

Rev. Soc. Esp. Dolor
6: 302-311, 1999

Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales

P. Arranz*, J. Torres**, H. Cancio*** y F. Hernández****

Arranz P, Torres J, Cancio H, Hernández F. Risk and preventive factors in the equipment used for the management of terminal patients. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6: 302-311.

SUMMARY

Health care professional dealing with palliative care are faced with a variety of personal and occupational stressors, such as: constant contact with suffering, bereavement and death. They can be overwhelmed by these many demands and develop emotional disorders. A review of the research in the area of staff stress and burnout in palliative care, has shown to be less in palliative professionals than in many other settings. The main goal of this paper is to determine: a) the risk factors that can influence the development of burnout syndrome; b) the protection factors that can facilitate the competence to cope with the stress situations; and c) to suggest specific strategies for preventing and handling burnout. To reach maximum competence level at minimum emotional cost in providing care to dying patients, the intervention suggested is focus in: the early recognition of the potential stress inherent in this field; specific training in counselling and effective communication skills; the development of appropriate personal and organizational coping strategies, including a team approach that allow sharing difficult tasks. The recognition, support and consolidation by Institutions of palliative care programs are crucial. © 1999 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.A.

*Psicólogo Adjunto Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Psicólogo Residente Hospital Clínico de Alicante

***Psicólogo Investigador. Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

****Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Recibido: 17-XI-98.

Aceptado: 17-II-99.

Key words: Burnout. Oping stress. Counselling. Health care professionals. Palliative care. Team.

RESUMEN

Los profesionales dedicados a Cuidados Paliativos, tienen que hacer frente en su trabajo a multitud de estímulos potencialmente estresantes. En principio, les hace especialmente vulnerables a determinados trastornos psicológicos, entre ellos el más destacado es el estrés laboral asistencial o *burnout*. Sin embargo, en una revisión de la literatura, la realidad muestra que los profesionales dedicados al cuidado de enfermos en situación terminal mantienen los mismos, o incluso menores, niveles de ansiedad y depresión que otros profesionales. El objetivo de este trabajo se centra en determinar: a) los factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo del síndrome de *burnout*; b) los factores de protección que faciliten el desarrollo de la competencia para afrontar el estrés inherente a un trabajo en el que el sufrimiento y la muerte están siempre presentes; para, finalmente, c) exponer medidas y estrategias de prevención y manejo del estrés laboral asistencial. La formación en "counselling", el trabajo en equipo, y una buena organización son estrategias fundamentales para maximizar el nivel de competencia al menor costo emocional posible. Estas incluyen, el reconocimiento precoz de los posibles estresores, el entrenamiento de habilidades en comunicación, la capacitación para resolver problemas, el desarrollo de habilidades de autocontrol, la monitorización continuada del equipo, la coparticipación en la toma de decisiones delicadas en la tarea de acompañar, calmar y aliviar a los enfermos en situación terminal y a sus familias. Es fundamental que las Instituciones reconozcan, apoyen y consoliden los programas de cuidados paliativos. © 1999 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.A.

Palabras clave: Afrontamiento estrés. Counselling. Cuidados paliativos. Equipo. Estrés laboral asistencial. Profesionales sanitarios.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EL ESTRÉS LABORAL ASISTENCIAL O *BURNOUT*
3. CONSECUENCIAS
 - 3.1. Consecuencias para el individuo
 - 3.2. Consecuencias para la organización
 - 3.3. Consecuencias en las relaciones
4. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN CUIDADOS PALIATIVOS
5. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN QUE CONDICIONAN EL DESARROLLO O LA PREVENCIÓN DEL *BURNOUT*
 - 5.1. Factores de riesgo
 - 5.2. Factores de resistencia o de protección (Recursos)
6. ESTRATEGIAS REDUCTORAS DE *BURNOUT*

"Si se pudiera proteger a los acantilados de las tormentas, nunca podría admirarse la belleza de sus quebrantos"

E. Kübler-Ross

1. INTRODUCCIÓN

El tema del estrés laboral asistencial es de creciente interés por su elevada incidencia en el ámbito sanitario y por sus implicaciones en la calidad de asistencia, en la vida personal y familiar del profesional y/o en el funcionamiento de la organización. Muchas de las fuentes de estrés a las que los profesionales están expuestos son comunes a las diversas especialidades médicas en las que la incertidumbre, lo imprevisible e incontrolable predominan. En Medicina Paliativa numerosos estresores están presentes y los equipos se ven obligados a interaccionar diariamente con ellos: el contacto constante con el sufrimiento y con la muerte (1); las características de los síntomas físicos; la intensidad emocional de la situación (2); las tomas de decisiones delicadas y la confrontación con dilemas éticos, son ejemplo de ello. El deterioro y la muerte de pacientes jóvenes, o de aquellos enfermos con los que se ha mantenido un vínculo especial, pueden resultar particularmente estresantes (3).

