

## EL DESGASTE PROFESIONAL O *BURNOUT* EN LOS PROFESIONALES DE ONCOLOGÍA

*B. Moreno-Jiménez, E. Garrosa, R. Rodríguez y M.E. Morante*

Bernardo Moreno-Jiménez es profesor Titular del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Su línea de investigación se centra en Personalidad, estrés y salud. Eva Garrosa es Profesora Titular Interina del mismo departamento y su investigación se centra en los procesos emocionales adaptativos de la personalidad, especialmente en ámbitos laborales. Raquel Rodríguez Carvajal y María Eugenia Morante son investigadoras del mismo Departamento.

### Introducción

Durante la pasada década, los estudios sobre estrés centrado en las poblaciones asistenciales ha aumentado considerablemente (Kash y cols., 2000). Además, existe un cambio muy rápido de los paradigmas tanto culturales como organizacionales que está afectando a los servicios de salud.

El aumento de la presencia en los servicios médicos de las organizaciones orientadas al beneficio, ha hecho que en muchos casos los profesionales tengan que enfrentarse a un mayor número de pacientes a pesar de disponer de menores recursos humanos, económicos y tecnológicos (Akroyd, Caison y Adams, 2002). En el caso de los profesionales de oncología, la necesidad del trabajo en equipo de especialistas multidisciplinares, técnicos, oncólogos, psiquiatras y psicólogos, es aún mayor. En este proceso, la participación de los profesionales de enfermería ha estado marcada por su dedicación casi completa a prestar cuidados en las distintas etapas del tratamiento médico y quirúrgico o etapa hospitalaria, siendo su participación relativamente escasa en otras áreas de trabajo relacionadas con el tema (Bueno, 2002). A pesar de ello, el número y variedad de roles que los profesionales de enfermería oncológica asumen a diario son muy amplios. Las funciones de un enfermero experto abarcan desde la valoración de la situación y necesidades del paciente, hasta la planificación de los cuidados, la implementación y evaluación

cuidadosa y continuada de las intervenciones de enfermería, su registro minucioso en la documentación clínica y la estrecha colaboración con el resto de los profesionales del equipo de salud, así como la educación sanitaria y el soporte emocional del paciente y su familia (O'Kelly, 2002).

En cuanto al desgaste profesional o *burnout*, desde los primeros momentos de la formulación del síndrome (Freudenberger, 1974; Maslach y Jackson, 1981), el interés se centró en la población sanitaria, ya que la misma formulación inicial del síndrome (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se basaba en el supuesto de que era un proceso propio de profesionales de ayuda en los que existía una asimetría entre la aportación técnica y la respuesta del cliente. El modelo de respuesta emocional en los que se planteaba el proceso (Moreno-Jiménez y cols., 1997) acentuaba la tendencia al estudio centrado en la respuesta a una demanda emocional de ayuda. Sin embargo, se puede constatar que aunque existen no pocas publicaciones sobre el tema (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999), no ha aparecido ninguna monografía general que trate de exponer de forma relativamente completa y organizada los estudios sobre desgaste profesional en el área sanitaria.

En la medida en que las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, buscan un mejor cuidado de sus pacientes así como una mayor efectividad de los tratamientos, también necesitan maximizar su potencial humano. Maslach (1982) afirma que los profesionales de la salud al estar en interacción con los problemas psicológicos, sociales y/o físicos de los pacientes, son potencialmente más vulnerables al estrés crónico, al desgaste emocional y finalmente al desgaste profesional. Los periodos prolongados de desgaste profesional tienen consecuencias perjudiciales a largo plazo tanto a nivel individual, en el cuidado de los pacientes y la misma efectividad de la organización.

Maslach (1982) plantea una concepción del desgaste profesional multifacética, consistente en tres componentes secuenciales: desgaste emocional, despersonalización y reducida realización personal. En una primera fase, los individuos se sienten emocionalmente exhaustos por las excesivas demandas a las que se ven sometidos. Posteriormente, la despersonalización surge del intento inapropiado de afrontar ese desgaste mediante la deshumanización en el trato con los pacientes. En la fase final, esta situación lleva asociada sentimientos de inadecuación, fracaso personal y pobre auto-estima profesional.

Como en otras profesiones (Cherniss, 1980), el análisis de los factores precipitantes ha insistido en la importancia de las variables organizacionales (Florez, 1994) y en las características de la interacción con los pacientes. El modelo de Kleiber y cols. (1993), centrado específicamente en los enfermos de SIDA pero generalizable a otras áreas, es uno de los pocos trabajos teóricos en el área sanitaria que ha tratado de elaborar un modelo sobre las variables o dimensiones del síndrome, el tipo de

pacientes y de las características organizacionales. Probablemente una visión más completa de estas relaciones se podría obtener complementando esta propuesta con los trabajos de Leiter (1993) sobre la secuencia de los procesos internos del síndrome.

