

# El síndrome de *burn-out* en médicos y enfermeras que atienden a pacientes oncológicos (I)

---

Reiteradamente escuchamos expresiones como las siguientes: «estoy cansado», «estoy quemado», «no tengo ganas de seguir trabajando», «estoy rendido», «me da todo igual», etc. Este tipo de manifestaciones verbales las podemos escuchar en una conversación informal en cualquier centro de la administración.

Ello traduce unas actitudes y un estado anímico que merecen una investigación meticulosa con el fin de poner de manifiesto las causas que determinan este «desfondamiento psicológico» de graves consecuencias para la calidad de la «relación médico-enfermo». Son muchas las variables que indican la explicación de este fenómeno (síndrome de *burn-out*) que pone en peligro la salud de médicos y enfermeras que trabajan día a día con el enfermo oncológico y sus familias. Ciertamente, el médico lucha denodadamente con el paciente frente a una enfermedad, el cáncer, que nos recuerda el nihilismo del hombre y la angustia del dolor y de la muerte. En este sentido, el médico, y también la enfermera, sucumbe en esa lucha desigual frente al dolor y la muerte, frente a un proceso lleno de sentimientos y emociones fuertemente desgarradoras.

Pero además del trabajo específico con el paciente oncológico hay un sinnúmero de variables en el medio hospitalario que también hostigan y contribuyen a la aparición del síndrome de *burn-out* de médicos y enfermeras, lo cual explica el creciente porcentaje de absentismo laboral (bajas por depresión, dolores musculares, inespecíficos, depresión anérgica, enfermedades psicosomáticas, etc.). Existe en este sentido un considerable número de trabajos acerca de los efectos deletérios sobre el psiquismo del médico oncólogo que tiene una jornada de trabajo muy larga, así como una gran sobreactividad laboral y científica (proyectos de investigación, sesiones clínicas, conferencias, revisión de diseño de diapositivas, etc.). Por otro lado, en este síndrome inciden también una serie de variables objetivas (carga laboral, aspectos económicos, falta de autonomía, baja satisfacción profesional, etc.) que perturban el equilibrio psíquico del médico.

**J. A. Flórez Lozano**  
Ciencias de la Conducta.  
Departamento de Medicina.  
Universidad de Oviedo.

«En el proceso de información,  
de lo que no se puede hablar,  
más vale guardar silencio»

Witgenstein L. Tractatus logico-philosophicus.  
Barcelona: Laia, 1981; 152.

Con relativa frecuencia nos encontramos en los ambientes de trabajo y en los diversos equipos y niveles situaciones de inhibición e indiferencia que comienzan a preocupar a las instituciones, a los usuarios y, por supuesto, a los propios responsables de la administración sanitaria. Posiblemente el trabajo del médico en una sociedad tan exigente, con pocos incentivos y motivaciones para estos profesionales, constituye una de las causas más importantes. Pero estamos convencidos de que en estas quejas psicosociales tan frecuentes existen unos determinantes mucho más profundos que obedecen a crisis de adaptación a las exigencias de la dedicación y vocación. El síndrome de estrés se define como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Éstos interactúan de tal manera que ocasionan que el médico sienta ansiedad, cólera o depresión ante el fracaso terapéutico. El ambiente suele esgrimirse como la causa imperante del estrés que sufren los médicos y las enfermeras y que les conduce finalmente a esa sensación de «estar quemado». Las tremendas responsabilidades que conlleva el trabajo, la falta de organización, la deficiente participación de los profesionales en los objetivos del sistema, las frustraciones frecuentes, la burocratización excesiva, la difuminación de las responsabilidades, la masificación, el clima laboral autoritario, la competitividad, el trabajo sedentario, las llamadas telefónicas, la rivalidad, el hipercontrol, las prisas, los desplazamientos al trabajo, los cambios sucesivos en el propio sistema (exámenes, sistemas de selección, carrera profesional, etc.), todo ello genera una situación constante de ansiedad, de mal humor, con importantes cambios en la conducta y en la personalidad del médico que le llevan a dificultades de adaptación no sólo en el trabajo, sino también en su propia familia y en la sociedad. Pero independientemente de estos factores objetivos que son

innegables y que producen un estrés crónico en el médico y en las enfermeras, creo que merece la pena analizar y reflexionar acerca de aspectos psicológicos muy profundos capaces de herir el narcisismo del médico, así como su orgullo personal, lo cual debilita sus resistencias psíquicas y sus propios mecanismos de defensa del Yo (Flórez Lozano JA, 1994).

