

Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de Burnout en profesionales y técnicos de la salud infantil

Relationship between grief support and burnout syndrome in professionals and technicians of pediatric health

Paula Vega V.^a, Rina González R.^b, José Bustos M.^c, Leticia Rojo S.^d,
María Eugenia López E.^e, Amaia Rosas P.^f, Carmen Gloria Hasbún I.^g

^aE.M. Magister en Enfermería. Profesor asociado. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

^bE.U. Magister en Sociología. Profesor asociado. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

^cLicenciado en Ciencias. Magister en Estadística. Instituto Nacional de Estadística de Chile. Santiago, Chile

^dPsico. Magister en Psicooncología. Unidad de Cuidados paliativos. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile

^ePsico. Magister en Psicooncología. Unidad de Oncología Adultos. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile

^fPsico. Magister en Psicooncología. Unidad de Oncología Pediátrica. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile

^gPsico. Unidad de Cuidados paliativos. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile

Recibido el 30 de noviembre de 2016; aceptado el 6 de abril de 2017

Resumen

Objetivo: Conocer la presencia de Burnout y de apoyo en duelo de profesionales de la salud en unidades de oncología y cuidados intensivos pediátricos de hospitales públicos chilenos. **Sujetos y Método:** Diseño transversal de tipo descriptivo correlacional. Auto aplicación de los instrumentos Maslach Burnout Inventory y Grief Support Health Care Scale en 210 profesionales y técnicos. Para el análisis de comparación de medias se usó la prueba de t-student y para la comparación entre las variables, las correlaciones de Pearson y Spearman, considerando un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** El 4% de los participantes presentaron Burnout y el 71%, estaba en riesgo de padecerlo. El 52% presentó alto nivel de percepción de apoyo en duelo, en especial en mujeres y personal de oncología. Al correlacionar el apoyo en duelo y el Burnout, los datos sugirieron que tanto el reconocimiento del vínculo como de la pérdida tras la muerte de un paciente, disminuye la despersonalización del profesional y mejora su realización personal. **Conclusión:** Los profesionales de unidades de alta complejidad pediátrica presentan alto riesgo de padecer Burnout, por un mayor cansancio emocional y baja realización personal. Sin embargo, una mayor percepción de reconocimiento y apoyo en sus duelos, es un factor que puede disminuir dicho riesgo. Por lo que se requiere de programas de intervención continua dentro de las unidades, con estrategias concretas de acompañamiento, trabajo en equipo y rituales de duelo.

Palabras clave:

Burnout,
profesional de la salud;
soporte social;
duelo

Abstract

Objective: Detect the presence of Burnout and bereavement support of health professionals in oncology and pediatric intensive care units in Chilean public hospitals. **Subjects and Method:** Transversal design of descriptive correlational type. Auto-evaluation using the Maslach Burnout Inventory and Grief Support Health Care Scale instruments in 210 professionals and technicians. For the analysis of a means comparison, the t-student test was used and for the comparison between the variables, the correlations of Pearson and Spearman were used, considering a level of significance of 5%. **Results:** 4% of the participants presented with Burnout and 71% were at risk of suffering it. 52% had a high level of perception of bereavement support, especially in women and oncology personnel. When correlating support in bereavement and Burnout, the data suggests that both the recognition of the bond, as well as the loss after death of a patient, helps decrease the depersonalization of the professional and improves their personal fulfillment. **Conclusion:** Professionals in areas of high pediatric complexity are at high risk of Burnout, due to greater emotional exhaustion and low personal accomplishment. However, a greater perception of recognition and support in their bereavement is a factor that can reduce that risk. Therefore, continuous intervention programs are required within these units, with concrete strategies for accompaniment, teamwork and mourning rituals.

Keywords:

Burnout,
health professional;
social support;
grief

Introducción

En las últimas décadas, la medicina moderna ha experimentado grandes avances tecnológicos que han permitido extender artificialmente la vida de las personas¹. Este fenómeno ha generado que su eje central sea la curación de las enfermedades y la prolongación de la vida², lo que ha llevado a la muerte a ser considerada con una connotación negativa y a no ser reconocida como una etapa más de la vida^{3,4,5}. Es por este motivo, que la temática de la muerte toma mayor relevancia para los equipos de salud dedicados a la atención y cuidado de los niños con enfermedades graves como es el cáncer, por lo incomprensible que puede llegar a ser el fallecimiento de un menor⁶. Esto afecta de manera diferente a los distintos miembros del equipo según los vínculos afectivos formados, el tiempo de permanencia con ellos y el nivel de formación^{7,8,9}, lo que los puede llevar a vivenciar procesos de duelo^{6,10}, definidos como patrones generales de respuesta frente a la pérdida de alguien significativo¹¹.

