

BURN-OUT Y DESGASTE POR EMPATÍA EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

BURN-OUT AND COMPASSION FATIGUE IN PALLIATIVE CARE PROFESSIONALS

M^a Patricia Acinas

Psicóloga

Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Máster en Psicooncología. (UCM)
Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios de Burgos

Resumen: los profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos están expuestos a potenciales fuentes de estrés debido a que deben hacer frente al sufrimiento del paciente y sus familiares, y preparar (se) para la muerte del enfermo.

Debido a las especiales características del trabajo con personas al final de la vida, es más probable la aparición de signos de Burn-out y desgaste por empatía.

Es necesario implementar estrategias desde la perspectiva individual, interpersonal (trabajador afectado y compañeros) y organizacional para minimizar el impacto y prevenir la aparición de consecuencias negativas e irreversibles.

Palabras clave: Burn-out, Desgaste por empatía, Cuidados Paliativos, Claudicación Emocional, Intervención psicológica.

Abstract: professionals working in palliative care units are exposed at potential stress sources because they have to confront a suffering from patient and her/his relatives and to prepare (oneself) for the sick person death.

Because of special characteristic of efforts with people at the end of their lives, it is more likely to observe signs of burn-out and compassion fatigue.

Carry out some guidelines from individual, relationship (upset worker and his/her colleagues) and organizational view, is needed to minimize the incidence and to provide for the presence of negative and nonreversible consequences.

Keywords: Burn-out, Compassion Fatigue, Palliative Care, Emotional Exhaustion, Psychological intervention.

Quien da luz debe soportar las quemaduras

(Victor Frankl)

INTRODUCCIÓN Y CLARIFICACIÓN DE CONCEPTOS

Es frecuente oír en el ámbito laboral expresiones del tipo: *estoy cansado, estoy quemado, no tengo ganas de seguir trabajando, hoy no puedo más, estoy rendido, todo me da lo mismo*. Cuando se trabaja con seres humanos, y más concretamente con el sufrimiento humano, especialmente en momentos cercanos a la muerte, este tipo de manifestaciones son más frecuentes y más evidentes.

El malestar sufrido por profesionales o trabajadores involucrados en el manejo de situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes a nivel secundario (trabajo con pacientes terminales, con víctimas de violencia y/o abuso, con afectados por catástrofes, con personas en situaciones límite...), puede identificarse con diferentes términos: Desgaste por Empatía (*Compassion Fatigue*), Traumatización Vicaria o Estrés Traumático Secundario.

Además del trabajo específico con el paciente y la familia en cuidados paliativos (oncológicos y no oncológicos), hay una serie de variables añadidas en el medio hospitalario que contribuyen a la aparición del fenómeno del Burn-Out en personal sanitario de estas unidades (Flórez Lozano, 2001). Esto podría explicar el creciente porcentaje de absentismo laboral (superior a otros sectores de actividad), que incluye bajas por depresión, dolores musculares, enfermedades psicosomáticas... Lo mismo se puede aplicar a trabajadores de UCI (Frías, 1994)

En ocasiones, establecer una comunicación fluida con el paciente de cuidados paliativos y su familia es difícil, y el personal sanitario debe esforzarse y poner en marcha estrategias que suponen un coste psicológico extra que puede alterar su equilibrio emocional. (Bimbela, 2005)

Es notable descubrir que los hombres y las mujeres de la profesión, dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la de ellos (Dublin y Spiegelman, 1947)

El Desgaste por Empatía es un concepto en evolución dentro de la Psicotraumatología. Se asocia con el "coste de cuidar" de otros que padecen sufrimiento emocional (Figley, 1982). Hay numerosos términos que describen este fenómeno. A lo largo del tiempo, ha sido descrito como *Victimización Secundaria* (Figley, 1982), *Estrés Traumático Secundario* (Figley, 1983, 1985, 1989; Stamm, 1995, 1997) o *Traumatización Vicaria* (Mc.Cann y Pearlman, 1989; Pearlman y Saakvitne, 1995). Puede verse enmascarado por otros conceptos relacionados: *Contagio emocional, Burn-out, Contratransferencia o Desmotivación del trabajador* (Figley, 1995). Todos estos términos son los que se han venido usando para nombrar el estrés postraumático sufrido por terapeutas, o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes.

Charles Figley acuñó, en 1995 el término Compassion Fatigue, que hemos traducido, como Desgaste por Empatía. En inglés, Compassion significa: sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas". Y, tal como resalta Figley, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros usuarios, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo. Define el **Stress de Compasión** como las conductas y emociones naturales que surgen a partir de conocer un evento traumático experimentado por otra persona significativa, el stress resultante de ayudar o desear ayudar a una persona traumatizada.

El Desgaste por Empatía se relaciona con el esquema cognitivo del profesional (su moral o percepción del contexto social e interpersonal). En una tesis doctoral (Lee, 1995), realizada con 132 terapeutas de pareja y familia, se encontró una fuerte relación entre el Desgaste por Empatía y varias cogniciones asociadas con la moral en la vida personal y profesional, y la percepción del valor de la familia, amigos, comunidad y otros recursos sociales.

La **Fatiga de Compasión** es idéntica al trastorno de estrés secundario y es equivalente al Estrés Postraumático. Por lo tanto es fundamental diferenciar la secuela o patrón de respuestas, durante y después de un evento traumático, para gente expuesta directamente al daño (estresores primarios) y para aquellos expuestos a otra forma de daño (estresores secundarios). No sólo los terapeutas y otros profesionales son vulnerables a la fatiga de compasión, también lo son la familia y los amigos. Y esto se ha descrito hace tiempo (Ruzek, 1993)

IMPORTANCIA DEL BURN-OUT Y DESGASTE POR EMPATÍA EN EL AMBITO SANITARIO Y SUS REPERCUSIONES

*La comprensión hacia los demás
tiene un costo (Figley)*

Quienes trabajan con el sufrimiento humano (tales como psicoterapeutas, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc.) son más vulnerables al Desgaste por Empatía dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes. También, el hecho de que muchos de estos trabajadores hayan experimentado algún evento traumatizante en sus vidas los predispone más a sufrir de Desgaste por Empatía. Los traumas no resueltos del trabajador pueden ser activados por la situación del paciente y su familia. Quienes trabajan con niños están más expuestos, dado que el sufrimiento infantil afecta más intensamente.

