burnout, siendo el burnout un concepto tridimensional con agotamiento, despersonalización y realización personal reducido. Varios autores han sugerido que la presencia simultánea de ambos fenómenos podría mantener una relación, además se han visto diferencias en sexo, edad y años de trabajo en salud, pero el vacío de información sobre esta temática en esta población aún es muy grande.

*Objetivo:* Explorar el impacto de las actitudes hacia la muerte sobre los componentes del burnout del personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica.

*Metodología:* Este es un estudio transversal de carácter descriptivo-analítico. Se aplicó el Cuestionario de actitudes hacia la muerte (CAM-2) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) a 60 trabajadores administrativos de una red de salud oncológica en Chile, además se preguntó por factores sociodemográficos sexo, edad y años de trabajo en instituciones de salud.

*Resultados:* Se presenta impacto desde las actitudes hacia la muerte sobre componentes del burnout, específicamente relaciones positivas entre temor y la muerte como salida a la carga de la vida con la presencia de burnout, cansancio emocional y despersonalización, además de una relación negativa de la muerte como salida a la carga de la vida con realización personal y la muerte como tránsito con despersonalización. Estas relaciones se ven afectadas por factores sociodemográficos.

*Discusión:* Existe una relación en cuanto a que algunas actitudes negativas hacia la muerte del personal administrativo impactan los componentes del burnout, lo que aumenta el riesgo de padecerlo. Además las variables sociodemográficas edad, sexo y años de trabajo en instituciones de salud afectan esta relación como factores protectores y de riesgo, lo cual aporta para el diseño de intervenciones que disminuyan el riesgo de burnout.

**Palabras clave:** Actitudes hacia la muerte, Burnout, Personal Administrativo, Red de salud Oncológica.

## **Introducción:**

Cada profesional que trabaja en el sistema de salud mantiene un papel importante que es pensado para mejorar la salud en general, el personal administrativo es fundamental en este funcionamiento y si bien es invisibilizado debido a que mantienen características distintas al resto del personal en salud dado sus labores, inciden en la experiencia de atención de los pacientes y aportan al cuidado de este desde su rol (1,2,3,4,5,6). Se encargan de las finanzas, organización, recepción, gestión y atención de necesidades administrativas de los pacientes y del equipo, enfrentándose día a día a diversos estresores y desafíos psicosociales que los pueden sobrepasar en el trabajo: conversaciones difíciles, trabajo bajo presión, exceso de trabajo, largas jornadas laborales, exposición a información delicada, a la enfermedad, deterioro, muerte y duelo de los pacientes (7,8,9,10,11). Esto a lo largo del tiempo trabajado en instituciones de salud y sin las condiciones adecuadas de contención, produce gran malestar, haciéndose visible en cambios de personal, licencias médicas, problemas de asertividad, malas reacciones ante los pacientes, problemas psicosomáticos, afectando la vida personal y laboral de los trabajadores y el funcionamiento total de la institución (7, 8, 9,10,11).

Según la organización mundial de la salud (1) este grupo de trabajadores compuesto por personal administrativo y auxiliar, en su mayoría mujeres, son considerados proveedores de servicios de salud representando aproximadamente un tercio de estos. Los cuales no tienen desde el comienzo la misma formación en atención en salud, ni las herramientas de autocuidado, contención y autogestión para enfrentarse a los riesgos psicosociales que conlleva asistir en el proceso de enfermar, existiendo un déficit general en esta área (8,10,12,13).

Un contexto en salud donde la exposición del personal administrativo a riesgos psicosociales causa preocupación son los oncológicos y de cuidados paliativos, entendiendo riesgo psicosocial como todas aquellas situaciones y condiciones del trabajo que se relacionan con el tipo de organización, contenido del trabajo y ejecución de una tarea específica que tiene la capacidad de afectar de manera negativa al trabajador, como por ejemplo la muerte, sobrecarga de trabajo, el sufrimiento y el dolor, factores que al no ser contenidos de manera adecuada impactan negativamente al trabajador, a los pacientes y a la institución (8,10,12,13, 14, 15).

En Chile el personal que trabaja en unidades oncológicas y aporta al cuidado de la salud de otros se enfrenta a dos fenómenos que afectan de forma negativa su desempeño laboral, pero que han sido poco estudiados en esta población: en primer lugar se encuentran las actitudes

negativas hacia la muerte, que muchas veces derivan directamente de la sobreexposición sin contención al riesgo psicosocial característico de su contexto laboral que es la muerte, donde una actitud negativa como el temor o evitación, interfiere en la persona al momento de ejecutar sus tareas cotidianas (14,15,16,17,18,19,20). En segundo lugar se ha observado, que en estos contextos el personal puede desarrollar el síndrome de burnout o desgaste profesional, siendo su presencia preocupante porque afecta la salud del trabajador, lo que se ve reflejado en la entrega de servicios y relación con los pacientes (3,14,21,22, 23, 24, 25).

Claramente este tipo de trabajador se sitúa en una exigente realidad de trabajo, pero según la evidencia el personal administrativo que trabaja en instituciones oncológicas, si bien es importante al interior del sistema, no tiene la atención y visibilización que debería, lo que produce ausencia de conocimiento suficiente para aportar a su bienestar y entender la manera en que estos se enfrentan a su ambiente laboral (5,7,13). En Chile estas condiciones y el vacío de información al respecto transforman al personal administrativo en un grupo vulnerable en la red oncológica (13, 22,26,27). Abordar y trabajar en estos temas de manera acertada y precisa es importante para que este grupo de personas tenga un ambiente razonable para poder completar su trabajo de buena forma, esto se puede lograr indagando y haciendo visible los problemas que interfieren diariamente en que la jornada se afronte de manera adecuada (10,21,22,28).

Por esto, es que en esta investigación se estudió y conoció la relación entre las actitudes hacia la muerte y los componentes del burnout del personal administrativo de una red de salud oncológica chilena. Realizándose la pregunta ¿Existe una relación entre actitudes hacia la muerte y burnout del personal administrativo que trabaja en esta red?, con el propósito de explorar y visibilizar estos fenómenos que impactan al personal administrativo en este contexto, tener información en Chile sobre actitudes hacia la muerte y burnout de esta población y que en el futuro se logren desarrollar nuevos proyectos de intervención basados en esta evidencia. Además se exploró la relación que algunos autores han sugerido entre ambas variables junto con el impacto que pueden tener los factores sociodemográficos sexo, edad y años de trabajo en instituciones de salud en dicha relación.

El diseño de esta investigación es de tipo transversal y de carácter descriptivo-analítico (29). Dados los objetivos de este proyecto se realizó un muestreo no probabilístico con un total de 60 trabajadores pertenecientes al personal administrativo de una red de salud oncológica en Chile, delimitando la muestra específicamente a las personas que trabajan en caja, secretaría y

gestión administrativa de la red y que mantienen contacto directo con pacientes y sus familiares (29).

Se solicitó información sociodemográfica: sexo, edad y años de trabajo en instituciones de salud. Los datos respecto a los fenómenos a estudiar se obtuvieron a través de dos cuestionarios autoadministrados: Cuestionario de Actitudes hacia la Muerte (CAM-2) para profesionales del área de la salud validado en Cuba (7,30,31,32) y Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI) validado en Chile para medir el desgaste profesional en sus tres componentes (24,30,31,32).

Dado su contenido, el formato de este trabajo se hizo pensando en su posterior publicación en la revista de Medicina Paliativa, la cual es la publicación oficial de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), indexada en Scopus, ScienceDirect y IBECS.