Los resultados obtenidos con el MBI-HSS indican que el cansancio emocional caracteriza especialmente a la profesión médica que es en la que se alcanzan las tasas más altas de todas las profesiones, siendo claramente más bajo el perfil de despersonalización y uno de los más altos la tasa de realización personal (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). La epidemiología del síndrome indica que el personal de enfermería suele estar más afectado por el síndrome que el personal médico, pero que el perfil depende de las diferentes especialidades y de las características personales de los profesionales (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999). En este sentido, Maslach y cols. (1995) comentan que los principales estresores que determinan el desgaste profesional son más de carácter organizacional que individual.

### **Burnout y oncología**

Schaufeli, Maslach y Marek (1993) afirman que la etiología del desgaste profesional depende de la propia naturaleza del trabajo y de los estresores asociados, por lo que es conveniente la investigación específica de cada entorno laboral asociado a cada profesión. En líneas generales, Ramírez y cols. (1995) ha mostrado cómo el desgaste profesional en profesionales de oncología está relacionado positivamente con el sufrimiento del paciente. Los profesionales de la oncología han de hacer frente a pacientes críticamente enfermos, su muerte, necesidades y cuestiones de los familiares y al mantenimiento de equipos técnicos muy complejos (Vachon, 1987; Yasko, 1983; Bard, 1984), responsabilidades que implican un desgaste emocional importante que junto con problemas personales, escaso apoyo o dificultades organizacionales favorecen el desarrollo del desgaste profesional (Ullrich y Fitzgerald, 1990). Escasos niveles de comunicación, conflictos entre compañeros y la intensidad de las relaciones con los pacientes y familiares convierten a las unidades de oncología en ambientes en los que resulta apto el desarrollo de desgaste profesional y donde los profesionales tienen una mayor probabilidad de experimentar la sintomatología emocional y física del estrés crónico (Peteet y cols., 1989).

Del mismo modo, el síndrome se ve reducido gracias a la mejora de la comunicación y al cuidado de los profesionales así como a la especificidad del rol (Mac Donald, 1993). Spinetta y cols. (2000), han explicado cómo los miembros de los equipos de cuidados oncológicos deberían aprender a reconocer los estados o fases del proceso de desgaste profesional, entender las causas que los producen, adoptar medidas de prevención hacia dicho síndrome y aceptar los métodos de intervención

necesarios. En general, los estudios muestran que el estrés en cuidados paliativos oncológicos está unido a variables de tipo organizacional y social. Sin embargo, variables de tipo individual pueden también contribuir al aumento del estrés laboral (Vachon, 1995).

El predominio y los factores de riesgo ocupacionales de desgaste profesional entre oncólogos, cirujanos, radiólogos clínicos y médicos paliativos han sido comparados en un examen nacional de Graham y cols. (en prensa) que incluía a 1281 consultores. La prevalencia de los problemas de salud mental era ampliamente similar en los diferentes grupos de especialidad. Los resultados sugieren que la salud mental de los consultores pueda quedar protegida contra las altas demandas de la práctica médica, manteniendo o realzando la satisfacción profesional y proporcionando el entrenamiento en habilidades de comunicación y de gerencia. Un estudio de Ramírez y cols. (1995) en el Reino Unido ha prestado atención a la prevalencia y causas del desgaste profesional y del desorden psiquiátrico entre oncólogos y especialistas de cuidados paliativos. Las fuentes de tensión y de satisfacción relacionadas con el trabajo, fueron medidas teniendo en cuenta los tres componentes del desgaste profesional: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, usando el inventario MBI (Maslach y Jackson, 1981). Los resultados mostraron que la prevalencia estimada del desorden psiquiátrico en clínicos del cáncer era del 28%. El grupo de estudio tenía niveles equivalentes de agotamiento emocional y de baja realización personal en comparación con los encontrados en doctores y enfermeras, aunque con niveles más bajos de despersonalización. Entre clínicos del cáncer, el desgaste profesional era más frecuente entre oncólogos clínicos que entre oncólogos médicos y especialistas paliativos del cuidado. El desorden psiquiátrico fue asociado independientemente a la tensión de la sensación de sobrecarga ( $P < 0.0001$ ). Los clínicos que se sentían con escaso entrenamiento en habilidades de comunicación y de gerencia, tenían niveles perceptiblemente más altos que los que se sentían con dichas habilidades.