La propia historia de traumas del profesional, tanto como el contexto organizacional en el que trabaja, condicionan fuertemente la resiliencia del mismo. Procurar que el trabajo no sea lo único que nos define como persona sería un mecanismo de protección. El profesional cuyo trabajo está centrado en el alivio del sufrimiento emocional de sus pacientes, automáticamente absorbe información acerca del sufrimiento. A menudo absorbe también el mismo sufrimiento, empapándose de él.

Hay un costo en cuidar, que puede producir alto deterioro de sus funciones laborales, sociales y familiares. Los profesionales que escuchan las historias de los clientes de miedo, pena, sufrimiento y cuidados prolongados de su ser querido pueden sentir un miedo, pena y sufrimiento similar porque cuidan. Algunas veces sienten que pierden su sentido del yo, más acusado entre los terapeutas más eficientes. Quienes trabajan en un hospital de cuidados paliativos pueden tener una visión sesgada de la realidad (pensar que todas las personas mayores están enfermas o se mueren a edades tempranas, sin pensar que hay personas muy mayores en buen estado de salud). Quienes tienen una enorme capacidad para sentir y expresar empatía tienden a tener mayor riesgo de estrés de compasión y tienen dificultad para pedir ayuda, o consultar con un colega. (Moreira Fueyo y Alvarez Baza, 2002)

Es propio del trabajo de ayudar a otros, el sufrir consecuencias sólo por escuchar la narrativa de sucesos altamente traumáticos. El profesional se convierte en paciente de traumas con "t" minúscula, que no significan los grandes Traumas (T) como los vividos por un terremoto o en un incendio, sino son los traumas vicariantes producidos por escuchar, e imaginar lo que el otro ha sufrido. Estos traumas secundarios, no se presentan sólo en psicólogos o médicos, también lo padecen enfermeras, abogados, asistentes sociales, educadores y docentes, incluso en el ámbito de la Rehabilitación (Stebnicki, 2000).

Vamos a tratar de concretar aspectos relacionados con los conceptos fundamentales del artículo. El *estrés laboral* es aquel que se produce por las consecuencias del trabajo continuado o por la propia organización del trabajo (descansos no adecuados, sobrecarga de tareas...)

Además, según indica Flórez Lozano (2001), el estrés laboral tiene tal incidencia en la salud que, en nuestro país, ya ha sido considerado por algún Tribunal Superior de Justicia, como Accidente de trabajo, al producir al empleado un menoscabo físico o psicológico que influye en su desarrollo funcional.

El *Burn-out*, (síndrome de "estar quemado"), es una manifestación del desgaste personal del trabajador resultado de la interacción diaria, entre el trabajo que realiza y sus especiales circunstancias que lo distinguen como persona. Crea una gran insatisfacción con el trabajo realizado y constituye un agotamiento en todos los niveles del yo interior. La primera señal se presenta como un agotamiento emocional; un cansancio físico y un estado de desánimo.

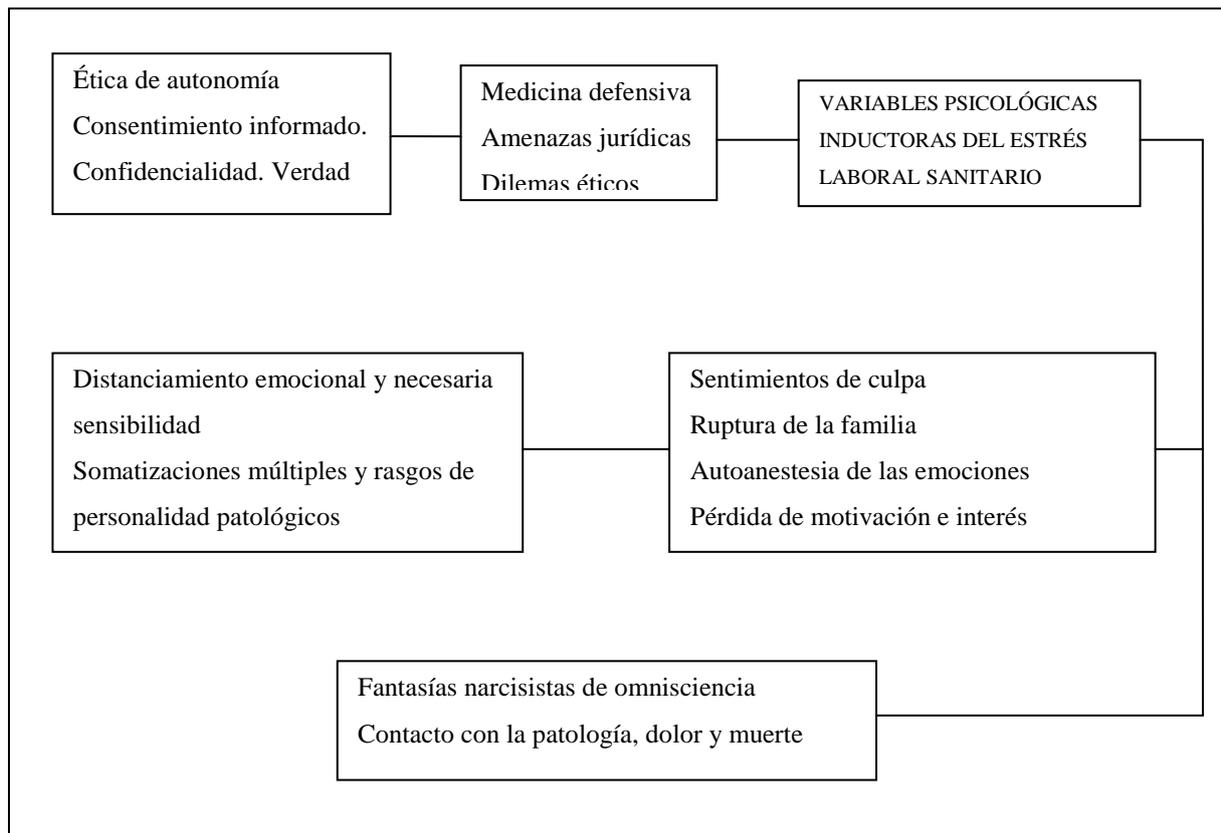


Figura 1: Aspectos del estrés laboral en personal sanitario de cuidado a enfermos oncológicos (adaptado de Flórez Lozano, 2001)