Naturalmente no es lo mismo el estrés que sufren los ejecutivos que el de los médicos, el de los policías, etc. Pero en todos ellos las respuestas son muy similares. Al final se traducen en trastornos psicosomáticos y orgánicos que incluyen el cáncer y también los procesos infecciosos. El fenómeno del estrés ataca de manera muy especial a personas muy ambiciosas y también muy inseguras, es decir, que se sienten totalmente agobiadas ante cualquier dificultad. Pero sin duda el oncólogo y el personal sanitario que se ocupa del enfermo oncológico pueden sufrir un estrés que puede deteriorar a medio plazo su salud. El problema que se nos antoja como prioritario es probablemente el que afecta a la comunicación con el paciente y con la familia. Se me ocurre pensar ante este hecho la siguiente cuestión: ¿estamos preparados para utilizar la información y la comunicación? La respuesta: sinceramente, pienso que no. Médicos y enfermeras de estos equipos y servicios oncológicos, al igual que los profesionales de otros servicios, no han sido suficientemente preparados y tampoco se han reciclado convenientemente en un fenómeno tan complejo como es la comunicación. Tal como reconocen la mayoría de los autores, el establecer una comunicación abierta y profunda con el paciente oncológico es un objetivo muy difícil de conseguir. Sin duda, la grave enfermedad, el dolor imposible de controlar, el sufrimiento humano y el fantasma de la muerte establecen una barrera infranqueable que puede alejar los dos grandes protagonistas de la comunicación en esta situación singular: «médico oncólogo-paciente oncológico». Se establece, sin duda, un mecanismo psicológico y emocional complejo que puede contribuir a deteriorar el equilibrio emocional del médico y a impedir la necesidad más imperiosa del paciente, cual es la comunicación. Soledad, falta de comunicación, encarnizamiento terapéutico, falta de contacto físico, silencio sepulcral, disminución de las visitas, aumento de los calmantes y tranquilizantes, etc., son estrategias que vienen a sustituir muy frecuentemente a la comunicación con el enfermo oncológico. ¿Por qué no me escuchan?, ¿por qué no me hablan?, ¿por qué no me tocan?, ¿por qué no me informan?, ¿por qué no me miran abiertamente?, ¿por qué no ríen?, ¿por qué no lloran?, ¿por qué? Muchos interrogantes en momentos tan críticos que generalmente no encuentran respuesta y aumentan la angustia del enfermo ¡y también la del médico! La falta de tiempo, la negación de la muerte, la ausencia de confianza mutua y seguridad, la dificultad en el manejo de la co-

municación no verbal (CNV) incrementan aún más el estrés del médico y también del enfermo (Sanz-Ortiz, 1992, 1995).

La sobretensión emocional afecta aproximadamente al 30% de los médicos y enfermeras, sobre todo en edades entre 30 y 60 años. Los conflictos familiares se unen frecuentemente a los laborales potenciando el nivel de estrés como una mezcla explosiva, capaz de poner en peligro el equilibrio psicofísico del individuo y del grupo. El estrés laboral tiene tal incidencia en la salud que en nuestro país ya ha sido considerado por algún tribunal superior de justicia como accidente de trabajo, al producir al empleado un menoscabo físico o fisiológico que influye en su desarrollo funcional.

En fin, el médico y la enfermera consideran que el medio que les rodea, «el medio laboral», puede exceder a sus propios recursos y por ello poner en peligro su situación de bienestar. La relación se hace tan insopportable que aparecen conductas de evitación, de absentismo laboral e importantes trastornos psicosomáticos o de la personalidad. Puede ser, en suma, la respuesta del organismo a un estado de excesiva y permanente tensión que se prolonga más allá de las propias fuerzas. Generalmente esta situación psicofisiológica se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, actitud negativa y posible pérdida de autoestima. Tanto el concepto de *sí mismo* como el de *autoestima* se ven sensiblemente deteriorados como consecuencia de esa inadaptación progresiva del médico al medio laboral. Cada día le resulta más difícil convivir con sus compañeros/as del equipo, mantener la agilidad y habilidad que tenía, por lo que respecta a sus trabajos y responsabilidades. Puede llegar al autoconvencimiento mental de que no merece la pena seguir, ya que su labor no es apreciada por el sistema y la familia, ni por los pacientes, ni por sus jefes, cada vez más críticos e intolerables; se llegan a encontrar realmente desesperados e indiferentes. La expresión «no puedo más, no quiero seguir» denota, sin duda, la existencia de un humor depresivo que se evidencia por apatía, desgana, «pasotismo», aburrimiento, irritabilidad, anhedonia y trastornos del control de los impulsos. Asimismo, uno de los rasgos significativos en este síndrome que amenaza la salud de nuestros trabajadores es el «vacío de sentido» en el que se hunde el médico, el «vacío» es ausencia de realización (autorrealización) y aleja al médico y la enfermera de una existencia realmente auténtica. La sensación de vacío que puede sufrir el médico atrapado por el síndrome de *burn-out* termina en despersonalización (extrañeza de uno mismo) y desrealización (distanciamiento del entorno). Se trata de una forma de alexitimia en la que se observa una «afectividad plana», por tanto el médico puede parecer «duro», «distante» o «frío» ante los ojos del paciente oncológico y de su propia familia. De alguna manera la angustia del paciente, el miedo a la soledad, se transfiere