Los profesionales han de afrontar las propias limitaciones personales y profesionales y plantearse la propia concepción de la muerte, insertados en una cultura que vive de espaldas a ella, y la subcultura que existe en la red sanitaria, no es una excepción. La muerte, aún siendo consecuencia natural de la vida, sigue percibiéndose por algunos como un fracaso. Y se silencian sus miedos a la propia muerte y a sus sentimientos de impotencia, dolor y pérdida (4). Trabajar con el enfermo en situación terminal suele generar al profesional una confrontación entre su capacidad para curar - para la que están técnicamente preparados - y la dificultad que tienen para cuidar, ayudar y apoyar al paciente por no haber sido entrenados para ello. Otras fuentes de estrés las constituyen la comunicación frecuente de malas noticias, las presiones familiares para administrar o suspender tratamientos, el comunicar o no el pronóstico al paciente, la defensa de la autonomía del paciente frente a los familiares (5), la discrepancia de criterios entre los miembros del equipo y las distintas situaciones conflictivas que se pueden presentar día a día.

Todo ello supone un trabajo personal y profesional constante en la búsqueda del equilibrio entre las demandas, a las que se encuentran sometidos, y los recursos, tanto internos como externos, que se posean para hacerlas frente. Cuando la percepción que se tiene de los recursos no son suficientes para atender las demandas y aparecen sentimientos de impotencia, se produce un desequilibrio, y se genera sufrimiento en el profesional que puede desembocar en el síndrome de estrés laboral asistencial (*burnout*) (6). Si este balance negativo entre las demandas -percibidas como amenazas - y los recursos persiste en el tiempo, llega a socavar las energías del profesional, y se corre el riesgo de que la asistencia al enfermo y a la familia se torne en apatía, la implicación con el enfermo en distanciamiento y donde la autoestima y el sentido de competencia se vean minados (4). Ello cobra gran relevancia en los cuidados paliativos ya que uno de los aspectos esenciales del trabajo asistencial de los profesionales es atender las necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes y sus familias (7). Pueden sentirse desbordados y corren el riesgo de presentar alteraciones psicológicas, como trastornos de ansiedad, depresión y reacciones psicósomáticas.

Por tanto, los profesionales con niveles altos de estrés mantenido no sólo se ven personalmente afectados, sino que también se ve afectada su capacidad asistencial (8), con menoscabo en la calidad de gestión. Se ha puesto de manifiesto que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que

conlleva, tiene repercusiones en la calidad del cuidado a enfermos terminales, en la organización y, por tratarse de una labor asistencial, en la sociedad en general (9).

De ello se deriva la relevancia que ha tenido en las últimas décadas el análisis de los principales problemas físicos y psicológicos que padece esta población, los factores personales, laborales e institucionales que contribuyen a ellos, así como el modo de prevenirlos o tratarlos.

En estudios epidemiológicos se observa que dentro de los problemas psicológicos, los que se encuentran con mayor frecuencia entre el personal sanitario en general, son los relacionados con el estrés; en ellos, el estrés laboral asistencial *-burnout-* parece un factor clave (7). Se expondrá a continuación el concepto de estrés laboral asistencial (*burnout*) y los principales factores que modulan su aparición. Posteriormente se analizarán las principales consecuencias personales y organizacionales de este síndrome, con el fin de potenciar los medios para su prevención y afrontamiento.

2. EL ESTRÉS LABORAL ASISTENCIAL O *BURNOUT*

El término de *burnout* puede definirse como la sensación de malestar producido por un sobreesfuerzo relacionado con el trabajo, que se manifiesta a través de una falta de motivación importante y una disminución en la calidad y cantidad de la eficiencia. En 1974, Freudenberg introduce este término por primera vez, siendo descrito, posteriormente, por Maslach en 1977 y redefinido en 1981, como una respuesta psicofísica caracterizada por tres dimensiones: a) agotamiento emocional; b) despersonalización o distanciamiento de los pacientes; y c) falta de realización personal en el trabajo (10). Se trata de un síndrome que se produce en el contexto de una relación de ayuda (11).

Gil-Monte y Peiró (12) recogen una explicación de cada uno de los componentes del *burnout*: a) por agotamiento emocional se entiende la situación en que los trabajadores sienten que no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo; es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales, de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de su trabajo; b) la despersonalización se concibe como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia los destinatarios del trabajo; estas personas son vistas por los pro-

fesionales de forma deshumanizada, debido al endurecimiento afectivo, lo que lleva a que les culpen de sus problemas; y c) la falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de estos profesionales a evaluarse negativamente y, de forma especial, esa evaluación negativa afecta a su habilidad en realizar el trabajo y a la relación con las personas a las que atienden, sintiéndose insatisfechos consigo mismos y con sus resultados laborales. Así, en términos operativos, podemos decir que una persona padece *burnout* cuando muestra alto nivel de agotamiento emocional, alto nivel de despersonalización y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Una de sus características es el desarrollo progresivo del síndrome por lo que, en ocasiones, el propio sujeto no es consciente de padecerlo, y son más bien las personas de su entorno las que perciben que algo *no marcha bien* (13).

3. CONSECUENCIAS

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas cognitivas, fisiológicas y comportamentales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas son mediadoras en la relación estresor-salud, teniendo un papel importante en las consecuencias a largo plazo del estrés (12).