Los compañeros sufren las consecuencias porque el trabajador no siente motivación de compañía, se molesta fácilmente con el grupo, y prefiere aislarse. En su relación con los demás refleja un desprecio por el trabajo conjunto o en equipo, se deshumaniza y en definitiva, entre en la etapa de desinterés y falta de todo compromiso por las funciones que le corresponden. El Burn-out, provoca en el trabajador una desincronización con el grupo y con su trabajo, considerándose incompetente para atender en forma eficiente sus tareas (Granados, 2004).

El concepto de Burn-out fue introducido por Freudenberger en 1974 para describir el estado de agotamiento físico y mental que observó entre voluntarios de una clínica de desintoxicación. Posteriormente Maslach lo desarrolló y definió sus tres dimensiones características: cansancio emocional (CE), como la pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo; la despersonalización (DP) o desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio, y disminución de la realización personal (RP) o tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional.

Estamos de acuerdo con Florez Lozano (2001) en que la intensidad del cuidado y la lucha ante el paciente grave, puede dar lugar a este síndrome de Burn-out, que afecta al personal sanitario (especialmente médicos; Mingote Adán y Pérez Corral, 1999), que se puede traducir en ciertas enfermedades psicosomáticas (ansiedad, depresión, cefaleas, molestias gastrointestinales, molestias osteoarticulares, afecciones cutáneas...). Posiblemente la represión emocional del personal sanitario, con tantas pérdidas afectivas asociadas y el enfrentamiento constante al dolor de otros, puede constituir una estrategia defensiva peligrosa (un estilo de *coping* inadecuado) para la salud del personal sanitario (Urduz Pérez, 2000).

El Burn-out es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Pines and Aronson, 1989). Se pueden distinguir cinco fases en el desarrollo del síndrome.

1 Fase inicial, de entusiasmo: Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

2 Fase de estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada; se define un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

3 Fase de frustración: En esta fase aparecen la frustración, desilusión o desmoralización. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

4 Fase de apatía: Se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-avoidante de las tareas estresantes y de retirada personal.

5 Fase de quemado: Colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

El **Desgaste por Empatía** es la adaptación al castellano del concepto Compassion Fatigue, investigado en profundidad por C. R. Figley: El concepto se maneja desde el año 1992, cuando

Joinson lo empleó en una revista de enfermería para describir lo que les ocurría a las enfermeras afectadas por las emergencias hospitalarias diarias (De Lucas y cols, 1998). El mismo año, Kottler, en "Compassionate Therapy", enfatiza la importancia de la compasión en el trato con pacientes especialmente difíciles y resistentes. Sin embargo, ninguno define adecuadamente el término "compasión".

El diccionario define la *compasión* como "un sentimiento de profunda simpatía y pesar por otro que es afectado por un sufrimiento o infortunio, acompañado por un profundo deseo de aliviar el dolor o eliminar su causa" (Webster, 1989). Muchos estudios sobre la efectividad de la terapia tratan la relación terapéutica entre el terapeuta y el cliente, la habilidad de empatizar, de entenderles y ayudarles (Figley y Nelson, 1989). Si no está presente, es improbable el cambio terapéutico. La construcción de una alianza terapéutica incluye confianza e impresión positiva del cliente en relación a su terapeuta, y estos sentimientos está relacionados con el grado en que el terapeuta utiliza y expresa empatía y compasión.

Tabla 1	
Síntomas de fatiga por compasión	
SÍNTOMAS INTRUSIVOS	<p>Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del usuario /cliente. (aprendizaje vicario).</p> <p>Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.</p>
SÍNTOMAS EVITATIVOS	<p>Evitación de la exposición a material traumático del usuario /cliente.</p> <p>Pérdida de energía.</p> <p>Evitación de salidas extralaborales con compañeros.</p> <p>Automedicación secreta /adicciones.</p>
SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA	<p>Incremento de la ansiedad.</p> <p>Impulsividad, reactividad.</p> <p>Aumento de la percepción de exigencias /amenazas</p> <p>Aumento de la frustración.</p>

Según Figley, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo con personas que sufren, y al mismo tiempo en la capacidad para ser afectados por dicho trabajo.

El Desgaste por Empatía es *la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos*. Los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir, no sólo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento.

El Desgaste por Empatía se caracteriza por tres grupos de síntomas (que coinciden con los ejes del Trastorno por Estrés Post-Traumático): Reexperimentación, Evitación y embotamiento psíquico, Hiperactivación o hiperarousal. Son las emociones y conductas naturales resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por un otro significativo. Puede derivar de la exposición a un acontecimiento traumatizante, o a una serie de ellos, y puede aparecer súbitamente y sin aviso.

Vamos a crear una tabla en la que establezcamos diferencias entre ambos conceptos.