re al médico. Esta angustia del paciente aumenta con el proceso de «despersonalización» y «rutenación» tan frecuentes en nuestros hospitales. La soledad que puede apreciar el médico en el paciente y en él mismo es raíz y epifenómeno del dolor, de la angustia, del pánico y de la continua preocupación. A través del «sentimiento de soledad», el médico puede encontrar la mejor senda para iluminar la intimidad humana. Todo esto es un extraordinario interés para el médico que trata de ayudar incondicionalmente a su paciente. El médico tiene que atender tanto al «Yo superficial o estésico» como al «Yo profundo o sentimental». Este esfuerzo cotidiano del médico conlleva un cansancio generalizado del médico a medio-largo plazo, con lo cual se resiente también la calidad asistencial.

Este síndrome de inadaptación (*burn-out*) que atenaza progresivamente al médico se expresa en su «corporeidad hiperirritada», es decir, que los mecanismos de su conducta se proyectan hacia su «corporalidad», con lo cual este lenguaje tensión-estrés-preocupación también llega fácilmente al paciente oncológico. Por otra parte, el médico se ve «amenazado» por otro agente estresante importantísimo que es el «vector información» y que muchas veces le obliga, por ciertos condicionantes éticos y psicológicos, a un proceso de «interiorización». Esta doble vertiente «corporalidad-interiorización» explica suficientemente el estrés que sufre el médico. Este binomio «corporalidad-interiorización» puede explicar la dinámica afectiva del médico atrapado por el *burn-out*, recurriendo a un repliegue autista del «Yo» como mecanismo básico de defensa. Se produce así una interiorización del «Yo» que propende a girar alrededor de sí mismo de forma obsesiva generando una gran desestabilización psíquica.

Obviamente algunos factores agravan la situación de estrés que pueden padecer muchos médicos en los diversos ámbitos del tratamiento del paciente oncológico. Éstos lo califican como una auténtica «tortura psicológica» que aumenta de manera patológica la sensación de estrés. El cuadro clínico del estrés disminuye las «defensas psicológicas e inmunológicas» y el individuo se encuentra más predisposto para la enfermedad y, en consecuencia, ésta es una de las causas fundamentales del absentismo laboral con los consiguientes gastos sociosanitarios. El cuadro clínico del estrés se complica con la adicción a drogas o a actividades diversas (comidas, deportes, cocaína, alcohol, etc.). Así pues, la situación emocional del médico le conduce principalmente a una falta de comunicación con el paciente, que tanto la necesita, con la familia y con su propio equipo sociosanitario (enfermeras, auxiliares, celadores, administrativos, etc.). Lo mismo que existe el «horror vacui» existe el horror al silencio. Muchos pacientes que sufren de cáncer presienten el silencio como extraño y temible. En medio del silencio se sienten solos y abandonados, en buena parte como consecuencia del *burn-out* de mé-

dicos oncólogos y enfermeras. El enfermo de cáncer hospitalizado puede comprobar cómo la «sinfonía» del mundo se apaga, al tiempo que van quedando muy pocos sonidos que merezca la pena oír. El enfermo busca unas palabras de amistad o de amor; ansía el «ruido» que la auténtica vida hace al moverse; la armonía de la vida se transforma en «disonante». Ahora se encuentra «solo», se ha apagado el criterio y la furia de la vida; es el momento de armonizarse con uno mismo y de encontrar nuevos valores y desafíos ante la vida, aun cuando ésta sea evidentemente efímera, y en esta apasionante tarea el médico puede ser el gran «maestro» capaz de superar, con su ayuda y comprensión, el «horror vacui» del paciente, así como su propio silencio inducido progresivamente por el síndrome de *burn-out*. El paciente, por su parte, se encierra desesperadamente en sí mismo, en su propia angustia y soledad. La soledad, no obstante, acarrea una constante preocupación por la muerte, obsesión ésta que reafirma la soledad. El médico y también el equipo sanitario en su conjunto, que ayudan continuamente al paciente, pueden interrumpir esa dialéctica angustiante de lo absurdo, de la enfermedad y de la muerte. El paciente a través de la enfermedad y hospitalización puede alcanzar la angustia misma. Para Heidegger la angustia es nuestra experiencia de la nada. Quizá la gravedad de la enfermedad irreversible confirma la tesis de Heidegger, es decir, el *ser* auténtico para la muerte, la finitud de la temporalidad. La angustia en cuanto realidad, la más profunda, del dolor, del sufrimiento, del padecimiento humano tiene su origen principal en la conciencia de nihilidad que se va fraguando como consecuencia de la grave enfermedad, y también debido a la conciencia de la soledad, de la incapacidad y de la desesperanza que experimenta progresivamente el enfermo oncológico en el curso de su enfermedad. Este dolor y sufrimiento humano es generalmente la constante más común del «encuentro interpersonal» que es, al fin y al cabo, el eje del *etlus* de todo acto médico.