3.1. Consecuencias para el individuo

Los principales síntomas que se observan en la literatura con evidencia de correlaciones con *burnout* son las siguientes (12,14, 15):

a) *Índices cognitivos*. Se manifiestan en pensamientos irracionales recurrentes, como sobregeneralizaciones, minimizaciones y sobreimplicación; en que se perciben desbordados por los problemas y aparecen sentimientos de indefensión, de soledad, de impotencia o de omnipotencia con incapacidad para concentrarse.

b) *Índices fisiológicos*. Se manifiestan en sensaciones puntuales de ansiedad acompañados de diversos síntomas fisiológicos como: dolor precordial y palpitations; hipertensión; crisis asmáticas; aparición de alergias; dolores cervicales, de espalda o de cabeza; fatiga y cansancio; úlcera gastroduodenal, diarrea; insomnio, etc.

c) *Índices conductuales*. Entre los más frecuentes se encuentran: No expresividad emocional -no se habla de preocupaciones, no se discuten los problemas, sino que se evitan-; expresiones de cinismo; comportamientos de apatía, hostilidad, suspicacia, rigidez y

falta de creatividad. Se muestra, en definitiva, gran resistencia al cambio. Además, puede aparecer una disminución en la satisfacción, en la implicación y en la motivación en actividades laborales y extralaborales.

Sentimientos de soledad, de impotencia o de omnipotencia; ansiedad manifestada en irritabilidad; incapacidad para concentrarse; percepción de baja autoestima. Los comportamientos suelen ser agresivos y/o con tendencia al aislamiento; se producen cambios bruscos de humor y aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol, ansiolíticos u otros fármacos.

3.2. Consecuencias para la organización

Desde la organización se observan también consecuencias que afectan a la calidad asistencial ofrecida. Se destacan las siguientes: menor satisfacción laboral, alto absentismo laboral, propensión al abandono del puesto y/o de la organización, baja implicación laboral (menor esfuerzo e interés profesional), bajo interés por las actividades laborales, aumento de los conflictos interpersonales (con superiores, compañeros y usuarios), aumento de la rotación laboral no deseada, aumento de accidentes laborales.

3.3. Consecuencias en las relaciones

Maslach (10), señala que las consecuencias del *burnout* no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, afectando fuertemente a la familia y amigos. Estos tienen que aprender a tolerar su irritabilidad y los constantes conflictos. Se deterioran las relaciones por la necesidad de aislamiento y la evitación de hablar de los problemas, y se producen barreras en la relación. Hay endurecimiento emocional a consecuencia de la despersonalización. También puede ocurrir que el profesional se vuelque completamente en el trabajo desplazando las relaciones familiares a un segundo plano.

4. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Una de las mayores fuentes de estrés, expresadas por profesionales de la salud, es el cuidado de enfermos terminales (16). Es lo que se teme, especialmente por aquellos profesionales que no están familiarizados con la filosofía de los cuidados paliativos. Y en los comienzos de la instauración de los *hospices*,

efectivamente, se identificaron ideas de suicidio, elevado consumo de alcohol y otras drogas, importantes niveles de ansiedad y depresión, así como dificultades en el manejo de la muerte y los moribundos entre el personal sanitario (17).

Sin embargo, diversos estudios han revisado niveles de morbilidad psicológica y de *burnout* entre profesionales dedicados a medicina paliativa en diversos ámbitos: unidades de hospitales de agudos y hospices, llegando a distintos resultados. Los profesionales que se dedican a cuidados paliativos presentan niveles de ansiedad y depresión similares, y/o menores niveles de *burnout*, que profesionales dedicados a otras especialidades (17). En un estudio llevado a cabo por Graham y cols. (3) en Inglaterra, sobre 1.008 médicos, de los cuales 126 eran paliativistas y 882 se dedicaban a diversas especialidades, se mostró que los médicos dedicados a paliativos presentaban menores niveles de *burnout* y similares niveles de morbilidad psicológica que otros médicos de diversas especialidades (1). En estudios comparativos con enfermeras, Mallet (18) mostró que enfermeras de Hospice, en USA, presentaron niveles significativamente más bajos de *burnout* que enfermeras dedicadas a cuidados intensivos. Cooper y Mitchel mostraron que las enfermeras de los hospices en Inglaterra presentaban similares niveles de ansiedad que los percibidos por otros servicios del hospital (19). Estos resultados van en la misma línea que los obtenidos por Schröder y col. (8) en nuestro país. Realizaron un estudio con 425 profesionales dedicados a cuidados paliativos, en el que se detectó un alto nivel de estrés sólo en un 10% de la muestra. Múltiples factores pueden explicar estos resultados. Vachon (17) lo atribuye, en gran medida, al reconocimiento precoz de los factores potencialmente estresantes y al desarrollo de estrategias de afrontamiento apropiadas, tanto a nivel personal como organizativo. El soporte social, participar y compartir las tomas de decisiones delicadas y una carga de trabajo soportable pueden contribuir también a ello. Otros estudios parecen demostrar que el mayor peso de las causas de estrés se encuentran más en el propio método de trabajo y no tanto en las características de la situación de enfermedad terminal (2). Otros autores enfatizan la importancia del desarrollo de las propias habilidades de afrontamiento a través de la formación en counselling, entrenamiento en habilidades de comunicación, autocontrol y manejo de situaciones difíciles (3, 20-23).