Tabla 2		
Diferencias conceptuales entre Desgaste por Empatía y Fatiga por Compasión		
	DESGASTE POR EMPATÍA/ FATIGA POR COMPASIÓN	BURN- OUT
EJES	Reexperimentación Evitación y embotamiento psíquico Hiperactivación o hiperarousal	Agotamiento emocional. Baja realización personal. Despersonalización.
RELACIÓN CON	T.E.P.T.	Estrés laboral
CAUSAS	Relación con esquema cognitivo del profesional.	Relación con condiciones laborales
CONCEPTO	Estado	Proceso
EVOLUCIÓN	Súbito, rápido, sin señales previas. Abrupto y agudo.	Progresivo, acumulación en el tiempo por contacto intenso.
MANIFESTACIÓN	Menos insidioso	Agravamiento posterior
NIVEL EMOCIONAL	Sentimiento de indefensión, sensación de aislamiento de apoyos.	Resultado de la extenuación emocional

Además, el Burn-out tiene una serie de efectos o de relación con el desgaste por empatía:

- El Burn-out afecta negativamente a la resiliencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al Desgaste por Empatía (*Compassion Fatigue*)

- Favorece la *Silencing Response* o Respuesta Silenciadora (Baranowsky 1997; Danieli, 1984) que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras, redireccionando al cliente a material menos estresante para el profesional.

El *síndrome de inadaptación* (mezcla de Burn-out y de Desgaste por Empatía, y de otros factores) puede influir considerablemente en el personal sanitario, cuyas manifestaciones conductuales se manifiestan hacia la corporalidad con un lenguaje basado en tres pilares: estrés, tensión y preocupación, que es fácilmente percibido por el paciente y por la familia del mismo.

Como consecuencia se produce una falta de comunicación con el paciente, con la familia, y con los demás compañeros que produce un círculo vicioso difícil de cortar cuando está instaurado. Estas manifestaciones se asocian a "debilidad" y vulnerabilidad que hace perder confianza en sí mismo del profesional y perder espacio en el ámbito laboral es lo más cruel que puede pasar.

Además, con las circunstancias actuales (crisis, estrés, precariedad laboral...), cada vez es más difícil convivir con los compañeros del equipo, y hay dificultades para mantener la misma agilidad y habilidad inicial para mantener las mismas responsabilidades y trabajos.

Por si fuera poco, como la esperanza vital va aumentando, gracias a los avances de la medicina, son superiores las probabilidades de llegar a edades avanzadas y aumentan los casos de personas mayores a las que cuidar en centros especializados; hay también menos recursos públicos y a veces tampoco hay recursos privados, como centros de cuidados mínimos o intermedios para atender a los pacientes y dar apoyo a los familiares; con lo que unido a la incomunicación con el personal, el enfermo y su familia, cuando la enfermedad ya está instaurada (y a veces el pronóstico es incierto) se encuentran con escasez de recursos de ayuda y con dificultades de acceso a los existentes (por cuestiones burocráticas, económicas...).

Desde otro orden de cosas, hay escasez de personal sanitario y se requieren médicos y enfermeras de diversos países extranjeros; para la atención de pacientes de cuidados paliativos se requiere amplia formación y experiencia (en todos los perfiles, médicos, enfermeras, psicólogos...), lo cual puede implicar varios años de formación, con los costes personales y económicos (lo que cuesta formar a alguien en este campo tan específico). Si no se cuidan los recursos humanos, se pierden piezas muy valiosas dentro del engranaje de la sanidad.

De esta manera nos encontramos en los comienzos del siglo XXI, con un grave problema, personal sanitario quemado, dificultad para encontrar personal cualificado, falta de medios /programas para atender a los profesionales quemados, incremento de los casos de cuidados paliativos y de la flexibilidad que requieren en su manejo...

EL BURNOUT Y EL DESGASTE POR EMPATÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los profesionales de las unidades de cuidados paliativos, están en un reto especial de adaptación continua, por los continuos cambios producidos en el medio interno y externo del profesional, y la asociación con situaciones como el final de la vida, donde las emociones están cambiando, son extremas y se manifiestan a veces de manera contrapuesta.

Benito, Arranz y Cancio (2010) plantean una diferenciación en el ámbito de los cuidados paliativos entre Burn-out caracterizado por la erosión entre lo que esperamos de nuestro comportamiento y lo que realmente practicamos (asociado a problemas del entorno profesional que no controlamos) y el Desgaste por Empatía (siguiendo a Figley 1995) relacionado con la erosión de la relación interpersonal entre profesional y paciente, producido por la falta de recursos para gestionar el sufrimiento, tanto propio como del paciente o sus familiares.

Añaden un concepto interesante que es la *Satisfacción de Compasión*, que aparece en este ámbito de la salud de manera más clara que en otros. Se define como el gozo de trabajar ayudando a los demás. Se ha asociado a la comprensión del proceso de sanación recíproco cuidador- paciente, autorreflexión interna, conexión con los semejantes, sentido incrementado de espiritualidad y elevado grado de empatía. Por este motivo estos autores postulan la importancia de conectar consigo mismo para calmarse, como estrategia útil de prevención. Coinciden con Vázquez y Pérez-Sales (2003) en potenciar las emociones positivas.

La carencia de habilidades de comunicación (Gándara, 2002) y autocontrol constituye un factor de riesgo de desgaste para el equipo y además dificulta la adaptación del enfermo y la familia. Es necesario que se conozcan y comprendan los aspectos emocionales provocados por la situación terminal.

Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003) describen una serie de factores etiológicos que contribuyen al desarrollo del desgaste psíquico:

- Presión asistencial excesiva, unida a la escasez de personal.
- Trabajo a turnos.
- Gran responsabilidad en la toma de decisiones.
- Escaso reconocimiento por parte de la organización.

- Contacto continuo con la enfermedad, el dolor y la muerte.
- Usuarios que presentan muchos problemas y complejos.
- Poca o nula formación para el manejo de aspectos emocionales de la persona que sufre y muere.
- Dificultades de comunicación con pacientes (temas difíciles, delicados, malas noticias, falta de respuestas), y compañeros de trabajo.
- Dificultades propias de trabajo en equipo y disciplina común.
- Diferencia de valores y percepciones.
- Sentimientos de desposeimiento, pérdida de identidad por solapamiento de roles.
- Necesidad de compartir del poder y de adherirse a un proyecto común.
- Ralentización y falta de autonomía en la toma de decisiones.
- Exigencia de tiempo y de disponibilidad.

Hay tres parámetros que influyen en la interacción con pacientes y familiares, la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control.