La sensación de pérdida, sumado a la vulnerabilidad, cansancio y frustración en el ámbito laboral, puede ocasionar el Síndrome de Burnout o también denominado, Síndrome de quemarse por el trabajo, el cual se define como una respuesta psicológica a estresores laborales crónicos de carácter interpersonal y emocional^{12,13}. Situación que se manifiesta por problemas de salud físico, psico emocionales y mentales, afectando a la persona en su totalidad, lo que puede verse asociado a depresión, ansiedad, desmotivación, baja autoestima, tendencia al aislamiento, entre otros. Esta situación se observa con mayor frecuencia en funcionarios de unidades de alta complejidad como son oncología y cuidados intensivos pediátricos^{14,15}, especialmente en funcionarios con menor formación^{6,16}. En ambas unidades

se atiende a niños con cáncer, que requiere manejo de tratamientos prolongados, intensivos y de alta toxicidad, lo que lleva a una creciente demanda asistencial¹⁷, sumándose a esto factores organizacionales tales como el cansancio por carencia de personal, déficit comunicacional, toma de decisiones subrogadas, conflictos de rol, sistema de turnos complejos, incompatibilidad entre las vida laboral y personal, y menor tiempo de descanso¹⁸.

Son estos factores los que exponen a los profesionales y técnicos a alto nivel de estrés laboral por una constante relación con la muerte, sentimientos de impotencia, situaciones de conflicto, falta de medidas de soporte y/o apoyo psicológico dentro de las instituciones, lo que puede llevar a un bajo rendimiento laboral, aumento del ausentismo, mayor riesgo de errores y omisiones^{13,17}, afectando así la calidad de la atención y del cuidado entregado a los usuarios^{18,19}. Por lo que esta problemática toma relevancia en aspectos de salud ocupacional y en la contribución en la mejora de la calidad de atención a nivel de los hospitales públicos.

Por otra parte, una serie de investigaciones demostraron que el soporte social al equipo de salud, es un importante mediador en el desarrollo del Burnout, ayudando a aliviar el estrés y permitiendo afrontar de mejor manera las muertes y la labor diaria en servicios de alta complejidad^{20,21}. Sin embargo, este apoyo está enfocado a aspectos sociales y no directamente al apoyo frente al duelo recibido dentro del propio equipo y por la institución^{22,23}.

En relación a la atención de niños y adolescentes con cáncer en Chile, el Programa Nacional del Cáncer Infantil (PINDA) ha priorizado el desarrollo de una atención de alta calidad que ha permitido importantes resultados en la sobrevida, semejantes a lo logrado en países desarrollados²⁴. Sin embargo, la mayoría de

los pacientes que fallecen por causas agudas, lo hacen en unidades de oncología o en cuidados intensivos²⁵. A pesar de ello, actualmente en nuestro país no existe una intervención formal y transversal de afrontamiento del estrés laboral y de las pérdidas dirigidas a equipos pediátricos oncológicos y cuidados intensivos, sino que sólo intervenciones puntuales locales, lo que se ha transformado en un desafío para los equipos mencionados anteriormente²⁵.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es describir el nivel de Burnout y la percepción de apoyo en duelo de los profesionales de salud que trabajan en unidades de oncología y cuidados intensivos en centros de referencia del PINDA, y así mismo, conocer la correlación que existe entre estas dos variables.

Sujetos y Método

Estudio con diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional, en el cual aceptaron participar 210 profesionales y técnicos que se desempeñaban en las unidades de oncología y cuidados intensivos pediátricos del área pública de cinco centros de referencia PINDA de la Región Metropolitana, existiendo una tasa de rechazo aproximada al 30% del universo.

La estimación del tamaño muestral fue de 150 participantes, la cual se realizó con una varianza esperada de nueve, para encontrar diferencias estadísticamente significativas, considerando un nivel de significación de 0,05 y una potencia del 80%, estimada según Sokal & Rohlf²⁶.

Los criterios de inclusión fueron: ser funcionarios contratados en oncología o cuidados intensivos pediátricos del hospital, trabajar más de tres meses en las unidades y aceptar voluntariamente participar. Los criterios de exclusión considerados: estar cursando un duelo personal reciente y/o no haber vivenciado la muerte de un paciente.

