

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efecto de Terapia Cognitiva Conductual en el Síndrome
de Burnout de Médicos Oncológicos que trabajan en
Cuidados Paliativos**

Proyecto de Investigación

Allison Gabriela Loaiza Zambrano

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicología Clínica

Quito, 17 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efecto de Terapia Cognitiva Conductual en el Síndrome de Burnout de
Médicos Oncológicos que trabajan en Cuidados Paliativos**

Allison Gabriela Loaiza Zambrano

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Gabriela Romo, M.Sc.

Firma del profesor

Quito, 17 de mayo de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Allison Gabriela Loaiza Zambrano

Código:

00114017

Cédula de Identidad:

1721594560

Lugar y fecha:

Quito, 17 de mayo de 2017

RESUMEN

Antecedentes: Varias investigaciones han encontrado una relación directa entre el trabajo en el área médica oncológica y el síndrome de *burnout* (Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz & Sappino, 2012). Uno de las mejores terapias para tratar este síndrome es la cognitiva conductual (Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier, 2012), propuesta por Aaron Beck a finales de los 60's (Beck, 2011). En el presente estudio se espera realizar terapia cognitiva conductual a médicos oncólogos que trabajen en cuidados paliativos. Así, se investigará el efecto de dicha terapia en esta población. **Metodología:** La muestra utilizada es de 21 médicos oncólogos que trabajan en cuidados paliativos, los mismos que presentan el síndrome de *burnout*, de acuerdo al test Maslach Burnout Inventory. Dichos participantes realizaron un proceso de terapia cognitiva conductual durante un tiempo aproximado de 3 meses, fueron evaluados con el mismo test al culminar la terapia. **Resultados:** Los resultados se basaron en la revisión bibliográfica. Por ende, se espera una mejora en los síntomas de *burnout* post-tratamiento. **Conclusiones:** La terapia cognitiva conductual beneficia a aquellos médicos oncólogos que trabajan en cuidados paliativos y presentan síndrome de *burnout* mediante la reducción de síntomas y mostrando una mejora en la vida laboral y personal de estos médicos.

Palabras clave: terapia cognitiva conductual, síndrome de *burnout*, médicos oncólogos, cuidados paliativos, cáncer.

ABSTRACT

Background: Studies have found a direct relationship between work in the medical oncology area and *burnout* syndrome (Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz & Sappino, 2012). One of the best therapies to treat this syndrome is cognitive behavioral (Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier, 2012), proposed by Aaron Beck in the late 60's (Beck, 2011). In the present study, cognitive behavioral therapy is expected to be completed by oncologists who work in palliative care. Thus, the effect of such therapy in this population will be investigated. **Methodology:** The sample used is 21 oncologists who work in palliative care, the same ones who present *burnout* syndrome, according to the Maslach Burnout Inventory. These participants performed a process of cognitive behavioral therapy for approximately 3 months, were evaluated with the same test at the end of therapy. **Results:** The results were based on the bibliographic review. Therefore, an improvement in the symptoms of post-treatment burnout is expected. **Conclusions:** Cognitive behavioral therapy benefits those oncologists who work in palliative care and present *burnout* syndrome by reducing symptoms and showing an improvement in the work and personal life of these physicians.

Key words: cognitive behavioral therapy, burnout syndrome, medical oncologists, palliative care, cancer.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión bibliográfica.....	15
Metodología.....	34
Resultados esperados.....	38
Discusión.....	39
Referencias.....	43
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	51
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	54

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Las enfermedades oncológicas representan la principal causa de defunción a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2015). Estas son atendidas por especialistas y cuando la enfermedad llega a estados crónicos un médico paliativo es el encargado de aliviar los síntomas del paciente (Loes van Staa, Visser, & Van der Zouwe, 2000). Tomando en cuenta que los sistemas de salud se vuelven cada vez más técnicos y los pacientes tienen mayores demandas, el estrés laboral ha incrementado considerablemente. Al sumar estas implicaciones con las responsabilidades de un médico oncólogo de cuidados paliativos (CP), se crea un ambiente propicio para desarrollar el síndrome de *burnout* (Kash, Holland, Breitbart, Berenson, Dougherty, Ouellette-kobasa, & Lesko, 2000).

El *burnout* está definido como el síndrome psicológico de estrés laboral que presentan ciertos profesionales cuyo trabajo implica una relación directa y constante con otras personas (Flórez, 1994). Se intensifica en áreas de ayuda y salud debido a los diversos estados de crisis que deben afrontar estos trabajadores (Flórez, 1994). Para los especialistas que trabajan en CP, como los médicos oncólogos, los niveles de estrés por su profesión pueden ser tan altos que ocasionan un síndrome de *burnout*, debido al constante contacto con la muerte y el sufrimiento del paciente y de sus familiares (Loes van Staa, Visser, & Van der Zouwe, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), los CP tienen un enfoque orientado a la mejora de la calidad de vida de aquellos pacientes y familiares con problemas de compromiso vital, a través del trabajo en el ámbito preventivo, para así aliviar el sufrimiento, mediante la evaluación y el debido tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Los médicos oncólogos de CP se someten en forma permanente a niveles de estrés elevados, debido al constante contacto con la muerte y el dolor físico y emocional del paciente y de su familia, por lo que se considera que la mejor terapia para tratar este síndrome es la Cognitiva Conductual (CBT), pues se ha encontrado una relación entre el síndrome de *burnout* y el deterioro de funciones cognitivas (Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier, 2012). Dentro de estas funciones se ve involucrada la atención y la memoria afectando estructuras cerebrales relacionadas con el estrés, como el hipocampo y la corteza prefrontal (Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier, 2012). A partir de este descubrimiento el presente estudio espera brindar CBT con el fin de tratar el síndrome de *burnout* en médicos oncólogos que brindan CP, tomando en cuenta que esta terapia ha sido considerada como una de las mejores debido a la remisión de síntomas que presenta relacionado al trabaja con distorsiones cognitivas. Se utilizará el test Maslach Burnout Inventory para saber los niveles del síndrome de *burnout* en estos médicos donde se mide el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. No existen antecedentes bibliográficos sobre un estudio relacionado a este tema que haya sido realizado en forma previa en Ecuador.

Antecedentes

Una breve reseña de los cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (2015) define al cáncer como el crecimiento y esparcimiento incontrolable de células que pueden afectar a casi cualquier parte del cuerpo. Esta es la enfermedad con mayor morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Whippen, & Canellos, 1991). Las personas que padecen de cáncer son tratados por especialistas médicos en el campo oncológico (Whippen, & Canellos, 1991). La función de estos médicos está basada en la búsqueda de la mejor alternativa de tratamiento para el cáncer, independientemente de su origen

(Whippen, & Canellos, 1991). Adicionalmente, existe una subespecialización dentro de la oncología conocida como CP (Whippen, & Canellos, 1991). El enfoque principal de los CP es reducir el sufrimiento y ayudar a mejorar el estado y la calidad de vida de los pacientes cuya enfermedad tiende a empeorar con el tiempo (Ministerio de Salud Pública, 2014). En este proceso se incluye a la familia como parte fundamental del tratamiento (Ministerio de Salud Pública, 2014). Tiene como objetivos: reducir el sufrimiento mediante al alivio de síntomas que involucran dolor físico en el paciente; que los familiares y el paciente lleguen a considerar la muerte como una etapa natural; no se espera un retraso o una aceleración en el proceso de defunción del paciente; integrar de forma activa los aspectos de carácter psicológico, social y espiritual como parte del cuidado del paciente y su familia; tomar en cuenta los diversos recursos a los que el paciente puede acudir para mantener una vida activa a pesar de su enfermedad; dar apoyo a los familiares en las distintas etapas de afrontamiento y durante el duelo; y realizar investigaciones pertinentes para la enfermedad que afronta el paciente (Redaelli, 2012).

Los CP requieren de un equipo interdisciplinario de profesionales además del médico oncólogo y las enfermeras (Whippen, & Canellos, 1991). Este equipo es conformado también por un psicólogo y un trabajador social (Whippen, & Canellos, 1991). Permitiendo que la ayuda sea integral y abarque las distintas áreas mencionadas con anterioridad (Redaelli, 2012).

Una breve reseña del *burnout*.

Según Maslach el *burnout* es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización, y de reducción de logro personal que se desarrollan dentro del trabajo y afectan a la vida general de la persona (citado por Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Las primeras investigaciones de *burnout* se enfocaron principalmente en los antecedentes, en la salud y en el impacto que este síndrome presentaba en la actitud de la persona; así como en el efecto que tenía

dentro del área laboral (Toker, Shirom, Shapira, Berliner, Melamed, 2005). El Síndrome de *Burnout* fue descubierto por H. B. Bradley y lo denominó “*Staff burnout*” (Flórez, 1994). El hallazgo de su estudio se basó en observaciones a policías, que trabajaban con adolescentes, y cómo su comportamiento cambiaba con el pasar del tiempo (Flórez, 1994). Mientras más trabajo realizaban, su desempeño bajaba y aumentaban conductas inapropiadas (Flórez, 1994).

Posteriormente, en los años 70, H. Freudenberger utilizó el nombre de “*Burnout*” para describir el cansancio laboral que observaba en sus colegas, en una clínica para personas con abuso de sustancias (Flórez, 1994). En el comienzo de los años 80 C. Maslach y J. Jackson definieron este término como un síndrome que afectaba tres ámbitos de la persona el agotamiento emocional, la despersonalización, y una baja motivación en la realización personal (Flórez, 1994).