Mateos (2003) indica que en cuidados paliativos se identifican como causas de estrés más habituales, problemas personales, metas inalcanzables (intentar solucionar todos los problemas), y problemas organizacionales (problemas de administración, de liderazgo de equipo, sobrecarga asistencial) y en menor medida temas directamente relacionados con el enfermo y la familia (lazos emocionales con pacientes, familias difíciles...). Cuando aparece asociado a los cuidados suele asociarse a sentimientos de inadecuación de rol.

También, en investigaciones con personal de servicios de oncología se ha encontrado como variable significativa relacionada con el Burn-out, la interacción con la situación laboral (Martín Montero y cols, 2000; Sant Louis, 2010), consideran que es superior a la unidad de paliativos porque en ésta la relación equipo – paciente es más personal y eso produce más satisfacción.

Este factor de satisfacción laboral en el cuidado ha sido también encontrado recientemente (Figuereido- Ferraz, y cols, 2012) en un estudio con enfermeras; se encontró una relación longitudinal y bidireccional entre satisfacción y despersonalidad.

DISCUSIÓN DEL TEMA DEL BURN-OUT Y FATIGA POR COMPASION

También los pozos se agotan cuando se extrae mucha y abundante agua de ellos (Demostenses, siglo III AC)

Hay muchas controversias en relación a estos temas (Thomas y Wilson, 2004). El Burn-out es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico que surge cuando el trabajador ve defraudadas las expectativas que tenía respecto a su trabajo. Trata de dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y en la atención profesional a los usuarios de servicios sanitarios (Mingote Adán y cols, 2002); lo anterior se explica por la desproporción entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos.

Que el trabajador se sienta apoyado y valorado por la organización minimiza el impacto emocional y la generación de consecuencias físicas o psíquicas de las situaciones estresantes. El apoyo social tiene efecto amortiguador sobre el estrés y sus consecuencias, por lo que es muy importante el fomento de la creación de redes de apoyo.

Para la evaluación de Burn-out se emplea fundamentalmente el **MBI** (Maslach Burn-out Inventory. Maslach y Jackson, 1996). Con el cuestionario MBI se pretende obtener un índice de las tres dimensiones de Burn-out propuestas por Maslach y cols. (Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal).

Para la evaluación del Desgaste por Empatía se usa sobre todo el **ProQOL – IV** (Professional Quality of Life) Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales. Versión IV. Hudnall Stamm, 1997-2005. En España ha sido traducido y adaptado por Maria Eugenia Morante, Bernardo Moreno, Alfredo Rodriguez, de la Universidad Autónoma de Madrid. Incluye variables de Satisfacción de Compasión, Burn-out y Fatiga por compasión (estrés traumático secundario).

Las variables de personalidad, como indican Arranz y cols (2003) desempeñan un papel relevante; los niveles altos de auto exigencia, altruismo e idealismo, son importantes facilitadores en profesionales de cuidados paliativos porque conducen a éstos a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes y familiares, valorando como un reto personal la solución de los mismos. Esto es debido en parte a que se culpabilizan de fallos y errores, lo cual reduce los índices de satisfacción laboral y autoestima. También influyen las personas con patrón de conducta tipo A (activas, competitivas, impacientes...) y con locus de control externo (atribuyen lo que les sucede a causas externas a sí mismos).

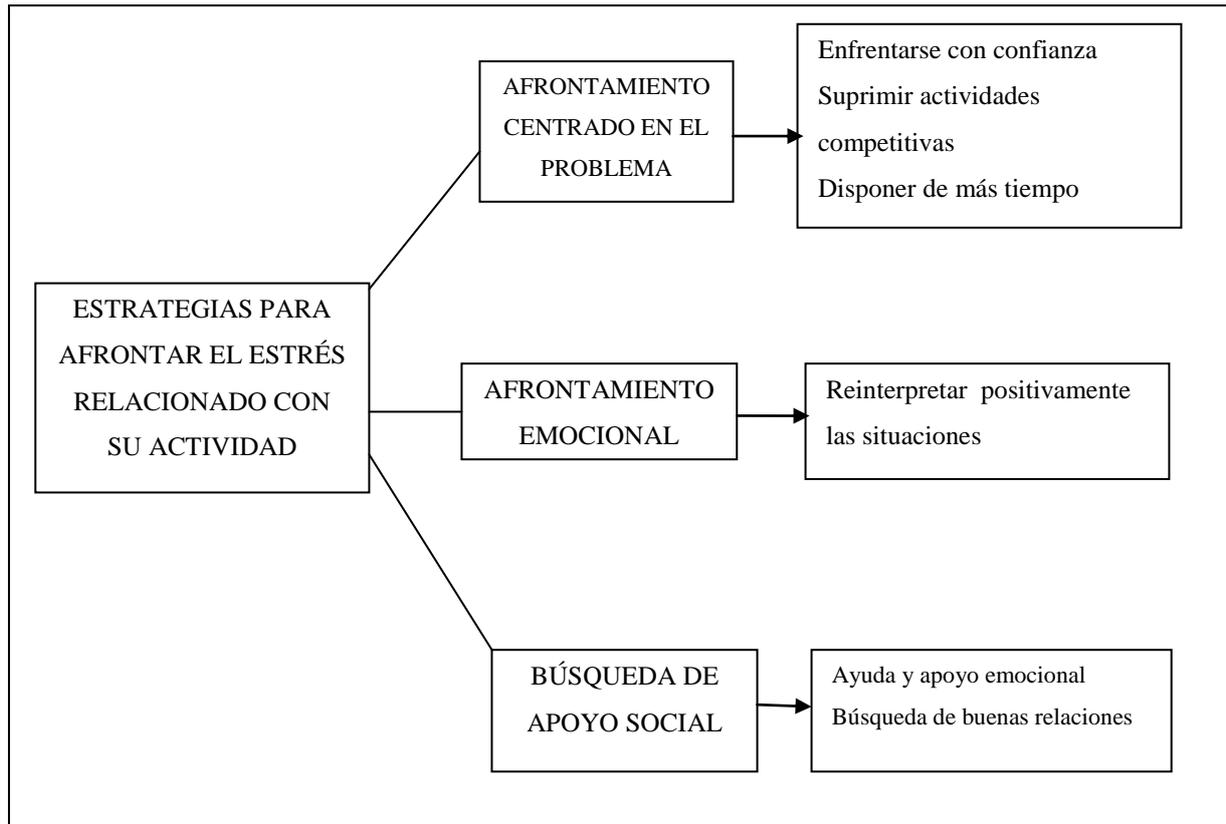


Figura 2: Claves de la intervención psicoterapéutica en personal sanitario con Burn-Out
(adaptado de Flórez Lozano, 2001)