La investigación consideró como variables: nivel de Burnout, percepción de apoyo en duelo y aspectos sociodemográficos de la población estudiada. Para lo cual, los instrumentos utilizados fueron: el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981)²⁷ en su versión en castellano, para medir el nivel de Burnout. Este fue validado por Seisdedos (1997)²⁸ y en Chile, por Jelvéz (2011)²⁹, logrando una consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach de un 0,89. Este instrumento evalúa tres variables del Síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Para lo cual, incluye 22 ítems que se valoran mediante escala tipo Likert con puntajes de 0 a 6, correspondiendo a distintos niveles de frecuencia. Son indicadores de un nivel alto de Burnout cuando la puntuación de la sub escala Cansancio

emocional está por sobre los 26 puntos, la Despersonalización sobre los 9 puntos, y la Realización personal debajo de los 34 puntos.

El segundo instrumento, utilizado para evaluar la percepción de apoyo en duelo fue el "Grief Support Health Care Scale" (GSHCS), desarrollado por Anderson, Ewen y Miles (2010)³⁰ y validado en Chile al castellano por Vega et al. (2014)³¹, que logró una consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach de un 0,81. Este instrumento fue desarrollado considerando los 3 componentes de la Teoría de la Privación al Derecho al Luto³²: Reconocimiento el vínculo, reconocimiento de las pérdidas e inclusión en rituales funerarios. La escala GSHCS está formada por 15 ítems. Para medir el nivel de acuerdo o desacuerdo en estos ítems, se usa una escala de Likert de 5 puntos. Alto puntaje en la escala, indica alto nivel de percepción de apoyo social ante el duelo.

Para el desarrollo del proyecto, se contó con la autorización de los directores de cada hospital y la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y los comités de ética de los respectivos Servicios de Salud según hospital, realizando la aplicación de los instrumentos de medición entre marzo y noviembre del año 2015.

Los profesionales y técnicos fueron invitados a participar a través de afiches y contactados por asistentes de terreno en las unidades. Aceptada la participación, se realizó el proceso de consentimiento informado y se procedió a la auto aplicación de los instrumentos. Estos documentos se manejaron en sobres cerrados codificados, para cautelar la confidencialidad y anonimato de los participantes. En aquellos funcionarios que obtuvieron un nivel alto de Burnout según el MBI, fueron contactados telefónicamente por el investigador principal, quien los orientó para consulta con el psicólogo laboral de su hospital, y además se le invitó a una intervención psicoeducativa de apoyo, desarrollada por las psicólogas del equipo.

En el análisis estadístico, la comparación de las medias se utilizó la prueba de t-student para muestras independientes, previa verificación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. La comparación entre los puntajes de ambas variables (Burnout y Apoyo en duelo) se realizó mediante correlaciones de Pearson y Spearman, dependiendo de la naturaleza de las variables, considerándose un nivel de significancia del 5%. Para este análisis se utilizó el software estadístico R versión 3.3.1³³.

Resultados

De los 210 funcionarios, 188 eran mujeres y 22 hombres, con una edad media de 39 años (rango 20

a 64 años). El 36% de los participantes del estudio estaban casados o eran convivientes, y del total, el 53% tenía hijos. En lo laboral, 130 de los participantes trabajaba en la unidad de oncología y el resto, en cuidados intensivos. Ciento catorce tenía formación universitaria (médicos, enfermeras/os, kinesiólogos, psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionistas y trabajador social) y 96, estudios técnicos. El 72% correspondió al equipo de enfermería. Respecto a la antigüedad laboral, el 53% tenía menos de 5 años en la unidad, con un rango entre los 4 meses a 40 años. En cuanto a formación en el área de duelo, el 29% de los participantes había realizado algún curso y/o taller de capacitación (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas (n = 210)

	%
Sexo	
Mujeres	89
Hombres	11
Edad	
< 30 años	27
30-49 años	52
> 50 años	21
Estado civil	
Casado o conviviente	36
Soltero, separado o viudo	64
Nivel educacional	
Técnico/auxiliar	46
Profesional	54
Tiempo de desempeño profesional	
< 5 años	53
6 a 15 años	24
> 15 años	23
Unidad de desempeño	
Oncología	62
Unidad de cuidados intensivos	38

Al analizar el puntaje total de los niveles de Burnout, el 4% de participantes tenía niveles altos de Burnout al momento de la encuesta y el 71% presentaba algún nivel de riesgo de padecerlo. Tras analizar las características sociodemográficas en relación a estos puntajes totales y cada una de las dimensiones del Burnout, no hubo diferencias significativas según sexo, edad, nivel de formación y unidad de desempeño (tabla 2). Sin embargo, los datos mostraron que el 45% de los participantes presentaba un nivel medio o alto de cansancio emocional, observándose que los participantes de la Unidad de Oncología tenían niveles más altos que los de la Unidad de Cuidado Intensivo, sin que esta diferencia fuera significativa (p-value: 0,39). A su vez, al analizar la tercera dimensión del Burnout, destacó que el 82% de la muestra presentaba un nivel bajo a medio de realización personal (tabla 3).