## Referencias bibliográficas primera parte:

1. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, 2018.
2. Contro NA, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics*, 2004, vol. 114, no 5, p. 1248-1252.
3. Juárez-Adauta S. Organizational environment and laboral employees satisfaction. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2012, vol. 50, no 3, p. 307-314.
4. Mack H, Froggatt K, McClinton P. “A small cog in a large wheel”: an exploratory study into the experiences of porters, ward clerks and domestics working in an English Cancer Centre. *European Journal of Oncology Nursing*, 2003, vol. 7, no 3, p. 153-161.
5. Medford AR. Medical secretaries are an essential cog in the wheel. *Bmj*, 2013, vol. 346, p. f1538.
6. Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, Bulpa P. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2014, vol. 190, no 8, p. 855-866.
7. Abalo JG, Abreu MD, Pérez CM, Roger MC, Méndez MC, Pedreia OI, Arisso DM. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 2010, vol. 4, no 10.
8. Contreras F, Espinosa JC, Hernández F, Acosta N. Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 2013, vol. 30, no 3, p. 569-590.
9. Henry ML, Neffa JC. Los riesgos psicosociales en el trabajo: diferentes miradas para su estudio en el contexto argentino. *Trabalho (En) Cena*, 2019, vol. 4, no Especial, p. 01-06.
10. Hertting A, Nilsson K, Theorell T, Larsson U. Personnel reductions and structural changes in health care: work-life experiences of medical secretaries. *Journal of psychosomatic research*, 2003, vol. 54, no 2, p. 161-170.

11. Larsman P, Kadefors R, Sandsjö L. Psychosocial work conditions, perceived stress, perceived muscular tension, and neck/shoulder symptoms among medical secretaries. *International archives of occupational and environmental health*, 2013, vol. 86, no 1, p. 57-63.
12. Leyton-Pavez CE, Valdés-Rubilar SA, Huerta-Riveros PC. Metodología para la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo del sector público de salud. *Revista de Salud Pública*, 2017, vol. 19, no 1, p. 31-40.
13. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile. 2018, Chile.
14. Asociación Chilena de Seguridad. Manual de Vigilancia de Riesgos Psicosociales. Recuperado de: <https://www.achs.cl/portal/Empresas/DocumentosMinsal/8-%20Factores%20Psicosociales/1-%20Presentaci%C3%B3n/Manual%20implementaci%C3%B3n%20Psicosocial.pdf>, 2018.
15. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 2008, vol. 22, no 4, p. 300-308.
16. Acevedo GE, Sánchez J, Farías MA, Fernández AR. Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & trabajo*, 2013, vol. 15, no 48, p. 140-147.
17. Huertas LA, Pérez SR, Avilés EV. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 2014, vol. 11, no 1, p. 101.
18. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, 2002, no 30, p. 39-50.
19. Villarroel C, Busco R, Neira L, Ensignia E, Durán V. Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud. *Ciencia & trabajo*, 2018, vol. 20, no 62, p. 76-79.

20. Souza M, Sousa JM, Lago DM, Borges MD, Ribeiro LM, Guilhem DB. Evaluation of the death attitude profile-revised: a study with health science undergraduate students. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2017, vol. 26, no 4.
21. Durán MM. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 2010, vol. 1, no 1, p. 71-84.
22. Tesillo S, Martínez, AO, Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 2018, vol. 28, no 1, p. 63-72.
23. Grazziano ES, Bianchi E. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 2010, no 18, p. 0-0.
24. Maslach C, Leiter MP. Burnout. En *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Academic Press, 2016. p. 351-357.
25. Vega P, González R, Bustos J, Rojo L, López ME, Rosas A, Hasbún CG. Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de Burnout en profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista chilena de pediatría*, 2017, vol. 88, no 5, p. 614-621.
26. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2015, vol. 50, no 2, p. 200-207.
27. Santos MA, Hormanez M. The attitude among nursing professionals and students when facing death: a review of the scientific literature of the last decade. *Ciencia & saude coletiva*, 2013, vol. 18, no 9, p. 2757-2768.
28. Brusaferrero S, Agnoletto AP, Gubian F, Balestrieri M. Use of the Maslach burnout inventory to support health care workers management in hospital. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 2000, vol. 41, p. 18-23.
29. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB, Metodología de la investigación. 2010.
30. Bozal MG. Escala mixta Likert-Thurstone. *ANDULI, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 2006, no 5, p. 81-95.
31. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 2018, vol. 20, no 1, p. 38-47.
32. García Sánchez J, Aguilera Terrats JR, Castillo Rosas A. Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. 2011.

# **Actitudes hacia la muerte y burnout en personal administrativo de una red de salud oncológica.**

Attitudes towards death and burnout in administrative staff of an oncological health network.

**María Paz Briones<sup>1</sup>, Margarita Bernales<sup>2</sup>, Alejandra Chandía<sup>3</sup>, Paula Repetto<sup>4</sup>**

*<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

*<sup>2</sup>Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

*<sup>3</sup>Gerencia Misión y RSE, Red de Salud UC CHRISTUS, Santiago, Chile*

*<sup>4</sup>Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

Palabras: 6909

Tablas: 6

---

<sup>1</sup> Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: mabriones@uc.cl

## **Resumen**

La presencia simultánea de actitudes negativas hacia la muerte y burnout en personal administrativo de una red de salud oncológica podría mantener una relación, y diferencias según sexo, edad y años de trabajo en salud.

*Objetivo:* Explorar el impacto de las actitudes hacia la muerte sobre los componentes del burnout del personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica.

*Metodología:* Estudio transversal y descriptivo-analítico. Se aplicó el Cuestionario de actitudes hacia la muerte (CAM-2) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) a 60 trabajadores administrativos de una red de salud oncológica en Chile, además se preguntó por factores sociodemográficos sexo, edad y años de trabajo en salud.

*Resultados:* Relaciones positivas de temor y la muerte como salida a la carga de la vida con cansancio emocional y despersonalización, además de una relación negativa de la muerte como salida a la carga de la vida con realización personal y la muerte como tránsito con despersonalización. Estas relaciones se ven afectadas por factores sociodemográficos.

*Discusión:* Actitudes negativas hacia la muerte del personal administrativo impactan los componentes del burnout aumentando el riesgo de padecerlo, así como ciertos factores sociodemográficos. Este conocimiento aporta al diseño de intervenciones que disminuyan el riesgo de burnout.

**Palabras clave:** Actitudes hacia la muerte, Burnout, Personal Administrativo, Red de salud oncológica.

## **Abstract**

The simultaneous presence of negative attitudes towards death and burnout in administrative personnel of an oncological health network could maintain a relationship, and differences according to sex, age and years of work in health.

**Objective:** To explore the impact of attitudes towards death on the burnout components of administrative staff working in an oncological health network.

**Methodology:** This is a descriptive, transversal and analytical study. The Attitudes towards Death Questionnaire (CAM-2) and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were applied to 60 administrative workers of an oncological health network in Chile, in addition to being asked about sociodemographic factors sex, age and years of work in health.

**Results:** Positive relationships of fear and death as an exit to the burden of life with emotional fatigue and depersonalization, in addition to a negative relationship of death as an exit to the burden of life with personal fulfillment and death as a transit through depersonalization. These relationships are affected by sociodemographic factors.

**Discussion:** Negative attitudes towards death of administrative staff impact the components of burnout, increasing the risk of suffering it, as well as certain sociodemographic factors. This knowledge contributes to the design of interventions that reduce the risk of burnout.

**Keywords:** Attitudes towards death, Burnout, Administrative Staff, Oncological Health Network

## **Introducción:**

### ***El personal administrativo en oncología***

Cada profesional que trabaja en el sistema de salud mantiene un papel importante que es pensado para mejorar la salud en general, el personal administrativo es fundamental en este funcionamiento y si bien es invisibilizado debido a que mantienen características distintas al resto del personal en salud dado sus labores, inciden en la experiencia de atención de los pacientes y aportan al cuidado de este desde su rol (1,2,3,4,5,6). Este grupo de trabajadores compuesto por personal administrativo y auxiliar, en su mayoría mujeres, son considerados proveedores de servicios de salud representando aproximadamente un tercio de estos (1,4,5). Se encargan de las finanzas, organización, recepción, gestión y atención de necesidades administrativas de los pacientes y del equipo, enfrentándose día a día a diversos estresores y desafíos psicosociales que los pueden sobrepasar en el trabajo: conversaciones difíciles, trabajo bajo presión, exceso de trabajo, largas jornadas laborales, exposición a información delicada, a la enfermedad, deterioro, muerte y duelo de los pacientes, siendo que no necesariamente tienen la formación en atención en salud, ni las herramientas de autocuidado, contención y autogestión para enfrentarse a los riesgos psicosociales que conllevan asistir en el proceso de enfermar (1,7,8,9,10,11,12,13).