Los estudios más recientes indican que los individuos con el síndrome de *burnout* reportan frecuentemente problemas en sus funciones cognitivas y ejecutivas lo cual afecta su rendimiento laboral y aumentan los problemas interpersonales con sus colegas (Donald, Taylor, Johnson, Cooper, Cartwright, Robertson, 2005). Al considerar que este síndrome es ocasionado por estrés, las estructuras neuronales juegan un factor fundamental debido a la afección que el área atencional y de memoria sufren (Lupien, & Lepage, 2011). Dependiendo del nivel de *burnout* el profesional debe asistir a terapia psicológica (Lupien, & Lepage, 2011). Existen varios tests que pueden medir estos niveles y que muestran las áreas en que la persona puede tener un mayor deterioro, uno de estos tests es el Maslach Burnout Inventory, que se considera se ajusta a las necesidades de diagnóstico y manejo en estos casos debido a su capacidad de mostrar, no solo en el funcionamiento diario de la persona, sino también su deterioro cognitivo y

la afección de sus funciones ejecutivas como la atención y la memoria (Donald, Taylor, Johnson, Cooper, Cartwright, Robertson, 2005).

Por este motivo, para mejorar el funcionamiento y las relaciones interpersonales de aquellos que sufren este síndrome es necesario evaluar el nivel de afectación y posteriormente es pertinente iniciar el apoyo psicológico apropiado de acuerdo al caso.

Una breve reseña de la terapia cognitiva conductual.

La CBT, propuesta por el Dr. Aaron Beck en la década de los 60, se basa en un tratamiento estructurado, a corto plazo y orientado hacia el presente (Beck, 2011). Esta terapia está dirigida a resolver problemas actuales y modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales (Beck, 2011). Es la terapia con más investigación y que ha mostrado resultados efectivos para diversos trastornos (Beck, 2011).

Según un estudio acerca del tratamiento del *burnout* con la CBT, esta tiene un efecto positivo en los síntomas y en general en la vida de los participantes (Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier; 2012). Este estudio fue basado en el auto reporte de los pacientes sobre su funcionamiento cognitivo después de la terapia y cómo la misma disminuyó el efecto de los síntomas en su vida laboral y personal.

El problema

El cuidado mental en los profesionales médicos oncólogos no ha sido tomado en cuenta durante un largo periodo de tiempo (Spinetta, Jankovic, Arush, Eden, Epelman, Greenberg, Martins, Mulhern, Oppenheim, & Masera, 2000). Actualmente existe una preocupación sobre el impacto que el deterioro del funcionamiento de un individuo pueda causar a su equipo de trabajo (Spinetta, Jankovic, Arush, Eden, Epelman, Greenberg, Martins, Mulhern, Oppenheim, & Masera, 2000). El resultado de la pérdida de energía, ideales y entusiasmo puede causar

sentimientos de inutilidad e insatisfacción laboral sobretodo en personas cuya labor implica afrontar pérdidas de pacientes y el duelo familiar (Spinetta, Jankovic, Arush, Eden, Epelman, Greenberg, Martins, Mulhern, Oppenheim, & Masera, 2000).

Se ha encontrado que el estrés laboral de los médicos y enfermeras al cuidado de enfermos terminales con cáncer dentro de centros de cuidado donde se ofrecen CP aumenta si las condiciones de apoyo social, ambiente laboral, toma de decisiones, y una carga de trabajo realista no son adecuadas (Vachon, 1995).

En el Ecuador en el censo del 2011 se reportaron un total de 54.809 casos de cáncer de los cuales un 32,9% eran hombres y 67,1% eran mujeres (Egresos Hospitalarios, 2011). Es evidente que existe una gran cantidad de población que padece de esta enfermedad (Ministerio de Salud Pública, 2014). Sin embargo, sólo existe una institución Hospice en el Distrito Metropolitano de Quito donde se atienden únicamente a pacientes que requieren CP con personal médico oncológico especializado en el tema (Redaelli, 2012). Por ende, la investigación sobre el *burnout* en los médicos oncólogos paliativos que trabajan con pacientes en su etapa más avanzada de cáncer es nula (Redaelli, 2012).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la terapia cognitivo conductual incide en el *burnout* de médicos oncólogos que trabajan en cuidados paliativos?

Significado del estudio.

En el Ecuador no existe un estudio relacionado con el *burnout* y los médicos oncólogos que trabajan en CP. Existen tesis relacionadas con el *burnout* en otras áreas como la escrita por Acurio, & Córdoba (2014) donde se habla sobre la “valoración del síndrome de *burnout* en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo”, pero no existe uno

relacionado directamente con el área oncológica. Por consiguiente se puede afirmar que tampoco existe un estudio donde se vea aplicada una terapia específica con médicos oncólogos de CP. Tomando en cuenta que el trabajo oncológico implica el manejo de personas con niveles altos de susceptibilidad emocional es trascendental que el personal médico a cargo del paciente mantenga una estabilidad psicológica que permita tolerar y aceptar la variabilidad de estados emocionales del paciente y su familia (Kash, Holland, Breitbart, Berenson, Dougherty, Ouellette-kobasa, & Lesko, 2000). Además, una actitud positiva de trabajo facilitaría la interrelación laboral de equipo dentro de los CP (Loes van Staa, Visser, & Van der Zouwe, 2000).

Se debe recalcar que el síndrome de *burnout* tiene comorbilidad con trastornos de ansiedad (Richardsen, Burke, & Leiter, 2007) y depresión por lo que es fundamental el seguimiento psicológico para evitar cuadros graves de los trastornos mencionados y en caso de su co-existencia el profesional debe ser sometido al tratamiento adecuado (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, & Kaprinis, 2003), como TCC con mejores resultados en este síndrome (Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier, 2012). Al ser un área tan delicada, es necesario que se tome en cuenta el bienestar del médico oncólogo con el fin de que el trato con sus pacientes sea de mejor calidad. Por ende, es fundamental el cuidado de su integridad personal y social para que los factores de estrés diario no tengan repercusiones en la toma de decisiones dentro del trabajo y de su vida personal.

Al realizar una investigación de este tipo se puede evitar el síndrome de *burnout* dentro del área laboral hospitalaria, mejorando así el ambiente laboral y la forma en la que los médicos atienden al paciente. La intervención psicológica temprana es un factor positivo que ayuda al mejoramiento del sistema médico ya que una buena salud mental eleva el funcionamiento social, laboral y personal del equipo a cargo de realizar CP. La relevancia de este tema radica en la falta

de investigación en el Ecuador sobre el *burnout* en el personal médico oncológico que trabaja en CP. Con mayor información se podría evitar este síndrome en el área de trabajo hospitalario y mejorar el ambiente laboral y la atención al paciente mediante la intervención psicológica temprana. Es fundamental que se tome en cuenta la salud mental del personal que trabaja en el grupo interdisciplinario en CP para que su funcionamiento tanto laboral como personal se encuentre en condiciones que permitan un desarrollo profesional y emocional.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo aplicar la CBT en el síndrome de *burnout* de médicos oncológicos que trabajan en CP, para ello, dichos especialistas serán sometidos a la aplicación del test Maslach Burnout Inventory con lo cual se establecerá la presencia o no de *burnout* y en caso de ser positivo se procederá con lo propuesto. A continuación se realizará la revisión literaria para exponer temas relevantes al estudio, seguido por la metodología y diseño de investigación, y para finalizar se mostrarán los resultados esperados.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Revisión de literatura

Fuentes.

La información utilizada en esta revisión bibliográfica proviene de la investigación en varias fuentes relacionadas a jornales académicos, libros, artículos científicos y varios trabajos de investigación. Para encontrar dicha información se utilizarán palabras claves como cáncer, estadísticas de cáncer en el Ecuador, CP, función de los CP, terapia cognitivo conductual, médicos oncólogos, médicos oncólogos paliativos, médicos oncólogos en Ecuador, síndrome de *burnout*, y CBT para *burnout*. El acceso a la mayor parte de esta información lo permitirán sitios electrónicos cuya base de datos contiene la temática antes mencionada, estos son: EBSCO y Jstor.

Formato de la revisión de la literatura

A continuación, se presentarán temas sobre cáncer, médicos oncólogos, CP, médicos oncólogos en CP, síndrome de *burnout*, síndrome de *burnout* en médicos oncólogos, CBT, CBT para síndrome de *burnout*.

Cáncer.

Historia

La palabra cáncer viene del griego *karkinos* que describe a tumores malignos del tipo carcinoma utilizado por Hipócrates entre 460 y 370 a. C. (Gallucci, 1985). Sin embargo, existe evidencia sobre la existencia de esta enfermedad desde 1.600 a. C. en manuscritos que describen

síntomas correspondientes a un posible cáncer óseo (Diamandopoulus, 1996). Igualmente se han encontrado momias del mismo periodo de tiempo que muestran cierto desgaste en sus huesos que se le atribuye a esta patología (Diamandopoulus, 1996). El caso más antiguo de carcinoma de mama data del año 1.500 a. C., pero al no existir ningún método para atacarlo se le dio únicamente tratamiento paliativo (Gallucci, 1985). Con el paso del tiempo se ha ido desarrollando tecnología que ha permitido la prevención, detección y tratamiento de esta enfermedad (Kufe, Pollock, Weichselbaum, Bast, & Gansler, 2003).