En cuanto al apoyo al duelo, del total de participantes, el 52% presentan alto nivel de percepción de apoyo en duelo, siendo el Reconocimiento del vínculo la dimensión con mayor puntaje. Se destaca que no hubo participantes que mostraron nivel bajo en la percepción de apoyo en duelo, aunque la dimensión Inclusión a rituales funerarios obtuvo puntuaciones más bajas que las otras dos dimensiones (tabla 4). En relación a las características demográficas, sólo en los niveles de apoyo en duelo según sexo y la unidad de desempeño, hubo diferencias significativas. Es así como las mujeres mostraron un mayor puntaje en el Reconocimiento de las pérdidas, en comparación con los hombres (p-value = 0,039) (figura 1). Asimismo, los profesionales de las unidades de oncología, obtuvieron puntajes mayores en incorporación a rituales funerarios, que los que se desempeñaban en unidades intensivas críticas (p-value = 0,024) (figura 2).

Al analizar el instrumento de Maslach y el GSHCS en las tres dimensiones de cada uno, se evidenció que

Tabla 2. Nivel de Burnout según las características sociodemográficas (n = 210)

	n /nivel alto	n/nivel en riesgo	n/ nivel bajo	Total	p value
Sexo					
Mujeres	7	135	46	188	0,72
Hombres	1	13	8	22	
Edad					
< 30 años	0	43	13	56	0,66
30 a 49 años	6	76	29	110	
> 50 años	2	29	12	44	
Nivel educacional					
Técnico	5	69	22	96	0,48
Profesional	3	79	32	114	
Unidad de desempeño					
Oncología	5	93	32	130	0,51
Unidad de cuidados intensivos	3	55	22	80	

Tabla 3. Nivel de Burnout según sus dimensiones (n = 210)

	CE n (%)	DP n (%)	RP n (%)	Nivel de Burnout n (%)
Nivel alto	17	17	18	4
Nivel medio	28	26	40	71
Nivel bajo	55	57	42	25
Total	100	100	100	100

Tabla 4. Nivel de apoyo en duelo según sus dimensiones (n = 210)

	RDV n (%)	Dimensiones RDP n (%)	IRF n (%)	Nivel apoyo duelo n (%)
Nivel alto	85,5	69,5	15,5	54,7
Nivel medio	13,5	29	68,5	45,3
Nivel bajo	1	1,5	16	0
Total %	100	100	100	100

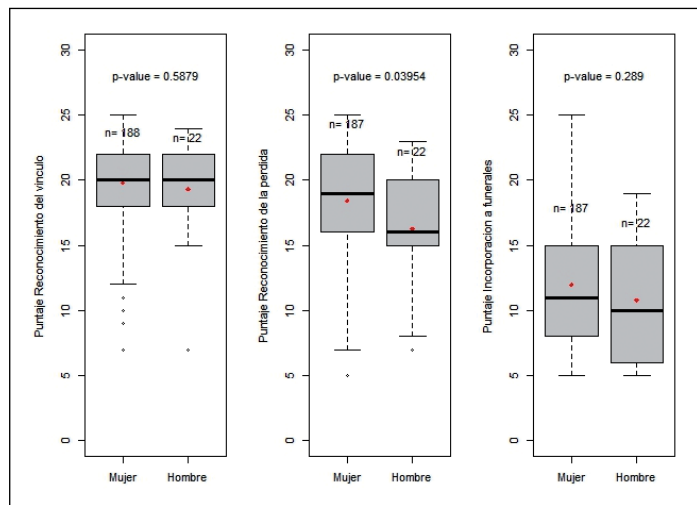


Figura 1. Dimensiones de Percepción de apoyo en duelo según género de los profesionales.

hay correlación estadísticamente significativa en cinco de las nueve correlaciones. Es así como el Reconocimiento del vínculo se correlacionó negativamente con el valor de las dimensiones Cansancio emocional (p-value < 0,05), Despersonalización (p-value < 0,05) y Realización personal (p-value < 0,05). En cuanto al Reconocimiento de la pérdida, este se correlacionó negativamente con el valor de las dimensiones Despersonalización (p-value < 0,05) y Realización personal (p-value < 0,05) Por lo tanto, los profesionales y técnicos que se percibían reconocidos en su vínculo con el paciente y en su pérdida, tenían menor riesgo de padecer Burnout. Se destaca que la incorporación en rituales funerarios no incidió en el desarrollo de Burnout (figura 3).