Por otro lado, en el diálogo médico-paciente sobre propuestas terapéuticas, el paciente deberá tomar conocimiento de los hechos propios de su enfermedad y aceptará o no las medidas propuestas por su médico. En este sentido es muy frecuente que los pacientes reciban pocas o parciales informaciones sobre su condición patológica e inmediatamente después una propuesta terapéutica agresiva, muchas veces de mutilación, incompatible con las explicaciones recibidas. El esfuerzo psicológico que realiza el médico por sortear al máximo los detalles embarazosos constituye también un fuerte agente estresante. El preconcepto antiguo «cáncer-muerte» pesa fuertemente en esa relación médico-paciente; se extiende como una mancha de aceite a todos los componentes humanos que intervienen en la enfermedad (médico, paciente, familia, equipo sanitario).

Recientemente algunos estudios sociológicos realizados en diferentes ámbitos de la sanidad confirman la situación de estrés y desmotivación que padecen numerosos profesionales médicos. Posiblemente, las bajas remuneraciones de los médicos y enfermeras y la desmotivación profesional afecten a un porcentaje bastante elevado, situado entre el 60% y 70%. Así pues, la ausencia de mecanismos de promoción interna, la masificación, la burocratización imperante, la falta de participación en los mecanismos de gestión, organización, decisión y planificación, así como la inadecuada compensación económica en comparación con otros estamentos profesionales de igual o menor preparación universitaria determinan, entre otros factores, una conducta de apatía y desgana que se traduce en disminución del rendimiento laboral, insatisfacción profesional, problemas de carácter y conducta, así como disfunciones familiares y sociales. Por ello nos encontramos a las puertas del siglo XXI con uno de los problemas psicopatológicos más serios que afectan a los equipos sanitarios que atienden al paciente oncológico y que, por tanto, será absolutamente imprescindible y prioritario desarrollar programas terapéuticos de intervención, prevención y preparación para adaptarnos a los grandes retos que suponen el cuidado, atención y cariño del paciente oncológico.

Por otro lado, las exigencias cada vez más grandes en relación con la calidad del servicio, las mayores responsabilidades civiles y penales, la atención a determinados tipos de usuarios que exigen una mayor atención y dedicación también facilitan la aparición de estados de ansiedad/angustia que afectan gravemente al médico y ocasionan un estado psicológico de inercia, carente de todo tipo de ilusión, entusiasmo y energía para seguir con el trabajo, manteniendo al mismo tiempo una relación social y familiar aceptable. Los sucesos, los pensamientos y la activación del cuerpo constituyen el síndrome del estrés y el resultado es la angustia; una emoción dolorosa que termina por minar el equilibrio psicológico del profesional y que se traduce frecuentemente en tensión, enojo, agresividad, e incluso cólera. A ello tenemos que añadir los efectos relativos a los pensamientos negativos del médico por lo que respecta a la situación de su trabajo profesional. Pensamientos y sentimientos negativos en cuanto a su actuación, logro personal, jerarquía de valores, etc. Esto facilita aún más el surgimiento de síntomas relacionados con la activación nerviosa (temblores de manos, taquicardia, aumento de la respiración, sentimientos de cólera, de soledad, de irritación, dolores inespecíficos, molestias gastrointestinales, tensión arterial elevada, etc.). Lenta pero inexorablemente se van produciendo manifestaciones específicas de ansiedad, apareciendo signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva e hipervigilancia. Funcionando en un ambiente laboral frío y sin ninguna perspectiva de promoción y de comprensión, el