Desarrollo del cáncer

Es fundamental entender que el cáncer ocurre cuando células normales en cualquier parte del cuerpo comienzan a crecer fuera de control (Sudhakar, 2009). Existen diferentes tipos en los cuales se puede observar un crecimiento continuo de células que se dividen y re dividen, en vez de morir, formando células anormales (Sudhakar, 2009). Algunos tipos de células cancerígenas viajan hacia otras partes del cuerpo por la circulación sanguínea o por los vasos linfáticos generando metástasis (crecimiento del cáncer en otra parte del cuerpo) (Kufe, Pollock, Weichselbaum, Bast, & Gansler, 2003). Generalmente las células cancerígenas se desarrollan a partir de células normales que sufren un daño en su ADN (Kufe, Pollock, Weichselbaum, Bast, & Gansler, 2003). Fisiológicamente las células reparan en forma continua esos daños, sin embargo en el caso de esta enfermedad el ADN no es reparable (Kufe, Pollock, Weichselbaum, Bast, & Gansler, 2003). Las personas pueden heredar esta alteración y se lo evidencia en familias que han tenido un historial clínico relacionado a este padecimiento (Sudhakar, & Boosani, 2007). También puede generarse debido a factores externos que alteran el correcto funcionamiento celular, por ejemplo el tabaco (Goodarz, Vander, Lopez, Murray, & Ezzati, 2005). El cáncer generalmente se presenta como un tumor sólido aunque existen excepciones como la leucemia (o

cáncer a la sangre) (Lynch, Smyrk, Watson, Lanspa, Lynch, Lynch, Cavalieri, & Boland, 1993). Se debe tomar en cuenta que no todos los tumores son cancerígenos, algunos son benignos (Sudhakar, & Boosani, 2007). Estos últimos mencionados pueden crecer sin deformidad celular y su tratamiento no pone en riesgo la vida de la persona (Sudhakar, 2009).

Dependiendo del tipo de cáncer, el avance y desarrollo puede variar, la detección temprana es clave para el desarrollo de un tratamiento adecuado que aumente las posibilidades de un buen vivir (Kufe, Pollock, Weichselbaum, Bast, & Gansler, 2003).

El riesgo de desarrollar esta enfermedad puede disminuir al cambiar el estilo de vida como el dejar de fumar o comer una dieta saludable (Sudhakar, 2009).

Tratamiento

Existen diferentes tratamientos y métodos que van acorde a las necesidades del paciente y a las características particulares del cáncer (Sudhakar, & Boosani, 2008). Los factores de salud personales juegan un rol fundamental cuando se escoge un tratamiento debido a lo invasivo que puede llegar a ser (Gospodarowicz, 1998).

El tratamiento para el cáncer puede envolver cirugía, quimioterapia, radiación, terapia hormonal, inmunoterapia, terapia dirigida, y trasplante de médula ósea (American Cancer Society, 2015). Los CP, la atención psicosocial y la rehabilitación impulsada por el deterioro también pueden incorporarse al plan de tratamiento para ayudar a minimizar el dolor, los síntomas y la angustia; maximizar el funcionamiento; y tratar otras preocupaciones de la vida del paciente y la familia (American Cancer Society, 2015). Cuando se anticipa que un cáncer crecerá o progresará tan lentamente que es poco probable que cause síntomas o que afecte la salud del paciente, a veces el mejor enfoque puede ser perseguir la vigilancia activa (antes conocida como

"espera vigilante") y no iniciar ningún tratamiento de inmediato (American Cancer Society, 2015).

Estadísticas

El cáncer es la segunda causa de muerte en todo el mundo después de las enfermedades cardiovasculares. Eso quiere decir que casi la mitad de hombres y un tercio de la población femenina en general podrían desarrollar esta enfermedad durante cualquier etapa de su vida (Quiroz, 2016). A pesar de esto, hoy en día millones de personas logran prolongar su vida a pesar de haber sufrido algún tipo de neoplasia maligna debido a la identificación temprana de la misma y a su adecuado tratamiento (Quiroz, 2016).

En el Ecuador los casos de cáncer han aumentado un 50% en los últimos 25 años, tomando en cuenta las últimas estadísticas oficiales registradas son de 1986 al 2010 de acuerdo a Solca (Quiroz, 2016). Entre el 2006 y el 2010 la frecuencia más alta de cáncer en mujeres es: mama (34,4%), piel (31,8%), y glándula tiroides (23,8%), mientras que en hombres los más frecuentes están relacionados con la glándula prostática (47,5%), piel (31,7%), y estómago (18,9%) (Quiroz, 2016). Según la revista médica *The Lancet* (2014) los niveles de sobrevivencia en pacientes con cáncer en el Ecuador, han mejorado, siendo el cáncer de mama (con el 83% de sobrevivencia después de 5 años de tratamiento) un indicador de este avance.

Médicos oncólogos.

La oncología se basa en el estudio de tumores y de cáncer, sus causas, propiedades, progreso y el tratamiento de la enfermedad (Goodarz, Vander, Lopez, Murray, & Ezzati, 2005). Los médicos oncólogos son aquellos con una subespecialidad médica que se encargan de su manejo (Lynch, Smyrk, Watson, Lanspa, Lynch, Lynch, Cavalieri, & Boland, 1993). Esta especialidad es parte de medicina interna y es la más asociada a la hematología y al manejo de

tumores en cualquier órgano del cuerpo humano (Sudhakar, 2009). Es un campo multidisciplinario (de investigación, diagnóstico, y tratamiento) en el que el médico necesita estar al tanto de conocimientos clínicos y tener habilidades para el manejo adecuado del paciente (Raj, Silver, Pugh, & Fu, 2016). Esta disciplina trata al paciente como un todo, manteniendo un contacto cercano no solo con el enfermo sino también con su familia (Lee, Teo, & Kanesvaran, 2016).

Varios de los casos que tratan los médicos oncólogos pueden tener tratamientos que a largo plazo muestran mejora en el paciente, sin embargo existe una gama de posibilidades en esta enfermedad, por ende el profesional debe estar preparado para tratar con casos muy severos (Goodarz, Vander, Lopez, Murray, & Ezzati, 2005).

Un médico oncólogo trabaja en distintas áreas mientras vela por el cuidado del paciente con cáncer, se encarga del diagnóstico de la enfermedad, la terapia (con sus diversas modalidades como quimioterapia, radiación, etc.), fisioterapia, genética clínica, CP, y ética sobre el cuidado del paciente (Raj, Silver, Pugh, & Fu, 2016).

Este especialista debe estar en contacto continuo con un patólogo para conocer la biología natural del tipo de cáncer a tratar y tener el suficiente entrenamiento para instaurar un tratamiento acorde a la necesidad del paciente (Multidisciplinary Education in Oncology, 2015). Debe mostrar un entendimiento de los principios científicos relacionados con esta enfermedad y las diferentes posibilidades de tratamiento (en el campo químico, hormonal e inmunológico) (Multidisciplinary Education in Oncology, 2015). El médico debe desarrollar habilidades de funcionamiento en cuanto a la comunicación interpersonal y al manejo de relaciones médico-paciente y médico-familia, esto ayudará a crear un ambiente clínico que permita la adecuada toma de decisiones (Multidisciplinary Education in Oncology, 2015).

Estudios realizados en Finlandia, Australia, Singapur, China y Taiwán en médicos de varias especialidades de medicina interna, reportan estadísticas sobre depresión que mencionan un estimado del 12% en hombres y 19,5% en mujeres con afectación por esta psicopatología (Schernhammer, & Colditz, 2013). En el caso de oncólogos se ha evidenciado una mayor tasa de suicidios completados en estos profesionales, con un rango entre 1,4 y 2,3 veces más que la observada en la población general de médicos, siendo las mujeres quienes tienen una tendencia mayor (Schernhammer, & Colditz, 2013).

Generalmente, la salud mental de los médicos en esta especialidad no es tomada en cuenta pues el enfoque principal es el paciente, sin embargo, es fundamental que el profesional esté en la capacidad de auto monitorearse y conocer cuándo su trabajo está afectando otras áreas de su vida (Sargent, Jensen, Petty, & Raskin, 1977). Se ha identificado que desde el punto de vista psicológico, existen varios trastornos en el área médica oncológica, por este motivo, identificarlos y posteriormente tratarlos se convierten en un aporte para el bienestar del médico oncólogo y a través de su bienestar, la capacidad de atención y mejor respuesta en sus pacientes (Shanafelt, 2012).

Cuidados paliativos.

Historia

La palabra paliativo del greco-romano *pallium* significa manta y simboliza las túnicas que solían utilizar los pobres en dichas culturas (Redaelli, 2012). Fue Tertuliano De Pallio (ca. 160 – ca. 220) quien comenzó a utilizar este término al brindar cuidados a enfermos moribundos de bajos recursos (Redaelli, 2012). A lo largo del tiempo esta palabra ha sido utilizada en diversos aspectos, como el de los peregrinos en el que *pallium* se refería a buscar asilo para protegerse durante su camino, y ha evolucionado con las necesidades de la población

(Redaelli, 2012). La connotación de paliativo siempre ha tenido un significado de cuidado y protección (Redaelli, 2012). Fue alrededor de los años 1550 cuando San Camilo De Lelis, novicio capuchino, fundó la Compañía de los Ministros de los Enfermos cuyo objetivo era dar CP (término utilizado por primera vez) y “asistir a bien morir a quienes se hallaban en el final de la vida” (Redaelli, 2012).

