

Características del estrés percibido y experiencias del personal sanitario en la relación con pacientes oncológicos

Rodrigo Andrés Ruiz-Lurduy¹ , Mayte Zubillaga Páez² , Isadora Blanco Pérez³ , Ángel Alexis Muegues-Salas⁴ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.101744>

Recibido: 25 de marzo de 2025 / Aceptado: 1 de julio de 2025

Resumen: Introducción: Este estudio aborda el estrés de los médicos generales y oncólogos en una ciudad intermedia de Colombia. Sus objetivos fueron: 1) describir las características del estrés en médicos oncólogos y 2) analizar sus experiencias vividas en la relación médico-paciente. Método: Se implementó un diseño integrativo de métodos. La recolección de datos consistió en el Perfil de Estrés Nowak para medir cuantitativamente el estrés y la aplicación de entrevistas semiestructuradas para profundizar en las experiencias de los médicos oncólogos. Resultados: Los médicos cuentan con herramientas psicológicas para mantener su salud mental y la de sus pacientes. Los resultados de la prueba no indican alarmas importantes ni concluyentes; si bien los niveles de estrés prescritos reflejan la exposición a eventos estresantes, los especialistas los diagnostican y toman medidas contra ellos adecuadamente. Los componentes emocionales protectores, como la satisfacción laboral, se identifican de forma positiva, mientras que los componentes estresantes, como los trámites burocráticos, impactan su trabajo y las relaciones con los pacientes. Conclusión: El estrés es un síntoma común en la práctica médica oncológica. Contrariamente a lo reportado en la literatura, esta población no experimenta crisis emocionales extremas. Los factores de riesgo se determinan individualmente, lo que indica la necesidad de un seguimiento constante, así como de hábitos saludables de salud mental entre estos profesionales.

Palabras clave: Oncólogos, experiencias de vida, estrés, emociones, instituciones de oncología

* Dirección de correspondencia: Rodrigo Andrés Ruiz-Lurduy. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia. E-mail: rruiz13@areandina.edu.co

¹ Rodrigo Andrés Ruiz-Lurduy. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-3234-1710

E-mail: rruiz13@areandina.edu.co

² Mayte Zubillaga Páez. Fundación Universitaria del Área Andina. Valledupar, Colombia. ORCID: 0000-0001-6738-0771

E-mail: mzubillaga@areandina.edu.co

³ Isadora Blanco Pérez. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-4994-7372

E-mail: iblanco3@areandina.edu.co

⁴ Ángel Alexis Muegues-Salas. Fundación Universitaria del Área Andina. Fundación Universitaria del Área Andina: Bogotá. ORCID: 0000-0002-0836-9262

E-mail: amuegues@areandina.edu

ENG Characteristics of perceived Stress and Experiences of healthcare personnel in their relationship with cancer patients

ENG Abstract: Introduction: This study addresses the stress of general practitioners and oncologists in a medium-sized city in Colombia. Its objectives were: 1) to describe the characteristics of stress among oncologists and 2) to analyze their experiences in the doctor-patient relationship. Method: An integrative design of methods was implemented. Data collection consisted of the Nowak Stress Profile to quantitatively measure stress and semi-structured interviews to delve deeper into the oncologists experiences. Results: Physicians have psychological tools to maintain their mental health and that of their patients. The test results do not indicate significant or conclusive alarms; while the prescribed stress levels reflect exposure to stressful events, specialists diagnose them and take appropriate action. Protective emotional components, such as job satisfaction, are positively identified, while stressful components, such as bureaucratic procedures, impact their work and relationships with patients. Conclusion: Stress is a common symptom in oncology medical practice. Contrary to reports in the literature, this population does not experience extreme emotional crises. Risk factors are determined individually, indicating the need for ongoing monitoring and healthy mental health habits among these professionals.

Keywords: Oncologists, life experiences, occupational stress, emotions, cancer care facilities

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Andrés Ruiz-Lurduy R, Zubillaga Páez M, Blanco Pérez I, Muegues-Salas AL. Características del estrés percibido y experiencias del personal sanitario en la relación con pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2025; 22 241-257. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.101744>

1. Introducción

Muchos de los trabajos que anteceden a esta investigación, están enmarcados en los cuidados paliativos de enfermos crónicos y en la comunicación de diagnóstico y pronóstico que tiene el personal médico con sus pacientes⁽¹⁻³⁾. El hecho de comunicar a un enfermo el estado, avance de su enfermedad o de su tratamiento, plantea desafíos al profesional de la salud y genera reacciones en los pacientes; estas se evidencian en sus actitudes, percepciones y prácticas de afrontamiento de todo el proceso. Algunos estudios encuentran que las diferencias culturales y socioeconómicas de los pacientes, así como el uso del lenguaje y las habilidades de comunicación de los médicos, son factores que influyen en el acto médico y en el tratamiento, también en la capacidad del paciente de adaptarse a la enfermedad. Señalan, que estos desafíos en la comunicación son enfrentados de manera subjetiva –con herramientas propias de cada profesional-, y que a pesar de que existen protocolos de acompañamiento a partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, la fase terminal resulta difícil para el manejo emocional del paciente durante la aplicación de medidas paliativas^(4,5). Lo anterior ha planteado discusiones en torno a los aspectos éticos y legales que tiene la acción de comunicar un diagnóstico terminal, y las características de ese proceso de comunicación entre médico y paciente que pueden aportar terapéuticamente al manejo de la enfermedad.

Existen también estudios que se han interesado por los mecanismos de afrontamiento que tienen los pacientes y los familiares ante el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica como el cáncer; estos estudios han tenido en cuenta las características sociodemográficas de pacientes y familiares, su religión, la resignificación que hacen de la enfermedad, los grupos de apoyo, y su correlación con las estrategias que emplean para afrontar la enfermedad⁽⁶⁾. Teniendo en cuenta al paciente, se han interesado por la propia experiencia de vivir con cáncer, indagando sobre los cambios ontológicos, sociales, emocionales y corporales que produce el cáncer y su tratamiento en los pacientes⁽⁷⁾; así como los mecanismos propios e institucionales que existen en las unidades de oncología para

apoyar desde la psicología, aquellos pensamientos y conductas que resultan disfuncionales para el paciente y su familia^{8,9}. Los estudios resaltan la dimensión emocional y aspectos de la salud mental que son importantes en el manejo de la enfermedad; estas variables en los pacientes y en las familias, son relevantes, pues constituyen las respuestas de afrontamiento de los sujetos antes una enfermedad crónica. Los estudios señalan una relación probable entre el diagnóstico y padecimiento del cáncer, con ansiedad, angustia, depresión y malestar emocional, entre otros¹⁰⁻¹¹.