Un contexto en salud donde la exposición del personal administrativo a riesgos psicosociales causa preocupación son los oncológicos y de cuidados paliativos, entendiendo riesgo psicosocial como todas aquellas situaciones y condiciones del trabajo que se relacionan con el tipo de organización, contenido del trabajo y ejecución de una tarea específica, que tiene la capacidad de afectar de manera negativa al trabajador, como por ejemplo la muerte, sobrecarga de trabajo, altos contenidos emocionales, el sufrimiento y el dolor, factores que al no ser contenidos de la manera adecuada impactan negativamente al trabajador, a los pacientes y a la institución (8,10,12,13,14,15).

En Chile el personal administrativo que trabaja en instituciones oncológicas y aporta al cuidado de la salud de otros se enfrenta a dos fenómenos que afectan de forma negativa su desempeño laboral, pero que han sido poco estudiados en esta población: en primer lugar se encuentran las actitudes negativas hacia la muerte que muchas veces derivan de la sobreexposición sin contención al riesgo psicosocial característico de su contexto laboral que es

la muerte, donde una actitud negativa como el temor o evitación interfiere en la persona al momento de ejecutar sus tareas cotidianas (14,15,16,17,18,19,20). En segundo lugar se ha observado, que el personal en salud puede desarrollar el síndrome de burnout o desgaste profesional, siendo su presencia una preocupación para las instituciones, porque afecta la salud del trabajador reflejándose en la entrega de servicios y relación con los pacientes (3,14, 21,22,23,24,25).

En esta línea el 2018 el Ministerio de Salud chileno (13) a través del Modelo de Gestión del Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile presenta nudos críticos ubicados en la red oncológica, donde dos se centran en el área de recursos humanos y competencia profesional, destacando un vacío de cuidado en los equipos de salud en cuanto a: la falta de recurso humano en el área administrativa, una escasa valoración del cuidado de los equipos de salud junto con la inexistencia de políticas de cuidado de los equipos que trabajan en alivio del dolor y cuidados paliativos. También se observa que no existen instancias que estén orientadas al cuidado de los equipos de oncología y que estos se ven sobrecargados al ser superados por la demanda y el desgaste psicológico, además de que no se generan políticas de calidad de vida de las personas que trabajan en el área y se encuentra una insuficiente formación continua en los equipos tanto médicos como no médicos, acerca de vinculación asertiva con las personas con cáncer, el manejo del duelo, preparación para la muerte y entrega de información adecuada a las personas y sus familias (13).

La literatura es consistente y concuerda con que es importante evaluar e intervenir en el ámbito de las actitudes y enfermedades laborales de los profesionales del área de la salud, sobre todo cuando se encuentran en constante contacto con la muerte, además se ha demostrado que existe la necesidad de evaluar e intervenir asertivamente en estos trabajadores respecto el tema, ya que el descuido, falta de formación y vacío de documentación transforma al personal administrativo en un grupo vulnerable al interior de la red oncológica (26, 27, 28,29,30).

El cáncer es la segunda causa de muerte en Chile y el mundo, y se dice que en poco tiempo pasará a ser la primera, desde el 2018 se estima que una de cada 6 muertes se debe a cáncer, lo que se traduce en 9,5 millones de muertes anuales y un promedio de 26.000 personas fallecidas por día por esta causa (31). Por esto es relevante que al momento de abordar el funcionamiento oncológico no sólo se debe poner el foco en la atención del paciente si no que

también en el equipo completo que lo va a asistir, son necesarios y es importante tener equipos sanos y formados en esta temática (13,26,27,32, 33, 34).

### ***Las actitudes hacia la muerte del personal administrativo en oncología.***

La actitud que las personas tengan hacia el proceso de morir depende de las creencias culturales, sociales, étnicas, religiosas y de reflexiones colectivas y personales sobre la existencia, esto con el tiempo ha ido transformando la percepción y la actitud que tienen las personas hacia la muerte y sus considerados “sinónimos” como la enfermedad, siendo predominante una actitud negativa, que se refleja en empeños por ocultar, negar o evadir, lo que finalmente provoca mayor malestar, incomodidad y contradicción al momento de tener que involucrarse con el tema (18,20,30,35,36,37).

Según el modelo de Kassin (38) las actitudes son evaluaciones positivas, negativas o mixtas (duales o ambivalentes) que se realizan respecto a un objeto, persona o idea y que se expresan con un nivel de intensidad determinado, permitiendo juzgar si lo que se está cruzando es bueno o malo, útil o perjudicial y si debe ser rechazado o aceptado, estas evaluaciones se moldean a lo largo del tiempo y dependiendo el constructo que se esté evaluando será la determinada reacción (38,39). La mejor forma de estudiarlas es a través de cuestionarios autoadministrados, en el caso de evaluar las actitudes hacia la muerte el cuestionario de actitudes hacia la muerte validado en Cuba CAM-2 es el utilizado en variadas investigaciones porque logra determinar las actitudes de manera íntegra y en sus distintas intensidades en los proveedores de la salud a través de seis actitudes: a) la muerte como tránsito, haciendo alusión a la vida después de la muerte y aceptación como algo mejor; b) temor hacia la muerte, contraer una enfermedad y enfrentar al paciente moribundo y su familia; c) la muerte como salida a la carga de la vida, es decir cuestionamientos sobre mala calidad de vida y muerte o la muerte vista como un alivio; d) manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte; manifestaciones de impacto emocional con relación a la atención profesional; e) defensividad, mecanismos de evitación (7,37,38).

Las actitudes hacia la muerte pueden percibirse y definirse a través de diferentes perspectivas. La posibilidad de pensar en la propia muerte o la de otros produce variadas reacciones en cada individuo, las actitudes positivas se clasifican como la aceptación de la

muerte, ya sea comprendiéndola como una parte normal y natural de la vida o desde la creencia de la vida después de la muerte, mientras que las actitudes negativas denotan temor y evitación de la muerte, haciendo lo posible para no pensar o hablar de esto (20,29,39).

En el ámbito oncológico se mantiene un ambiente donde los proveedores de la salud tienen un contacto más intenso y se ven en constante exposición a tratar temas como la enfermedad, la muerte y el sufrimiento humano, además de que el hospital hoy en día es visto como una institución reservada para morir, lo que genera un cambio de consciencia e información sobre la propia muerte (18,30,36). A lo largo del tiempo estos profesionales reproducen los esquemas y actitudes sociales que predominan en este contexto, generando en su mayoría actitudes negativas, tales como no querer nombrar la muerte o patologías que conllevan el riesgo de morir, no mirar fijamente al enfermo terminal, incongruencias o disonancias entre la comunicación verbal y no verbal, aumento del riesgo de la encarnización terapéutica, evitar asistir al trabajo, entre otros (7,8,18,36). Abalo, Abreu, Pérez, Roger, Méndez, Pedreiea & Arisso (7) a través de un estudio observacional descriptivo, estudian estas actitudes en 141 profesionales del área de la salud, reafirmando que hay una serie de actitudes que impiden concebir la muerte como parte de un proceso natural de la vida, esto influye en la percepción hacia los cuidados paliativos y oncológicos, en la atención hacia los pacientes y sus familiares y en la calidad de vida laboral.

El cuidado de los pacientes terminales y sus familias puede promover emociones negativas en los profesionales de la salud, tales como: sentimientos de impotencia, miedo y ansiedad, que si bien pueden verse influidas por la edad de los encuestados, la edad de su primer contacto con la muerte, años de experiencia y preparación en relación a la muerte, siempre tienen un impacto negativo en el sistema, afectando en el ejercicio de la profesión (20,34,40).

Por otro lado investigaciones como la de Huertas, Pérez, & Avilés (17) en equipos oncológicos, si bien concuerdan con otras investigaciones en cuanto a las conductas y reacciones asociadas a actitudes negativas hacia la muerte, agregan que el personal de salud además de tener actitudes temerosas en el tema, cree que si es necesario pensar en la muerte como parte del ser humano y se ven a sí mismos como responsables de la atención hacia la vida. El contacto con la muerte también puede ser visto como algo que promueve su crecimiento personal y aceptación de su propia muerte, lo que podría aportar a su bienestar (17,34).