Le Blanc y cols. (2000), han establecido que el contagio emocional parece estar incluido como un moderador potencial del desgaste profesional, es decir que las demandas del trabajo emocional, propias de profesionales de oncología, contribuyen significativamente en la predicción del desgaste profesional. Lo que hace que sean más vulnerables al síndrome aquellos profesionales con alta susceptibilidad de contagio emocional.

### *Epidemiología*

Los estudios sobre desgaste profesional en profesionales de oncología muestran la existencia de altos niveles del síndrome en esta población. En 1991, Whippen y Canellos detectaron el 56% de puntuaciones altas en desgaste profesional en una población de 1000 sujetos.

Se han realizado algunos estudios sobre diferencias significativas en la prevalencia del síndrome dentro de los distintos profesionales dedicados al campo de la oncología. En un estudio preliminar realizado por Mercato y cols. (1995), no se observaron diferencias significativas entre 248 médicos y 397 enfermeras de oncología. Más recientemente, en los resultados obtenidos por Akroyd, Caison y Adams (2002), se observó cómo los radiólogos presentaban niveles significativamente más altos en desgaste emocional y despersonalización frente a las enfermeras tanto de atención domiciliaria como de unidades clínicas y hospitalarias. Sin embargo, en un estudio realizado por Kash y cols. (2000) se observó cómo los profesionales en atención domiciliaria obtuvieron mayores puntuaciones en todas las dimensiones del desgaste profesional frente al resto de los trabajadores sanitarios de pacientes de oncología.

A nivel de género, los resultados son un tanto ambiguos, pero la tendencia indica que las mujeres presentan menores niveles de realización personal junto con mayores niveles de distrés que los hombres (Kash y cols, 2000).

López-Castillo y cols. (1999) han encontrado que en grupos de profesionales oncólogos, el estrés percibido es tan elevado como el encontrado en una muestra de médicos de familia, sin embargo, el número de circunstancias estresantes parece especialmente elevado en la muestra de sanitarios oncólogos.

Se han realizado diversos estudios de investigación epidemiológica y etiológica dentro de la población médica acerca de los niveles comparativos de desgaste profesional. El estudio de Olkinoura, Asp y Juntunen (1990), indica que los profesionales que trabajaban en centros de investigación o universitarios presentan los menores niveles de desgaste profesional frente a médicos de familia en centros de salud, mientras que los oncólogos eran los especialistas que obtenían mayores índices del síndrome

En cuanto a la población de enfermería, Papadatou y cols. (1994) compararon los niveles de desgaste profesional, personalidad resistente, estilos de afrontamiento, estilos de vida, conducta tipo A y estrés laboral entre 226 enfermeras de hospital general y 217 enfermeras oncólogas. Los análisis señalaron que no existían diferencias significativas entre ambas muestras. Posteriormente, Kushnir, Rabin y Azulai (1997) encontraron resultados opuestos en un estudio con enfermeras de pediatría oncológica, mostrando mayores niveles de estrés y sufriendo con más frecuencia situaciones emocionalmente estresantes. Las fuentes de estrés a las que están expuestas son varias, por ejemplo, la muerte del paciente, la propia imagen profesional de la enfermera en comparación con el rol desarrollado por el médico la relación desarrollada entre enfermeras, pacientes y los familiares de éstos y las dificultades de equilibrar trabajo y familia. Según estos autores, las enfermeras de oncología tienen una mayor tendencia a incrementar sus niveles de estrés y des-

gaste profesional, disminuyendo su eficacia profesional y modificando sus estilos cognitivos. Posteriormente, Da Silva y Kirschbaum (1998), han realizado un estudio similar encontrando resultados semejantes. En cuanto a la realización personal, Kash y cols. (2000) han observado que las enfermeras presentan los niveles más bajos, debido principalmente al conflicto del rol al que muchas veces están sometidas, y al menor apoyo por la propia estructura hospitalaria para hacer frente a las necesidades físicas y sobre todo psicológicas de sus pacientes. En un estudio realizado con 243 enfermeras de oncología y hematología en Australia, se observó que más del 70% de la muestra presentaban niveles moderados o altos en desgaste emocional (Barrett y Yates, 2002).

Chacón y cols. (1999) han expuesto los primeros resultados de carácter empírico que se han obtenido en voluntarios que desarrollan tareas de atención directa a enfermos de cáncer. La realización de este tipo de tareas exige un considerable gasto de recursos emocionales, y puesto que los estudios realizados sobre desgaste profesional se centran en profesiones que por sus características suponen la exposición a situaciones de alta demanda emocional, parece justificado el estudio de este síndrome en voluntarios. Los datos muestran que el grado de desgaste profesional de los voluntarios en activo es bajo y que el tiempo previo de permanencia en una organización se relaciona inversamente con el grado de desgaste profesional experimentado por los voluntarios.