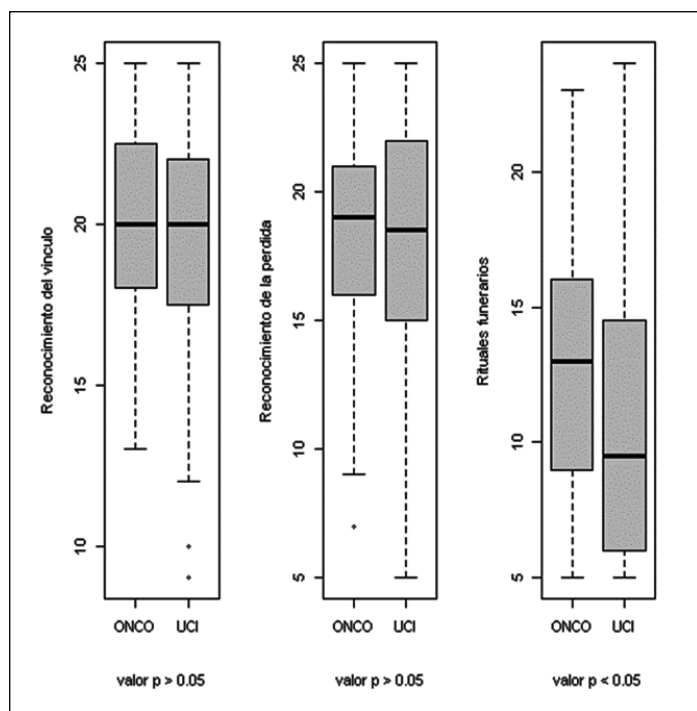


Figura 2. Dimensiones de Percepción de apoyo en duelo según unidad de desempeño.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que no hay diferencias significativas de la prevalencia del Síndrome de Burnout en relación con las variables sociodemográficas analizadas, como es el sexo, edad, estado civil, unidad de desempeño, antigüedad en la unidad, participación en cursos de duelo y número de hijos, lo que también se observó en otras investigaciones realizadas en profesionales del área pediátrica^{34,35}.

En relación a la presencia de este síndrome en la población estudiada, se obtuvo resultados similares a una investigación realizada a profesionales chilenos de una unidad crítica pediátrica³⁴. Sin embargo, un estudio en trabajadores de un hospital pediátrico chileno, mostró presencia de Burnout en el 30% de ellos, dado mayoritariamente en funcionarios del área de medicina donde estaba incluido la unidad de oncología¹⁶. Cabe destacar que, si se compara con la prevalencia de Burnout en unidades de adulto, los niveles en estas unidades son mayores, alcanzando sobre el 40%^{36,37,38}. En cuanto a las dimensiones del Burnout, los datos en este estudio revelan que alrededor del 70% de la muestra presenta algún riesgo de presentar este síndrome, dado mayoritariamente por un alto cansancio emocional y baja realización personal. Estas cifras cobran importancia dado que la variable “cansancio emocional”