En este campo, se encuentran los estudios que han explorado las experiencias del personal médico en la atención en oncología desde un enfoque cualitativo; señalan que el proceso de comunicación con los pacientes es clave en la construcción de una relación de confianza que reconoce la emocionalidad; esto, en contraste, con médicos que mantienen la distancia con sus pacientes, que no reconocen un impacto importante en la calidad o en la trayectoria de la enfermedad a partir de su empatía. Estas actitudes también indican la ausencia de espacios de apoyo entre colegas¹². Estas investigaciones han encontrado que el manejo de la emocionalidad de los pacientes por parte de los médicos, operan como apoyo al estrés, la ira, el temor, y la tristeza que genera el cáncer y su tratamiento¹³. También, muestran que los profesionales de la salud que están en permanente contacto con este tipo de pacientes, y que asumen un compromiso humanitario de acompañamiento y empatía, son propensos al estrés y al desgaste profesional; estos estudios, centrados en el síndrome de burnout de los profesionales, señalan que los mecanismos de afrontamiento que emplean estas personas están relacionadas con el distanciamiento y el apoyo social; unos pocos están dirigidos a la confrontación del problema¹⁴, y destacan que las intervenciones que buscan desarrollar su inteligencia emocional tienen un impacto positivo en todo el proceso¹⁵.

Entendiendo que son pocos los trabajos que se encarguen de manera directa de las situaciones de estrés general y de su conjunción con las experiencias de los médicos en la relación con sus pacientes en escenarios de oncología en ciudades intermedias de Colombia, está investigación tuvo como objetivos: 1. Conocer las características del estrés de médicos que trabajan en un servicio de oncología, y 2. Explorar las experiencias vividas por estos médicos en la relación con sus pacientes.

2. Método

Este es un estudio de tipo mixto integrativo; utilizó estrategias de recolección combinadas para determinar la medida de estrés a través de la aplicación del Perfil de Estrés de Nowak, en compañía de la realización de entrevistas semiestructuradas para acercarse a las experiencias de los profesionales de la salud en oncología. Este enfoque permitió una comprensión amplia y profunda del fenómeno. La sistematización y el análisis de los datos cualitativos se hizo orientado por profesional experto en investigación cualitativa en salud; se utilizó el enfoque “marco” para el análisis cualitativo, desde una perspectiva fenomenológica que tuvo en cuenta los pasos de grabación de las entrevistas, transcripción, revisión y selección de significantes temáticos, codificación, integración del fenómeno, estructuración de la experiencia y validación¹⁶. Cada paso fue revisado y evaluado en equipo para realizar aclaraciones y reflexiones a propósito de los hallazgos. El instrumento tuvo quince preguntas de base que bordaron cuatro temas principales: 1) Desempeño profesional, 2) Efectos físicos y mentales de la profesión, 3) Autocuidado y, 4) Formación. La custodia de las grabaciones y sus transcripciones garantizó la confidencialidad de los participantes.

Se aplicó el cuestionario Perfil de Estrés de Nowack, un instrumento psicométrico diseñado para evaluar el estrés de forma integral a través de siete dimensiones clave: situaciones estresantes (salud, trabajo, finanzas, familia, entorno social o del ambiente), hábitos de salud (ejercicio, descanso-sueño, alimentación-nutrición y prevención al riesgo), red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento (valoración positiva, minimización de la amenaza y concentración en el problema) y bienestar psicológico. Esta prueba está estandarizada con base en poblaciones latinoamericanas, posee una confiabilidad test-retest superior a 0,80, y ha mostrado validez convergente significativa frente a otros indicadores de salud psicológica y ocupacional. Cada escala utiliza puntuaciones T con un rango de interpretación donde valores ≥ 60 indican recursos protectores de la salud y ≤ 40 alertas de riesgo. La recolección de datos y el análisis de los resultados fueron meticulosamente organizados y ejecutados por un profesional

especializado y capacitado, siguiendo estrictamente los parámetros y las normas establecidas en el manual del test, asegurando así la precisión y la interpretabilidad de los hallazgos⁽¹⁷⁾.

Las entrevistas y la aplicación del Perfil de Estrés de Nowack tomaron aproximadamente 60 minutos en su desarrollo por participante. Cada uno fue contactado mínimo tres veces: explicación y acuerdo de aplicación de instrumentos, recolección de información, revisión de los datos y hallazgos recolectados. Ambos instrumentos fueron revisados, evaluados y reflexionados en sus alcances por el equipo de investigadores. Los instrumentos fueron aplicados en común acuerdo en el ámbito institucional, en horas de labor previamente organizadas sin afectar el desempeño de los participantes de agosto a octubre de 2022.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Los investigadores establecieron contacto inicial con los profesionales de la unidad de cáncer, asegurando un trato respetuoso y ético. Participaron 7 profesionales vinculados a la unidad de cáncer en un hospital de Valledupar, previa firma de consentimiento informado y aval por parte de la entidad con unidad oncológica seleccionados con base en su disposición e interés en participar. El criterio de exclusión estuvo dado por el no interés de participar en la investigación. El estudio se desarrolló en una unidad de cáncer en Valledupar, seleccionada por ser la más relevante en términos de acceso y colaboración dentro del contexto local. Esta es una investigación con riesgo mínimo según resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social. El proyecto fue avalado por el comité institucional de ética en investigación de la Fundación Universitaria del Área Andina en acta #0620. Esta investigación fue financiada con recursos de la dirección nacional de investigación de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Este estudio se desarrolló conforme a los principios bioéticos de respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia, garantizando un alto estándar en la protección de los participantes. Se preservó en todo momento la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, haciendo un uso responsable y exclusivo de los datos con fines científicos y académicos, de acuerdo con las normas nacionales e internacionales de investigación en seres humanos.

Las principales limitaciones estuvieron relacionadas con el tiempo de los especialistas para participar y el acceso a la muestra, que corresponde a una ciudad intermedia en Colombia. La participación de profesionales especializados en este tipo de investigaciones está mediada por el apoyo institucional y la disponibilidad de tiempo que, en nuestro caso, fue favorable para trabajar con el equipo de oncología de esta unidad. Aunque en la ciudad escogida solo hay cuatro unidades de cáncer, la que participó en esta investigación es la más importante; en las otras tres, el acceso no fue posible a pesar de los trámites adelantados para tal fin.

3. Resultados

Al explorar la influencia de ciertas diferencias individuales como la sensibilidad emocional, los estilos de afrontamiento y los estilos de comunicación sobre el estrés de médicos oncólogos, resulta interesante determinar los perfiles de los profesionales que se incluyeron en la investigación, estos son un parámetro importante para describir a la población objeto de estudio, en la tabla 1 se muestran los datos relacionados a las variables que describen a los participantes.

Según el Test de Nowak 6 de los participantes sugieren niveles reducidos de estrés percibido, aunque con cierta alerta sobre su cuidado. Un participante mostró en el test una afectación en su salud importante.