médico presa del síndrome de *burn-out* siente dificultad para concentrarse, problemas para conciliar el sueño, signos de fatiga, poca capacidad de concentración, signos de impaciencia e irritabilidad, etc. La intensidad del cuidado y la lucha ante el paciente con cáncer grave puede dar lugar a este síndrome clínico que afecta al oncólogo y que se puede traducir en ciertas enfermedades psicosomáticas (ansiedad, depresión, etc.). Posiblemente la represión emocional del médico acosado por tantas «pérdidas afectivas» y enfrentamiento con el dolor constituya una estrategia psicológica defensiva peligrosa para la salud de médicos y enfermeras. Se trata de una forma de afrontamiento (un estilo de *coping*) que contribuye a este agotamiento emocional del oncólogo. Los múltiples tratamientos médicos utilizados en oncología suelen ser agresivos debido a la propia naturaleza de la enfermedad y ello hace que frecuentemente aparezca una serie de trastornos cognitivo-conductuales que afectan a la propia adaptación del paciente a la enfermedad, al cumplimiento de instrucciones, cuidados, tratamientos, etc. Todo ello supone también un gran desgaste para el médico y enfermeras que se esfuerzan continuamente por mejorar la calidad de vida del paciente. Así, por ejemplo, los diversos agentes quimioterápicos utilizados producen náuseas y vómitos a través de la estimulación, tanto directa como indirecta, de dos estructuras periacudetales del bulbo raquídeo como son el centro del vómito y el área de estimulación de los quimioceptores. Hasta un 65% de los pacientes pueden presentar náuseas y vómitos y, por tanto, complicar la relación con el paciente oncológico. Esta ansiedad extrema por su frecuencia y severidad puede dar lugar a tensiones muy importantes en el médico que no encuentra la fórmula para moderar las reacciones de desajuste psicológico del paciente. Bien es cierto que la implementación de algunas técnicas propiamente psicológicas (relajación, desensibilización sistemática, *biofeedback* e inoculación de estrés) pueden mejorar las náuseas, los vómitos y las emociones negativas del paciente asociados a la quimioterapia. Ello permite también mejorar la acción terapéutica del médico y disminuir su propio estrés. Sin embargo, esta opción no es fácil porque en muchos hospitales aún no funcionan estos servicios específicos de psicooncología.

## Estado de tensión de los diversos profesionales sanitarios

El oncólogo vive muy frecuentemente la realidad del dolor y del sufrimiento humano que es, de alguna forma, su propia realidad. Además su paciente próximo, íntimo, respetado, «único», conlleva una fuerte pérdida afectiva: un estrés emocional muy importante para médicos y enfermeras.

Al mismo tiempo, la insatisfacción profesional en el medio laboral le lleva también a importantes problemas

en el orden familiar, que se traducen en cambios de conducta muy significativos y, finalmente, en disfunciones familiares (agresividad intraconyugal, problemas en la relación padres-hijos, etc.). El modelo de tensión psicológica que se expresa en un intenso estrés del médico sugiere la existencia de tres grupos de factores principales que producen tensión: a) factores relacionados con el trabajo; b) factores externos o no relacionados con el trabajo, y c) características individuales o personales.

Se supone que los factores externos y los relacionados con el trabajo conducen a la tensión de percepción; no obstante, algunas características personales pueden moderar estos factores o tener un efecto directo sobre los fisiológicos; así, por ejemplo, las alteraciones en la química sanguínea y presión arterial pueden deberse a cambios en los niveles de ejercicio físico y hábito de fumar. En el aspecto laboral el médico se enfrenta continuamente con la enfermedad y la muerte y ello conlleva angustia y un desgaste emocional inusitado. El médico oncólogo «siente» la «pérdida de la individualidad» de su paciente y esta pérdida golpea su conciencia de «vacío» y de «nada» destruyendo el mito «todopoderoso» del médico tecnólogo que es capaz de superar cualquier enfermedad. Existen, por tanto, sentimientos inconscientes que minan el narcisismo y la salud del médico y que se relacionan finalmente con la conciencia realista del hecho de la muerte. Sin duda, la idea de la muerte, asociada inconscientemente al cáncer, es la idea traumática por excelencia. El paciente terminal es la individualidad que se subleva ante la muerte, es una «individualidad» que se afirma contra la muerte. En la agonía oscura y calmada del paciente oncológico terminal persiste con toda certeza y fuerza la «individualidad», el Yo, posiblemente el sentimiento más vivo de su Yo individual. Este hecho psicológico profundo supone una gran contrariedad y frustración para médicos y enfermeras que frecuentemente asocian el deterioro corporal (un vegetal) con el deterioro psíquico (la destrucción del Yo), pero curiosamente persiste el Yo como afirmación incondicional del individuo (paciente). El médico vive una coexistencia originaria y dialéctica con su paciente que le enfrenta constantemente con la conciencia de la muerte (conciencia realista, conciencia traumática). Ello puede producir ese desgaste emocional que hemos venido en llamar síndrome de *burn-out*. La preventión, el cuidado psicológico y la formación del médico deben ser esenciales para proteger su propio psiquismo debilitado ciertamente por la intensidad de los sentimientos y emociones que recibe en sus cuidados.