En investigaciones con enfermeras en contacto directo con enfermos oncológicos se encontraron los siguientes factores de riesgo (Escot, Artero, Gandubert, Boulenger, Ritchie, 2001): formación inadecuada, falta de tiempo para afrontar el componente psicológico de los cuidados (especialmente en situaciones de terminalidad), y dificultades en las relaciones con el personal médico.

Al mismo tiempo se han señalado factores protectores, como las estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema, la percepción de apoyo social personal y en el entorno laboral. Estos autores especializados en la atención en cuidados paliativos, describen variables moduladoras: sexo (los varones son más proclives a la despersonalización), la edad (se desarrollan estrategias de afrontamiento eficaces y niveladas), estado civil (las personas casadas experimentan menos desgaste por el apoyo emocional recibido), la antigüedad en el puesto y la profesión (se asocia a más estrategias de afrontamiento); pero todo esto hay que analizarlo en su conjunto en una persona concreta y con unas circunstancias específicas.

En cuanto a las diferencias de personal, parece que las enfermeras tienen mayores niveles de desgaste que los médicos (Martín Montero y cols, 2000) porque están en contacto más continuo.

El psicólogo en cuidados paliativos (Mateos, 2003) puede desempeñar un papel de movilizador de dinámicas de trabajo que favorezcan la activación de factores protectores frente al desgaste, fomentando la cohesión y manteniendo una comunicación abierta, clara y fluida, así como apoyar en el manejo de conflictos y en el aprendizaje de habilidades de autocontrol. Incluso los propios psicólogos tienen y deben cuidarse a este respecto (Weinreich y Black, 2000).

La **resiliencia** es la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de Psicología Positiva de fomento de la salud mental. Muchas personas que han vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados.

Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad (Saakvitne, Pearlman y cols, 1996) Se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. En general, se considera que la **personalidad resistente (hardiness)** es un constructo multifactorial con tres componentes principales: **compromiso, control y reto**.

RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN ANTE BURN-OUT Y FATIGA POR COMPASIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Es necesario realizar intervenciones sobre factores individuales, interpersonales y organizacionales porque todos ellos influyen en el desarrollo de estos tipos de malestar psíquico. Arranz y cols. (2003) proponen los siguientes aspectos:

- Formación: que da recursos a los trabajadores para hacer frente a las dificultades, sobre todo en relación al manejo de habilidades y control de emociones. Puede incluir aspectos como:

- Entrenamiento en *Counselling*.
- Formación en comunicación asertiva.
- Solución de problemas, para generar alternativas a las situaciones difíciles.
- Gestión del tiempo, para establecer prioridades.
- Técnicas reductoras de ansiedad (relajación, autohipnosis, yoga)
- Estrategias de autorregulación cognitiva.

- Cultura de trabajo en equipo, con objetivos explícitos y realistas.
- Realizar actividades gratificantes fuera del entorno laboral.
- Fomentar actitud de disfrute y de sentido del humor.
- Saber pedir apoyo. Admitir los propios límites (Sandrin, 2005)
- Compartir información y dificultades consensuando las decisiones.

Gentry, junto a Baranowsky y Dunning, desarrolló en 1997, en el marco del Traumatology Institute (Florida State University), un **Programa de Recuperación Acelerada del Desgaste por Empatía**. Consiste en un protocolo de 5 sesiones cuyos objetivos son:

1. Identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas de Desgaste por Empatía
2. Desarrollar habilidades para enfrentar esas dificultades
3. Identificar recursos para fortalecer la resiliencia
4. Aprender técnicas de reducción de la tensión
5. Desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y auto-supervisión

Como se puede apreciar, el programa de recuperación posee características similares a las que aparecen en la prevención del Desgaste por Empatía. En la intervención con profesionales afectados se trata siempre de optimizar la resiliencia y afrontar situaciones críticas con el menor deterioro posible. En el Hospital Gregorio Marañón se llevó a cabo una intervención psicológica usando terapia de aceptación y compromiso con profesionales de Cuidados Paliativos (Ortega Ruiz, López Ríos, Gómez Martín, 2008). Tras cuatro sesiones grupales consiguieron reducciones en la despersonalización y aumento de la realización personal.

Es necesario ayudar a los profesionales a reconocer su vulnerabilidad y a afrontar de forma efectiva y saludable el coste de atender a las víctimas /pacientes, para prevenir el Desgaste por Empatía, y otras consecuencias profesionales (Rothschild, 2009). Con el objetivo de mejorar el afrontamiento de los profesionales, resulta primordial trabajar tres aspectos fundamentales:

- **Conexión con otros**, desarrollar una comunidad terapéutica personal.
- **Psico-Educación de los profesionales** para identificar y desarrollar recursos nutritivos de apoyo y enriquecimiento.
- **Autocuidado** en el trabajo y en la vida personal.

Según Pearlman, *dar y recibir supervisión* alivia la carga emocional sufrida por el terapeuta, ya que la supervisión en grupo puede promover la conexión con la realidad. También *usar el humor* para lidiar con el malestar laboral es una herramienta eficaz. Y por último, la *psicoeducación* y la

formación, ya que muchos profesionales que trabajan con víctimas desconocen este problema, y por lo tanto, les resulta imposible detectarlo y solicitar ayuda. Se trata de promover sus aptitudes o fortalezas para el afrontamiento y desarrollar técnicas de autocuidado personal. Una de las fortalezas que contribuyen a un mejor afrontamiento del trabajo con víctimas y pacientes, es la *resiliencia*.