En 1966 la psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross y la doctora y trabajadora social Cicely Saunders propusieron la necesidad de atención a los moribundos dentro de los CP, siendo el cáncer una de las enfermedades más comunes (Redaelli, 2012). En Europa, una de las primeras unidades de CP fue registrada en 1982 en España y es ahí donde nace la Sociedad Española de Cuidado Paliativos o SECPAL (1993) y los define como “la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes con alto impacto emocional, social y espiritual y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familia y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencia.” (Redaelli, 2012).

Fue en 1974 cuando se brindó estos servicios en el primer Hospice (clínica enfocada en CP) en los Estados Unidos y en toda América (Redaelli, 2012). A partir de esto, los movimientos encargados del cuidado del enfermo moribundo, como la American National Hospice Organization (registrada en 1978), aumentaron el número de clínicas que se encargan de estos cuidados, registrando hasta 1988 más de 2800 establecimientos de mediano y pequeño aporte (Redaelli, 2012).

En Latinoamérica, el Congreso de Cuidado Paliativos Florianópolis en 1994 constituye el nacimiento de este movimiento, sobre todo en países de bajos recursos económicos (Redaelli,

2012). Argentina fue el pionero en los CP desde 1985 con la Fundación Prigel-Bild y continuó su desarrollo hasta la creación de la “Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y Hospicios” en el 2001 (Redaelli, 2012). Posteriormente países como Colombia, Perú, Costa Rica y República Dominicana, dieron acogida a esta iniciativa (Redaelli, 2012).

En el Ecuador en 1995 se crea la Fundación Ecuatoriana de Cuidado Paliativos (FECUPAL) cuya misión se enfoca en “brindar cuidado integral al enfermo terminal y a las familias en duelo; aliviar el sufrimiento físico y emocional de la persona enferma, cuando curar ya es muy difícil; ofrecer orientación, asistencia psicológica y acompañamiento espiritual a las familias antes y después del fallecimiento del ser querido.”, constituyendo la única facilidad de tipo Hospice (llamada San Camilo) en la ciudad de Quito (Redaelli, 2012).

Definición y función de los cuidados paliativos

Han existido diversas definiciones para el término “cuidado paliativos”. La Organización Mundial de la Salud (2012) afirma que:

Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio. Estos dan respuesta al sufrimiento de una enfermedad terminal mediante la identificación, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (p. 2).

Y los principios fundamentales en los que se rige la Organización Mundial de la Salud (2012) sobre estos cuidados relacionados con el cáncer son:

- Aliviar el dolor y los síntomas que caracterizan esta enfermedad;
- Dar privilegio al sentido de la vida, y contemplan la muerte como un estado natural;
- No intervenir en el retraso o aceleramiento del momento de muerte del paciente;

- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales en la atención al enfermo;
- Ofrecer un servicio cuyo objetivo esté basado en el mantenimiento activo del paciente dentro de sus capacidades;
- Dar a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del enfermo y de su propio duelo;
- Emplear un enfoque multidisciplinario que pueda responder a las necesidades del paciente y su familia, no solo en el área médica sino también en el acompañamiento psicológico si se requiere;
- Pretender el mejoramiento de la calidad de vida del enfermo con el fin de influir favorablemente en el curso de la enfermedad;
- La aplicación puede ser paralela a tratamientos para prolongar la vida (como quimioterapias o radioterapias).

Esto se deriva de la comprensión de que una enfermedad grave que amenaza la vida afecta no sólo al cuerpo de la persona enferma sino a la persona en su conjunto, en todas sus dimensiones: física, emocional, espiritual y social (Baker, Hinds, Spunt, Barfield, Allen, Powell, Anderson, & Kane, 2009). Este concepto de atención integral, centrado en el paciente y la familia, es un gran reto para los sistemas de atención de la salud que están profundamente arraigados en el modelo biomédico de atención y están fuertemente enfocados en la cura y no en el cuidado en las distintas dimensiones personales (Baker, Hinds, Spunt, Barfield, Allen, Powell, Anderson, & Kane, 2009).

Los tratamientos de CP juegan un papel importante en la mejora de la calidad de vida en pacientes con cáncer mediante el control de los síntomas y el alivio del dolor. Aunque

proporcionan un control prolongado de la enfermedad con muchas técnicas actuales, no ofrecen, sin embargo, una cura para la enfermedad (Ghandourh, 2016).

Médicos oncólogos en cuidados paliativos.

La práctica de la oncología se compone de dos dominios principales: la gestión de la enfermedad y la atención de apoyo (Saunders, 1996). El manejo del cáncer es altamente complejo, requiriendo una comprensión amplia de la biología del cáncer, un excelente conocimiento de las opciones de tratamiento con sus riesgos y beneficios específicos, y la capacidad de hacer recomendaciones personalizadas sobre tales tratamientos, teniendo en cuenta las comorbilidades y preferencias que son únicas para cada paciente (Saunders, 1996). Al mismo tiempo, la atención óptima del paciente requiere una lista creciente de habilidades de apoyo, incluyendo la evaluación y tratamientos de los síntomas, el asesoramiento, la comunicación (por ejemplo, dar pronósticos, discusiones y toma de decisiones al final de la vida), planificación de la atención y el cuidado (Bruera, & Hui, 2010).

La mayoría de los oncólogos creen que deben participar activamente en la prestación de cuidados de apoyo (o paliativos) (Hui, Finlay, Buss, Prommer, & Bruera, 2015). Los oncólogos paliativos atienden rutinariamente síntomas complejos y proporcionan soporte emocional para los pacientes y sus familias a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (Hui, Finlay, Buss, Prommer, & Bruera, 2015). Las organizaciones de oncología y CP están desarrollando activamente programas de educación que están dirigidos a mejorar el repertorio de habilidades de estos cuidados entre los oncólogos (Ferris, Bruera, & Cherny, 2009).

Actualmente existe una tendencia creciente en apoyar la integración rutinaria de CP tempranos en pacientes con cáncer, sea este avanzado o no (Zimmermann, Swami, & Krzyzanowska, 2014). Al mismo tiempo, existen muchas barreras a la remisión de CP, como la

idea errónea de que estos son sólo para los pacientes en su etapa terminal, además, se subestima el gran sentido de responsabilidad de los oncólogos para proporcionar atención a lo largo de la trayectoria de la enfermedad de los pacientes (Schenker, Crowley-Matoka, & Dohan, 2013). A pesar de esto, los oncólogos con un interés en el manejo de los síntomas y los aspectos psicosociales del paciente pueden optar por especializarse en este campo (Schenker, Crowley-Matoka, & Dohan, 2013).

Oncólogos paliativos en el área hospitalaria

Los oncólogos paliativos combinan de manera única los principios de la oncología y los CP para ofrecer un adecuado manejo del paciente y su enfermedad (Hui, Finlay, Buss, Prommer, & Bruera, 2015). Además, pueden reconocer la necesidad de referir a los pacientes con complejas necesidades físicas o emocionales y, por lo tanto, proporcionar acceso a la atención de expertos (como psicólogos, o trabajadores sociales) con importantes consecuencias beneficiosas para el paciente y cuidadores familiares (Hui, Finlay, Buss, Prommer, & Bruera, 2015). Por ejemplo, para aquellos pacientes que dudan en cuanto a los riesgos y beneficios de la quimioterapia sin intervención quirúrgica, el oncólogo paliativo puede ser el más adecuado para presentar todas las opciones, dándole la oportunidad al paciente de tomar decisiones que estén en consonancia con sus valores y metas personales (Bruera, & Hui, 2010).

Un oncólogo paliativo puede ser particularmente hábil en el manejo de los efectos adversos del tratamiento del cáncer y en facilitar las discusiones sobre el pronóstico y la toma de decisiones con respecto a los tratamientos de cáncer (Bruera, & Hui, 2010). El reconocimiento del paciente como una persona con la necesidad de discutir sus valores, expectativas y esperanzas para el futuro, es fundamental dentro de esta profesión (Hui, Finlay, Buss, Prommer, & Bruera, 2015).

Síndrome del *Burnout*.

Antecedentes

A medida que la fabricación industrial se convirtió en una parte importante de la economía occidental, la administración comenzó a estudiar formas de mejorar la productividad de los trabajadores (Zinn, 1980). Frederick Taylor, el "padre de la administración científica", estudió los negocios y convenció a los fabricantes para mejorar la eficiencia de los procesos de negocios y desarrollar las expectativas estándar para el trabajo manual (Reinhold, 1996). "El propósito del taylorismo era hacer a los trabajadores intercambiables, capaces de realizar las tareas sencillas que la nueva división del trabajo requería, como piezas estándar, compradas y vendidas como mercancías" (Zinn, 1980). La esclavitud salarial, como se la denominó, comenzó a principios del siglo XX, cuando hombres, mujeres y niños se vieron obligados a trabajar largas horas en condiciones inhumanas para ganarse la vida (Zinn, 1980).

Como resultado de las largas horas, bajos salarios y condiciones de trabajo peligrosas, los empleados comenzaron a sindicalizarse (Angerer, 2003). Esto no dio resultados y posteriormente empezó el aumento de la competencia en empresas y la disminución de la sindicalización, los empleados trabajaban más horas, llevando el trabajo a casa y dedicando más tiempo a tareas que no son personalmente gratificantes, aumentó los niveles de estrés, disminuyendo la eficiencia personal, y evidenció el agotamiento del personal (Angerer, 2003).

Historia y progreso en los modelos del síndrome de burnout

Las investigaciones tempranas del *burnout* se centraron en las personas que trabajan en los servicios humanos y la atención de la salud (Angerer, 2003). En 1975 Freudemberger calificó el agotamiento emocional y la pérdida de motivación como *burnout*, utilizando por primera vez

este término. Para 1978 fue Maslach quien continuó investigaciones sobre este síndrome y entrevistó a trabajadores de servicios humanos sobre las tensiones en su trabajo.