#### *Antecedentes / Estresores*

En cuanto al proceso de dicho síndrome, el apoyo del grupo profesional es vital. Aunque los amigos y la familia son fuentes importantes de apoyo, son los vínculos con los compañeros y personal de trabajo los que parece necesitar el profesional (Booth, 1995). Igualmente, entre los diferentes estresores relacionados con el desgaste profesional, Guglielmi y Tatrow (1998) destacan el apoyo social como un factor que tiene la capacidad de facilitar la adaptación individual. Así, las personas que cuentan con una red de apoyo en el entorno laboral, disponen de una ayuda esencial para poder hacer frente a las situaciones estresantes de una manera más efectiva. Van Staa, Visser y Van der Zouwe (2000) estudiando los niveles de desgaste profesional de los servicios oncológicos del Hospital de Rotterdam han concluido que el aumento en los niveles de estrés se atribuye a factores organizacionales y al reducido apoyo institucional que percibieron.

De manera más específica, diversos autores han planteado una serie de estresores esenciales en los profesionales de oncología. Parece que el tipo de estrés producido por pacientes pediátricos oncológicos es menor que el producido por sus familiares (Tyler, 1994). La carencia de personal y el tiempo vacacional insuficiente se han planteado como estresores específicos en la explicación del síndrome (Whippen y Canellos, 1991). Igualmente, la sensación permanente de fracaso ante el bajo

índice de remisión y cura en este tipo de pacientes, junto a una formación insuficiente para hacer frente a esta realidad, se presenta como otro factor de importancia (Lycholm, 2001). Además, esta sensación de fracaso aumenta con la presión social de pacientes y familiares producida principalmente por las expectativas irreales de remisión y cura de la enfermedad (Axelson y Clark, 1992). Estos sentimientos de frustración y fracaso favorecen un trato superficial con el paciente o su familia destruyendo uno de los principales incentivos y motivaciones de la práctica médica: la satisfacción de la relación interpersonal que se establece entre médico y paciente. Esta disonancia cognitiva y ética termina minando, de manera insidiosa, el sentimiento de integridad tanto personal como profesional (Lickholm, 2001). Otros investigadores, mediante análisis de regresión, han establecido las demandas laborales emocionales como el factor de más peso en la explicación del desgaste profesional en esta población profesional (Le Blanc y cols., 2001).

Algunos estudios realizados sobre etiología del desgaste profesional en oncólogos han establecido un perfil de riesgo: médico joven, soltero, que se siente inadecuadamente entrenado tanto en comunicación como en el manejo de habilidades interpersonales y que percibe altos niveles de estrés en el trabajo (Graham y Ramirez, 2002). Pero para poder determinar de manera definitiva los principales factores de riesgo en esta población, es necesario realizar un mayor número de estudios mediante aproximación longitudinal.

En un estudio realizado por Escribá y Bernabé (2002) evaluaron mediante entrevistas semi-estructuradas los principales factores de riesgo psicosocial en esta población. Entre ellos señalaron la sobrecarga laboral y la reducción de plantilla como factores relacionados directamente con las características organizacionales del hospital. Los siguientes factores indicados fueron el contacto diario con el sufrimiento y la muerte y los sentimientos de responsabilidad de la vida humana, y por último, las relaciones interpersonales en el ambiente laboral, la incertidumbre en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y la comunicación de malas noticias a los pacientes.

En un estudio longitudinal, Artero y cols. (2001), reclutaron a 37 enfermeras con cuidados en oncología a las que se les evaluó variables tales como tiempo de trabajo, relaciones con la organización y con sus compañeros e identificación de situaciones estresantes. Tras múltiples análisis de correlación, se indicó que la incertidumbre en el trabajo y las difíciles relaciones con sus pacientes y sus familiares aumenta la posibilidad de padecer el síndrome. Esta información fue comparada con la encontrada en las evaluaciones psicológicas que se realizaron a las profesionales, mostrando cómo la naturaleza y las causas del estrés en enfermeras de oncología pueden tener un efecto muy patológico en la misma interacción con sus pacientes. Cohen y cols. (1994) observaron cómo algunas de las más importantes fuentes de estrés en esta pobla-

ción eran la falta de competencia de los administradores y la falta de tiempo.