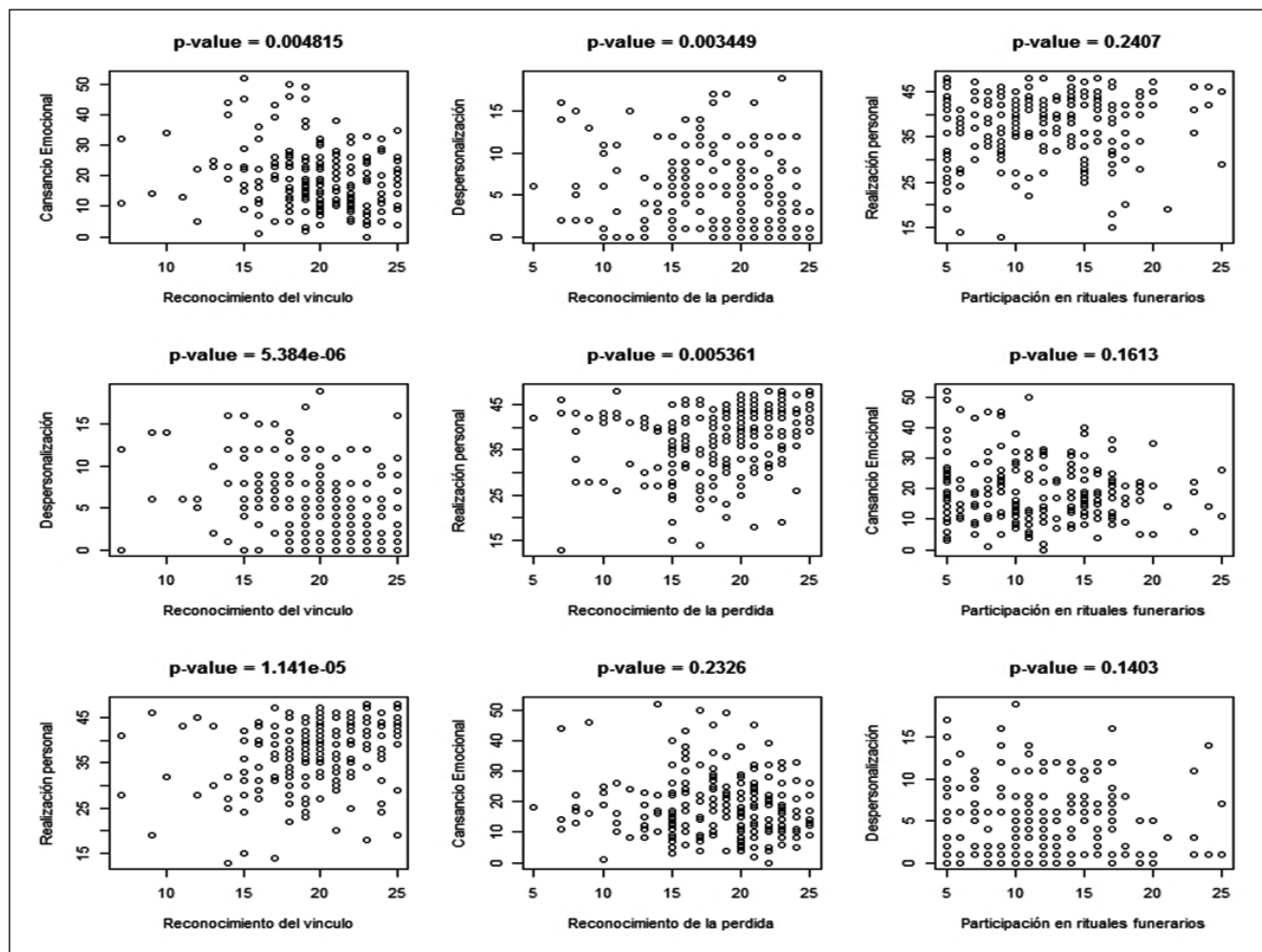


Figura 3. Matriz de correlaciones de las dimensiones de los instrumentos de MBI y GHSC.

se considera como un factor clave en la predisposición a Burnout^{39,40}. Cabe destacar, que en todos los estudios mencionados se ha utilizado el instrumento MBI para evaluar el nivel de Síndrome de Burnout.

Por otra parte, varias investigaciones han relacionado el desarrollo del Burnout con variables como el apoyo social y la aparición de duelos complicados^{21,35,38,41}. En ellos, se señala que la cohesión y apoyo social es un factor que está correlacionado negativamente con la aparición de este Síndrome³⁹. En relación a esto, el presente estudio reveló que existen diferencias en la percepción de apoyo en duelo según sexo, de modo que las mujeres se sienten más reconocidas en relación a la pérdida de un paciente que los hombres, hecho que se ha reportado tanto en estudios del área de adulto como de pediatría^{20,35}.

A su vez, al correlacionar la percepción de apoyo en duelo y el desarrollo de Burnout, los datos muestran que los profesionales de la salud, al sentirse reconocidos tanto por su vínculo con el paciente, como por la

pérdida tras su muerte, tendrían menos posibilidades de presentar Burnout, dado principalmente por las dimensiones de despersonalización y realización personal. Al considerar la participación e incorporación a rituales funerarios de los pacientes, se observó que los profesionales que trabajan en oncología se sienten con mayor apoyo en comparación con los funcionarios de las unidades de intensivo, pero esta incorporación no tendría correlación con el desarrollo de Burnout. Estos resultados dejan ver que no sólo el apoyo social toma relevancia en el Síndrome de Burnout, sino también, la percepción de los propios profesionales de sentirse apoyados en sus duelos y ser reconocida la vinculación que se genera con el paciente. A pesar que en esta investigación la participación en rituales no es relevante en cuanto al Burnout, se ha demostrado que el desarrollo de rituales funerarios al interior de los equipos, genera instancias de contención y disminuye el riesgo de duelos prolongados en los profesionales de salud³².