### ***Presencia de burnout en el personal administrativo que trabaja en oncología:***

El personal administrativo en contextos oncológicos también puede presentar burnout o síndrome de desgaste profesional, este es un constructo utilizado para describir un estado psicológico que aparece tras un período prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial (15,41). En salud oncológica estos factores se encuentran ligados en su mayoría con las demandas del ambiente psicosocial del trabajo al cuidado de otro, tales como la sobrecarga laboral, la presión de tiempo, contacto con el sufrimiento y la muerte, relaciones complicadas con los pacientes y sus familias, falta de recompensas, entre otros (15,27).

Según el modelo descrito por Maslach (42) el burnout se conceptualiza como una construcción tridimensional que consiste en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal reducida (42). El agotamiento emocional puede referirse a cansancio, síntomas somáticos, disminución de recursos emocionales y sensación de que ya no queda nada más para dar a los demás; la despersonalización describe actitudes negativas, cínicas y sentimientos impersonales a los clientes, lo que resulta en entregarles un trato como si fueran objetos; y la realización personal reducida denota sentimientos de incompetencia, ineficiencia e insuficiencia (42,43).

Cuando en un periodo extendido de tiempo los recursos del trabajador comienzan a parecer insuficientes para abordar las demandas laborales, se comienza a sobrecargar la persona y a presentar los tres componentes del burnout (14,41,24). Es importante tener claro que el burnout es una enfermedad laboral, que impacta fuertemente la salud de los trabajadores, se produce a lo largo del tiempo y engloba muchos ámbitos de la vida de una persona, tiene gran variedad de síntomas y fenómenos asociados por lo que para superarlo y sanar sus impactos se requieren variadas estrategias de cambio (24,45,46).

En el estudio transversal correlacional de Vega, González, Bustos, Rojo, López, Rosas & Hasbún (25), en el que participaron 210 profesionales y técnicos que trabajaban en oncología y unidades de cuidados intensivos en el área pública de cinco centros médicos PINDA de la región metropolitana, se observó que debido a sus factores de riesgo psicosociales como el sufrimiento y la muerte, presentan altos índices de agotamiento emocional y despersonalización, siendo necesaria la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre la naturaleza del burnout (14, 25). La mejor forma de medir el burnout es a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), validado en varios países incluido Chile (46,47).

### ***La relación entre actitudes hacia la muerte y burnout***

Se puede observar la presencia de ambos fenómenos en el personal de salud, pero pocos autores los han estudiado en conjunto, los principales hallazgos que sugieren una relación son:

En primer lugar en el estudio transversal realizado sobre una muestra de 1021 médicos de Escribà-Agüir, Artazcoz & Pérez-Hoyos (15), se observó que los profesionales de salud encerrados en su propio entorno cultural, también tienen miedo a la muerte, a veces más que los propios enfermos y que el contacto constante con la muerte aumenta el riesgo de padecer gran malestar general y desgaste profesional o burnout impactando negativamente su calidad de vida, con elevados índices de cansancio emocional y despersonalización (15,16).

En segundo lugar se ha demostrado que las actitudes negativas ante la muerte en contextos oncológicos como el temor y evitación existen y predominan en el personal de salud, siendo un factor de riesgo que produce angustia, agotamiento y despersonalización, que son factores que componen el síndrome de burnout (7,17,37,40).

Además si bien no todos los autores concuerdan y falta investigación al respecto, se ha observado que las actitudes hacia la muerte y el burnout presentan diferencias respecto a factores sociodemográficos como el sexo (por ejemplo: mayores actitudes negativas en mujeres, pero índices mayores de despersonalización en los hombres), edad (asociada mayor edad a menor burnout y menores actitudes negativas hacia la muerte) y años de trabajo en la institución (los cuales al aumentar también lo hace el riesgo de padecer burnout) (8,22,24,40).

Por último un resultado a tener en cuenta ya que insinúa una relación entre ambos fenómenos, es que se ha comprobado que el apoyo en duelo y formación en la muerte disminuye el riesgo de burnout, impactando en creencias, percepciones y disposiciones hacia este factor de riesgo psicosocial que implica trabajar en contextos oncológicos, disminuyendo el cansancio emocional y aumentando la sensación de realización personal (25).

Por esto es que el objetivo de esta investigación es explorar el impacto de las actitudes hacia la muerte sobre los componentes del burnout del personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica. La hipótesis que se mantiene es que las actitudes hacia la muerte impactan los componentes del burnout del personal administrativo.

## **Material y Métodos**

### ***Diseño***

El diseño de esta investigación es transversal debido a que se evalúan los fenómenos en un momento determinado en el tiempo y el tipo de análisis que se llevó a cabo fue descriptivo-analítico relacional (48).

### ***Participantes***

Se realizó un muestreo no probabilístico con un total de 60 trabajadores pertenecientes al personal administrativo de una red de salud oncológica en Chile, como criterio de inclusión se delimitó la muestra a personas que trabajan en caja, secretaría y gestión administrativa de la red y que mantienen contacto directo con pacientes y sus familiares, no se consideraron criterios de exclusión (48).

### ***Instrumentos:***

Se solicitó información sociodemográfica: sexo (hombre = 0, mujer = 1), edad (fecha de entrevista – fecha de nacimiento / 365 y años de trabajo en instituciones de salud.

Se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluar las variables de interés:

**Cuestionario de Actitudes hacia la Muerte (CAM-2):** Cuestionario validado en Cuba, diseñado para estudiar actitudes, positivas, negativas o mixtas hacia la muerte en personal de salud. Se evalúa en escala Likert de 1 a 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo, cuenta con 32 reactivos con proposiciones sobre la muerte propia y de los pacientes. Se distribuye en 6 subescalas: La muerte como tránsito (Tr.), Temor (Tm.), La muerte como salida a la carga de la vida (S), Manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte (D/S), Manifestaciones de impacto emocional en relación a la atención profesional (IE) y Defensividad, mecanismos de evitación (D) (7,49,50,51).

**Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI):** Cuestionario validado en Chile, diseñado para medir el desgaste profesional en sus tres componentes, se evalúa en escala Likert de 0 a 6, donde 0 es nunca y 6 es todos los días, cuenta con 22 ítems afirmativos sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y se distribuye en 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (24,49,50,51).

### ***Procedimiento***

En primera instancia se invitó al estudio via e-mail a las personas que trabajaban como parte del equipo administrativo. En caso de aceptar participar, se buscó un sitio tranquilo para responder y en algunos casos se rellenaron los cuestionarios en sus mismos sitios de trabajo.

Por resguardo ético, se solicitó firma de consentimiento informado y dado el contenido emocional de los cuestionarios se tuvo en consideración ofrecer primeros auxilios psicológicos (52), apoyo y contención por parte de quien recolectó los datos, a las personas que lo llegarán a necesitar, instancia donde se harían las recomendaciones correspondientes a cada caso particular.

El procedimiento de esta investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

### ***Análisis de los datos:***

Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 20 (SPSS Inc. Chicago, IL). El plan de análisis incluyó análisis descriptivos e inferenciales, se tomó como criterio de significación un intervalo de confianza de 95%.

En cuanto a los análisis descriptivos en primer lugar se categorizaron las variables sociodemográficas recolectadas para generar una caracterización de la muestra, se crearon categorías de grupos por edad manteniendo rangos y frecuencias similares siendo los grupos: 19-31 años, 32-47 años y 48-64 años y categorías por años de trabajo en institución de salud siguiendo el mismo criterio: 0-2,99 años, 3-7 años, 7,01-18 años y 18,1-33 años (48).

En segundo lugar se calcularon los resultados, la media y desviación estándar de cada subescala, tanto del cuestionario de actitudes hacia la muerte (CAM-2) como las del cuestionario de burnout de Maslach (MBI) (48).

En cuanto a los resultados inferenciales con el fin de explorar actitudes hacia la muerte, se realizó una prueba t de Student para comparar los promedios de sub-escalas de actitudes hacia la muerte según el sexo. ANOVA para comparar los promedios de subescalas según la edad y para comparar los promedios de subescalas según los años trabajando en instituciones de salud (48).

Con el fin de explorar el burnout y sus componentes también se realizó una prueba t de Student para comparar los promedios de burnout y sus subescalas según el sexo. ANOVA para comparar los promedios de burnout y sus subescalas según la edad y para comparar los promedios de burnout y sus subescalas según los años trabajando en instituciones de salud (48).

En caso de encontrarse diferencias significativas se realizó el test de Tukey para saber dónde se encontraban tales diferencias (48).