Con el fin de ayudarnos a entender por qué hay profesionales que, aun trabajando en entornos muy estresantes, como es el del cuidado de enfermos moribundos, no sucumben ante la adversidad y resisten con buen ánimo, manteniendo niveles aceptables de

satisfacción laboral, se presenta un modelo que ayude a discriminar y clarificar las estrategias de prevención y/o intervención en el *burnout*.

5. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN QUE CONDICIONAN EL DESARROLLO O LA PREVENCIÓN DEL *BURNOUT*

El presente modelo está basado en el modelo de competencia de Albee (24), adaptado por Costa y López (25); en el enfoque interaccionista de Lázarus y Folkman (26,27) y en el modelo de intervención en cuidados paliativos propuesto por Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (6). El objetivo se centra en potenciar los recursos de los profesionales, en pos de una gestión de calidad, aumentando con ello el nivel de competencia al menor coste emocional posible (28). Es mucho más eficaz apoyarse en las capacidades (puntos fuertes) que en las dificultades (puntos débiles) de los profesionales. Este modelo se asienta en las creencias de que se tienen capacidades de entrenamiento y aprendizaje; de influir en el entorno y de autorregularse.

Como se viene manteniendo, el síndrome del estrés profesional o *burnout* surge como consecuencia

de un balance negativo entre las amenazas o factores de riesgo, y los recursos o factores de protección. Se entiende por amenazas aquellos factores potencialmente estresantes para el profesional de cuidados paliativos y por recursos aquellos factores o condiciones que hacen al profesional de cuidados paliativos más resistente a los riesgos que comporta su trabajo.

En la medida en que los factores de riesgo y eventos estresantes tiendan a reducirse o se mantengan en niveles suficientes como para ser afrontados con éxito por medio de los recursos o factores de protección, y en la medida en que los factores de protección tiendan a crecer, los resultados probables serán adaptativos (25). Por tanto, la adaptación se verá favorecida en la medida que se promuevan esos factores de resistencia y protección.

Así, en este punto es relevante definir cuales son los factores de riesgo o amenazas a las que el profesional de cuidados paliativos tiene que hacer frente; así como identificar los factores de protección o recursos que le permitan afrontar o paliar el efecto de los primeros. Se ha considerado oportuno categorizarlos en tres tipos: a) factores personales; b) factores relacionados con el tipo de trabajo o con la forma de organización, y c) factores institucionales (Fig. 1).

FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DEL *BURNOUT*

PERSONALES	ORGANIZATIVOS	INSTITUCIONALES
Escasa formación: habilidades comunicación manejo reac. emocionales -propias -pacientes y familiares Percepción fracaso Sobreimplicación/Evitación Problemas familiares	Presencia de la muerte Intensidad emocional Características síntomas Conspiración del silencio Déficits organizativos Método autocrático trabajo No delimitación funciones Soledad toma decisiones	Escasez de recursos Sobrecarga laboral No formación continuada Falta de reconocimiento del trabajo en paliativos

FACTORES DE PROTECCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL *BURNOUT*

PERSONALES	ORGANIZATIVOS	INSTITUCIONALES
Percepción autoeficacia Entrenamiento autocontrol -reestructuración cognitiva -relajación -actividades gratificantes Entrenamiento counselling Soporte social y familiar	Cohesión equipo Objetivos comunes Reconocimiento personal Compartir decisiones Sesiones interdisciplinarias Actividades formación Obj. reales y realizables	Reconocimiento y apoyo Vinculación en la gestión: corresponsabilización Adec. provisión recursos Buenas condic. ambientales Gestión de calidad Formación continuada

Fig. 1.—Factores de riesgo y protección en el desarrollo y prevención del *burnout*.

5.1 Factores de riesgo

Se describen una serie de factores que pueden instaurarse como fuentes de estrés para los profesionales que trabajan en cuidados paliativos.

5.1.1. Factores personales

—Escasa formación en habilidades de intervención en la relación de ayuda y en comunicación asertiva. No es habitual, a pesar de su importancia, la inclusión en los currícula de las Facultades de Medicina o Enfermería del entrenamiento en técnicas de comunicación. El estudiante aprende técnicas muy sofisticadas que, probablemente, nunca utilice y, sin embargo, no aprende a dar una mala noticia a su enfermo, cosa que tendrá que hacer muchas veces a lo largo de su carrera (29).

—Algunos sanitarios son particularmente vulnerables al *burnout* porque se implican excesivamente en su trabajo desde el punto de vista emocional (30) perdiendo eficacia en su trabajo. Otro mecanismo defensivo, cuando no se manejan adecuadamente las propias emociones, es la evitación o el escape. Se tiene la sensación de convertirse en *saco depositario* de las demandas emocionales de los pacientes. Cullen (7), ha identificado una serie de temores que surgen al trabajar en cuidados paliativos:

—Miedo a la propia muerte: por el hecho de trabajar con pacientes terminales, nos enfrentamos constantemente al miedo de nuestra propia muerte, y al margen de como manejemos este miedo, la tensión interna está siempre presente.

—Miedo a causar daño al paciente: se deriva del temor al fracaso, a no actuar adecuadamente.

—Miedo de ser herido: temor a ser objetivo de agresiones físicas o psicológicas. Además puede sentirse rechazado ante las manifestaciones de enfado, crítica e insatisfacción expresadas por el paciente o por la familia.