Peeters y Le Blanc (2001), de la Universidad de Utrecht, estudiaron a 816 cuidadores sociales de enfermos de cáncer. En ellos se analizaron el tipo de demandas laborales, tanto a nivel emocional como organizacional. A su vez, en este estudio se tuvo en cuenta el rol potencial que el apoyo social de estas personas tenía y su relación con las demandas y el padecimiento de estrés laboral crónico. Las distintas fuentes de apoyo social fueron: compañeros, supervisores y familia. Los resultados mostraron que las demandas de trabajo contribuían cuantitativamente en la predicción del desgaste profesional. Por otro lado, el apoyo social procedente de la familia moderaba la relación entre las demandas laborales y la despersonalización, mientras que el apoyo de colegas moderaba la relación entre las demandas emocionales y la despersonalización.

### *Moduladores*

Tanto a nivel general como de manera específica en los profesionales de oncología, diversas investigaciones han demostrado cómo la personalidad resistente modula los niveles de desgaste profesional (Kash y cols., 2000; Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000; Topf, 1989; Kobasa, 1982).

Asimismo, las estrategias de afrontamiento han resultado ser relevantes como moduladores del desgaste profesional. Así, en el estudio llevado a cabo por Kash y cols. (2000) observaron que hablar con amigos, el humor, tomar café o comer y ver la televisión aparecían como las cuatro principales conductas de afrontamiento utilizadas por estos profesionales.

En esta misma investigación se ha considerado la religiosidad percibida como factor modulador del proceso, observando que los individuos que se percibían así mismos como bastante o muy religiosos obtenían puntuaciones significativamente menores tanto en desgaste emocional como en despersonalización que quienes se percibían como no religiosos.

En cuanto a las posibles diferencias entre áreas profesionales, Kash y cols. (2000) observaron cómo los médicos obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en personalidad resistente, frente a enfermeras y profesionales de atención domiciliaria. En cambio, en función del nivel de cohesión entre los compañeros, los oncólogos presentaban menores niveles de apoyo que el resto de los profesionales. Este resultado resulta relevante sobre todo cuando se observa que el apoyo de los compañeros disminuye significativamente los niveles de distrés y desmoralización. En cuanto a la religiosidad percibida, las enfermeras puntuaron más alto, seguidas de los médicos y por últimos los profesionales de atención domiciliaria.



Entre los diferentes moduladores señalados en enfermería, Papadattou y cols. (1994) destacaron ciertas características de personalidad resistente como los moduladores que explicaban un mayor porcentaje de la variabilidad del desgaste profesional. Asimismo, los sentimientos de control personal, tanto en el ambiente laboral como personal, aparecían como factores protectores del desgaste emocional, la despersonalización y la reducida realización personal. Asimismo, en estudiantes de enfermería se observó que los individuos con altos niveles de personalidad resistente al principio del año académico presentaban bajos niveles de desgaste emocional y altos niveles de realización personal al final del año. (Constantini y cols., 1997).

En cuanto al apoyo profesional, Plante y Bouchard (1995) observaron que los niveles de desgaste profesional y estrés ocupacional eran significativamente inferiores en enfermeras de cuidados paliativos que recibían mayores niveles de apoyo profesional que las enfermeras que trabajaban en unidades de oncología. Posteriormente, McNeal (1997) ha encontrado relaciones significativas en la relación existente entre desgaste profesional, esperanza y apoyo social percibido, tanto de la familia como de amigos.

Florio, Donnelly y James (1998), han estudiado las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por 59 enfermeras de oncología detectando el apoyo del compañero, la reevaluación positiva y el desarrollo de una perspectiva de crecimiento personal como las tres estrategias más frecuentes y efectivas.

La practica de la meditación y la relajación, el desarrollo del sentido del humor y la creatividad son estrategias puestas en marcha en muchos programas de autocuidado en enfermeras (Sloan Maes, 2003) que han mostrado resultados de interés.

### *Consecuentes*

Diversas investigaciones han demostrado el impacto negativo del desgaste profesional tanto a nivel individual como organizacional (Schaufeli y Enzman, 1998; Glass y McKnight, 1996). A nivel personal, las consecuencias pueden incluir una gran variedad de problemas físicos y psicológicos. A nivel organizacional, se estima que altos niveles de estrés y *burnout* producen, por ejemplo, un coste anual de 200 mil millones de dólares en Estados Unidos, producido principalmente por el absentismo laboral, reducción de la productividad, gastos médicos y compensaciones por reclamaciones (De Graaf, 2003).