Una de las limitaciones del presente estudio fue el número de profesionales y técnicos que accedieron a participar, dado que habría sido interesante poder contar con un mayor número de profesionales por estamento, especialmente médicos, psicólogos y kinesiólogos. Por otra parte, la baja participación en algunos hospitales, no permitió realizar análisis locales. A su vez, sería interesante estudiar estas variables en profesionales del área del adulto.

Conclusión

Los profesionales de unidades de alta complejidad pediátrica presentan un alto riesgo de padecer Burnout, dado principalmente por un mayor cansancio emocional y baja realización personal. Sin embargo, una mayor percepción de reconocimiento y apoyo en sus duelos, es un factor que puede ayudar a disminuir dicho riesgo, sin dejar de lado que existen otros factores institucionales que influyen en esta situación^{12,29,40}. Es por ello, que el apoyo social en duelo es una prioridad al interior de los equipos salud, dado principalmente por la necesidad que tienen los propios trabajadores de sentir que su vínculo con el paciente es reconocido no sólo por sus familiares, sino también al interior de la institución, y que ellos están expuestos a sufrir de una pérdida frente al fallecimiento de un niño^{19,41,42}.

Es así que algunos estudios han demostrado que el reconocimiento del vínculo entre el profesional y el paciente, tanto por ellos mismos como por el propio equipo de salud, genera una atención y cuidado más individualizado y significativo, esto aumentaría la satisfacción laboral⁴² y menor rotación de personal⁴³. Esto se observa en actitudes de entusiasmo, dedicación, seguridad, goce en el trabajo y apoyo emocional entre pares^{41,43}. Por lo tanto, es relevante generar dentro de las instituciones y unidades, actividades de inducción, entrenamiento, trabajo en equipo, comunicación efectiva, estrategias de auto-eficacia y afrontamiento de las pérdidas, que permitan organizar las responsabilidades del turno y el autocuidado, respetando el equilibrio entre lo laboral y lo personal^{18,42,44}. Los estudios muestran que no es suficiente implementar estrategias informales^{20,36,43}, si no que se requiere programas de intervención formales, implementados tempranamente y que se desarrollen con regularidad en las unidades, como también frente a pérdidas de pacientes puntuales que

fueron significativos para el equipo^{35,42,44}. En estas intervenciones se deben entregar estrategias concretas de apoyo que permita a los funcionarios reconocer sus vínculos, sufrimientos y pérdidas, de modo de poder trabajar en ellas^{32,44}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Esta investigación fue financiada por CONICYT, a través del Fonda Nacional de Salud. Proyecto SA 14 IID0032.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

El equipo investigador quisiera agradecer a todos los profesionales y técnicos que participaron en este estudio, y a los que aceptaron voluntariamente asistir a la intervención psicoeducativa para la adquisición de herramientas de prevención del Burnout y afrontamiento de duelos, que acompañó a este estudio. A sí mismo, a los estudiantes de enfermería, que con dedicación hicieron posible la obtención de los datos.