Para estudiar la relación entre actitudes hacia la muerte y los componentes del burnout y observar el impacto de las variables sociodemográficas, se realizó correlación de Pearson entre actitudes hacia la muerte y Burnout, además se realizó entre las actitudes hacia la muerte y cansancio emocional, despersonalización y realización personal, y entre los factores sociodemográficos continuos con ambas variables (48).

Finalmente para complementar se llevaron a cabo modelos de regresión lineal por paso entre las variables que correlacionaron de actitudes hacia la muerte, burnout y factores sociodemográficos (48).

## Resultados

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes con las cuales se analizaron los datos.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes**

<b>Muestra final</b>		
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
<i>Mujer</i>	50	83,3%
<i>Hombre</i>	10	16,7%
<i>Total</i>	60	100%
<b><i>Edad agrupada</i></b>		
<i>19 – 31 años</i>	22	36,6%
<i>32 – 47 años</i>	19	31,7%
<i>48 – 64 años</i>	19	31,7%
<i>Total</i>	60	100%
<i>Media</i>	40,33	
<i>Desviación estándar</i>	12,43	
<b><i>Años de trabajo en instituciones de salud agrupado</i></b>		
<i>0 – 2,99 años</i>	19	31,7%
<i>3 – 7 años</i>	16	26,7%
<i>7,01 – 18 años</i>	13	21,7%
<i>18,1 – 33 años</i>	12	20%
<i>Total</i>	60	100,0%
<i>Media</i>	9,03	
<i>Desviación estándar</i>	9,10	

En la tabla 2 se muestran los resultados descriptivos de la escala de las actitudes hacia la muerte (CAM-2), de estos resultados es importante destacar que en todas las sub-escalas menos en la muerte como salida a la carga de la vida y en defensividad y mecanismos de evitación, las respuestas de los participantes se observan duales, es decir que se presentan a la vez índices altos de actitudes positivas, pero también índices altos de actitudes negativas.

**Tabla 2. Resultados descriptivos de la escala de actitudes hacia la muerte (CAM-2)**

	N
<b>La muerte como tránsito (Tr.)</b>	
<i>Media</i>	3,50
<i>Desviación estándar</i>	0,926
<i>Puntaje mínimo</i>	1,29
<i>Puntaje máximo</i>	5,00
<b>Temor (Tm.)</b>	
<i>Media</i>	3,07
<i>Desviación estándar</i>	0,862
<i>Puntaje mínimo</i>	1,17
<i>Puntaje máximo</i>	4,83
<b>La muerte como salida a la carga de la vida (S)</b>	
<i>Media</i>	2,46
<i>Desviación estándar</i>	0,895
<i>Puntaje mínimo</i>	1,00
<i>Puntaje máximo</i>	4,50
<b>Manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte (D/S)</b>	
<i>Media</i>	3,02
<i>Desviación estándar</i>	0,674
<i>Puntaje mínimo</i>	1,29
<i>Puntaje máximo</i>	5,00
<b>Manifestaciones de impacto emocional en relación a la atención profesional (IE)</b>	
<i>Media</i>	3,06
<i>Desviación estándar</i>	0,907
<i>Puntaje mínimo</i>	0,67
<i>Puntaje máximo</i>	5,00
<b>Defensividad, mecanismos de evitación (D)</b>	
<i>Media</i>	2,92
<i>Desviación estándar</i>	0,619
<i>Puntaje mínimo</i>	1,40
<i>Puntaje máximo</i>	5,00

En la tabla 3 se muestran los resultados descriptivos de las escalas de burnout (MBI). El síndrome de burnout se presenta y diagnostica con altos niveles de cansancio emocional (27-54) y despersonalización (10-30) y bajos de de realización personal (0-33). De estos resultados es importante destacar que si bien el síndrome se presenta sólo en 6 personas y el 53,3% de los participantes tiene bajo cansancio emocional, el otro 46,7% se mantiene en medio y alto, así mismo ocurre en cuanto a la despersonalización manteniéndose en media y alta en un 50% de las personas. Esto se diferencia en cuanto a realización personal ya que un 60% se mantiene en alto y 40% en bajo y medio.

**Tabla 3. Resultados descriptivos de la escala de burnout**

	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Cansancio emocional</i></b>		
<i>Bajo</i> <=18	32	53,3%
<i>Medio</i> 19 - 26	10	16,7%
<i>Alto</i> 27 +	18	30,0%
<i>Media</i>	19,43	
<i>Desviación Estándar</i>	12,694	
<b><i>Despersonalización</i></b>		
<i>Bajo</i> <= 5	30	50,0%
<i>Medio</i> 6 - 9	14	23,3%
<i>Alto</i> 10 +	16	26,7%
<i>Media</i>	6,95	
<i>Desviación Estándar</i>	6,071	
<b><i>Realización Personal</i></b>		
<i>Bajo</i> <=33	17	28,3%
<i>Medio</i> 34 - 39	7	11,7%
<i>Alto</i> 40 +	36	60,0%
<i>Media</i>	38,80	
<i>Desviación Estándar</i>	7,613	
<b><i>Burnout</i></b>		
<i>Si</i>	6	10,0%
<i>No</i>	54	90,0%

En primer lugar para explorar diferencias en las actitudes hacia la muerte según variables sociodemográficas, se realizó una comparación de promedios, utilizando la prueba t de Student para ver las diferencias entre sexo, la única diferencia significativa ( $p= 0,012$ ) se encontró en la

subescala: la muerte como salida a la carga de la vida, donde las mujeres presentaron medias más altas que los hombres.

También se realizó ANOVA para comparar por grupo etario, se encontraron diferencias significativas en las siguientes subescalas: la muerte como tránsito ( $p= 0,010$ ), se aplicó test de Tukey y se encontraron diferencias entre el grupo de 19 – 31 años y 32 – 47 años ( $p= 0,037$ ) y 48 – 64 años ( $p= 0,017$ ), donde los promedios aumentan a medida que la edad también lo hace; la muerte como salida a la carga de la vida ( $p = 0,049$ ) en el grupo de 19 – 31 años y 48 – 64 años los promedios disminuyen, en cambio en el grupo de 32 – 47 años aumenta, según el test de Tukey la mayor diferencia es entre el grupo de 19 – 31 años y 32 – 47 años; y en manifestaciones de impacto emocional con relación a la atención profesional ( $p= 0, 045$ ), en el grupo de 19 – 31 años y de 48 – 64 años los promedios disminuyen, en cambio en el grupo de 32 – 47 años aumenta, pero al realizar test de Tukey no fue significativa esta diferencia entre grupos. Si bien en la escala temor no se encontraron diferencias significativas entre grupos ( $p= 0,245$ ) se observa que a medida que la edad aumenta las medias de temor disminuyen.

En cuanto a años de trabajo en institución de salud solo una subescala presenta diferencias significativas: manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte ( $p= 0,010$ ), donde los promedios varían según el tiempo que llevan trabajando las personas en instituciones de salud, los que llevan 0 – 2,99 años tienden a estar más distanciados con una media = 2,68, en cambio los que llevan 3 – 7 años (media= 3,42), 7,01 – 18 años (media= 2,96) y 18,1 – 33 años (media= 3,07) se observa mayor aceptación, la mayor diferencia según el test de Tukey es entre 0 – 2,99 años y 3 – 7 años.

En segundo lugar se exploró el burnout y sus componentes según los factores sociodemográficos recolectados, se realizó una prueba t de Student para ver diferencias según sexo, donde la presencia de burnout tiene diferencias estadísticamente significativas ( $p= 0,010$ ) siendo mayor la presencia de este síndrome en mujeres, con mayores índices de cansancio emocional con una media= 20,40, en los hombres en cambio se presenta con una media=14,60. Las medias en general fueron mayores en mujeres que en hombres excepto en despersonalización que fue mayor en hombres (media=7,00), pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Para ver las diferencias según edad, se realizó un test de ANOVA el cual presenta diferencias significativas en cansancio emocional ( $p= 0,002$ ), posteriormente se realizó un test de

Tukey y se encontraron diferencias entre el grupo de 19 – 31 años con los de 32 – 47 años y 48 – 64 años y en despersonalización ( $p=0,001$ ) donde van disminuyendo los índices a medida que aumenta la edad, ya que existen diferencias entre el grupo de 19 – 31 años y 48 – 64 años.