Los resultados del Test de Nowak indican que, en promedio, 4 de los participantes hacen lo mínimo indispensable para satisfacer los estándares generales aceptados para mantener la salud. Por contraste, hay 3 que practican conductas orientadas al mantenimiento de la salud de manera regular, estas también son personas que tienden a hacer ejercicio con mayor frecuencia e intensidad, frente al mínimo indispensable. La proporción incluye, que 3 de los participantes suelen sentirse más descansados, menos fatigados y más relajados que los otros 4, aunque no se corresponde siempre. Esto persiste respecto al mantenimiento de hábitos dietéticos más balanceados y disciplinados, relacionados con el control o límite del consumo de grasas saturadas, azúcar, sal y calorías, frente a los que tienen un cuidado menor sobre su dieta. Vale la pena

señalar que el participante que marcó un nivel de estrés importante tiene un buen desempeño en actividad física y descanso.

En otro componente, la mayoría de los participantes tienden a mantener, de manera más regular, hábitos de salud preventiva, excepto uno de ellos, que puntuó riesgo elevado en este tipo de conductas preventivas. Respecto al empleo de sustancias (Reactivos ARC) que podrían incrementar el riesgo de enfermedad, el panorama es llamativo, pues 4 de los participantes marcaron en el límite, ubicándolos en un riesgo inminente, mientras que los otros 3, también se encuentran en un rango intermedio. Este elemento es importante, pues exceder los límites conduce al abuso de sustancias (alcohol y drogas) o consumo de tabaco.

Tabla 1. Perfiles profesionales de participantes

Aspecto/ sujeto	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Genero	M	F	M	M	M	F	F
Edad	55	54	49	66	37	55	48
Profesión	MD/ Esp. Auditoria y gerencia de servicio de salud. Espe, Radio-oncología Mgr. En Toxicología	MD/ Hematóloga Oncóloga	MD/ Radio Oncólogo	MD/ Médico y Cirujano-Universidad Estatal de Guayaquil; Especialidad- Cirujano oncólogo / Mastólogo Universidad Estatal de San José de Costa Rica	MD/ Médico Universidad del Norte; Especialista Oncología Clínica Universidad Complutense; Máster Oncología Molecular- Centro de Estudios Biosanitarios European School of Oncology	MD/ Médica y Cirujana- Universidad Metropolitana; Especialista- Oncología Clínica: Universidad del Salvador de Buenos Aires - (Argentina); Especialidad- Medicina Interna por la Sociedad de Medicina Interna de Argentina y la Municipalidad.	MD/ Médica y Cirujana Universidad Metropolitana; Especialidad- Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina de Catanduva Brasil; Doctorado- Ginecología Oncológica- Universidad Estatal de Río de Janeiro.

Fuente: Datos de recolección propia tomados del software Test de Nowak manual moderno.

Tabla 2: Alertas de interpretación del Test de Nowak

T < 40 ALERTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	
T 40 - 60 RECURSOS PROTECTORES DE LA SALUD	
T > 70 ALTOS RECURSOS PROTECTORES DE LA SALUD	
*Puntuaciones T elevadas (60 o más) sugieren un RIESGO PARA LA SALUD, para el resto de las escalas significa una fortaleza o RECURSOS	

PUNTUACIONES ELEVADAS (T 60 O SUPERIORES) SUGIEREN RECURSOS PROTECTORES DE LA SALUD

PUNTUACIONES BAJAS (T 40 O INFERIORES) SUGIEREN ALERTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

*Puntuaciones T elevadas (60 o más) sugieren un RIESGO PARA LA SALUD, para el resto de las escalas significa una fortaleza o RECURSOS PROTECTORES DE LA SALUD, mientras que las puntuaciones bajas significan RIESGOS PARA LA SALUD

Fuente: Datos de recolección propia tomados del software Test de Nowak manual moderno.

Tabla 3. Resultados individuales de la prueba de Nowak

Subtest/ Puntaje T	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Estrés*	52	44	46	41	34	52	52
Ejercicio	58	62	69	55	64	40	55
Descanso/sueño	64	53	68	41	61	44	57
Prevención	65	51	68	68	53	77	33
Alimentación/nutrición	63	57	57	43	57	70	60
Conglomerado de reactivos	49	55	39	39	55	39	39
ARC*							
Red de apoyo social	31	53	64	33	51	37	59
Conducta Tipo A*	42	59	51	26	40	35	44
Fuerza cognitiva	60	57	59	51	58	51	54
Valoración Positiva	76	55	73	43	58	68	71
Valoración Negativa*	27	40	44	24	37	37	61
Minimización de la amenaza	68	53	49	64	41	68	57
Concentración en el problema	61	72	76	72	66	47	66
Bienestar psicológico	68	51	63	72	68	63	64
Hábitos de Salud	77	68	123	64	71	72	59

Fuente: Datos de recolección propia tomados del software Test de Nowak manual moderno.

Cuatro de los participantes sienten que hay gente con la que pueden contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además de sentirse medianamente o muy satisfechos con dicho apoyo; los tres restantes sienten que no tienen red de apoyo social, encontrándose en este porcentaje dos participantes mujeres, esto es importante, pues las redes de apoyo actúan como soporte para el manejo del estrés.

Respecto a las conductas de Tipo A, cinco de los participantes suelen no recurrir, expresar o experimentarlas en su vida cotidiana, mientras que dos de ellos, las usan con mayor frecuencia e intensidad al enfrentar el estrés del trabajo y el diario vivir. Las características de la Conducta Tipo A –en especial la desconfianza, el enojo y la hostilidad– pueden contribuir al desarrollo de diferentes enfermedades, entre ellas la enfermedad coronaria. Esto parece especialmente cierto para quienes desempeñan labores de mucha dedicación, concentración y responsabilidad.

En promedio, dos de los participantes tienden a experimentar un nivel de compromiso y participación relativamente altos en su trabajo y con su familia, así como con ellos mismos. Consideran los cambios de vida y los riesgos como retos y oportunidades de crecimiento. En cierta medida, tienen un fuerte sentido de control sobre los eventos significativos y los resultados que consiguen en su vida. En comparación con otros, dichos individuos permanecen físicamente saludables en general y en particular cuando enfrentan cambios importantes en su vida. Cinco de los participantes son poco propensos a sentirse alienados en su trabajo y su vida familiar. Es poco probable que vean los cambios y los riesgos en su existencia como amenazas y que sean propensos a sentir que no tienen control sobre los acontecimientos y los aspectos más relevantes e importantes de su vida. Suelen ser menos vulnerables que otros ante la enfermedad y, en particular, en momentos de estrés.

La dimensión de estilo de afrontamiento evaluada en el Perfil de Estrés de Nowack forma parte del instrumento como un subdominio específico, no corresponde a una prueba independiente. Comprende cuatro estrategias: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza y concentración en el problema, que reflejan la manera en que el individuo enfrenta

situaciones potencialmente estresantes. Todos los participantes mostraron una valoración entre intermedia y alta en esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los aspectos positivos de una situación, esto implica que el impacto de los problemas o frustraciones recientes es menor, al recordar experiencias felices o visualizando una solución positiva para una situación problemática.