—Miedo a ser absorbido: idea de que si se implica emocionalmente se verá obligado a satisfacer todas las necesidades del paciente.

De todo ello se deriva la importancia de encontrar un equilibrio emocional y de conocer los mecanismos personales que cada profesional necesita, por su idiosincrasia personal, para afrontar, adaptarse y aliviar las tensiones que inevitablemente se producen (5). Aprender técnicas psicológicas que contemplen la reformulación de actitudes que permitan resituarse; las técnicas de autocontrol en los tres canales de respuesta del comportamiento humano son métodos que pueden disminuir el estrés.

—Los programas de formación no incluyen tampoco el entrenamiento en el manejo de las emociones intensas de los pacientes, a pesar de su gran frecuencia en el contexto laboral de las Unidades de cuidados paliativos. Así, se perciben dificultades en conducir las demandas inadecuadas, negativas a colaborar o conductas perturbadoras de algunos enfermos; también en manejar las quejas o presiones de la familia o del paciente (31). Son frecuentes entre los profesionales las dificultades en discriminar la información a compartir con el paciente, especialmente cuando existen discrepancias con la familia, y se genera una barrera de silencio, tan dolorosa para los pacientes. Así, surgen problemas cuando se plantea la necesidad de darles malas noticias, o cuando tienen que responder a preguntas difíciles, encontrándose el profesional, a menudo, en situaciones comprometidas (3).

—Estresores ajenos al trabajo, como los problemas familiares o sentimentales; la falta de separación entre el trabajo y la vida privada, son otro tipo de factores de riesgo.

5.1.2. Factores de riesgo de la organización y del tipo de trabajo

—La presencia de la muerte, las características de los síntomas, el peso de decisiones comprometidas tomadas en solitario, la difícil tarea de comunicar a los familiares y pacientes las malas noticias de un pronóstico incierto y la incontrolabilidad de numerosas situaciones, están siempre presentes en las Unidades de cuidados paliativos. Una gran dosis de humanidad, conocimiento y de humildad son necesarias para su afrontamiento.

—Muchos estudios apuntan a que el propio método de trabajo es el factor que juega un mayor papel en el desarrollo o prevención del *burnout* (2, 8, 17). En la organización sanitaria es difícil trabajar en equipo ya que, generalmente, no se tiene la opción de formar equipos. En muchas ocasiones los profesionales se distribuyen sin contar con un perfil determinado, adecuado a la tarea que se ha de realizar. No se tiende a dar la importancia que realmente tiene al hecho de aprender a trabajar en equipo. Si no existe un objetivo común, en el grupo de personas que trabajan en una misma unidad, en el que prevalezca la cooperación y la colaboración frente a la rivalidad o la autocracia, ese grupo está abocado al estrés laboral asistencial.

La indefinición de tareas, la toma de decisiones centralizadas que conllevan no participar en ellas, la

ambigüedad y conflicto de roles (32), así como la falta de apoyo social en el trabajo, ya sea por compañeros o por supervisores, implica tanto la falta de aspectos recompensantes como la falta de apoyo para compartir sentimientos o problemas surgidos en el desempeño del trabajo.

5.1.3. Factores de riesgo institucionales

Se ha demostrado la eficacia y eficiencia de los programas de cuidados paliativos. Sin embargo, todavía falta por desarrollarlo a nivel nacional, apoyado y reconocido por las instituciones sanitarias, tanto privadas como públicas. Ha sido con gran esfuerzo por parte de los profesionales pioneros en cuidados paliativos como, progresivamente, en nuestro país se están consolidando. En Cataluña se ha conseguido una cobertura del 40%, aproximadamente, para los enfermos con cáncer y SIDA (33). Estos buenos resultados no son extensivos al resto del país, con excepción de Las Palmas de Gran Canaria. Se requiere el apoyo institucional incorporando el principio ético básico de equidad, para llevar a cabo una generalización de estándares organizativos y educacionales, de tal modo que se llegue, de un modo gradual, planificado y sectorizado, al desarrollo de los cuidados paliativos como una estructura insertada a los recursos del Servicio Nacional de Salud. Mientras, muchos profesionales se encuentran en el día a día con escasez de recursos, presión asistencial y sobrecarga laboral; pocas probabilidades de promoción y formación (3, 34, 35) y falta de equipos interdisciplinarios, capaces de dar respuesta a las necesidades múltiples y cambiantes de los enfermos en situación terminal y sus familias.

5.2. Factores de resistencia o de protección (Recursos)

Tener conciencia de los riesgos que supone trabajar, codo con codo con el sufrimiento humano, ayuda a poner en marcha las medidas necesarias para prevenirlos. Se describen una serie de factores capaces de facilitar la percepción de competencia para afrontar las situaciones que generan estrés. Existen diversas formas para prevenirlo o, en el caso de que ya esté instaurado, de reducirlo. Están orientados a reducir la tensión emocional del trabajo en la relación con los pacientes, con sus familias y con el equipo; contrarrestar la visión negativa y despersonalizada de la atención y a potenciar el

sentido de que el cuidado a enfermos en situación terminal, puede ayudar al autodesarrollo personal (30).