En cuanto a años de trabajo en institución de salud solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de despersonalización ( $p= 0,048$ ), se realizó test de Tukey y se observó que si bien a medida que aumentan los años de trabajo en la institución las medias de despersonalización tienden a disminuir, no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

En tercer lugar se realizó la prueba de correlación de Pearson entre cada una de las sub-escalas de actitudes hacia la muerte y la presencia de burnout, la única sub-escala estadísticamente significativa ( $p= 0,035$ ) con una correlación positiva ( $r= 0,273$ ) fue la de temor. Posteriormente se realizó la prueba de correlación de Pearson entre cada una de las sub-escalas de actitudes hacia la muerte y los componentes del burnout, donde se encontraron resultados estadísticamente significativos en cuanto a: cansancio emocional con una correlación positiva con temor ( $p= 0,005$ ,  $r= 0,359$ ), la muerte como salida a la carga de la vida ( $p=0,016$ ,  $r=0,311$ ), despersonalización ( $p < 0,001$ ,  $r= 0,589$ ), y una correlación negativa con realización personal ( $p < 0,001$ ,  $r= -0,507$ ); despersonalización con una correlación positiva con temor ( $p= 0,010$ ,  $r=0,328$ ) y una correlación negativa con la muerte como tránsito ( $p= 0,041$ ,  $r= -0,264$ ) y realización personal ( $p=0,001$ ,  $r= -0,415$ ); realización personal con una correlación negativa con la muerte como salida a la carga de la vida ( $p= 0,026$ ,  $r= -0,288$ ).

También para complementar los resultados anteriores se realizó correlación de Pearson entre los factores sociodemográficos continuos edad y años de trabajo en institución de salud, y las subescalas de actitudes hacia la muerte y los factores sociodemográficos y los componentes del burnout. En cuanto a edad se encontró una correlación positiva con La muerte como tránsito ( $p= 0,006$ ,  $r=0,354$ ), es decir que a mayor edad esta actitud ante la muerte aumenta, y con correlaciones negativas con cansancio emocional ( $p= 0,003$ ,  $r= -0,375$ ) y despersonalización ( $p<0,001$ ,  $r= -0,470$ ). Los años de trabajo en institución mostraron correlación negativa con despersonalización ( $p= 0,040$ ,  $r= - 0,266$ ).

Finalmente se presentan regresiones lineales entre las variables que correlacionaron, con el fin de explorar la relación entre las actitudes hacia la muerte, los componentes del burnout y los factores sociodemográficos con mayor profundidad.

Se realizó una regresión lineal por pasos con cansancio emocional como variable dependiente y tomando la muerte como salida a la carga de la vida y temor como variables independientes. Se observa que ambas variables impactan significativamente en cansancio emocional, los resultados se pueden observar en la tabla 4.

**Tabla 4. Regresión lineal entre cansancio emocional y las actitudes Tm y S**

	Resumen del Modelo		Anova			Coeficientes			T	Sig	Correlaciones	
	R cuadrado	R ajustado	Suma de cuadrados	F	Sig	Coeficientes no estandarizado		Beta			Parcial	Semi parcial
						B	Error típ					
1	0,129	0,114										
Regresión			1226,963	8,595	0,005							
Residual			8279,770									
Total			9506,733									
(Constante)						3,155	5,763		0,547	0,586		
Tm						5,289	1,804	0,359	2,932	0,005	0,359 0,359	
2	0,193	0,165										
Regresión			1838,987	6,835	0,002							
Residual			7667,746									
Total			9506,733									
(Constante)						-3,866	6,491		-0,506	0,554		
Tm						4,645	1,777	0,316	2,614	0,011	0,327 0,311	
S						3,650	1,711	0,257	2,133	0,037	0,272 0,254	
Variable dependiente: Cansancio emocional												
Variables predictoras: (Constante), Temor (Tm), La muerte como salida a la carga de la vida (S)												

Lo mismo se realizó con la variable dependiente despersonalización y las variables variables temor (Tm) y la muerte como tránsito (Tr) como independientes, donde sólo la variable temor resulta significativa en el modelo, por lo que se excluyó del modelo la variable la muerte como tránsito (tabla 5).

**Tabla 5. Regresión lineal entre Despersonalización y actitudes Tr, Tm.**

	Resumen del Modelo			Anova		Coeficientes			T	Sig	Correlaciones	
	R cuadrado	R ajustado	Suma de cuadrados	F	Sig	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados			Parcial	Semi parcial
						B	Error típ	Beta				
1	0,108	0,092										
Regresión			234,431	7,007	0,010							
Residual			1940,419									
Total			2174,850									
(Constante)						-0,166	2,790		-0,59	0,953		
Tm						2,312	0,873	0,328	2,647	0,010	0,328 0,328	

Variable dependiente: Despersonalización  
 Variables predictoras: (Constante), Temor (Tm)

Además se realizó una regresión lineal por pasos (tabla 6) entre la variable dependiente realización personal y como variable independiente la muerte como salida a la carga de la vida.

**Tabla 6. Regresión lineal entre Realización Personal y actitud S**

	Resumen del Modelo			Anova		Coeficientes			T	Sig	Correlaciones	
	R cuadrado	R ajustado	Suma de cuadrados	F	Sig	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados			Parcial	Semi parcial
						B	Error típ	Beta				
1	0,083	0,067										
Regresión			283,942	5,252	0,026							
Residual			3135,658									
Total			3419,600									
(Constante)						44,843	2,803		16,001	0,000		
S						-2,450	1,069	-0,288	-2,292	0,026	-0,288 -0,288	

Variable dependiente: Realización Personal  
 Variables predictoras: (Constante), La muerte como salida a la carga de la vida (S)

Posteriormente se realizaron regresiones lineales por paso considerando como variables independientes a sexo, edad y años de trabajo en la institución.

La variable sexo fue significativa para el modelo que contenía como variable dependiente a la actitud la muerte como salida a la carga de la vida (S) ( $p=0,012$ ) con un R cuadrado= 0,104 y beta= 0,323 y en cuanto los componentes del burnout para cansancio emocional ( $p=0,024$ ) con un R cuadrado= 0,214 y beta= 0,280, es decir que las mujeres tienden a presentar una actitud que ve la muerte como salida a la carga de la vida y mayores índices de cansancio emocional.

Por otro lado la variable edad mantiene impacto en el modelo que toma a la muerte como tránsito como variable dependiente ( $p= 0,006$ ) con un  $R$  cuadrado=  $0,125$  y  $\beta= 0,354$ ; para temor no resulta lo suficiente significativo como para impactar en el modelo. Por otro lado al hablar de los componentes del burnout en cansancio emocional edad es significativo ( $p=0,001$ ) y aporta al modelo con un  $R$  cuadrado=  $0,214$  y  $\beta= -0,443$ . También fue significativa ( $p= 0,001$ ) para el modelo con despersonalización como variable dependiente con un  $R$  cuadrado=  $0,221$  y  $p<0,001$ , con un  $\beta= -0,470$ , es decir que a medida que aumenta la edad se reduce la despersonalización en el personal administrativo. Y por último aporta al modelo ( $p=0,003$ ) que considera como dependiente a la variable realización personal con un  $R$  cuadrado=  $0,163$  y  $p= 0,018$ , con un  $\beta= 0,534$ , es decir que a medida que el factor edad aumenta, también se podría encontrar mayor sentimiento de realización personal en el personal.

Y en cuanto al factor años de trabajo en institución de salud no pareció ser significativo ni aportar en cuanto a los modelos que implicaban a las actitudes hacia la muerte como variables dependientes, pero si en el componente de burnout realización personal ( $p=0,016$ ) con un  $R$  cuadrado=  $0,163$  y  $\beta= -0,411$ .

## **Discusión:**

El objetivo de esta investigación fue explorar el impacto de las actitudes hacia la muerte sobre los componentes del burnout del personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica.

Resultó ser que la actitud hacia la muerte de temor ( $T_m$ ) tuvo una correlación positiva con la presencia de burnout. Al ver el impacto no fue lo suficientemente significativo, pero si lo fue en cansancio emocional y despersonalización, lo que concuerda con la literatura en cuanto a que una actitud negativa ante la muerte impacta negativamente a la persona que la mantiene, lo cual puede afectar el riesgo de padecer el síndrome ya que los índices altos de cansancio emocional y despersonalización aumentan el riesgo de burnout, este riesgo con la edad va disminuyendo así mismo como lo hace el temor (7,8,18,36).