Las tensiones percibidas en relación con el trabajo desarrollado en el medio (síndrome del «edificio enfermo», falta de medios, escasez de personal, falta de motivación personal, ausencia de grupo de trabajo, etc.), así como las tensiones de la propia vida, siguen fundamentalmente dos vías, una psicológica y otra fisiológica.

En última instancia, la tensión laboral que surge en el medio laboral (conflictividad, problemas con los familiares, cambios y traslados, choques con el sistema, ausencia de liderazgo, fricciones con los compañeros, falta de preparación y adecuación de los jefes en el manejo de grupos e individuos, etc.) puede tener consecuencias conductuales muy importantes como absentismo, desempeño alterado de la función familiar y social, lentitud en el trabajo, inhibición, apatía, anergia, tristeza, frustración crónica, angustia, trastornos del sueño y disfunciones sexuales. Asimismo, aumenta el riesgo de ciertas enfermedades, tales como enfermedad coronaria, úlceras, episodios de gripe o *influenza*. De otro lado, otra salida frecuente del estrés es la depresión anérgica que se define por el agotamiento casi total de las energías y por diversos síntomas que se suelen asociar con la depresión (inhibición sexual, trastornos digestivos, disfunciones intestinales, cefalalgias, polialgias, fatiga psicofísica, etc.). La despersonalización (sensación de estar vacío o de ser un autómata) también se corresponde frecuentemente con el nivel de estrés soporátko. En este sentido, la CIE-10 recoge el síntoma de despersonalización dentro de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones de estrés.

De otro lado, en la tensión psíquica y física experimentada por el médico y enfermeras intervienen una serie de factores propios del sistema como empresa. El clima general de organización del trabajo, la falta de rigor y disciplina en el trabajo, la ausencia de coordinación, la ausencia de motivación, los problemas de comunicación y de entendimiento con sus colegas y con los responsables jerárquicos (director, médico, gerente, etc.) constituyen algunos de los elementos determinantes de las alteraciones del carácter del personal sanitario (médicos y enfermeras del servicio de oncología).

Así pues, ante la agresión del medio (cambios tecnológicos, ausencia de un plan de valoración y promoción personal, déficits económicos, ausencia de estimulación y de valoración del trabajo, falta de apoyo grupal, etc.) se pueden producir conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, ansiedad, mal humor, etc.). Ello hace que el médico vaya desarrollando ciertas actitudes neuróticas que perturban la adaptación y el equilibrio con sus pacientes.

Todo ello hace que el médico, que va percibiendo día a día la situación, llegue a tener una gran frustración, una valoración negativa de su trabajo y esfuerzo personal y, además, comprueba diariamente que la situación se va haciendo todavía más compleja, que no se resuelve a pesar de sus quejas a las instancias superiores y que tampoco sus peticiones y demandas encuentran el eco y apoyo necesarios para tratar de paliar el problema suscitado y que escapa totalmente a sus posibilidades. Poco a poco su psiquismo se va resintiendo de forma apreciable; su esposa nota que algo extraño le está