5.2.1. Factores personales de protección

La percepción de autoeficacia, autoestima y autoconfianza son factores esenciales en el afrontamiento eficaz de aquellas situaciones que se consideren estresantes. El sentimiento de ser competente es, además, fuente de motivación en el trabajo. El entrenamiento en técnicas de *counselling*, ha mostrado su pertinencia, principalmente, cuando en la relación paciente-profesional de la salud aparecen situaciones de estrés o ansiedad por una o ambas partes. El *counselling* se fundamenta en habilidades sociales -dentro del marco de la comunicación asertiva-, en técnicas de autocontrol, en soporte emocional y estrategias de resolución de problemas (36). No sólo es un conjunto de conocimientos y habilidades, sino que también configura un conjunto de actitudes como la aceptación incondicional, el respeto a la autonomía del paciente, la empatía, y la congruencia y veracidad terapéuticas. No es nada nuevo. Se trata de la mayéutica que defendía Sócrates en el s. IV a.C. Se podría definir como el arte de hacer reflexionar a una persona, por medio de preguntas, de modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para ella (37).

Parle y Maguire han puesto de manifiesto que los distintos profesionales de la medicina necesitan desarrollar sus habilidades para identificar y conseguir hacer explícitas las preocupaciones de los pacientes. Especialmente, las de aquellos que tienen mayores dificultades en expresarlas, como son los pacientes deprimidos o ansiosos (38). Proponen programas de entrenamiento psicológico enfatizando en habilidades de comunicación y en el manejo de reacciones emocionales, tanto las de los pacientes y familiares, como las propias (38, 39).

5.2.2. Factores organizacionales de protección

Entre las estrategias organizativas que han mostrado su eficacia como reductores de estrés se encuentran:

—Fomentar la cohesión y el apoyo grupal enmarcando la relación en la confianza mutua. Vachon destaca que el equipo, aún siendo en ocasiones un estresor importante, sirve como válvula de escape para la mayor parte del estrés experimentado, y se le considera como la principal estrategia de afrontamiento al

estrés (35). Dicha cohesión y apoyo se puede fomentar a través de: la identificación de los conflictos, necesidades e intereses en el seno de los equipos interdisciplinarios y la utilización de la técnica de *todos ganan* en la solución de estos. Es fundamental facilitar un marco, que permita la comunicación fluida entre los componentes del equipo, en el que se produzca un intercambio permanente de información, en el que se definan las funciones, de tal modo que cada persona tenga claro lo que se espera de ella; en el que se mantengan abiertos los canales de crítica y, especialmente, que se reconozcan y expresen los logros (40). El profesional necesita sentirse reconocido y reforzado por el grupo.

—Realizar reuniones interdisciplinarias periódicas, en donde se establezcan los objetivos comunes a cumplir; elaboración de planes terapéuticos, actividades organizativas; facilitar la oportunidad de compartir experiencias, problemas, y necesidades. Los equipos también necesitan procesar las pérdidas de los pacientes. Tener la oportunidad de expresar el dolor que se ha experimentado y compartirlo con el equipo percibiendo apoyo mutuo, pueden ayudar a afrontar el *burnout*. Asimismo, es importante reconducir el centro de atención en los resultados positivos que se han obtenido por el trabajo del equipo, recordando que los objetivos planteados han de ser realistas y realizables, teniendo en cuenta las limitaciones que como profesionales se tienen.

—Otras estrategias de apoyo consisten en la monitorización continuada del equipo para identificar su grado de satisfacción y su estado de ánimo, así como favorecer un buen nivel de comunicación entre los compañeros, un buen ambiente en que el humor y la sonrisa estén presentes, favoreciendo actividades divertidas fuera del trabajo.

—Planificar adecuadamente las condiciones de trabajo, asegurando la estabilidad de las actividades programadas y esperadas. Marcar los límites de las funciones y tareas de cada miembro del equipo; buscar la adecuada ubicación de responsabilidad por destrezas-formación. Programar las tareas para momentos de urgencias.

5.2.3. Factores institucionales de protección

A pesar de que la Seguridad Social contempla en los contratos programa de las Instituciones sanitarias los cuidados paliativos, estos tienen aún que consolidarse como una estrategia terapéutica equiparable a las demás especialidades. Entre las medidas de tipo institucional que deben activarse están el reconoci-

miento y apoyo de la institución donde se enmarque el programa de paliativos. De este modo, se podrían dar las condiciones para plantear medidas de vinculación en aspectos de gestión. Parece ser que la corresponsabilización de los profesionales en estos aspectos es clave para conseguir la mejora de los procesos de asistencia y su implicación directa en la satisfacción laboral (2). La adecuada provisión de recursos: ratios de personal suficiente y bien formado en la especialidad, estructuras físicas y ambientales apropiadas y la facilitación de una formación continuada son otros factores esenciales en la prevención del *burnout*.

6. ESTRATEGIAS REDUCTORAS DE BURNOUT

Se proponen una serie de estrategias específicas que pueden ayudar, si así se decide, a plantearse estrategias de cambio.