Seguido de esto otras actitudes que resultaron importantes a la hora de analizar el burnout fueron las de la subescala que considera la muerte como salida a la carga de la vida ( $S$ ) que correlacionó positivamente con despersonalización y negativamente (manteniendo un impacto

significativo) en realización personal, estos dos componente del burnout se presentan de manera inversa para que el síndrome aparezca, observándose esta actitud mayormente en mujeres. Además esta actitud parece tener un impacto significativo en cansancio emocional, el cual también se presenta en su mayoría en mujeres, lo cual concuerda con la literatura (22,25, 27,28).

La muerte vista como tránsito (Tr) correlacionó negativamente, pero no produce un impacto significativo en el desarrollo de despersonalización, lo cual puede deberse al tamaño de la muestra, esta actitud implica disminuir el distanciamiento profesional hacia el paciente y lograr unir temas personales con lo que le está sucediendo al otro sin ver sobrepasados sus recursos, también esta actitud que implica mayor reflexión y profundizar en el tema existencialista de la muerte aumenta con la edad de las personas. A su vez a mayor edad se podría observar disminución del cansancio emocional y despersonalización, en este último también se ven puntajes menores a medida que aumentan los años de trabajo en instituciones oncológicas, pero nada indica que aporte a la disminución del cansancio emocional y el aumento de realización personal, el trabajo constante con el tema si bien aporta a desarrollar estrategias de comunicación y disminuir el distanciamiento, no necesariamente lo hace con los factores emocionales y personales que le dan sentido al trabajo, afectando la salud del personal (7,18,36,37,40).

En este estudio se observó, desde el modelo de Kassin (38), una actitud bastante ambivalente o dual sobre el tema de la muerte, existiendo altas actitudes negativas y positivas, se observó poca indiferencia, pero hubo, lo cual podría deberse a sus mecanismos defensivos dado su rol y su formación en el tema (7,22,28). Como en otros estudios con profesionales que trabajan en salud, en primer lugar se observa la presencia de actitudes consideradas como negativas, tales como la poca aceptación, pensar en la muerte produce poco alivio y dudas entre la calidad de vida o la muerte, lo que se relaciona mucho con la presencia de temor a la muerte, conmoción e impacto emocional, y componentes evitativos y defensivos, se observa que aunque su trabajo es distinto, el contexto en el que trabajan invita a pensar en la propia muerte y la de los demás, lo cual los afecta y varía con el tiempo y el acercamiento al tema, por ejemplo se observa que a medida que aumenta la edad se ve la muerte como tránsito a un lugar mejor y parte de la vida y disminuye la manifestación de impacto emocional, al igual que si se llevan más años de trabajo en la institución. (7,9,18,20,26,30;35,36,37). Así es como por otro lado al igual que en la investigación de Huertas, Pérez, & Avilés (17) también se pueden encontrar actitudes positivas, ya que se observa la posibilidad de pensar en la muerte como una parte de la vida y desde la

creencia de la vida después de la muerte a medida que aumenta la edad, esto acompañado de una gran empatía hacia los pacientes respecto al tema de la muerte y poca percepción de la muerte como una salida sin pensar más allá en ella en profundidad sobre todo en mujeres (7,20,29,39).

Finalmente solo el 10% de los participantes presentaron burnout, pero la mitad presenta índices altos y medios de cansancio emocional y despersonalización, lo cual es común en este contexto dado a las exigencias y falta de atención en el tema, además otros estudios indican que muchas veces esto se debe a que el contacto con los pacientes es diferente al del resto de los profesionales del área de la salud, por lo que pueden distanciarse más en el trato hacia los mismos, al igual que en términos de comunicación, por lo que si bien presentan empatía y conectan con el tema de la muerte, existe cierto distanciamiento y defensa profesional a la hora de interactuar con los pacientes (15,25,27).

Tal como lo indica la literatura las mujeres presentaron mayores índices de cansancio emocional que los hombres, y los hombres en despersonalización, pero no fue lo suficientemente significativo, lo que podría deberse a la pequeña muestra de hombres. También hay que percatarse de que a medida que aumenta la edad, el cansancio emocional disminuye y mientras más tiempo trabajando también la despersonalización, esto podría deberse a que con el tiempo y la experiencia las herramientas frente al contexto cambian, además de que con la edad aumenta el sentimiento de realización profesional, lo cual le entrega sentido y utilidad a su trabajo, pero ocurre lo contrario con el tiempo de trabajo en salud y ya que se relaciona negativamente con este componente (22,25,27,28). Es decir que no por llevar más tiempo trabajando instituciones de salud, el personal siente un aumento de su realización personal, la literatura afirma que esto muchas veces se debe a poco refuerzo, liderazgo y poca percepción de logros personales en las instituciones de salud, lo que aumenta el riesgo de burnout (8,22).

En conclusión existe una relación en cuanto a que las actitudes hacia la muerte consideradas como negativas por el personal administrativo temor y la muerte como salida a la carga de la vida y la poca presencia de la actitud positiva la muerte como tránsito, impactan los componentes del burnout aumentando cansancio emocional y despersonalización y disminuyendo realización personal, lo que aumenta el riesgo de burnout.

Las variables que impactan este fenómeno son edad, donde es importante poner atención en el grupo entre 19 – 31 años que tiene mayor presencia de actitudes negativas, ya que a medida que la edad aumenta se observa la presencia de índices menores de temor, aumenta la actitud

positiva la muerte como tránsito y disminuye el riesgo de burnout debido a que son más bajos los puntajes en cansancio emocional y la despersonalización, junto a un aumento de realización personal. Seguido a que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar cansancio emocional acompañado de una actitud negativa ante la muerte como salida a la carga de la vida y finalmente si bien los años de trabajo en institución de salud no resultaron impactar mucho a estos fenómenos en común, si existen diferencias en cuanto a manifestaciones de distanciamiento profesional y poca aceptación con el hecho de la inevitabilidad de la muerte en las personas que llevan 0 – 2,99 años trabajando en instituciones de salud, junto a una mayor despersonalización, lo cual a medida que transcurre el tiempo cambia, no ocurre así con la realización personal que puede disminuir, ni con el cansancio emocional.

Es importante observar que se podría considerar como factor protector el hecho de tener mayor edad, pero de riesgo el ser mujer y se debería tener en observación el tiempo de trabajo en instituciones de salud oncológica, ya que hay factores emocionales y de logros que no están siendo abordados. Estos resultados aportan a identificar las características de quienes necesitan mayor atención por parte de las instituciones y las actitudes que afectan su desgaste laboral, siendo útil para el diseño de intervenciones y capacitación en estos grupos de manera más precisa, mujeres entre 19-31 años que lleven entre 0 - 2,99 años trabajando en la institución, para disminuir el riesgo de burnout en un contexto como el de una red de salud oncológica.

Hay que tener en cuenta que este estudio tiene la limitación de que se realizó un muestreo no probabilístico, considerándose el tamaño de la muestra pequeño como para atribuir los resultados a la población, sin embargo los resultados no difieren de manera considerable con otros estudios y permiten explorar el comportamiento de los fenómenos (48). Por esto mismo sería interesante que en futuras investigaciones se siga abordando esta temática y que las instituciones de salud oncológica indaguen en la salud y características de sus trabajadores administrativos. Sobre todo en muestras más representativas indagar en la actitud temor y la muerte como salida a la carga de la vida, además de seguir investigando el impacto que mantienen los factores sociodemográficos.

Es importante y una necesidad empezar a llenar este vacío de formación e información en Chile, ya que fenómenos psicológicos y emocionales en este contexto pueden causar gran malestar (8,12,31). Diversos estudios han revelado que el buen liderazgo, apoyo adecuado y contención en este tipo de trabajo podría ayudar a disminuir el riesgo y desarrollo de burnout,

siendo importante que las instituciones oncológicas integren a su funcionamiento organizacional la investigación en el tema, no solo de manera cualitativa, sino que también es necesaria y falta información cuantitativa al respecto, además de que conocer y entender el estado y las actitudes con las que trabajan los profesionales permite intervenir de manera concreta y acertada aportando al bienestar y al conocimiento de factores que ayuden a los profesionales a enfrentar e integrar la exposición frecuente a problemas relacionados con la mortalidad, mejorando sustancialmente la entrega de servicios y el funcionamiento en general de las instituciones del área de la salud (18,27,46,53).