Durante la década de 1980, la investigación se centró en evaluar el agotamiento por lo que se desarrolló varias herramientas psicométricas. Sin embargo, la medida más utilizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1982). Maslach, Jackson y Leiter (1986) también desarrollaron la Encuesta de Servicios Humanos MBI, que fue diseñada para ser usada con empleados en trabajos de servicio humano. También desarrollaron la Encuesta de los MBI-Educadores (Forma ED) para uso con los maestros. Al ampliar el estudio del agotamiento a las ocupaciones más allá de los servicios humanos y la educación, Maslach y Leiter (1997) desarrollaron el MBI-Estudio General (MBI-GS).

El modelo de fase de *burnout* en el trabajo ocupó un lugar central en la investigación. Este propone que hay ocho fases de *burnout*. Las tres dimensiones del agotamiento, es decir, la ineficacia, la despersonalización y el agotamiento, se dividen en puntuaciones altas y bajas. Esta división de las fases resulta en ocho diferentes combinaciones o fases de agotamiento (Golembiewski, & Munzenrider, 1988).

Según Leiter y Maslach (1988), hay una progresión secuencial a las tres fases del *burnout*. El agotamiento, la sensación de estar sobrecargado emocional y físicamente, es la primera reacción al estrés laboral (Maslach, & Leiter, 1997). Las personas que están agotadas se sienten incapaces de relajarse (Maslach, & Leiter, 1997). El cinismo es la segunda reacción al estrés laboral (Maslach, & Leiter, 1997). La gente toma una actitud fría hacia el trabajo y sus compañeros para protegerse del agotamiento y de la decepción (Maslach, & Leiter, 1997). La ineficacia es la sensación de que uno es inadecuado. Si uno se siente inadecuado, los logros parecen triviales y los proyectos parecen abrumadores (Maslach, & Leiter, 1997).

Los investigadores se preguntaban si el agotamiento era diferente de la depresión o la satisfacción laboral (Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, Van der Hulst, & Brouwer, 2000). Recientemente, la distinción entre *burnout* y depresión ha sido establecida por varios estudios usando el MBI y otras medidas de depresión (Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, Van der Hulst, & Brouwer, 2000). Se ha encontrado que el agotamiento es específico para el contenido de trabajo, mientras que la depresión es multifacética (Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, Van der Hulst, & Brouwer, 2000).

Resultados

El agotamiento tiene un efecto negativo en el desempeño del individuo en el lugar de trabajo, y se ha relacionado con el ausentismo, la rotación del trabajo, la baja productividad, la efectividad general, la disminución de la satisfacción en el trabajo y la reducción del compromiso con el trabajo (Golembiewski, Hilles, & Daly, 1987).

Algunos síntomas físicos relacionados con este síndrome incluyen “fatiga crónica, insomnio, mareos, náusea, dificultades respiratorias, problemas de piel, dolores musculares y rigidez, dificultades menstruales, glándulas hinchadas, dolor de garganta, gripe recurrente, infecciones, resfriados, dolores de cabeza, problemas digestivos, y dolor de espalda (Brock, & Grady, 2000). Además, el agotamiento se ha relacionado con abusos de alcohol y drogas (Maslach, 1982).

Burnout en médicos oncólogos.

Las personas que interactúan extensamente con el público y manejan pacientes con enfermedades graves y crónicas están en especial riesgo de desarrollar síndrome de *burnout* (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004). La oncología es uno de los campos médicos en los que la gravedad de la enfermedad de los pacientes, el uso de tratamientos tóxicos y prolongados y el

contacto cercano con pacientes terminales y sus familiares pueden someter a los profesionales de la salud a un estrés considerable (Cubero, Rego, Hérick, Dettino, Osório, Van, Beato, Maris, Mota, Altino, Jobim, Reis da Rocha, Moura, Ramos, & Giglio, 2016). Por lo tanto, no es casual que los estudios demuestren que el síndrome de *burnout* es frecuente entre los oncólogos en general, con un índice estable de aproximadamente el 50% en las últimas décadas (Glasberg, Horiuti, Novais, Canavezzi, Costa, Chicoli, Goncalves, Bensi, Giglio, 2007).

Tomando en cuenta que en Ecuador no existen estadísticas pertinentes a este tema, se hace referencia a que el grado de *burnout* para los clínicos de oncología en Brazil es del 25 al 56%, especialmente para las etapas de agotamiento y despersonalización (Liakopoulou, Panaretaki, Papadakis, Katsika, & Sarafidou, 2008). Esta alta prevalencia del síndrome de *burnout* en el contexto de la oncología empeora no sólo la calidad de la vida profesional y personal de los profesionales de la salud sino también la calidad de la atención brindada a los pacientes y sus familiares (Cubero, Rego, Hérick, Dettino, Osório, Van, Beato, Maris, Mota, Altino, Jobim, Reis da Rocha, Moura, Ramos, & Giglio, 2016). La aparición del síndrome de *burnout* también es frecuente en los programas de residencia médica en unidades brasileñas, con una prevalencia superior al 40%, y se asocia con efectos negativos sobre los residentes y la calidad de la atención médica que proporcionan (Gonz, & Bello-Villalobos, 2014). Los síntomas de *burnout* en residentes incluyen ansiedad, insomnio, depresión y abuso de sustancias (Grunfeld, Whelan, Zitzelsberger, Willan, & Montesanto, 2000).

Terapia cognitiva conductual.

Historia

Una revolución dentro de la salud mental en los años '60 fue realizada por Aaron Beck, MD, quien fue un entrenado y practicante psicoanalista (Beck, 2011). En su búsqueda para

validar esta teoría con comprobación científica, sus experimentos lo llevaron a resultados distintos a lo esperado en este campo y le dieron nuevas pistas sobre la explicación para la depresión (Beck, 2011). Él logró identificar cogniciones negativas y distorsionadas como la característica principal de la depresión y desarrolló un tratamiento a corto plazo (Beck, 2011). A partir de esto, Aaron Beck desarrolló una psicoterapia a finales de los '60 llamada "terapia cognitiva" (Beck, 2011).

Beck recurrió a un sin número de fuentes para desarrollar esta forma de psicoterapia, incluyendo a filósofos antiguos, como Epicetetus, y teóricos, como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus, y Albert Bandura. Por ende, el trabajo de Beck se ha expandido y es utilizado por actuales investigadores sobre todo en los Estados Unidos (Beck, 2011).

Existen varios tipos de CBT que comparten características con el modelo de Beck pero su conceptualización y énfasis en el tratamiento puede ser diferente (Beck, 2011). Esto incluye a la terapia racional emotiva conductual, terapia dialéctica conductual, terapia basada en la resolución de problemas, terapia de aceptación y compromiso, terapia de procesamiento cognitivo, activación conductual, modificación cognitiva conductual, entre otras (Beck, 2011). La CBT de Beck incorpora técnicas para las terapias antes mencionadas, y para otras psicoterapias, cuyo marco de referencia está basado en las cogniciones (Beck, 2011).

Características

Las características que envuelven esta terapia van orientadas hacia la estructura, la duración del tratamiento a corto plazo, el estar orientada al presente, dirigida a resolver problemas, y a modificar pensamientos y conductas disfuncionales (Beck, 2011). Desde ese entonces se ha adaptado esta terapia, no solo a trastornos como la depresión, sino a un amplio

rango de desórdenes y problemas (Beck, 2011). Estas adaptaciones han cambiado el foco, las técnicas, y la duración del tratamiento, sin embargo, la teoría de terapia en sí sigue siendo la misma (Beck, 2011). En cualquier forma de CBT derivada del modelo de Beck, el tratamiento va enfocado a una reformulación de cogniciones de las creencias, comportamientos y estrategias que caracterizan a un desorden específico (Beck, 2011).

El tratamiento también está basado en la conceptualización o entendimiento del paciente como un individuo (con sus específicas creencias y patrones de comportamiento) (Beck, 2011). El terapeuta es capaz de buscar y recurrir a diversas técnicas para producir un cambio cognitivo, modificando el sistema de pensamientos y creencias del paciente, para crear un cambio emocional y comportamental duradero (Beck, 2011).

Aplicación

La CBT ha sido adaptada para pacientes de distintos niveles de educación y económicos, además de contar con un amplio rango de aplicación a diversas culturas y edades (Beck, 2011). Es utilizada en centros de atención primaria como en otros establecimientos médicos, escolares, programas vacacionales, y prisiones. Se la puede utilizar dentro de terapia grupal, de pareja, de familia e individual (Beck, 2011). Está diseñada para sesiones de 45 minutos, sin embargo pacientes con esquizofrenia podrían no tolerar este tiempo, por ende el terapeuta debe utilizar sus habilidades para utilizar técnicas sin utilizar toda la sesión (Beck, 2011).

Terapia cognitiva conductual para síndrome de *burnout*.

Como se definió anteriormente, el *burnout* está caracterizado por ser un síndrome de fatiga mental y física, que envuelve un agotamiento emocional que suele ocurrir en individuos cuyos trabajos envuelven el trato constante con personas durante un tiempo prolongado, ocasionando auto-degradación, desagrado por el trabajo y falta de compasión hacia los demás

(Maslach, & Jackson, 1981). Se ha sugerido que los enfoques de psicoterapia para este síndrome incluyan la intervención a nivel organizacional, como la coordinación de la cantidad de tareas o a nivel personal, como el refuerzo del estado mental cognitivo de la persona (Spooner, & Patton, 2007).