Se pueden llevar a cabo estrategias sencillas en las diversas organizaciones tales como:

- Talleres de relajación y prevención de estrés.
- Talleres /Jornadas de comunicación con familiares y pacientes.
- Talleres /Jornadas sobre manejo de conflictos en el hospital (familiares, compañeros)
- Servicio de apoyo psicológico al empleado del hospital (ante situaciones en relación a su trabajo, que hayan afectado emocionalmente al trabajador)

Tabla 3

Capacidades de un profesional para una asistencia familiar efectiva

- Capacidad de comunicarse efectivamente, de forma verbal y no verbal.
- Empatía; capacidad de mostrar interés genuino y preocupación; buena capacidad de escucha.
- Comprensión y respeto a las diferencias étnicas y culturales.
- Capacidad de tratar con crisis de forma objetivamente. La experiencia anterior conseguida es útil.
- Capacidad de resistir emociones intensas de la gente (llanto, ira, frustración, culpa, hostilidad, labilidad).
- Capacidad de tratar con el propio sentimiento de indefensión.
- Tener dotes de mando. Encargarse de técnicas / habilidades.
- Capacidad de tolerar el rechazo y la negación de los que esperan ayuda.
- Trabajo en equipo y en red.
- Ponerse en contacto con sus propios problemas relativos a muerte y moribundos.
- Capacidad de establecer una relación de confianza.
- Capacidad de confortar a la gente paralizada o severamente traumatizada.
- Asertividad pero no agresividad.

Según Catherall, las características principales de un sistema contenedor son las siguientes:

1. Brinda apoyo material
2. Escucha y acepta incondicionalmente el material aportado por el profesional y sus reacciones

3. Ayuda a corregir las distorsiones
4. Ayuda a reformular la situación
5. Brinda apoyo empático

A veces es necesario solicitar ayuda profesional especializada, para evitar la re-traumatización; al pretender analizar qué es lo provocó en el profesional el sobre involucramiento o la sobreexigencia en relación al tiempo de trabajo o a la cantidad de personas atendidas.

Los profesionales sanitarios deben poseer un conjunto de características que podrían ayudar a su buen desempeño con pacientes y familiares; esto facilitaría la prevención de consecuencias psicológicas por Burn-out y Desgaste por Empatía (Joinson, 1992; Kottler, 1992)

Por otro lado es fundamental implementar estrategias preventivas dentro del ámbito de los Cuidados Paliativos para prevenir la aparición de ambos constructos.

Tabla 4**Medidas para prevenir el Burn-out y la Fatiga por Compasión
(Kerney, 2009 y Benito y cols. 2010)**

- Carga de trabajo sostenible.
- Formación en habilidades de comunicación.
- Actividades de formación continuada.
- Reconocimiento y recompensas adecuadas.
- Meditación. Retiros especializados.
- Escritura reflexiva.
- Supervisión y tutela.
- Desarrollo de habilidades de autoconciencia.
- Práctica de actividades de autocuidado.
- Participación en investigación.
- Uso de rituales.
- Programas de reducción de estrés basados en Mindfulness.
- Intervención en equipo basada en potenciar el sentido del trabajo.
- Talleres específicos de autocuidado.

CONCLUSIONES

De todas las ideas expuestas anteriormente se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- No todos los profesionales sanitarios enferman, por recibir demandas de otros, ni van a padecer desgaste profesional.
- El desgaste psíquico en el trabajo es un estado personal en el que interactúan factores contextuales y personales. (Gil- Monte, Peiró, 1997 y 2005)
- Ambos problemas (Burn-out y fatiga por compasión) se entremezclan y se dan de manera solapada en los profesionales de ayuda sanitarios, lo que hace difícil su detección y la actuación sobre ellos.
- La etapa final de la vida posee características que favorecen la aparición de desgaste psíquico, pero también es una oportunidad de crecimiento y madurez personal.
- Las soluciones parten en primer lugar de la detección en estadios precoces para poder hacer una intervención adecuada y evitar la progresión negativa.
- Para poder actuar sobre estos problemas es necesario que se articulen estrategias desde la propia persona afectada, los compañeros, la organización en la que trabaja.
- La prevención y los programas de prevención son un factor a tener en cuenta, por los costes que puede ahorrar a nivel económico y humano.
- Es necesario combinar la realización de algunas acciones formativas y de intervención psicológica con el personal sanitario, siempre con el conocimiento y aprobación de la Dirección del Centro.
- El tener un buen clima laboral, especialmente en un trabajo elegido vocacionalmente, es fundamental como elemento de prevención del malestar emocional en los sanitarios. (Martín y cols, 2001).

*"La cuerda de una guitarra,
si la aprietas demasiado se rompe
y demasiado poco no suena"
(Sidharta Gautama)*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos* (3ª Edición 2008). Barcelona: Ariel.
- Benito, E; Arranz P; Cancio, H. (2010). Herramientas para el autocuidado de profesionales que atienden a personas que sufren. FMC (Formación Médica Continuada) *Atención Primaria*. Barcelona: Elsevier.
- Bimbela, J.L. (2005). *Cuidando al profesional de la salud: habilidades emocionales y de comunicación*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Cebriá, J, Palma, C, Segura, J., Gracia, R y Pérez, J. (2006) El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de Burn-out em médicos de familia. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 33(1), 34-40. Obtenido el 13 de octubre de 2006 de http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2006_1/ps-33-1-005.pdf
- De Lucas, N., Sánchez, A., García Ochoa, M.J., Sánchez, C., Jiménez, J.A. y Cuesta, P. (1998). Burn-out (Estrés laboral) en un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*. Número Extraordinario, 1, 165.
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, JP. & Ritchie ,K. (2001). Stress level in nursing staff working in oncology. *Stress and health*, 17: 273-279. DOI: 10.1002/smi.907
- Figley, C. R. (1992). *Secondary traumatic stress and disorder: Theory, research and treatment*. Paper presented at the First World Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Amsterdam, June 1992.
- Figley, C. R. (1994). *Compassion Fatigue: the stress of caring too much. A resource guide for caregiving professionals*. Panama City, FL: Visionary Productions Inc.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. London: Taylor and Francis, Ltd.
- Figueiredo-Ferraz, H, Grau- Alberola, E, Gil- Monte, PR. García- Juesas, JA (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24 (2), 271-276.
- Flórez Lozano, J.A. (coord.) (2001). *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. ASTRA ZENECA. Gráficas Campás. Barcelona
- Frías, R., (1994) *El estrés en las UCI*. Madrid: CDN. Ciencias de la Dirección.
- Gándara, J.J. (2002). Ansiedad y trabajo: el síndrome de Burn-out. *Salud Rural*, 13, 1-8.
- Gandara, JJ., Gonzalez Correales, R., Gonzalez Rodriguez, V.M. (2004). *El médico con Burn-out. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Semergen. Novartis.