En la Valoración negativa, 4 de los participantes masculinos puede manejar algunas características de autoculpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico. Se utiliza esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria. Mientras que, de manera general, los participantes manifiestan "evitación", que es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos. Según el test, emplean esta estrategia de afrontamiento cuando bromean o se burlan de alguna situación problemática; desvían intencionalmente su atención de un problema borrándose, dejándolo como una situación más en la cotidianidad.

Por otra parte, 6 de los participantes hacen intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales. Utilizan el afrontamiento centrado en el problema y desarrollan un plan de acción específico para enfrentar una situación, pide a otros que hagan cambios determinados para aliviar las circunstancias estresantes o analizan su propia experiencia y la de otros para determinar un curso de acción eficaz para resolver un evento estresante. En general, los participantes suelen estar satisfechos consigo mismos y se perciben como capaces de disfrutar la vida; el bienestar psicológico valora la experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica durante los últimos tres meses. Es común que se sientan felices con su familia, trabajo, relaciones interpersonales y logros.

Entrevistas semi-estructuradas

El análisis de las entrevistas fue temático. El proceso analítico consistió primero en preparar y organizar las transcripciones de las entrevistas; segundo, en la organización de los contenidos en categorías emergentes desde las ideas principales y patrones del estudio; tercero, la codificación de la información; cuarto, la agrupación de los códigos en categorías temáticas que permitieron estructurar el contenido y analizar la experiencia de los profesionales en oncología.

Según las entrevistas, las experiencias de los profesionales que participaron del estudio podrían entenderse organizadas por dos núcleos centrales: Uno establecido alrededor del ejercicio de la profesión, con las subcategorías de satisfacción, dedicación, burocracia y deshumanización; y otro, que se relaciona con el universo emocional, compuesto por las subcategorías de afrontamiento, malas noticias, empatía y afectación, que pertenecen a una zona más íntima de la experiencia.

Tabla 4. Codificación entrevistas semi-estructuradas

<i>Ejercicio de la profesión</i>	
<i>Satisfacción</i>	
"servir a la gente me satisface servirlos, me satisface que ellos logren resolver sus problemas que yo les pueda apoyar y ayudar en eso" (E1)	
"mi trabajo en la mejor manera posible pero que son cosas que me superan y que yo tengo que aprender a aceptarlas" (E1)	
"eso es lo que un poquito decepcionante, pero hay momentos de gran alegría, de gran euforia, sí, de gran satisfacción, pero también hay sus momentos que a veces uno se cuestiona" (E2)	
"es un ejercicio de empatía que intenta diagnosticar y tratar a una persona." (E4)	
"todos los días aprendes, porque cada persona es diferente y uno se da cuenta de a quien le puede dar más o menos información" (A4)	

Ejercicio de la profesión

“siento que mi objetivo lo he cumplido y que he logrado, y que he contribuido al bienestar de muchas personas.” (E5)

“tenemos la satisfacción de los pacientes que llegan a nuestras consultas y con solamente ver el resultado de ellos ya uno siente esa satisfacción que por lo menos decimos: bueno, no estoy ganando dinero, pero por lo menos allá arriba tengo algo abonado” (E5)

“están cumplidas en el sentido de parte de lo que se refiere a lo personal por lo que estudie, pero cada día es como más difícil” (E6)

Dedicación

“creo que, si uno no ejerce con amor y con dedicación y con empeño su trabajo, no puede ser feliz” (E1)

“a uno lo forman y a uno lo enseñan a tratar pacientes, a tratar de curar pacientes, pero no le enseñan a uno a manejar las pérdidas.” (E2)

“entonces siempre quieren saber, me entiende qué es lo que les está pasando entonces cuando tú llegas y te tomas la delicadeza de llegar y enseñarle,” (E2)

“el acto médico prácticamente debe llevarse de una forma jovial, de una forma amable, sincera, de humildad” (E3)

“es un ejercicio de empatía que intenta diagnosticar y tratar a una persona.” (E4)

“pero el medico creo que, en estos tipos de tumores juega un rol y un papel muy importante para llegar a persuadir a la persona que lo padece” (E4)

“aprender a intentar establecer empatía como la forma de comunicar; en esa rotación aprendí mucho, y después es experiencia” (E5)

“llamo al equipo de gestión, al equipo de psicología para que lo acompañen, la enfermera para que lo ayuden, esos momentos son difíciles” (E5)

Burocracia

“está hecho para que no se logre, es complejo, está hecho lleno de normas estúpidas no importa lo que tengas” (E1)

“muchas veces los vemos morir esperando un diagnóstico, porque se demora una autorización” (E1)

“los procesos administrativos a veces son perversos, porque son perversos, como le dije al principio, porque los que interactuamos en el sistema, somos los que hacemos que el sistema falle, el sistema sea malo” (E2)

“No tenemos los recursos suficientes y sobre todo que cuando se va a hacer el diagnóstico de la enfermedad tenemos muchas limitaciones para hacer el diagnóstico definitivo” (E4)

“Muy mal, estamos en este momento en una situación muy difícil, donde no solamente la institución pública, sino privadas, a través de muchos pacientes que se consideran de alto costo no hay quien sufrague estos costos” (E4)

“en cuestiones del sistema, en burocracia y esas cosas. Eso es lo que lo puede hacer un poco más complejo” (E5)

“que no estudie medicina para hacer papeles, ni para tramitar incapacidades, no soy médico para eso.” (E5)

“Tenemos compromisos, tenemos deudas, somos mal remunerados, a veces no, no nos cancelan los salarios oportunamente” (E6)

“eso si es un poquito complicado porque, como te dije, actualmente estamos en un sistema de salud que es caótico por la parte política, porque los salarios, por las EPSs, que usted pide un examen y de pronto se demora 3 – 4 meses, cuando vuelve ya la enfermedad está más avanzada” (E6)

Ejercicio de la profesión

“pero muchas EPS (Entidad Promotora de Salud) el paciente tiene dolor entonces se lo pasa a médico general, al cirujano al de la biopsia y en ese trámite se demoran 6 meses o un año y el paciente te llega ya avanzado, el proceso administrativo debe ser rápido pero algunas EPS tardan entre una cita y otra la dilatan y eso no favorecen mucho a los pacientes.” (E7)

Deshumanización

“Cuando vemos esas ofertas laborales tan malas, cuando veamos ese maltrato y ese poco, lo que se llama valorizar al médico es ese desprecio social, pero por parte del empleador inclusive de algunos pacientes” (E1)

“la contraparte se ha ido adaptando a esa mediocridad laboral también donde vengo me siento aquí hago lo que quiero, porque no me han pagado, y luego me voy al final del mes cobro una plata que no me van a entregar, para luego yo demandar.” (E1)

“hay veces mucho personal en salud tiene mucha desidia, no le presta mucho interés a la entrega de tratar al paciente, no dan la importancia que debe” (E2)

“Tenemos que tener más humanización de la salud, más humanización al paciente, eso es lo que nos hace falta, este sistema ha hecho y la comercialización de la salud, también a hecho que esto se pierda, ese horizonte se pierda” (E2)