Referencias

1. Coca C, Arranaz P, Diéz-Asper H. Burnout en el personal sanitario que atiende a niños al final de su vida y a sus familiares. In: Gómez Sancho M, editor. Cuidados paliativos en el niño. España: Lerko/GAFOS; 2007;167-88.
2. Flores R. Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. Revista MAD Universidad de Chile. 2004 [Internet] May; 10. Disponible en: <http://www.rchdt.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/14783/15122>.
3. Caycedo M. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. Rev Colomb Psiquiat. 2007;36(2):332-9.
4. Pacheco G. Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. Cultura de los Cuidados. 2003;7(14):27-43.
5. Gala FJ, Lupiani M, Raja R, Guillén C, González JM, Villaverde MC, Sánchez A. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuad Med Forense 2002;(30):39-50.
6. Plante J, Cyr C. Health care professionals' grief after death of child. Paediatr Child Health. 2011;16(4):213-16.
7. Gómez Sancho M. Los niños y la muerte. En Gómez Sancho M. Avances en cuidados paliativos. Palmas de Gran Canarias: GAFOS; 2003;539-81.
8. Del Rincón C, Martino R, Catá E, Montalvo G. Cuidados paliativos pediátricos: el afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. Psicooncología. 2008;5(2-3):425-4.
9. Zadeh S, Gamba N, Hudson C, Wiener L. Taking care of care providers: A wellness program for pediatric nurses. JPON. 2012;29(5):294-9.
10. Grau J, Llantá MC, Massip C, Chacón M, Reyes MC, Infante O, Romero T, Barroso I, Morales D. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Pensamiento Psicológico 2008;4(10):27-58.
11. Neimeyer R. Aprender de las pérdidas. Ed. Paidós. Barcelona. 2002.
12. Gil Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones Pirámide. Madrid. 2005.
13. Spinetta J, Jankovic M, Arush M, Eden T, Epelman C, Greenberg M, et al. 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. Med Pediatr Oncol. 2000;35(2):122-5.
14. Crowe C. Burnout and self-care considerations for oncology professionals. J Pain Manage 2015;8(3):191-5.
15. Papadatou D, Martinson IM, Chung PM. Caring for dying children: a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong. Cancer Nurs 2001;24(5):402-12.
16. Órdenes N. Prevalencia de burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr. 2004;75(5):449-54.
17. Hinds P. Testing the stress-response sequence model in pediatric oncology nursing. JPON. 2000;17(2):59-68.
18. Satos A. Do s M. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura Psicologia: Ciência e Profissão. 2015;35(2): 437-56.
19. Ramalho M, Nogueira M. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. Psicologia em Estudo. 2007;12(1):123-32.
20. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitudes del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienf. 2008;15(1):39-48.
21. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005;19(6):463-70.
22. Folkman S. Revised coping Theory and the process of Bereavement. En Stroebe M, Hansson O, Stroebe W, Schut H. Handbook of Bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association. 2003;563-84.
23. Liben S, Papadatou D, Wolfe J. Paediatric palliative care: changes and emerging ideas. The Lancet. 2008;371:852- 64.
24. Vargas L. Cáncer en pediatría. Aspectos generales. Rev Chil Pediatr 2000; 71: 283-5.
25. Rodríguez N, Palma C, Santander J, Cariqueo C, Varas M, Errázuriz MJ. Protocolo Alivio del dolor y sufrimiento y Cuidados Paliativos del Niño con Cáncer. Santiago: MINSAL; 2008.
26. Sokal R. Rohlf F. Biometry. 3ª ed. Freeman & Co: San Francisco; 1994.
27. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, CA: Consulting. Psychologist Press; 1981.
28. Seisdedos, N. Manual MBI, Inventario de Burnout de Maslach. Madrid: TEA;199722.
29. Jélvez C, Ibáñez JP, Olivares V. Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services en profesionales chilenos. Ciencia & Trabajo. 2011; 41:176-80.
30. Anderson K, Ewen H, Miles E. The Grief support in Healthcare Scale. Nur Res. 2010;59(6):372-9.
31. Vega P, Melo J, González R, et al. Validación de escala de apoyo en duelo en atención de salud para población hispanoparlante. Psicooncología. 2015;12(2-3):355-66.
32. Doka KJ. Introducción. En Doka KJ. Disenfranchied grief: new direction, challengers, and strategies for practice. Champaign, IL: Reserarch Press. 2002:528.
33. R Core Team R. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2016. URL <https://www.R-project.org/>.
34. Jofré V, Valenzuela S. Burnout en personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Revista Aquichan. 2005;5(1):56-63.
35. Adwan J. Pediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction. JPN. 2014;29:329-36.
36. Castillo A, Benavente S, Arnold J, Cruz C. Presencia de síndrome de burnout en Hospital El Pino y su relación con variable epidemiológicas. Revista Anacem 2012;6(1):9-13.
37. Avendaño C, Busto P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal en el servicio de psiquiatría de un hospital público. Ciencia y Enfermería. 2009;15(2):55-8.
38. Muñoz M, Molina P. Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud de una Unidad de Cuidados Intensivos, Concepción. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2013;28(1):7-12.
39. Aranda C, Pando M, Pérez MB. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: Una revisión. Psicología y Salud. 2004;14(1):79-87.
40. Demirci S, Kuzeyli Y, Ozsaran Z, Uslu R, Yalman D, Arif B. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. Aras Med Oncol. [Internet] 2010;27:968-74.
41. Wenzel J, Shaha M, Klimmek R, Krumm S. Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. ONF. [Internet] 2011;38(4):272-82.
42. Vega P, González R, Palma C, Oyarzún C, Ahumada E, Mandiola J, Rivera M. Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. Revista Aquichan. 2013;13(1):81-91.
43. Liakopoulou M, Panaretaki I, Papadakis V, et al. Burnout, staff support, and coping in pediatric oncology. SCC. 2008;16(1):143-50.
44. Keene E, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. PN. 2010;36(4):185-9.