Obtenido el 17 noviembre de 2009 de:

http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/O_Medico_com_Burnout.pdf

- Gentry, J. E., Baggerly, J. & Baranowsky, A. (2004). *Training-as-treatment: effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training*. International Journal of Emergency Mental Health. 6 (3), 147-158
- Gil – Monte, P.; Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Gil – Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burn-out) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Granado, M. *El estrés del personal sanitario. El Burn-out*. En: Acinas, M.P. (coord.) (2004) *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Volumen 1: Aspectos generales y contextuales*. Jaén: Formación Alcalá.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 22 (4), 116-122
- Kottler, J.A. (1992). *Compassionate Therapy: working with difficult clients*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Martín Montero, C.M., López Llorente RM, Fuentes González, C.I., García García E., Ortega Trillo, R., Cortés Pendón, A.D. y García Puche, J.L. (2000). Estudio comparativo del síndrome de Burn-out en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. *Medicina Paliativa*. 7 (3), 85-93.
- Martínez, M.J., García, A., Muñoz, F.A., Fernández, S. y Parada, E. (2001). Burn-out. Desgaste vocacional. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 3, 124 – 133.
- Maslach, C. (1982). *Burn-out: the cost of caring*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall
- Maslach, C., Jackson. (1996). *Maslach Burn-out Inventory* (3ª ed.). Palo Alto. CA. Consulting Psychologists Press.
- Mateos J. (2003) Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida. En: E Remor, P Arranz, S Ulla (Eds) *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. Journal of Traumatic Stress, 3 (2), 131-149.
- Míngote Adán, J.C., Pérez Corral, F., (1999) *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.
- Míngote Adán, J.C., Holgado Madera, P., Arranz Campillo, C. (2002). El síndrome de Desgaste profesional o cómo es la salud de los profesionales sanitarios. *APySAM (Atención Primaria y Salud Mental)*. 5 (4), 148-157.
- Moreira Fueyo, J.M. Alvarez Baza, M.C. (2002). Clima organizacional y estrés en unidad de alto riesgo. *Emergencias*. 14:6-12.

- Moreno, B, Morante E. Rodriguez, A y cols. *Estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención*. Obtenido el 12 octubre de 2010 de:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78522108.pdf>
- Moreno, B, Morante E. Rodriguez, A y cols. *Estrés traumático secundario, el coste de cuidar el trauma*. Obtenido el 12 octubre de 2010 de:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>
- Ortega Ruiz, C; López Ríos, F; Gómez Martín, S (2008) Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Medicina Paliativa*, 15 (2), 93-97
- Pearlman & Staff of TSI/CCAP. *Evaluación personal de la traumatización vicaria*. Saakvitne, Parada, E. (2004) (*Traducción y adaptación*)
- Pfifferling, J. H. *Overcoming Compassion Fatigue*. Family Practice Management (abril 2000). Obtenido el 15 abril de 2000 de www.aafp.org/fpm
- Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Ruzek, J. (1993) *Professionals coping with vicarious trauma*. Clinical Newsletter. 3 (2)
- Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A. & Staff of TSI/CAAP (1996) *Transforming the pain. A workbook on vicarious traumatization for helping who work with traumatized clients*. New York: Norton
- Sandrin, L. (2005) *Ayudar sin quemarse. Cómo superar el Burn-out en las profesiones de ayuda*. Madrid: Ediciones San Pablo.
- Sant –Louis, N.M. (2010.) *A narrative intervention with oncology professionals: Stress and Burn-out reduction through an interdisciplinary group process*. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. Paper 4. Obtenido el 20 de septiembre de 2010 de:
http://repository.upenn.edu/dissertations_sp2/4
- Segura Bernal, J., Ferrer Ventura, M., Palma Sevillano, C., Ger Cabero, S., Domènech Cortés, M., Gutiérrez Blanch, I. y Cebrià Andreu, J. (2006). *Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout*. 22 (1), 45-51. Obtenido el 2 septiembre de 2006 de: http://www.um.es/analesps/v22/v22_1/06-22_1.pdf
- Stamm, B. H. (Ed.) (1995) *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press
- Stebnicki, M. (2000) Stress and Grief reactions among Rehabilitation Professional Dealing effectively with Empathy Fatigue. *Journal of Rehabilitation* 1 (2000)
- Thomas, R. B. & Wilson, J. P. (2004) Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*. 6 (2), 81-92.

- Urdaniz Pérez, A. (2000) *Síndrome de desgaste profesional o Burn-out en médicos y personal sanitario*. Obtenido el 10 de agosto de 2000 de: [http:// www.salud pública.com](http://www.salud pública.com)
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003) *Emociones positivas, trauma y resistencia*. *Ansiedad y estrés*, 2-3, 231-254.
- Weinreich, P. & Black, S. (2000) *An exploration of counselling identity in counsellors who deal with trauma*. *Traumatology*. 6,(1), Art. 3

Manuscrito recibido: 09/10/2012

Revisión recibida: 30/10/2012

Manuscrito aceptado: 02/11/2012