“Cuando empiezan a estudiar medicina tienen esa cultura altruista, qué es lo que pasa en la mitad del camino porque pierden esa, ese deseo altruista de ayudar a las personas o de volverse insensibles y esas cosas, esa razón ocurre porque presentan heridas en su corazón que no han sanado” (E3)

“Es una situación difícil, doloroso para uno que vive esta desgarradora realidad de no poder contar, si se cuenta con los medios, no hay quien cubra la parte económica a estos pacientes” (E4)

Universo emocional

Afrontamiento

“Yo necesito al menos uno o dos días para pensar, cómo hacer, qué hacer, qué opciones, llamar al paciente, puedo durar dos días para antes de llamarlo” (E1)

“claro si me afecta, pero debe pasar, debe pasar porque si no, yo no podría vivir así” (E1)

“ese no es mi dolor, si yo tengo mi dolor, yo tengo mi familia, yo tengo mis cosas, ese es el dolor de otro, yo debo ofrecerle todo lo que yo pueda” (E1)

“ha sido mi propio proceso, yo pagué psicoanálisis” (E1)

“ese tipo de emociones hay que saberlos manejar, por eso entonces el apoyo de psiquiatría siempre está pendiente hacia el médico tratante o hacia el personal médico que se está formando” (E2)

“decirle, (al paciente), mira yo no soy responsable, estoy aquí para ayudarte y estoy aquí para servirte y estoy aquí para que lo que tú necesites; ósea, hay que desarmarlo, verdad. Cuando tú llegas y haces esas cosas, entonces, yo en este momento, pues yo me siento en la capacidad de enfrentar a cualquier persona sin necesidad de sentir que voy a fracasar” (E3)

“yo puedo identificar cuando un paciente, bueno, cuando un paciente está manipulando, cuando un paciente se está colocando en plan de víctima, cuando tiene miedo, eh, ósea y eso son cosas que uno sabe” (E3)

“yo creo que eso tiene mucho que ver con que también, pues que ahora soy papá, ahora llego a la casa, y ya tengo otras cosas, que tengo mejor calidad de vida y hay menos problemas fuera de esto” (E5)

“Las emociones buenas es algo que me afectan más para ponerme más contento y las emociones malas pues no dejó que me afecten tanto” (E5)

Ejercicio de la profesión

“Eso lo hemos adquirido, lo va adquiriendo uno en el día a día, porque no es lo mismo que te den una clase que te dicen una cosa, ya, a que tengas una experiencia propia con tus pacientes” (E6)

“esas emociones son fuertes porque yo las manejo en el sentido en que trato de desconectarme cuando salgo de la acá de la clínica” (E7)

Malas noticias

“Yo estoy entrenada para dar malas noticias, yo puedo darlas, pero yo también necesito un tiempo para digerirlo como cualquier ser humano entonces” (E1)

“Por eso se llaman catastróficas, porque desmoronan el núcleo familiar, demoran el paciente, también la salud del paciente” (E2)

“Yo le muestro, yo le muestro las imágenes al paciente, los pacientes les gusta verlas me entidades, para poder entender” (E3)

“Intento no sé, intento darle alguna herramienta o algún tipo de consuelo o algún tipo de no sé.” (E5)

“hay pacientes que usted le dice usted tiene un cáncer y ellas no quieren aceptar eso (...) entonces son personas que presentan una negación” (E6)

“es difícil cuando tengo un paciente que tiene un tumor y el paciente ya está lleno de metástasis en todas partes, es difícil esa mala noticia, y siempre se busca la manera de informarla” (E7)

Empatía

“De hecho, yo siempre le digo a las personas cuando aconsejo que vayan a hacer proceso de perdón con psicólogo; le digo, en la primera consulta lo que usted tiene que averiguar es en quién cree que puede confiar” (E3)

“hay que tener sensibilidad, intuición para llegar a estas personas, y cada día, creo que tengo más humildad, más persuasión hacia las personas que están padeciendo y siento el sufrimiento y en la mayoría de los casos igual que ellos” (E4)

“tengo que ser más sensible, tengo que tocar más mis fibras internas para decirle a esta persona, hombre, con cariño, usted tiene esto, y esto; he aprendido mucho” (E4)

“hubo un paciente que me abrazo y me dijo que sería su milagro, que él iba a ser mi milagro, son momentos que se llevan pedazos de ti” (E5)

“yo en ese momento soy su apoyo, yo soy esa persona que la va a aconsejar, yo soy ese pilar en el que ella se va a apoyar para salir adelante de esa frustración o de esa enfermedad que ella tiene” (E6)

“claro, yo me involucro, ¿en qué sentido? Yo no pierdo mi esencia, pero si, por ejemplo, cuando una paciente, este, tiene un resultado satisfactorio de su tratamiento pues, yo me siento alegre, yo soy la persona que me gozo con la paciente” (E6)

Afectación

“uno a veces muy triste porque a veces uno tiene gran confianza con sus pacientes” (E2)

“o sea, pero ojo, no es que yo no sea una persona sensible no sino que yo veo que el paciente tiene eso” (E3)

“Hombre, yo vivo con una frustración tremenda, porque yo lo que quiero es brindar salud, bienestar a la persona que viene buscando ese alivio y cura de su enfermedad” (E4)

“me afectan porque en muchas situaciones o en muchos diagnósticos cuando estamos hablando de cáncer en la cual es poco lo que se le puede ofrecer cuando el paciente llega en una fase terminal,” (E4)

Ejercicio de la profesión

“Mal en que de pronto el tratamiento no surgió el resultado que esperábamos, una paciente, a veces cuando fallece el paciente, son pacientes que usted quiera o no en varios años usted se involucra porque son pacientes que están yendo al consultorio constantemente” (E5)

“pacientes que a veces el tratamiento que teníamos una expectativa de que las quimioterapias iban a funcionar exitosamente, y la paciente tuvo efectos colaterales a la quimioterapia, y no sobrevivió” (E5)

“si yo creo que, si me afecta, sería indolente si dijera que no, alguno de los pacientes que tú ves en el día se te queda y su tratamiento y lo que le puede pasar” (E7)

Fuente: Datos de recolección propia.

Ejercicio de la profesión

La profesión se ejerce de maneras diversas, y es el ejercicio mismo el que va configurando el significado del trabajo en oncología. La acumulación de experiencias en el trabajo oncológico enseña y cuestiona la estructura de valores y el sentido del oficio en oncología. Es así como este núcleo se compone de significados puntuales en estos cuatro elementos.

Satisfacción

Las experiencias de los participantes respecto al ejercicio de su profesión son en general satisfactorias, están signadas por los actos de servir, apoyar, tratar, ayudar, contribuir en el proceso de salud-enfermedad-tratamiento de los pacientes oncológicos. La satisfacción está dirigida por esa relación médico-paciente y por los resultados que el acompañamiento profesional tiene sobre el cáncer. El bienestar de los pacientes es utilizado como indicador de satisfacción de su ejercicio profesional.