sucediendo y también sus hijos perciben que ya no soportan su carácter tremadamente irritable e hipersensible; por tanto, su familia comienza a desestructurarse en el equilibrio de fuerzas psicoafectivas y de comunicación. Por eso el médico oncólogo necesita una serie de aprendizajes psicológicos (estrategias de afrontamiento), así como una serie de medidas laborales que permitan un mejor ajuste psicológico del médico y de todo el equipo sanitario. El proceso de «toma de decisiones» constituye una fuente inequívoca de múltiples agentes estresantes. Es una difícil labor que comienza cuando el médico se plantea «cuándo hay que empezar un tratamiento» o simplemente «cuándo hay que pararlo». A veces el médico favorece una actitud de sobreprotección del paciente, lo cual también perjudica su colaboración y participación en todo el proceso de la enfermedad. Igualmente también se subestima la «capacidad de escucha» del paciente, con lo cual le transmitimos importantes dosis de ansiedad e inseguridad. El subestimar al paciente muchas veces supone ignorarle; el médico se centra más en la «enfermedad» que en la persona. Es menos estresante centrarse en la enfermedad; la enfermedad está ahí, no pertenece a nadie en concreto; la enfermedad aislada, desvinculada de la persona, no inquieta tanto al médico y éste es frecuentemente un mecanismo de defensa muy utilizado por él. Pero hablar, dialogar, apreciar el diálogo con el paciente es entregarse en su totalidad, es valorar todas sus necesidades y sus derechos. Así, por ejemplo, no decir la verdad, no explicar, mantener una ilusión porque el entorno familiar lo decide, choca con el derecho que tiene el paciente a saber lo que le pasa. El médico oncólogo tiene la posibilidad de mantener la imprescindible comunicación de forma bilateral, tiene un tiempo para reflexionar y conocer hasta dónde quiere llegar el paciente en cuanto al conocimiento exhaustivo del proceso de su enfermedad. Estas cuestiones, «dígamelos todo, doctor», «quiero saberlo todo», tienen muchos componentes, muchos elementos psicológicos que plantean tensión y estrés en el médico oncólogo. Este proceso tan delicado exige el manejo de técnicas de comunicación y además una formación bioética que muchas veces el médico no ha incorporado a sus estudios. Los problemas éticos y deontológicos constituyen una fuente muy importante de estrés. Las posiciones son muy encontradas, incluso las perspectivas sociológicas y políticas también. Algunos, por ejemplo, consideran que la eutanasia no se pide para aliviar el dolor del enfermo, sino para aliviar la carga social y asistencial, ya que el enfermo se vuelve insopportable. Otros especialistas, por el contrario, sostienen una posición radicalmente distinta: la eutanasia es en beneficio exclusivo del paciente y supone la única opción cuando el sufrimiento humano es insopportable. Desde esta perspectiva se considera que lo más humano, lo ético y lo digno para el paciente es que

abandone este mundo. En cualquier caso parece evidente que la confrontación que sufre el médico con la familia, con el paciente, con los otros miembros del equipo sanitario y consigo mismo constituye una fuente de estrés tan intenso que muchas veces adopta una actitud de indiferencia, de pasividad y de aislamiento.

Igualmente el servicio nocturno, el de fines de semana, los turnos fijos y largos, el trabajo duro en la mayoría de las neoplasias, la peligrosidad existente, los bajos salarios en comparación con la responsabilidad y el esfuerzo realizado constituyen algunos factores que también conducen al estrés de los diversos médicos que se dedican a la oncología. Podemos añadir también que la falta de rigor profesional, la ausencia de compensaciones adecuadas (económicas y laborales), los horarios inflexibles, las posibles demandas jurídicas, las críticas, la falta de apoyo decidido en la comunidad, la inexistencia de comunicación entre colegas participan en la crisis psicológica que estudiamos. Igualmente también tenemos que valorar la incidencia del «aburrimiento» y la capacidad del individuo que, a veces, realiza un trabajo muy inferior a su preparación y ello genera frustración y estrés. El «aburrimiento» es la enfermedad de nuestros días, por ello se tratará de desarrollar programas de intervención psicoterapéutica que estimulen la creatividad, la participación y la expresividad; en suma, la satisfacción laboral.

Ante el sentimiento de insatisfacción profesional más o menos generalizado el profesional reacciona con tres actitudes perfectamente definidas: a) permanecer callado (actitudes de inhibición/pasividad); b) continuar en la institución protestando (inconformista, polémico), o c) dejar el puesto de trabajo. Como es natural, abundan profesionales que han optado por cualquiera de las actitudes citadas anteriormente, pero en cualquier caso psicológicamente dejarán huella de resentimiento, frustración y agresividad que puede descompensar psíquicamente al individuo posteriormente a lo largo de su vida. Aunque el aspecto crematístico figura entre las reivindicaciones más importantes de estos colectivos, en realidad no es el más significativo ni el único. Se trata fundamentalmente de insatisfacción en el equilibrio social, en la valoración personal, en la comunicación, en la flexibilidad, en la capacidad de decisión y de participación, en la carga laboral, en la falta de autonomía, en la ausencia de expectativas de promoción y de realización profesional, etc., lo que da lugar a un sentimiento generalizado de importante frustración. Así pues, en relación al tratamiento con el paciente oncológico, pacientes graves y/o terminales, el médico y la enfermera principalmente se pueden ver afectados por este síndrome de *burn-out* como una claudicación frente al estrés consecuencia del fracaso de las estrategias de afrontamiento (*coping strategies*) y que va a afectar su bienestar físico, psicológico y social (Flórez Lozano JA, 1994).