La CBT ha demostrado ser eficaz ya que implica creencias irracionales sugeridas por Ellis o factores cognitivos, como pensamientos automáticos, sugeridos por Beck (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2015). El *burnout* inicia con una distorsión cognitiva que con el tiempo y dependiendo de la severidad podría liderar a una depresión (Beck, 1963). Los pensamientos automáticos indican la presencia de pensamientos distorsionados, que son interpretaciones distintas a los hechos objetivos dentro de una situación particular, esto crea en el trabajador una creencia irracional dentro de su esquema cognitivo y comienza a ver como estresante un evento o situación cotidiana (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2015). Las distorsiones cognitivas pueden tener una connotación ocupacional o personal en el trabajador (Beck, 1963). Varias de las distorsiones cognitivas comunes en trabajadores de la salud van relacionadas a la dependencia, la evitación de problemas, la impotencia, la creencia de lo que el paciente puede pensar, la autoestima, el autocontrol, la crítica lógica, y el desamparo, siendo estas también características del agotamiento emocional (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2015). Es fundamental que se tome en cuenta que la conceptualización de cada trabajador es distinta puesto que en un mismo ambiente de trabajo dos personas pueden o no presentar síntomas de *burnout* (Beck, 1963).

La CBT interviene en las creencias irracionales y pensamientos automáticos (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2015). Se cree que el modelo de intervención para este síndrome comienza con un estresor que lidera estas creencias irracionales y pensamientos automáticos negativos generando agotamiento y por ende *burnout* (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2015).

Dentro de la intervención se espera establecer habilidades de afrontamiento y técnicas de resolución de problemas (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2015).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta que esta investigación está basada en la pregunta ¿cómo y hasta qué punto la terapia cognitiva conductual incide en el *burnout* de médicos oncólogos que trabajan en cuidados paliativos?, la metodología a utilizarse será de tipo cuantitativa bajo los parámetros de una prueba administrada pre y post tratamiento.

Justificación de la metodología seleccionada

La presente investigación espera conocer si la CBT genera mejora en síntomas del síndrome de *burnout* de médicos oncólogos que trabajan en CP. Para lograr este objetivo es necesaria la utilización del test Maslach Burnout Inventory para conocer si existen síntomas del síndrome de *burnout* en puntajes significativos antes de realizar una intervención terapéutica y después de la misma. Entonces, se podrá verificar si este tipo de terapia es efectiva y genera cambios después de ser empleada en esta población específica.

Por ende, la metodología pertinente es de tipo cuantitativo ya que se especializa en la recolección de datos con el fin de probar si cierta hipótesis se confirma o no, basándose en un análisis estadístico de resultados que permite comprender patrones de comportamiento y a su vez ayuda a comprobar la validez de ciertas teorías (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Además, se tomará al síndrome de *burnout* como la variable dependiente y a la CBT como la variable independiente. Al culminar la investigación, con la recolección de datos pertinentes, se los analizará mediante métodos estadísticos y se realizarán las conclusiones en base a la hipótesis planteada (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Herramientas de investigación utilizada

Para la óptima recolección de datos se aplicará el test Maslach Burnout Inventory a cierta muestra de médicos oncólogos que trabajan en CP mediante el reclutamiento de los mismos con el método de tipo no probabilístico de casos, dentro de la ciudad de Quito, Ecuador. Posteriormente, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, se tomarán a ciertos participantes cuyos puntajes en el test antes mencionado cumplan para un diagnóstico con síndrome de *burnout*. Estos participantes serán quienes reciban CBT, durante 2 o 3 meses (con citas de 50 minutos una vez por semana), y al finalizarla volverán a tomar el test utilizado antes de la terapia psicológica. Con esta recolección de datos, se procederá a analizar y evaluar la validez o no de la hipótesis de investigación.

El test Maslach Burnout Inventory se lo realiza en un aproximado de 10 a 15 minutos y está constituido por 3 escalas con un total de 22 reactivos presentados en forma de afirmaciones, estos están relacionados a sentimientos y actitudes del profesional en su área de trabajo y en el contacto con los pacientes (Gil-Monte, 2005). La primera escala, de agotamiento emocional, tiene 9 ítems con una puntuación que puede llegar máximo a 54; la segunda escala, de despersonalización, tiene 5 ítems y puede llegar a una puntuación máxima de 30; y la tercera escala, de realización personal, contiene 8 ítems y puede lograr una puntuación máxima de 48 (Gil-Monte, 2005). Cada ítem se mide mediante un rango de 1 a 5, donde: (1) equivale “Nunca”, (2) a “Algunas veces al año”, (3) a “Algunas veces al mes”, (4) a “Algunas veces a la semana, y (5) a “Diariamente” (Gil-Monte, 2005).

Se debe tomar en cuenta que aquellos profesionales que se encuentren por encima del percentil 75 entran en la categoría de “alto” debido a la contestación de afirmaciones pertinentes

a síntomas característicos del síndrome de *burnout*, aquellos que se encuentran entre el percentil 75 y 25 entran en la categoría “medio” y quienes puntuaron por debajo del percentil 25 se asocian a la categoría “bajo” (Gil-Monte, 2005). Se considera válida esta prueba debido a la alta consistencia interna entre escalas (Gil-Monte, 2005).

Descripción de participantes

Es fundamental tomar en cuenta que de la población total probablemente se trabaje con el 50% ya que, como se explicó anteriormente, existe una prevalencia de este síndrome en la mitad de la población total de médicos oncólogos.

Por ende, de los 42 médicos oncólogos que trabajan en CP en varias instituciones del Ecuador, únicamente se realizará el estudio con la mitad, lo que nos deja con un número de 21 participantes. En el caso de que exista un mayor número de médicos que presenten este síndrome se los elegirá mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. El género de los participantes puede variar.

Reclutamiento de los participantes

El reclutamiento se lo realizará vía telefónica y una carta de invitación al estudio a las entidades que prestan servicios de CP por parte de médicos oncólogos especializados en dicha área. Según el Plan Nacional de Cuidado Paliativos 2015-2017, entre estas se encuentran: ABEI, FECUPAL, SOLCA, y Hospital Vozandes. Posteriormente se contactará a los profesionales que cumplen los criterios de esta investigación, tomando en cuenta que el total poblacional en estas instituciones es de 42. A todos se les explicará los fines del estudio y en el caso de que decidan

ser parte del mismo se les hará firmar un consentimiento informado y se continuará con la investigación.

Consideraciones éticas.

Para realizar este estudio se tomarán en cuenta los parámetros establecidos de ética al trabajar con individuos. Por esto, se entregará un consentimiento informado previo a la intervención, en este se mostrarán todas las implicaciones del estudio y la participación voluntaria y el derecho a retirarse del mismo en cualquier momento que el participante desee. Además, se enfatizará y asegurará que la participación es anónima lo que implica el asignar únicamente un código con el cual se puede identificar al sujeto dentro de la investigación pero este no tendrá un vínculo con su nombre dentro de la publicación de la investigación. Asimismo, quienes realizan el estudio se comprometerán bajo la ética profesional a utilizar la información recolectada únicamente en los fines específicos del estudio y a eliminarla al finalizar la investigación. Se debe mencionar que, se tomará en cuenta el avance individual del sujeto dentro de terapia, sin que exista presión por parte del terapeuta para la finalización de la misma. También, se seguirán los parámetros dentro de la terapia propuesta de forma estandarizada para obtener resultados eficaces que vayan acorde a la evidencia empírica pertinente.

Es fundamental el recalcar que a pesar de todas las implicaciones éticas utilizadas dentro del estudio, pueden existir variantes dentro de terapia que salgan de lo esperado, sin embargo, se tratará de disminuir cualquier percance al máximo mediante el profesionalismo de quienes realizan la investigación.

RESULTADOS ESPERADOS

La presente investigación tiene resultados basados en la revisión bibliográfica presentada con anterioridad, esto quiere decir que las expectativas se basan en encontrar una disminución en los síntomas característicos del síndrome de *Burnout*. Además, se creería que aquellos médicos que participen en este proceso tendrían la capacidad de tener un mejor funcionamiento en su vida personal y laboral tomando en cuenta la terapia que se utilizará para tratar este síndrome.

Es fundamental comprender que la mitad de la muestra poblacional de médicos oncólogos que trabajan en CP en varias instituciones en Quito-Ecuador puede tener síntomas relacionados con cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, tomando en cuenta estudios como el realizado por Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz & Sappino (2012) donde 371 médicos (180 oncólogos de medicina interna) realizaron un cuestionario basado en este síndrome y los resultados obtenidos mostraron que el 66% de estos tenían *burnout*. En Japón se demostró que el 49.6% de un total de 1436 médicos oncólogos presentaban síndrome de burnout posterior a la tomas del test Maslach Burnout Inventory (Asai, Morita, Akechi, Uchitomi, 2007). Si se toma en cuenta que los CP son un área de la oncología que demanda del médico un mayor involucramiento con el paciente y su familia, dadas las condiciones terminales del paciente, es probable que el número de médicos con este síndrome sea mayor. Es por esto que el tratamiento debe ir acorde a las necesidades que presentan los médicos con *burnout*.