Dedicación

La dedicación está relacionada con el ejercicio de la profesión en la medida que implica actitudes y prácticas de cuidado con los pacientes; están dirigidas al fortalecimiento de la relación médico-paciente en donde la empatía, la escucha, la humildad y el empeño son formas de demostrar el compromiso de los profesionales con el ejercicio de su profesión. Señala que la atención en oncología, los participantes la significan con valores positivos en la relación social con todos los actos que aportan a la comunicación y confianza de los pacientes, y por supuesto, a la mejoría de su padecimiento.

Burocracia

Los trámites administrativos hacen parte del ejercicio profesional en el marco del sistema de salud e imprime sobre el oficio de los participantes la necesidad de sortear los requisitos burocráticos. Para los participantes la burocracia es perversa, limitada, difícil, compleja, demorada; está asociada con emociones y pensamientos negativos como la frustración sobre el ideal de la atención a los pacientes y sobre el desenlace de la enfermedad. En las experiencias, la burocracia se interpone al ejercicio médico, al tratamiento de los pacientes, y al manejo adecuado del cáncer. La burocracia afecta de manera negativa el diagnóstico, tratamiento y cura para los pacientes, y es un perturbador del oficio oncológico.

Deshumanización

La deshumanización aparece sobre el ejercicio profesional en dos vías, y con efectos negativos; la primera, respecto a la relación laboral de los profesionales en el sistema de salud, que suele ser precaria e inestable, haciendo que el vínculo laboral sea frágil y en muchos sentidos, desfavorable para la profesión. Esto también se refleja en la pérdida del prestigio social del profesional en general. La segunda, relacionada con actitudes de mediocridad y desidia por parte de algunos

profesionales de la salud, que se complementan con la transacción comercial que enmarca la atención en salud y que, por ende, deshumaniza al paciente, sus emociones y sus necesidades.

Universo emocional

El universo emocional de los oncólogos que participaron de las entrevistas es variado, pues está constituido sobre sus trayectorias personales, historias de vida, vínculos laborales, y sobre las creencias y prácticas que configuran sus subjetividades. Sin embargo, respecto al oficio mismo de la oncología, los participantes suelen tener experiencias similares en la relación con los pacientes.

Afrontamiento

Las entrevistas suelen diferenciarse en relación con la formación médica y el manejo de emociones, se reconoce en algunos casos que la formación permite una inmersión en el manejo de emociones y en otros casos, la nulidad de esta.

Cuando la institución ha construido un equipo multidisciplinario para brindar los servicios de oncología a los pacientes, incluye la guía de un profesional de psicología. Dicho trabajo en equipo impacta de manera positiva en las emociones y en la salud mental del oncólogo, pues “comparte” la responsabilidad de acompañamiento emocional y psicológico de sus pacientes. Advierten un constante control de sus emociones ante sus pacientes y sus familiares, al igual que en su vida privada, con el objetivo de mantener la estabilidad de su oficio; según las entrevistas suelen adaptarse con prontitud a través de la experiencia y elaborar por sí mismos mecanismos de afrontamiento de las emociones, esto de manera individual y bajo distintas perspectivas, desde terapias psicológicas, creencias religiosas, aprovechamiento del tiempo libre y disfrute de la familia y amigos.

Malas noticias

El dar malas noticias constituye el eje del universo emocional de los oncólogos, pues en estos escenarios los profesionales interactúan de forma directa con las emociones de los pacientes y de sus familias, es allí el lugar en el que su formación y su estado emocional se desenvuelven. Es el momento por antonomasia para acompañar las reacciones de las personas que padecen cáncer y de sus cuidadores o redes de apoyo, en tanto que pueden ser inesperadas o difíciles. Las malas noticias también constituyen la vulnerabilidad de la relación médico-paciente, en tanto que le muestran al profesional de la salud el avance de la enfermedad y las posibilidades de tratamiento, con el riesgo de enfrentar una pérdida. Y, además, golpean al paciente y a su núcleo, lo que tiene repercusiones en la comunicación y en el proceso de enfermedad-tratamiento.

Empatía

Las experiencias emocionales de los médicos oncólogos se caracterizan por la empatía con los pacientes y el autocuidado de su propia salud mental y sus estados emocionales, aunque en la mayoría de las entrevistas, los médicos expresaron que las emociones de sus pacientes los afectan, suelen indicar también, que lo hacen en un grado manejable, que está guiado por su propósito de acompañar al paciente en su tratamiento, y de brindar algún tipo de apoyo social en la interacción médico-paciente. La empatía es una emoción que los oncólogos van desarrollando junto a su profesión, y está ligada a las experiencias de atención de los pacientes y al manejo adecuado que van adaptando según sea el proceso particular de las personas que padecen cáncer.

Afectación

Resulta constitutiva del universo emocional de los profesionales la afectación que tienen por el proceso de la enfermedad en sus pacientes y el efecto que el cáncer y el tratamiento tiene sobre la salud y el bienestar de estos. Aunque las experiencias se centraron en la sensibilidad necesaria para construir relaciones de confianza y empatía con sus pacientes, la afectación aparece como

un elemento privado, que en algunos casos se oculta en la interacción y que evidencia el vínculo emocional que tienen los profesionales en su quehacer. Se experimenta como cierta tensión, como indicador de humanización y sensibilidad ante las situaciones trágicas que trae el cáncer, aunque se revela también en la recuperación y en el éxito del tratamiento que afecta positivamente al médico en su oficio y en su vida emocional.

4. Discusión

Respecto al estrés de los profesionales que participaron de este estudio, tanto el test de Nowak como las entrevistas señalan que los oncólogos lo mantienen en rangos manejables a través de diferentes estrategias. El estrés es una condición permanente en su oficio, pero aparece en contrapartida a la satisfacción que la dinámica laboral deja en sus vidas, como realización personal y dentro de sus convicciones de servicio. De manera complementaria, la división entre la vida personal y profesional, la imposición de límites dentro de estas dos esferas funciona como protector ante el estrés crónico, de allí que los rangos de actividad física, alimentación y descanso, se destaque, aunque haya necesidad de fortalecer y mejorar en algunos casos⁽¹⁸⁾.

En coherencia con otros estudios, los médicos oncólogos se enfrentan a escenarios estresantes debido a las dinámicas de la enfermedad que tratan; establecer el diagnóstico, hacer el seguimiento y convenir el tratamiento idóneo de los pacientes que padecen cáncer, suelen ser procesos con algún grado de tensión. En ocasiones, debido a la agresividad de la enfermedad, el diagnóstico tardío, la aparición de metástasis y los desenlaces fatales estos profesionales deben notificar “malas noticias” a pacientes y familiares, lo cual podría suponer una carga emocional intensa, sin mencionar el duelo, sentimiento de fracaso y/o culpa cuando no se consigue superar la condición patológica⁽¹⁹⁾. En nuestro caso, concomitantemente a este manejo emocional, la sobrecarga laboral, los trámites burocráticos, el volumen creciente de consultas y la limitación del tiempo, no sólo afectan la relación médico-paciente y la expectativa de quienes padecen cáncer, sino que también resultan en factores estresantes que, a largo plazo, tienen la posibilidad de deteriorar la salud física y mental del profesional⁽²⁰⁾.