A todo ello se añaden además ciertos factores de frustración económica. En efecto, se ha señalado que el bajo salario entre los profesionales es una de las fuentes más grandes de frustración. Al mismo tiempo sus aspiraciones de promoción profesional en función de dedicación, esfuerzo y estudio difícilmente son satisfechas y ello origina una apatía personal que se traduce en continua desidia y desilusión (diselpidia). Pero aparte del estrés relacionado con la práctica actual de la Medicina, que es común a muchos médicos, sin duda en el caso que estamos estudiando el estrés del médico se centra fundamentalmente en su contacto con la patología, el dolor y la muerte (Broggi, 1995; Flórez Lozano JA, 1995). El médico ha de ser un *vir bonus medendi peritus*, pero no es fácil mostrar compasión en todo caso clínico, ni controlar siempre la expresión de sentimientos ante la enfermedad y la miseria humana. Son muchos los «controles emocionales» que se exigen al médico sin un adiestramiento o preparación previas. Debe tener calma ante enfermos ancianos, debe controlarse al infligir dolor con sus intervenciones terapéuticas y debe lograr un buen equilibrio entre el distanciamiento emocional y la necesaria sensibilidad. Como vemos, son muchos «deberías», algunos de naturaleza muy profunda, que participan en la angustia del médico. Para sobrellevar esta tensión psicológica tan angustiante algunos médicos recurren a la autoestima de sus emociones. En consecuencia, médicos y enfermeras que participan en el tratamiento del paciente oncológico no son conscientes de las frustraciones inherentes a su profesión y pueden acabar experimentando un cierto grado de resentimiento contra los pacientes, así como un exagerado sentimiento de culpa. El médico, tal como dijo Hipócrates, no es más que «el servidor de un difícil arte». En efecto, tiene que desarrollar un gran equilibrio en su personalidad que le permita moderar sus «fantasías narcisistas de omnisciencia y omnipotencia» en consonancia con sus posibilidades reales. El médico oncólogo necesita «atemperar» sus emociones, pues el contacto con el paciente oncológico, en las diferentes etapas de su enfermedad, supone un desgaste psicológico intenso como consecuencia del ajuste que tiene que realizar ante las somatizaciones y caracteropatías del paciente (personalidad obsesiva, histérica, neurótica, paranoide, etc.). Por eso el médico debe ser consciente de los múltiples agentes estresantes que pueden poner en peligro su salud. Debe conocerse y cuidarse más a sí mismo; es lamentable

que como consecuencia de este síndrome muchos médicos sufran la ruptura de su propia familia, que es precisamente el apoyo más eficaz contra el estrés profesional. Además de todas las variables negativas que realmente pueden confluir en la desmotivación de médicos, hay que añadir el hecho de los efectos deletéreos sobre el rendimiento y en particular en los que tienen una jornada de trabajo continuada, extenuante y que se puede prolongar entre 24 y 32 horas (médicos y enfermeras). De igual forma, la reducción de los períodos de sueños normales para el individuo provoca importantes trastornos del carácter o de la conducta, hasta el punto de provocar crisis neuróticas que repercuten negativamente en las relaciones y en el rendimiento. Resulta especialmente curioso que mientras a otros profesionales (por ejemplo, pilotos) se les aplica rigurosamente un período de trabajo entre 8 y 14 horas, los médicos, sin embargo, pueden permanecer desempeñando su trabajo de altísima responsabilidad durante mucho más tiempo. Todo este conjunto de variables explican, además del *burn-out* del cancerólogo, dos actitudes que perjudican su tarea asistencial frente al paciente. Por un lado, nos encontramos con mecanismos de defensa que generan una gran fragilidad emocional (crispación). Por otro lado algunos médicos adoptan, como mecanismo de defensa de su personalidad para defenderse de la angustia proyectada del paciente y su familia, una conducta que refleja distancia técnica, frialdad y distanciamiento. El médico en este supuesto se aferra a variables bioquímicas y/o radiológicas. La «búsqueda del diagnóstico» es otra variable especialmente estresante; por un lado quiere diagnosticar la enfermedad, por otro quiere rechazar internamente el diagnóstico por las tremendas dificultades que tendrá que abordar (diálogo con el paciente y la familia, indicaciones terapéuticas, procedimientos médicos dolorosos y mutilantes, toma de decisiones, actitud ética, derecho a la información, «verdad tolerable», derechos y deberes del médico y del paciente, etc.). Por eso, el médico oncólogo se puede sobrecargar de sentimientos de culpabilidad en relación a los enfermos, en relación a su gravedad y a la agresividad de los tratamientos. Los sentimientos de impotencia profesional muchas veces se asocian a los de culpabilidad de forma íntima. Igualmente, las actitudes de huir del paciente o la de hundirse juntos son relativamente frecuentes. Todo ello alimenta continuamente el cuadro clínico de *burn-out* que evidencian muchos oncólogos.