## Referencias Bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, 2018.
2. Contro NA, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics*, 2004, vol. 114, no 5, p. 1248-1252.
3. Juárez-Adauta S. Organizational environment and laboral employees satisfaction. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2012, vol. 50, no 3, p. 307-314.
4. Mack H, Froggatt K, McClinton P. “A small cog in a large wheel”: an exploratory study into the experiences of porters, ward clerks and domestics working in an English Cancer Centre. *European Journal of Oncology Nursing*, 2003, vol. 7, no 3, p. 153-161.
5. Medford AR. Medical secretaries are an essential cog in the wheel. *Bmj*, 2013, vol. 346, p. f1538.
6. Sprung CL., Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, Bulpa P. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2014, vol. 190, no 8, p. 855-866.
7. Abalo JG, Abreu MD, Pérez CM, Roger MC, Méndez MC, Pedreia OI, Arisso DM. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 2010, vol. 4, no 10.
8. Contreras F, Espinosa JC, Hernández F, Acosta N. Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 2013, vol. 30, no 3, p. 569-590.
9. Henry ML, Neffa JC. Los riesgos psicosociales en el trabajo: diferentes miradas para su estudio en el contexto argentino. *Trabalho (En) Cena*, 2019, vol. 4, no Especial, p. 01-06.
10. Hertting A, Nilsson K, Theorell T, Larsson U. Personnel reductions and structural changes in health care: work-life experiences of medical secretaries. *Journal of psychosomatic research*, 2003, vol. 54, no 2, p. 161-170.

11. Larsman P, Kadefors R, Sandsjö L. Psychosocial work conditions, perceived stress, perceived muscular tension, and neck/shoulder symptoms among medical secretaries. *International archives of occupational and environmental health*, 2013, vol. 86, no 1, p. 57-63.
12. Leyton-Pavez CE, Valdés-Rubilar SA, Huerta-Riveros PC. Metodología para la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo del sector público de salud. *Revista de Salud Pública*, 2017, vol. 19, no 1, p. 31-40.
13. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile. 2018, Chile.
14. Asociación Chilena de Seguridad. Manual de Vigilancia de Riesgos Psicosociales. Recuperado de: <https://www.achs.cl/portal/Empresas/DocumentosMinsal/8-%20Factores%20Psicosociales/1-%20Presentaci%C3%B3n/Manual%20implementaci%C3%B3n%20Psicosocial.pdf>, 2018.
15. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 2008, vol. 22, no 4, p. 300-308.
16. Acevedo GE, Sánchez J, Farías MA, Fernández AR. Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & trabajo*, 2013, vol. 15, no 48, p. 140-147.
17. Huertas LA, Pérez SR, Avilés EV. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 2014, vol. 11, no 1, p. 101.
18. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, 2002, no 30, p. 39-50.
19. Villarroel C, Busco R, Neira L, Ensignia E, Durán V. Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud. *Ciencia & trabajo*, 2018, vol. 20, no 62, p. 76-79.

20. Souza M, Sousa JM, Lago DM, Borges MD, Ribeiro LM, Guilhem DB. Evaluation of the death attitude profile-revised: a study with health science undergraduate students. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2017, vol. 26, no 4.
21. Durán MM. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 2010, vol. 1, no 1, p. 71-84.
22. Tesillo S, Martínez, AO, Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 2018, vol. 28, no 1, p. 63-72.
23. Grazziano ES, Bianchi E. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 2010, no 18, p. 0-0.
24. Maslach C, Leiter MP. Burnout. En *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Academic Press, 2016. p. 351-357.
25. Vega P, González R, Bustos J, Rojo L, López ME, Rosas A, Hasbún CG. Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de Burnout en profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista chilena de pediatría*, 2017, vol. 88, no 5, p. 614-621.
26. Cashavelly BJ, Donelan K, Binda KD, Mailhot JR, Clair-Hayes KA, Maramaldi P. The forgotten team member: meeting the needs of oncology support staff. *The oncologist*, 2008, vol. 13, no 5, p. 530-538.
27. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2015, vol. 50, no 2, p. 200-207.
28. Santos MA, Hormanez M. The attitude among nursing professionals and students when facing death: a review of the scientific literature of the last decade. *Ciencia & saude coletiva*, 2013, vol. 18, no 9, p. 2757-2768.
29. Marti-Garcia C, Garcia-Caro MP, Schmidt-Riovalle J, Fernández-Alcántara M, Montoya-Juárez R, Cruz-Quintana F. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Medicina Paliativa*, 2016, vol. 23, no 2, p. 72-78.
30. Jiménez-Puente A, Alegría JG. Distribución geográfica y evolución de las muertes en hospitales en España, 1996-2015. *Revista Clínica Española*, 2018, vol. 218, no 6, p. 285-292.
31. Ministerio de Salud. “PLAN NACIONAL DE CÁNCER 2018 – 2028”. 2019, Chile.

32. Ministerio de Salud. “De Riesgos Psicosociales en el trabajo. Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo”. 2013, Chile.
33. Banco Mundial. Seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal: Informe de seguimiento mundial 2017. *Washington, DC: Grupo del Banco Mundial*, 2017. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>
34. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 2015, vol. 50, no 3, p. 335-342. e2.
35. Bassett JF, McCann PA, Cate KL. Personifications of personal and typical death as related to death attitudes. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2008, vol. 57, no 2, p. 163-172.
36. Osuna JB, González-Serna JM, Antiñolo FM, Ezcurra MA. Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 2017, vol. 18, no 3, p. 179-187.
37. García M, Rocío L, García Rillo A, Arceo Guzmán ME, Pimentel Ramírez ML, Díaz Flores M, Arauz Contreras J. Actitud hacia la muerte y su relación con la empatía médica en estudiantes de Medicina. *Educación Médica Superior*, 2016, vol. 30, no 1, p. 0-0.
38. Kassin S, Fein S, Markus HR. Psicología Social. *México D.F.: CENGAGE*, 2012, 7ª ed. p. 180-218.
39. Gawronski B, Rydell RJ, De Houwer J, Brannon SM, Ye Y, Vervliet B, Hu X. Contextualized attitude change. En *Advances in experimental social psychology*. Academic Press, 2018. p. 1-52.
40. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería*, 2009, vol. 15, no 1, p. 39-48.
41. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive psychology*, 1998, vol. 7, no 1, p. 63-74.
42. Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. En *Healthcare*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2016. p. 37.

43. Maslach C. Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 2009, vol. 11, no 32, p. 37-43.
44. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Burnout:" Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta colombiana de psicología*, 2007, vol. 10, no 2, p. 117-125.
45. Fernández I, Guerra M, Rojas X. Cuidándonos del desgaste laboral: guía de sugerencias y actividades para el afrontamiento del estrés y el burnout en personas y equipos que trabajan en VIH/SIDA y ETS. En *Cuidándonos del desgaste laboral: guía de sugerencias y actividades para el afrontamiento del estrés y el burnout en personas y equipos que trabajan en VIH/SIDA y ETS*. 2006.
46. Pedraza IM, Torres FC, Chávez EP, Shaikh JJ. Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 2017, vol. 17, no 1, p. 87-105.
47. Faúndez VE, Mena-Miranda L, Wilke CJ, Sepúlveda FM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 2014, vol. 13, no 1.
48. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB, Metodología de la investigación. 2010.
49. Bozal MG. Escala mixta Likert-Thurstone. *ANDULI, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 2006, no 5, p. 81-95.
50. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 2018, vol. 20, no 1, p. 38-47.
51. García Sánchez J, Aguilera Terrats JR, Castillo Rosas A. Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. 2011.
52. Cortés P, Figueroa R. Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. *CIGIDEN/CONICYT*, 2017. Chile.
53. Rivera Porras DA, Hernández Lalinde JD, Santos F, Oreste J, Bonilla Cruz NJ, Roza Sánchez AC. Impacto de la motivación laboral en el clima organizacional y las relaciones interpersonales en los funcionarios del sector salud. 2018.