El número de oncólogos en Colombia es insuficiente para la alta demanda existente, llegando incluso a recargas laborales, trabajo en horario extendido y/o recorte del tiempo asignado para el ocio y el esparcimiento del profesional⁽²¹⁾. Esto último coincide con los resultados de las entrevistas, en dónde algunos oncólogos señalan la falta de personal o de garantías laborales en algunos escenarios, aunque no sean los propios, al igual que la carga de atención por consultas que en algunos casos, exigen las EPS (Entidad Promotora de Salud) en detrimento del seguimiento de la relación entre el médico y su paciente. En Colombia el sistema de salud se encuentra regido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) creado por la ley 100 de 1993 y regulada por la Ley Estatutaria de Salud; bajo ese sistema existen barreras en el acceso a los servicios médicos relacionadas con la oportunidad de las consultas, la falta de oferta de servicios de mediana y alta complejidad en muchos municipios, lo que junto a la situación económica de los pacientes retrasa el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer⁽²²⁾.

Los médicos oncólogos comprenden la naturaleza de la enfermedad que tratan, estando relacionados de manera directa con la muerte. En contraste con otra investigación, el manejo de la muerte en los oncólogos que participaron de este estudio hace parte de un proceso médico y social que se relaciona con la enfermedad; esto no implica que el tratamiento del cáncer se haga en base al fallecimiento del paciente, sino que implica esa posibilidad en algunos casos. Es por esto, que la comunicación honesta y clara con sus pacientes es una forma básica de manejar el tema de la muerte, siempre desde la evidencia clínica y la confianza en los esfuerzos médicos.

Aunque emocionalmente representa un tema delicado, los participantes manejan la muerte de una forma tranquila, para dar confianza en sus pacientes⁽²³⁾. Los participantes de nuestra investigación se diferencian en tener un afrontamiento a la muerte mucho más claro y tranquilo, y consideran que su formación en algunos casos les dio bases para manejar y afrontar ese tipo de situación. El trabajo multidisciplinar en la unidad de oncología en Valledupar funciona como un sistema de apoyo para tratar este tipo de situaciones. Nuestros resultados coinciden con

otras investigaciones en el manejo individual de la muerte del paciente, la ausencia de espacios colectivos y de capacitación en ese sentido desde las instituciones, favorecen la individualidad del duelo en los profesionales de la salud, muy diferente a los esfuerzos de acompañamiento disponibles en estos casos para pacientes y familiares⁽²⁴⁾.

Los niveles de estrés reportados en esta investigación demuestran que los oncólogos están expuestos a escenarios de estrés, y que en su mayoría reconocen ese tipo de situaciones y han sido capaces de enfrentar y realizar un manejo adecuado de la situación; tal y se mostró en los resultados, las respuestas suelen estar divididas en porcentajes no concluyentes. La investigación en este campo señala que es importante intervenir desde las instituciones estos síntomas medianos de estrés, con formación en afrontamiento a la muerte de un paciente, técnicas de manejo de estrés, entre otras⁽²⁵⁾.

En contraste con otro estudio que determinó el uso de sustancias psicoactivas por parte de los profesionales, y un marcador de estrés elevado, en nuestros participantes, no aparece el consumo de sustancias psicoactivas en un rango alarmante, y los niveles de estrés percibido suele ser reducido; como lo hemos señalado, se expresan demandas en la entrega de su trabajo, frustración frente a los procesos administrativos, y en algunos casos, agotamiento por la dinámica de atención de las EPS^(26,27).

Un porcentaje importante de nuestros participantes expresó formas de cuidado y atención en su bienestar psicológico, esto coincide con la evidencia que determina que la autoconsciencia a través de un proceso reflexivo que reconecta al profesional con aspectos de su trabajo y la vida personal que consideran significativa, sea individual o colectiva, reduce significativamente el agotamiento emocional. Esto implica que la institución ofrezca ese tipo de espacios de una manera más directa, situación que no se produce de manera programática en nuestros participantes. La ética de los profesionales, según las entrevistas, tiene un rol importante en su protección emocional, así como su vocación de servicio^(28,29).

El estrés emocional es cada vez más común y podría afectar a un tercio de los médicos oncólogos, requiriendo incrementar el número de estrategias individuales para abordarlo, incluyendo técnicas y capacitación para el manejo del estrés, capacitación en autocuidado, atención plena y habilidades comunicativas, no solo en profesionales con posgrado, también, en estudiantes de medicina a nivel de pregrado^(30,31). Aunque en nuestros participantes, la escala de estrés, por lo general es manejable, si advierte el riesgo, señalando, junto a las entrevistas que, de persistir ciertas condiciones estresantes propias del funcionamiento del sistema de salud, en compañía de condiciones particulares que afecten la estabilidad emocional o las redes de apoyo, es posible tener efectos adversos sobre la salud y las emociones. Los participantes intentan mantener una distribución equilibrada de las cargas laborales y sus habilidades para manejar el estrés, pero también han señalado la necesidad de participación en la construcción de soluciones adecuadas que mitiguen el estrés en el contexto institucional⁽³²⁻³³⁾.

5. Conclusiones

La aplicación del test de Nowak permitió conocer los grados de estrés de estos profesionales, y plantearse reflexiones iniciales sobre sus condiciones; advertir este tipo de situaciones, es una forma de prevenir algunos desenlaces sobre la salud de los implicados y la optimización de la relación médico-pacientes.

El estrés emocional y el desgaste ocupacional constituyen síntomas comunes en el ejercicio profesional de los médicos oncólogos, aunque los participantes no evidencian crisis, los factores de riesgo siguen siendo determinantes y latentes en su cotidianidad. Revisar el papel de los médicos en la atención de los pacientes y la importancia de los escenarios y del tiempo, es necesario, si se pretende mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del profesional de la salud; el sistema de atención tal y lo conciben las EPS está diseñado para que la dedicación y el volumen del trabajo, desencadenen escenarios de estrés y agotamiento emocional, esto implica ajustar también los procesos administrativos que acompañan el quehacer médico y el tratamiento de los pacientes.

Las herramientas subjetivas y el incremento de espacios de conocimiento y debate sobre el estrés emocional y el desgaste ocupacional han tenido efecto sobre el manejo de situaciones estresantes en los médicos oncólogos que participaron en esta investigación. Si bien, hay vacíos importantes tanto en el funcionamiento del sistema de salud, como en los programas o estrategias institucionales para el afrontamiento de escenarios difíciles; los médicos oncólogos actualmente cuentan con información y experiencias que les permite manejar de manera por ahora satisfactoria episodios de estrés, frustración o agotamiento laboral.