En un estudio realizado por Kash y cols. (2000) se observa que los profesionales de atención domiciliaria junto con las enfermeras son los que presentan un mayor número de consecuentes negativos derivados del desgaste profesional. Entre tales consecuentes negativos destacan el aumento en el consumo de cigarrillos, alcohol o medicamentos, lo que

contribuye en el medio-largo plazo al desarrollo de actitudes de menor empatía y conductas de mayor despersonalización hacia los pacientes.

En un estudio reciente, realizado con 697 oncólogos se observó que los médicos que tenían una menor confianza en el cuidado psicológico, junto con altos niveles de desgaste profesional, optaban de manera preferente por la sedación continuada de los pacientes terminales. Igualmente, aquellos médicos menos implicados en el cuidado en enfermedades terminales y menos especializados en medicina paliativa, elegían con menor probabilidad tratamientos psiquiátricos para pacientes que presentaban sintomatología depresiva o delirios (Morita y cols, 2002). Otras de las consecuencias del desgaste profesional es la disminución de los niveles de satisfacción laboral. En el ámbito sanitario, el desgaste profesional produce una disminución en los niveles de satisfacción laboral en médicos, principalmente en tres áreas: las relaciones con los pacientes y familiares, el estatus profesional y la estimulación intelectual (Ramirez y cols., 1996).

Uno de los consecuentes más significativos del desgaste profesional en enfermería es la intención de abandono, tanto del trabajo como de la especialidad. Barrett y Yates, han observado recientemente cómo más del 48% de las enfermeras no podían comprometerse a permanecer en la especialidad por un periodo de tiempo superior a un año (Barreto y Yates, 2002). Otro factor de bastante peso son las consecuencias a nivel físico del desgaste profesional, aspecto en el que Kash y cols. (2000) han observado unos mayores índices estadísticamente significativos en enfermería frente al resto de los profesionales del sector, incluso aunque se encontraran emocionalmente menos distantes de sus pacientes e incluso controlando el género como posible variable extraña.

## **Conclusiones**

Según la gran mayoría de los estudios expuestos se puede considerar a las enfermeras y a los profesionales de atención domiciliaria como las actividades profesionales más afectadas por el proceso, antecedentes y consecuentes, como por el síndrome de desgaste profesional. Ambas profesiones requieren un contacto diario con los pacientes junto con grandes esfuerzos físicos y emocionales. Ambas actividades tienen que hacer frente a todos los pequeños detalles del cuidado de este tipo de pacientes y al manejo de las distintas demandas, muchas veces contrapuestas, entre médicos, pacientes y familiares. Todo ello son razones para una especial atención y cuidado a ambas actividades profesionales.

Por otra parte, el número creciente de consultas en las unidades de oncología, la demanda por parte del personal médico sanitario que se enfrenta al estrés diario sin recibir ninguna ayuda y la necesidad de paliar los problemas psico-sociales del paciente oncológico y su entorno,

refleja la necesidad de crear nuevas unidades de psico-oncología en todos los hospitales y clínicas con departamentos de oncología (Primer Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psico-Oncología, 2002).

La prevención e intervención en este grupo de profesionales ha de estar por tanto orientada hacia los grupos de apoyo para prevenir no sólo desgaste profesional en este grupo de profesionales, sino también el aislamiento y la desmoralización (Montgomery, 2001). Razavi y Delvaux (1997) destacan asimismo la importancia de la comunicación entre los profesionales de oncología y sus pacientes. La escucha y la empatía parecen ser variables importantes a tener en cuenta dentro del proceso de desgaste profesional. Otros factores como disminuir la sobrecarga y mejorar el entrenamiento en habilidades de la comunicación y de gerencia parecen ser elementos claves para futuros programas de intervención.