Como se explicó anteriormente, CBT es una terapia empíricamente validada (Beck, 2011) para este síndrome por lo que se la considera una de las mejores al tratar de forma cognitiva los síntomas antes mencionados. Por ejemplo, el estudio realizado por Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak, & Kompier (2012) muestra el tratamiento a un grupo de 16

empleados que presentaban este síndrome y la comparación con un grupo de igual número que no presentaba síntomas, después de 10 sesiones con CBT el grupo con síndrome de *burnout* mostró mejoras en su funcionamiento en general. Además, de acuerdo a Sandstrom, Rhodin, Lundberg, Olsson & Nyberg (2005) existe una relación entre este síndrome y el deterioro de funciones cognitivas donde se involucran memoria no verbal la atención auditiva y visual, esto se comprobó con una muestra de 67 pacientes y un grupo de control de 15 personas saludables. La CBT se encarga de trabajar en las cogniciones con el fin de replantear creencias y pensamientos pre-existentes que puedan estar aportando a que el individuo no mejore su funcionamiento.

Es por esto que se esperaría una remisión de síntomas de los participantes con síndrome de *burnout* después de haber aplicado la terapia CBT.

Discusión.

Una vez terminado el estudio, se pueden encontrar diversas respuestas a la pregunta de investigación “¿Cómo y hasta qué punto la CBT incide en el *burnout* de médicos oncólogos que trabajan en cuidados paliativos?”.

Se debe tomar en cuenta que los pacientes con cáncer demandan mayor atención, sin importar su edad, y si este requiere de CP el involucramiento del médico es mayor debido a que las familias tienden a buscar apoyo y confort en el staff médico (Vachon, 1995). Si el médico de cabecera pasa a ser un oncólogo especializado en CP, significa que el único tratamiento para el paciente es manejar el dolor que produce la enfermedad, pero ya no se busca una cura para la misma (Ghandourh, 2016). Estos casos exigen del médico un mayor aporte profesional y humano ya que el trabajo se lo hace en conjunto con psicólogos y otros profesionales para dar soporte al paciente y su familia (Spooner, & Patton, 2007). Con el paso del tiempo, si el

especialista tiene una sobrecarga de trabajo comienza a presentar cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Spooner, & Patton, 2007). Si no se atiende a estos síntomas pueden continuar su desarrollo hasta llegar a trastornos más graves como depresión o ansiedad (Vachon, 1995). Varios estudios reportan que los médicos oncólogos trabajan en un área cuya carga de responsabilidad laboral y el deber profesional de cumplir con las necesidades del pacientes y sus familiares producen agotamiento psicológico (Ghandourh, 2016). Uno de los estudios más antiguos que muestra la vulnerabilidad de estos médicos es el de Whipped & Canelos (1991) donde el 56% de una muestra poblacional de 1000 médicos oncólogos (con especialización en pediatría, medicina interna y consulta privada) demostró los síntomas de *burnout* después de llenar una encuesta sobre este síndrome. Por esto se considera importante que se tome en cuenta las necesidades personales de estos médicos ya que el agotamiento en las diversas dimensiones de la persona puede causar respuestas contraproducentes dentro del trabajo y en su vida personal.

Para tratar este síndrome se podrían utilizar variaciones de la CBT como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que ayuda a la persona a manejar pensamientos y sentimientos de una manera adecuada (Ciarrochi, & Bailey, 2008). Sin embargo, al tratarse de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, CBT ha demostrado trabajar en niveles cognitivos en los que la persona puede comprender y cambiar de forma profundo sus procesos de funcionamiento (Beck, 2011). El objetivo de esta terapia es llegar a que la persona se automonitoree y pueda ser su propio terapeuta, por ende, el cambio siempre va a depender del avance que la persona quiera tener (Beck, 2011). Es fundamental el recalcar que la característica de estos síntomas pueden estar causando malestar en los médicos con *burnout*, lo que hace más fácil que se adieran a la terapia y que se puedan encontrar resultados favorables .

Se debe considerar que los médicos oncólogos que trabajan en CP también son humanos y necesitan un espacio en el que puedan descargar sus pensamientos y emociones, por lo que la terapia también podría ser una opción de prevención.

Limitaciones del estudio

Dentro de este estudio se pudieron encontrar algunas limitaciones. La primera es que la muestra de población podría no ser significativa ya que se tomó médicos de algunas instituciones de la ciudad de Quito pero no se cubrió con el total de médicos oncólogos que trabajan en CP. Segundo, no se consideró el ambiente en el que iba a ser tomado el test o en el que se realizarían las terapias. Tercero, no hay estudios sobre la influencia que puede tener la cultura sobre el síndrome de *burnout* en médicos, tomando en cuenta que la población ecuatoriana tiene un componente latino donde hay mayor involucramiento sentimental con las personas donde se trabaja. Cuarto, los resultados pueden no ser los esperados debido al mínimo de población con la que se trabajó y el estigma que tiene la sociedad sobre la psicología, por lo que se podría tratar de reportar menos de lo que en realidad sucede y quinto, el test Maslach Burnout Inventory no reporta si la persona no está diciendo la verdad, siendo una desventaja de su aplicación.

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuros estudios se podría tomar en cuenta el realizar una investigación formada por dos grupos de profesionales que trabajen en CP, un grupo de médicos con síndrome de *burnout* y otro de control. En esto se podría examinar las implicaciones culturales y personales que aporta a desarrollar o no el síndrome. Además, se podrían incluir variables para conocer si estos síntomas que presentan los participantes pueden estar solo relacionados al trabajo en CP o si anteriormente ya los presentaban pero con menor intensidad. Esto a su vez, podría llevar a la

investigación de factores que influyeran en la presencia del síndrome y si la institución en la que trabajan tiene o no un ambiente que propicie estos síntomas.

Tomando en cuenta que el Ecuador tiene una gran riqueza cultural, también se podría realizar un estudio que busque diferencias entre las provincias o regiones, para así comprender de una forma más global los diversos factores que intervienen en el *burnout*. Así mismo, se podría encontrar una posible relación, o no, entre este síndrome y el factor socio-económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (2015). Cancer treatment & survivorship: facts & figures. Recuperado de: <https://old.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042801.pdf>
- Angerer, J. (2003). Job burnout. *Journal of Employment Counseling*, 40(3), 98–107.
- Arigoni, F., Bovier, P., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. (2012). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Center*, 17(1):75-81
- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 16(5), 421-8.
- Baker, J. N., Hinds, P., Spunt, S., Barfield, R. C., Allen, C., Powell, B. C., Anderson, L. H., & Kane, J. R. (2009). Integration of palliative care principles into the ongoing care of children with cancer: individualized care planning and coordination. *Pediatr Clin North Am*, 55(1), 223–xii.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. M., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Journal of Anxiety, Stress, and Coping*, 13, 247-268.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(1), 324-333.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy*. New York: The Guilford Press.

- Brock, B. L., & Grady, M. L. (2000). *Rekindling the flame: Principals combating teacher burnout*. Thousand Oaks: Corwin Press.
- Bruera, E., & Hui, D. (2010). Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol* 28, 4013-4017.
- Ciarrochi, J. & Bailey, A. (2008). *A CBT-practitioner's guide to ACT: how to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy?* California: New Harbinger.
- Cubero, D., Rego, R., Hérick, T., Dettino, A., Osório, F., Van, B., Beato, C., Maris, F., Mota, A., Altino, J., Jobim, S., Reis da Rocha, D., Moura, M., Ramos, A., & Giglio, A. (2016). Burnout in Medical Oncology Fellows: a Prospective Multicenter Cohort Study in Brazilian Institutions. *Journal Of Cancer Education: The Official Journal Of The American Association For Cancer Education*, 31(3), 582-7.
- Diamandopoulos, G. T. (1996). Cancer historical perspective. *Anticancer Res*, 16(2), 1595-1602.
- Donald, I., Taylor, P., Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., & Robertson, S. (2005). Work environments, stress, and productivity: An examination using ASSET. *International Journal of Stress Management*, 12(4), 409-423.
- Ferris, F. D., Bruera, E., & Cherny, N. (2009). Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps—from the American Society of clinical oncology. *J Clin Oncol*, 27, 3052-3058.
- Flórez, J. A. (1994). *Síndrome de estar quemado*. Barcelona: Edikete med.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy Theory*, 12, 72-73.

- Gallucci, B. B. (1985). Selected concepts of cancer as a disease, from the Greeks to 1900. *Oncol Nurs Forum*, 12, 67-71.
- Ghandourh, W. A. (2016). Palliative care in cancer: managing patients' expectations. *Journal Of Medical Radiation Sciences*, 63(4), 242-257.
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among spanish professionals. *Rev. Saúde Pública*, 39(1), 49-35.
- Glasberg, J., Horiuti, L., Novais, M. A., Canavezzi, A. Z., Costa, V., Chicoli, F. A., Goncalves, M. S., Bensi, C. G., Giglio, A. (2007) Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(1), 85–89.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Hilles, R., & Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and worksite features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23(5), 295-314.
- Gonz, G., & Bello-Villalobos, H. (2014). Burnout effect on academic progress of Oncology medical residents. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), 468–473
- Goodarz, D., Vander, S., Lopez, A. D., Murray, C., Ezzati, M. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *The Lancet*, 366(9499), 1784-1793.
- Gospodarowicz, M. (1998). History and international developments in cancer staging. *Cancer Prev Control*, 2(6), 262–8.

- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., & Montesanto, B. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, *163*(2), 166–9.
- Hui, D., Finlay, E., Buss, M. K., Prommer, E. E., & Bruera, E. (2015). Palliative oncologists: specialists in the science and art of patient care. *Journal Of Clinical Oncology*, *33*(20), 2314-2317.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, *75*(3), 209–221.
- Kash, M. K., Holland, J. C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-kobasa, S., & Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, *14*(11), 1621-33.
- Kufe, D. W., Pollock, R. E., Weichselbaum, R. R., Bast, R. C., & Gansler, T. S. (2003). *Cancer Medicine*. Hamilton: Decker Inc.
- Lee, G. L., Teo, I., & Kanavarana, R. (2016). The Complexities of Doctor-Patient-Family Communication in an Asian Oncology Setting: Concordance and Discordance Among Patient Preferences, Family Preferences, and Perceived and Actual Communication. *Health Communication*, *30*, 1-7.
- Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., & Sarafidou, J. (2008). Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer*, *16*(2), 143–50.

- Loes van Staa, A., Visser, A., & Van der Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 93-105.
- Lupien, S. J., & Lepage, M. (2011). Stress, memory, and the hippocampus: can't live with it, can't live without it. *Behavioural Brain Research*, 127(2), 137–158.
- Lynch, H. T., Smyrk, T. C., Watson, P., Lanspa, S. J., Lynch, J. F., Lynch, P., Cavalieri, J., & Boland, B. (1993). Genetics, natural history, tumor spectrum, and pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer: an updated review. *Journal of Gastroenterology*, 104(5), 1535-1549.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124.
- Maslach, C. (1982). *Burnout-The cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational and Behavioral Science*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory (3rd edition)*. California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mingote, J. C., Moreno, B., & Gálvez, M. (2004). Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options. *Journal Medicina Clínica Barcelona*, 123(7), 265–270.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Cuidados paliativos*. Recuperado de: <http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf>

- Multidisciplinary Education in Oncology. (2015). *Medical oncology profile*. Recuperado de:
<http://cos.ca/index.shtml>
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2015). The effect of the group cognitive behavior therapy in a nurse's burnout and intention to resign. *Journal of Health*, 7(4), 1243-1254.
- Oosterholt, B. G., Van der Linden, D., Maes, J. H., Verbraak M. J., & Kompier M. A. (2012). Burned out cognition – cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Work Environ Health*, 38(4), 358-69.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Información de Cuidados Paliativos*. SDG Publications.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Quiroz, G. (2016, marzo 7). Los tipos de cáncer que más crecen en Quito en 25 años. *El Comercio*, pp. 6.
- Raj, V. S., Silver, J. K., Pugh, T. M., & Fu, J. B. (2016). Palliative care and psychiatry in the oncology care spectrum: an opportunity for distinct and collaborative approaches. *Physical Medicine And Rehabilitation Clinics Of North America*, 28(1), 35-47.
- Redaelli, A. (2012). *Hospice: el cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal*. Quito: Ediciones Camilas.
- Reinhold, B. B. (1996). *Toxic work: How to overcome stress, overload, und burnout and revitalize your career*. New York: Dutton.
- Richardsen, A., Burke, R., & Leiter, M. (2007). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress, & Coping International Journal*, 5(1), 55-68.

- Sanz, J., Gómez, B., Gómez, M., & Núñez, J. (1993). *Cuidados Paliativos: recomendaciones de la SECPAL*. Ministerio de Salud y Consumo.
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *BMJ*, *313*, 1599-1601.
- Sargent, D. A., Jensen, V. W., Petty, T. A., & Raskin, H. (1977). Preventing physician suicide: the role of family, colleagues, and organized medicine. *JAMA*, *237*(2), 143-5.
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2013). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, *161*(12), 2295-302.
- Schenker, Y., Crowley-Matoka, M., & Dohan, D. (2013). Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J Oncol Pract*, *10*(22), 37-44.
- Shanafelt, T. (2012). Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *Journal Of Clinical Oncology*, *30*(11), 1235-41.
- Spinetta, J., Jankovic, M., Arush, M., Eden, T., Epelman, C., Greenberg, M., Martins, A., Mulhern, R., Oppenheim, D., & Masera, R. (2000). Guidelines for the recognition, prevention, and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with cancer: report of the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Medical And Pediatric Oncology*, *35*(2), 122-5.
- Spooner, R., & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *25*(3), 8-16.
- Sudhakar, A. (2009). History of cancer, ancient and modern treatment methods. *Journal of Cancer Science & Therapy*, *1*(2), 1948-5956.

- Sudhakar, A., & Boosani, C. S. (2008). Inhibition of tumor angiogenesis by tumstatin: insights into signaling mechanisms and implications in cancer regression. *Pharm Res*, 25, 2731-2739.
- Sudhakar, A., & Boosani, C. S. (2007). Signaling mechanisms of endogenous angiogenesis inhibitors derived from type IV collagen. *Gene Regulation and System Biology*, 1, 217-226.
- The Lancet. (2014). *La lucha contra el cáncer*. Recuperado de: <http://www.elcomercio.com/opinion/editorial/lucha-cancer-ecuador.html>
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 344-362.
- Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Med*, 9(2), 91-122
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2), 57-66.
- Whippen, A. D., & Canellos, G. P. (1991). Burnout Syndrome in the Practice of Oncology: Results of a Random Survey of 1,000 Oncologists. *Clin Oncol*, 9, 1916-1921.
- Zimmermann, C., Swami, N., & Krzyzanowska, M. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 383, 1721-1730.
- Zinn, H. (1980). *A people's history of the United States*. New York: HarperCollins.

ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes

Quito, 1 de mayo del 2017

Señores Profesionales

Médicos del área de oncología (Nombre de la institución)

Quito

Por medio de la presente, Yo, Allison Loaiza zambrano, Alumna del décimo nivel de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito, solicito a cada uno de ustedes, participar en el presente estudio en calidad de Médico Oncólogo de Cuidados Paliativos. El estudio consiste en conocer a través del uso de un test, el nivel de afectación emocional y afectiva al que se somete un profesional de su especialidad por el contacto permanente y crónico con pacientes y su entorno en fases terminales de vida.

Con los datos obtenidos, que además son absolutamente confidenciales, se establecerá en nivel de afectación psicológica laboral y la necesidad de someterse o no a algún tipo de apoyo profesional en este ámbito de ser necesario.

En espera de su aceptación y apoyo al presente trabajo, agradezco de antemano por su colaboración.

Atentamente,

Allison Loaiza

ANEXO B: Formulario de consentimiento informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efecto de terapia cognitiva conductual en el síndrome de burnout de médicos oncológicos que trabajan en cuidados paliativos

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Allison Gabriela Loaiza Zambrano*

Datos de localización del investigador principal *022920896, 0969062916, aglz93@hotmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

El presente consentimiento informa al participante sobre el propósito y los objetivos del estudio. El examinador está abierto a responder cualquier pregunta o duda que el participante tenga. El mismo tiene toda la libertad de elegir si desea participar o no y si es necesario puede consultarlo con quien desee antes de involucrarse en el proceso.

Usted ha sido una de las personas invitadas a participar en el estudio sobre el efecto de terapia cognitiva conductual en el síndrome de burnout de médicos oncológicos que trabajan en cuidados paliativos.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El estudio se basa en trabajar con 21 participantes que cumplan para un diagnóstico con síndrome de *burnout*. Estos participantes serán quienes reciban terapia cognitiva conductual para disminuir los síntomas de este síndrome.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

En un principio se les tomará el test Maslach Burnout Inventory a los participantes. Posteriormente, se aplicará terapia cognitiva conductual a aquellos que cumplan con las características del síndrome de burnout. Estas serán aproximadamente 12 sesiones, de 50 minutos cada una, un día a la semana. Finalmente, se volverá a aplicar el test para conocer los resultados.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Los riesgos dentro de la terapia pueden estar relacionados a la exposición de temas difíciles (emocionales o psicológicos) para la persona y que la misma se sienta incómodo o incapaz de afrontarlos. Sin embargo, el trabajo del examinador será netamente profesional en pro de ayudar al participante y no perjudicarlo. Los beneficios pueden estar centrados en la mejora de síntomas que pueden estar generando molestia en la persona y haciendo que su funcionamiento decaiga. Con la terapia estos síntomas pueden disminuir y el funcionamiento laboral, social y personal del participante puede mejorar. Este cambio se lo irá observando con el tiempo y con el empeño que tenga el participante dentro de las sesiones.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Es fundamental la privacidad del participante, es por esto que las medidas que se toman están relacionadas a:

1. La información proporcionada por cada participante estará fichada con un código perteneciente únicamente a esa persona. De esta manera guardamos confidencialidad en los resultados y en quien puede acceder a ellos.
2. La información recolectada tiene un fin único para esta investigación y será totalmente destruida una vez culminada la investigación.
3. El nombre del participante no será mostrado en ninguna información del presente estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

La persona a quien se dirige el presente documento tiene la total libertad de elegir el participar o no. No existirá ninguna repercusión si decide no hacerlo. Además, se comienza a participar y en algún momento no se siente cómodo es su derecho retirarse del estudio.

Información de contacto

Cual duda o pregunta sobre el estudio puede realizarlo al teléfono 0969062916 de Allison Loiza o mediante un correo electrónico a agl293@hotmail.com

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Estoy consciente de lo que involucra la participación en este estudio ya que he leído los riesgos y beneficios del mismo. He comprendido lo que explica el documento y aquello que no comprendí lo pregunté y actualmente lo tengo totalmente claro. No ha existido presión por parte de ninguna persona para que acepte el entrar a este estudio y se me dio un tiempo para tomar la decisión. Además, he recibido una copia de este formulario y por ende acepto de forma voluntaria ser participante de esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: Herramienta para levantamiento de información

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					