—Partimos de la premisa de que el ser humano tiene la capacidad de autorregularse. Teniendo en cuenta que se producen muchas situaciones que no dependen de nosotros, y no las podemos cambiar, sí se puede incidir en la forma de afrontarlas. García Huete propone un esquema sencillo de autorregulación (41). El principio consiste en ser capaces de *detectar* la dificultad, preocupación o necesidad. La emoción, expresada con señales de alarma fisiológicas, es una buena aliada para detectar que algo nos sucede. El malestar puede ser una oportunidad de cambio: saber escuchar las señales de alarma da una oportunidad única. Nos permite abordar creencias que pueden ser desadaptativas y conocer nuestros propios patrones de reacción. La mejor forma de detectar es dándonos cuenta de que estamos alterados. El segundo paso consiste en ser capaces de *pararse*. No siempre es fácil. Es el momento de hacerse la pregunta: *¿qué me pasa?* Una vez definido lo que está ocurriendo, es importante definir el objetivo: *¿qué es lo que quiero?* Una vez identificado el objetivo, y habernos asegurado de que es realista y realizable, es el momento de buscar soluciones, eligiendo aquella que se considere, en congruencia interna, la más adecuada y, finalmente, pasar a la acción. Hay que considerar la valoración de este esfuerzo y la capacidad de cambio que se ha puesto de manifiesto. Un aforismo chino del s. XVII resume lo que, a nuestro entender, es la esencia del manejo del estrés: "*Cuando surgen los pensamientos, en cuanto veas que se encaminan por la senda del miedo, vuévelos inmediatamente al camino de la razón. Una vez surgidos, date cuenta; una vez que te has dado cuenta, puedes cambiarlo. Esta es la clave para cambiar la desgra-*

cia en dicha, elevarse sobre la muerte y retornar a la vida. No seas descuidado".

Otro tipo de estrategias facilitadoras de la propia planificación del cambio pueden ser las siguientes:

—Buscar formación adecuada: admitir las deficiencias, especialmente en habilidades de comunicación y manejo de emociones, y cubrirlos.

—Saber pedir apoyo a los demás: resulta muy útil tener una o dos personas con las que desahogarse emocionalmente.

—Entrenarse en alguna técnica reductora de ansiedad: relajación; hipnosis, yoga, meditación, etc. Dedicar unos minutos al día a uno mismo puede servir para aumentar la resistencia personal al estrés.

—Liberar tensión con actividades gratificantes fuera del entorno laboral.

—Facilitar, con la actitud y comportamiento, una cultura de equipo.

—Hacer explícitos los objetivos y que estos sean reales y realizables.

—Utilizar el acuerdo y la negociación en contraposición a la imposición como forma de resolver conflictos.

—Convertirse en agente facilitador de un clima positivo en el trabajo: ser reforzante y dar apoyo para ser reforzado y apoyado.

—Compartir la toma de decisiones delicadas.

La resolución del estrés dentro de los equipos debe considerarse como un proceso dinámico. Implica tener presente la posible acción devastadora del estrés con el fin de mitigarlo lo antes posible.

De acuerdo con el modelo propuesto, si se pretenden disminuir los factores de vulnerabilidad y de sufrimiento del profesional e incrementar su satisfacción laboral se deberá: a) reconocer, lo más precozmente posible, aquellos factores potencialmente amenazantes o estresantes a nivel personal, de los aspectos organizativos y de la institución; b) compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas. Para ello se han de facilitar habilidades de reducción de las experiencias de estrés, y c) desarrollar estrategias de afrontamiento a nivel personal y organizativo para hacer frente a los estresores (42). Kenzaburo Oe, Nóbel de literatura, en su conferencia de aceptación del premio, recordó la dureza del trabajo día a día de muchos de los profesionales de la medicina. Las dosis de cuidados, paciencia, frustración y determinación que se necesitan. Recordó también la gran satisfacción y aprendizaje que se obtiene de ello (43). En el trabajo con enfermos que han de cerrar su ciclo vital esta afirmación cobra su máxima expresión.

Agradecimientos

Al Dr. L. M. Torres Morera por compartir, y darnos la oportunidad de defender, un sistema sanitario integral y más humano. Al profesor R. Bayés por su modelo de sabiduría de forma de ser y estar en el mundo. A nuestros amigos y compañeros P. Barreto, J. Barbero, M. Costa, E. López, C. Gómez, M. D. López y M. J. Granda, en los que su pensamiento, con tantas tazas de café compartidas, ha quedado explícito en estas líneas. A Mila por su ayuda y disponibilidad en compartir sus conocimientos de inglés. A nuestros compañeros del Servicio de Hematología de La Paz por demostrar cada día que la cohesión de equipo puede ser una realidad. Al oncólogo y literato Dr. A. Ordóñez que, no sólo ha tenido la generosidad de corregir el texto inicial, sino que hace mucho tiempo entendió el pensamiento de Kenzaburo Oe: la literatura ayuda, también, a evitar el *burnout*.

Correspondencia.

Pilar Arranz Carrillo de Albornoz
Servicio de Hematología.
Hospital Universitario La Paz.
Castellana 261. 28046 Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Martin C, Julian R. Causes of stress and *burnout* in physicians caring for the chronically and terminally ill. In: L. Paradis ed. *Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families*. Nueva York: The Hawthorn Press Ins; 1987.
2. Guinovart C. Mecanismos de gestión del estrés. En: Sanz J ed. *Actas del segundo congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Santander: SECPAL; 1998:104-5.
3. Graham J, Ramirez AJ, Cull A, et al. Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Pall Med* 1996; 10:185-94.
4. Arce C, Chisbert E, Guanter L, et al. El estrés en el equipo. En: E Lopez Imedio ed. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid: Panamericana; 1998. pp. 263-65.
5. Sanz J. El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med Clin* 1991; 96:377-78.

6. Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Med Pal* 1996; 3: 114-21.
7. Cullen K. El Síndrome de *Burnout*: cómo cuidar al cuidador. En: E Lopez Imedio ed. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid:Panamericana; 1998. pp. 267-73.
8. Schröder M, Martín E, Fontanals MD, et al. Estrés ocupacional en cuidados paliativos de equipos catalanes. En *Med Pal* 1996; 3: 170-75.
9. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1992.
10. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press; 1982.
11. Gómez Sancho M, Baujale Oko T. Síndrome de *burnout* o quemamiento de los profesionales. Prevención y tratamiento. La gestión del estrés. En: M Gómez Sancho, ed. *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas: ICEPSS; 1994.
12. Gil-Monte P, Peiró, J.M. Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
13. Serra R, Faurá T, Roigé M. La desmoralización (*burnout*) en el personal sanitario. En: Rojo Rodes JE, ed. *Interconsulta Psiquiátrica*. Madrid: Biblio STM; 1997. pp. 581-597.
14. Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El *burnout*, una forma específica de estrés laboral. En: Buena y Caballo, ed. *Manual de Psicología Clínica*. Madrid: Siglo XXI; 1991.
15. Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete Medica; 1994.
16. Ferro N, Cuello G. Evaluation of *burnout* in oncology physician and nurses. *Psych-Onc* 1998; 7 Supp. 115.
17. Vachon ML. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med* 1995; 9: 91-122.
18. Mallet K, Price H, Jurs S, et al. Relationship among *burnout*, death, anxiety and social support in Hospice and critical care nurses. *Psychol Rep*; 1991; 68: 1347-59.
19. Cooper C, Mitchell S. Nursing the critically ill and dying. *Londres: Human Relations*; 1990; 43: 297-311
20. Heaven CM, Maguire P. Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med* 1997; 11:283-90.
21. Razavi D, Delvaux N. Communication skills and psychological training in oncology. *Eur J Cancer* 1997; 33, Suppl. 6,pp. S15-S21.
22. Baile W, Lenzi R, Kudelka A, Maguire P, et al. Improving physician-patient communication in cancer care. *J Cancer Ed* 1997; 12: 166-73.
23. Astudillo W, Mendinueta C.Exhaustion syndrome in palliative care. *Supp Care Cancer* 1996; 4: 408-15
24. Albee G W. A competency model to replace the defect model. En: MS Gibbs, JR Lachenmeyer y J Sigal ed. *Community Psychology*. Nueva York: Gardner Press; 1980. pp. 213-38.
25. Costa M y López E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide; 1996. pp. 243-77.
26. Lázarus y Folkman. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca; 1986.
27. Folkman S. Stress and coping processes within the context of chronic disease. *Psych-Onc* 1998; 7: Supp, 69.
28. Arranz P, Bayés R. Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En: M González Barón ed. *Tratado de Medicina Paliativa y de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Madrid :Panamericana; 1996.pp. 1101-14.
29. Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina; Madrid: Aula Médica; 1996
30. Astudillo W, Mendinueta C. El síndrome del agotamiento en los cuidados paliativos. En: W Astudillo y C Mendinueta eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Eunsa;1997.pp. 393-403.
31. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of *burnout*. En W.B. Schaufeli, T. Moret y C. Maslach eds., *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Hemisphere; 1993. pp. 135-149
32. García Izquierdo M. *Burnout* en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Rev Psic Trab y Org* 1991; 7: 3-12.
33. Gómez Batiste X, Fontanals MD, Roca J et al. Catalonia WHO project on palliative care implementation 1990-95: Results in 1995. *J Pain & Sympt Manag*, in press.
34. Bayés R. *Sida y Psicología*. Barcelona: Martinez Roca;1995.
35. Vachon ML. Stress des soignants en soins palliatifs: dernières recherches. *Eur J Palliat Care* 1997; 4:99-103.
36. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. En: LM Torres ed. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson; 1997. pp.391
37. Barreto P, Arranz P, Molero M. Counselling. Instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: C Martorell, R González eds. *Entrevista y Consejo psicológico*. Madrid: Síntesis, 1997: 83-104.
38. Parle M, Maguire P, Heaven C. The development of a training model to improve health professionals skills self efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Soc Sci Med* 1997; 44: 231-40
39. Delvaux N, Razavi D, Marchal S et al. The effectiveness of a 105 hours psychological training for health care professionals. *Psych Onc* 1998; 7 Supp. 147
40. Costa M y López E. *Los secretos de la dirección*. Madrid: Pirámide; 1996.
41. García Huete E. *Aprender a pensar bien*. Madrid: Aguilar; 1998.
42. Arranz P, Bayés P. Apoyo psicológico. En: M González Barón ed. *Oncología clínica 2 ed*. Madrid: McGraw Hill; 1998.pp. 649-57.
43. Dew N, Kassai R. The healer and the healed: works and life of Kenzaburo Oe. *The Lancet* 1998; 352: 642-44.