## Referencias

- Akroyd,D.-Caison,A.-Adams,R.D.(2002): *Burnout* in radiation therapists: The predictive value of selected stressors. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, 52 (3), 816-821.
- Artero,S.-Gandubert,C.-Boulenger,J.P.-Ritchie,K.(2001): Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health*, 17: 273-279.
- Axelson,J.A.-Clark,R.H.(1992): Burnout syndrome among oncologists. *J Clin Oncol*, 10, 346.
- Bard,M.(1984): The cancer center as a social system. En Massie, M.J., Lesko, L.M.(eds.) *Current concepts in Psycho-oncology : Syllabus for a Postgraduate Course*. (pp. 109-111). New York, Robert Gold Associates.
- Barrett,L.-Yates,P.(2002): Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, *burnout*, and intention to leave the specialty. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 25 (3), 109-21.
- Booth K.(1995): Professional support in hospices. *Int J. Palliat Nurs*, 1:206-10.
- Boyle,P.H.-Grap,M.J.-Younger,J.-Thornby,D.(1991): Personality hardiness, ways of coping, social support and *burnout* in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16(7), 850-857.
- Bueno Revert,F.(2002): El profesional de enfermería en la prevención del cáncer de mama. *I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psico-Oncología*. Valencia, 24-26 de Enero.
- Chacon,F.-Vecina,M.L.-Barron,A.-Paul,M.P.(1999): *Burnout* en voluntarios que trabajan con pacientes de Sida o Cáncer. *Clínica y Salud* 10 (2): 137-150
- Cherniss,C.(1980): *Staff burnout*. Londres: Sage Publications.
- Constantini,A.-Solano,L.-Di Napoli,R.-Bosco,A.(1997): Relationship between hardiness and risk of *burnout* in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66(2), 78-82.
- Da Silva JB.-Kirschbaum DI (1998): O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. *Revista brasileira de enfermagem*; 51 (2), pp. 273-90.
- De Graaf,J.(2003): *Take Back Your Time. Fighting Overwork & Time Poverty in America*. Publisher: Berrett-Koehler.
- Escribá-Agüir,V.-Bernabé-Muñoz,Y.(2002): Exigencias laboral es psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 487-496.

- Flórez Lozanom, J.A. (1994): *Síndrome de estar quemado*. Barcelona: Edikete med, 1994.
- Florio, G.A.-Donnelly, J.P.-Zevon, M.A. (1998): The structure of work-related stress and coping among nurses in high-stress medical settings: A transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 3(3)*, 227-242.
- Freudenberger, J.H. (1974): Staff burnout. *Journal of Social Issues, 30*, 159-65.
- Glass, D.-McKnight, D. (1996): Perception control, depressive symptomatology and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Health, 11*, 23-48.
- Graham, J.-Ramirez, A. (2002): Improving the working lives of cancer clinicians. *European journal of cancer care 11 (3)*, 188-92.
- Guglielmi, R.-Tatrow, K. (1998). Occupational stress, *burnout* and health in teachers: A methodological and theoretical analysis. *Rev Educ Res, 68*, 61-99.
- Grunfeld, E.-Whelan Timothy, J.-Zitzelsberger, L. -Willan, A.-Montesanto, B.-William, K. Evans. (2000): Cancer care workers in Ontario: prevalence of *burnout*, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association J., 163(2)*: 166-9.
- Graham, I.P.-Albery, A.J.-Ramirez, M.A.-Richards. How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress Medicine* (in press).
- Kash, K.M.-Holland, J.C.-Breitbart, W.-Berenson, S.-Dougherty, J.-Ouellette-Kobasa, S. -Lesko, L. (2000): Stress and *burnout* in oncology. *Oncology (Huntingt) 14 (11)*, 1621-33.
- Kobasa, S.C. (1982a): The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders and J. Sals (eds.) *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32): Hillsdales, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kleiber, D.-Enzmann, D & Gusy, B. (1993): Arbeitssituation und *Burnout* bei Beschäftigten im AIDS-Bereich: Das Projekt ABBA. En C. Lange (Hrsg.), *Aids - Eine Forschungsbilanz* (Bd. 10, S. 93-110). Berlin: edition sigma.
- Kushnir, T.-Rabin S.-Azulai S. (1997): A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer nursing; 20 (6)*, pp. 414-21.
- Le Blanc, P.M.-Bakker, A.B.-Peeters, M.C.W.-Van Heesch, N.C.A. (2000): Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress, and Coping, 14*, 243-263.
- Le Blanc, P.M.-Bakker, A.B.-Peeters, M.C.W. van Heesch, N.C.A.-Schaufeli, W. B. (2001): Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 14(3)*, 243-263.
- Leiter, M.P. (1993): Burnout as a developmental process: Consideration of models. En: Schaufeli, Wilmar B. (Ed).-Maslach, Christina (Ed); 1993. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis. pp. 237-250.
- López-Castillo J.-Gurpegui M.-Ayuso-Mateos J.L.-Luna J.D.-Catalan J. (1999): Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services. *Psychotherapy and psychosomatics, 68 (6)*, pp. 348-56.
- Lycholm, L. (2001): Dealing with stress, burnout and grief in the practice of oncology. *The Lancet, 2*, 750-755.
- MacDonald, N. (1993): The interface between oncology and palliative medicine. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford (UK): Oxford Medical Publications; 11-7.
- Maslach, C. (1982): Burnout: A social psychological analysis. En: Sanders G.-Suls J. editors. *The burnout syndrome*. Park Ridge, IL: London House.
- Maslach, C.-Jackson, S. (1981): The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*, 99-113.