Recomendaciones

Realizar intervenciones psicosociales en individuos a riesgo, mejorar el autocuidado, el uso adecuado del tiempo libre y la convivencia con los seres queridos son acciones vitales en la prevención y mitigación de las consecuencias del estrés emocional y/o ocupacional. A futuro, se recomienda diseñar planes de formación y acompañamiento a la salud mental del personal en oncología, potenciar dichas herramientas en la formación médica y de especialistas, así como realizar intervenciones en poblaciones específicas, instituciones de salud, públicas y privadas, relacionadas con la atención de pacientes oncológicos y medir el impacto en la esfera individual y colectiva parece ser el siguiente paso; se espera que las próximas investigaciones promuevan el cambio de paradigma entendiendo al médico oncólogo como una persona vulnerable desde el punto de vista psicosocial que requiere atención y cuidado sujeto de atención y cuidado.

A futuro, se espera que la magnitud de este problema en salud permita desarrollar programas o recursos de bienestar para estudiantes, docentes y profesionales en el ejercicio de la oncología, esfuerzos locales y generales para esta y otras profesiones de la salud que requieren más atención.

6. Referencias bibliográficas

1. Labrador FJ, Bara E. La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*. 2004;1:51-66. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110051A>
2. Ramírez-Perdomo CA, Rodríguez-Velez ME, Perdomo-Romero AY. Incertidumbre frente al diagnóstico de cáncer. *Texto Contexto Enferm* 2018;27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71465344021>
3. Juárez RM, Río-Valle JS, Caro MG, García PG, Casado J, Quintana FC. Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Med Paliativa* 2010;17:24-30. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.10.009>
4. García-Caro MP, Cruz-Quintana F, Río-Valle JS, Muñoz-Vinuesa A, Montoya-Juárez R, Prados-Peña D, et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *Int J Clin Health Psychol* 2010;10(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712017004>
5. Baque Hidalgo JE, Vallejo Martínez M. La comunicación en la relación médico-paciente-familia en cuidados paliativos. *Oncología (Ecuador)* 2019;29:199-209. <https://doi.org/10.33821/449>
6. Ruiz Doria SC, Valencia Jiménez NN, Ortega Montes JE. Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. *An Psicol* 2020;36:46-55. <https://doi.org/10.6018/analesps.351701>
7. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GM, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. *Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries*. *Esc Anna Nery* 2018;22. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017>
8. Ascencio-Huertas L, Rangel-Domínguez NE, Pérez SA. Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del Instituto Nacional de Cancerología. *Psicooncología* 2013;10:393. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43457
9. Mazer BL, Cameron RA, DeLuca JM, Mohile SG, Epstein RM. "Speaking-for" and "speaking-as": Pseudo-surrogacy in physician-patient-companion medical encounters about advanced cancer. *Patient Educ Couns* 2014;96:36-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.001>

10. Hernández-Zubieta P, Meneses-Báez AL, Cala-Mejía MF, Basabe-Cruz B, Pureza-Perdomo C. El quehacer de los psicólogos en unidades de oncología en centros hospitalarios de Bogotá. *Cuad Hispanoam Psicol* 2017;17:71-83. <https://doi.org/10.18270/chps.v17i2.2425>
11. Visser LN, Schepers S, Tollenaar MS, de Haes HC, Smets EM. Patients' and oncologists' views on how oncologists may best address patients' emotions during consultations: An interview study. *Patient Educ Couns* 2018;101:1223-31. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.02.012>
12. Hannon B, et al. Early palliative care and its role in oncology: A qualitative study. *Oncologist* 2016;21:1387-95. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0176>
13. Alexander SC, et al. How do non-physician clinicians respond to advanced cancer patients' negative expressions of emotions? *Support Care Cancer* 2011;19:155-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0996-5>
14. Teques AP, et al. The importance of emotional intelligence and meaning in life in psycho-oncology. *Psychooncology* 2016;25:324-31. <https://doi.org/10.1002/pon.3921>
15. Portillo JG, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en parte del personal asistencial de una clínica oncológica de la ciudad de Armenia (Quindío, Colombia). *Arch Med (Col)*. 2018;18:97-104. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.2156.2018>
16. Shosha GA. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *Eur Sci J* 2012;8:31-43. Disponible en: <https://test.eujournal.org/index.php/esj/article/view/588>
17. Nowack KM. *Perfil de Estrés*. México: El Manual Moderno; 2002.
18. Córdoba-Rojas DN, et al. Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saude Soc* 2021;30. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>
19. García MDCH. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología* 2017;14:53-70. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>
20. Montero JCG. Estrés laboral en profesionales de la salud que brindan atención a pacientes oncológicos. *LATAM Rev Latam Cienc Soc Hum* 2023;4:4590-8. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.921>
21. Grisales Romero H, et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enferm Glob* 2016;15:244-57. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.212851>
22. Orpinela-Lizárraga GE. Denied cure. *Rev Hematol* 2016;16:338-40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2015/re154k.pdf>
23. Marchán-Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *Nure Inv* 2016;13(82). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789>
24. Sant'ana JLG, Maldonado MU, Gontijo LA. Dinámica de generación y disipación del estrés en el equipo de enfermería en un centro de oncología. *Rev Lat Am Enferm* 2019;27. [http://doi.org/10.1590/1518-8345.2874.3156](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2874.3156)
25. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 2019;274:383-90. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.075>
26. Gallegos WLA, Valdivia JZ. Clima organizacional, síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de un hospital oncológico de Arequipa. *Rev Psicol Trujillo* 2013;15:37-54. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/459>
27. Misiolek-Marín A, Soto-Rubio A, Misiolek H, Gil-Monte PR. Influence of Burnout and Feelings of Guilt on Depression and Health in Anesthesiologists. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:9267. <http://doi.org/10.3390/ijerph17249267>
28. Hunt P, Denieffe S, Gooney M. Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *Eur J Cancer Care*. 2019;28(5):e13124. <http://doi.org/10.1111/ecc.13124>
29. Gajra A, Gajra A, Bapat B, Jeune-Smith Y, Nabhan C, Klink AJ, et al. Frequency and causes of burnout in US community oncologists in the era of electronic health records. *JCO Oncol Pract* 2020;16:e357-65. <http://doi.org/10.1200/JOP19.00542>

30. Russo A, et al. Well-being among Italian medical oncologists: An exploratory study. *Oncology* 2014;86:72-8. <http://doi.org/10.1159/000354642>
31. Crowe C. Burnout and self-care considerations for oncology professionals. *J Pain Manag*. 2015;8:191-5. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1770055494?pq-orig>
32. Chacón-Roger M, Grau-Abalo JA. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicol Salud* 2004;14:67-78. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/867>
33. Ma S, Huang Y, Yang Y, Ma Y, Zhou T, Zhao H, et al. Prevalence of burnout and career satisfaction among oncologists in China: a national survey. *Oncologist* 2019;24:e480-9. <http://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0249>