- Maslach,C.(1986): Stress, burnout and workaholicism. En R.R. Kilburg; P.E. Natham y R.W. Thoreson (Eds.) *Professional in Distress: Issues, Syndromes and Solutions in Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Maslach,C.-Ozer,E.(1995): Theoretical issues related to burnout in AIDS health workers. En: Bennett, Lydia (Ed); Miller, David (Ed); 1995. *Health workers and AIDS: Research, intervention and current issues in burnout and response*. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers. pp. 1-14.
- Maslach,C.-Jackson,S. E.-Leiter,M. P.(1996): Maslach Burnout Inventory Manual. (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pr.
- Maslach, C.-Leiter,M.(1998): *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Mercato,R.-Cantiello,G.-Celentano,U.-Romano,A.-cols.(1995): Burnout syndrome in medical and non-medical staff: Preliminary results. *New trends in experimental & clinical psychiatry*, 11(1), 43-45.
- Montgomery,C.(1999): Facilitating a staff support group on an oncology ward: Some observations. *Psychiatric Bulletin*, 23(2), 96-100.
- Moreno-Jiménez,B.-Bustos,R.-Matallana,A.-Millares,T.(1997): La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13 (2), 185-207.
- Moreno-Jiménez,B.-Peñacoba,C.(1999): Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón,M.A. (Ed.). *Psicología de la Salud* (pp. 739-764). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez,B.-Garrosa,E.-González,J.L.(2000): Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Morita,T.-Akechi,T.-Sugawara,Y.-Chihara,S.-Uchitomi,Y.(2002): Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 20 (3), 758-64.
- O'Kelly,P.(2002): El rol de la enfermería oncológica ante el cáncer. *I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psico-Oncología*. Valencia, 24-26 de Enero.
- Olkinoura,M.-Asp,S.-Juntunen,J.(1990): Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 25, 81-86.
- Papadatou,D.-Anagnostopoulos,F.-Monos,D.(1994): Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British journal of medical psychology*, 67(Pt2), 187-99.
- Peeters,M.C.W.-Le Blanc,P.(2001): Towards a match between job demands and sources of social support: a study among oncology care providers. *European Journal of work and organizational psychology*, 1(1), 53.
- Peteet,J.R.-Murray-Ross,D.-Medeiros,C y cols.(1989): Job stress and satisfaction among the staff members at a cancer center. *Cancer*, 64, 975-982.
- Plante,A.-Bouchard,L.(1995): Occupational stress, burnout and professional support in nurses working with dying patients. *Omega: Journal of Death & Dying*, 32(2), 93-109.
- Ramirez,AJ.-Graham,K.-Richards,MA.-Cull,A.-Gregory,WM.-Leaning,MS. et al. (1995): *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. Br J Cancer; 71: 1263-9.
- Ramirez AJ.-Graham.K.-Richards.MA.-Cull,A.-Gregory,WM.(1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 16, 724-8.
- Razavi,D.-Delvaux,N(1997): Communication skills and psychological training in oncology. *Journal Article; Review; Review, Tutorial*.

- Schaufeli,W.-Enzman,D.(1998): *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia, PA: Taylor and Francis Publishers.
- Schaufeli,W.-Maslach,C.-Marek,T.(1993): *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis Publishers.
- Sloan Maes, RN (2003): Oncology nurses take time for rejuvenation and self-care. *The Official Newsletter of the oncology nursing society, 18(2), 6*.
- Spinetta,J.J.-Jankovic,M.-Ben Arush,M.W.-Eden,T.-Epelman,C.-Greenberg,M.L.-Martins,A.G.-Mulhern,R.K.-Oppenheim,D.-Masera,G.(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: 122-125*.
- Tyler,P.A.-Ellison,R.N.(1994): Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19, 469-476*.
- Topf,M.(1989): Personality hardiness, occupational stress, and *burnout* in critical care nurses. *Research in Nursing and Health, 12, 179-186*.
- Ullrich,A.-Fitzgerald,P.(1990): Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Social Science Medicine, 31, 1013-1022*.
- Vachon MLS.(1987): *Occupational stress in the Care of the Critically Ill, the Dying and the Bereaved*. Washington , DC, Hemisphere Publishing Corp, 1987.
- Vachon,MLS.(1995): Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med (9), 91-122*.
- Van Staa,A.L.-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, 93-105*.
- Wippen,D.A.-Canellos,G.P.(1991): *Burnout* syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol, 9, 1916-21*.
- Yasko,J.M.(1983): Variables which predict *burnout* experienced by oncology nurse specialist. *Cancer Nurse, 6 (2), 109-116*.