

Factores relacionados con la conducta de ayuda y su influencia en el ámbito del cuidado enfermero

Factors related to helping behavior and their influence at nursing care background

Autora: Ana Belén Salamanca Castro (1).

Tutora del trabajo: Raquel Luengo González (2).

Dirección de contacto: asalacas@gmail.com

Fecha recepción: 23/07/2014

Aceptado para su publicación: 01/12/2014

Resumen

Introducción. La conducta de ayuda es entendida como un elemento clave en la humanización de los cuidados, como una actividad que ha de realizarse si se quieren prestar cuidados humanizados. **Objetivo.** Conocer cuáles han sido identificadas como las principales variables intervinientes en la aparición de la conducta de ayuda para, después, identificar cómo estas variables pueden articularse dentro del ámbito enfermero. **Metodología.** Se ha realizado una revisión narrativa para analizar el objetivo propuesto y si los enfermeros somos debidamente preparados durante nuestra formación pregrado para afrontar el coste emocional que supone la prestación de ayuda. **Resultados.** Entre las variables que inciden en la conducta de ayuda existen factores situacionales así como factores relacionados con la persona que presta la ayuda y la persona que la recibe. Algunas de las variables de estos dos últimos factores aparecen en la conducta de ayuda prestada por los enfermeros. **Conclusión.** Parece necesario enseñar habilidades de afrontamiento apropiadas y personalizadas dentro del colectivo enfermero.

Palabras clave

Conducta de ayuda; Desgaste por Empatía; Empatía; Relaciones Enfermero-Paciente; Enfermería Holística.

Abstract

Introduction. Helping behavior is understood as a key element in care humanization, an activity that must be done if humanized care is wished to be developed. **Objective.** To know which have been identified as the main variables influencing at helping behavior development and, subsequently, identify how this variables may be join in with nursing discipline. **Methodology.** A narrative revision has been made in order to get the purposed objective, and besides, it has been analyzed whether nurses are suitably prepared during undergraduate education for coping the emotional cost that care development implies. **Results.** Among the variables that influence in helping behavior there exists situational factors as well as factors related to the person who develops help and related to the person who receives help. Some of the variables of these last two factors appear in the helping behavior developed by nurses. **Conclusion.** It seems to be necessary to teach appropriate and personalized coping strategies in nursing collective.

Key words

Helping behavior; Compassion Fatigue, Empathy; Nurse-Patient Relations; Holistic Nursing.

Categoría profesional y Centro de trabajo

- (1) Grado en Enfermería. Máster en cuidados perinatales y de la infancia. Directora del departamento de investigación de FUDEN.
- (2) Profesora de la Escuela de Enfermería Cruz Roja Española. Universidad Autónoma de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La conducta de ayuda en el ámbito de la enfermería

La conducta de ayuda es una de las principales funciones que desarrolla la enfermera en la asistencia a los pacientes/clientes, considerándose intrínseca a los cuidados (1). De hecho, desde el ámbito de la enfermería se trata la conducta de ayuda como un elemento clave en la humanización de los cuidados (2), una actividad que ha de realizarse si se quieren prestar cuidados teniendo en cuenta al individuo desde una perspectiva holística, atendiendo así no solo los aspectos del cuidado relacionados con la dimensión física del ser humano, sino también aquellos aspectos del ser humano que atañen a sus dimensiones psíquica y social, puesto que como Ferrer et al. indican, la relación de ayuda presupone una condición unificada de la persona (1).

Desde la perspectiva enfermera, la relación de ayuda que se establece entre enfermero y paciente se ha conceptualizado desde diferentes enfoques, sirvan como ejemplo de las diversas definiciones la aportada por Riopelle (citado por Cánovas) quien entiende por relación de ayuda un recurso al alcance del cliente para que este pueda encontrar una solución al problema que le atañe. Para esta autora la relación de ayuda *"puede tratarse por ejemplo, de favorecer al cliente hacia la progresión de su autonomía, llevarlo a considerar la existencia de forma más positiva, permitirle modificar su estilo de vida tomar una decisión importante, encontrar un sentido a su vida o conducirlo a aceptar una situación difícil que incluso puede no tener solución, como la fase final de una enfermedad"* (2). Para Bermejo, la relación de ayuda es *"un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar al otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento"* (3). En la definición aportada por Cibanal (4), una de las más utilizadas en la literatura, se entiende la relación de ayuda como *"un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores, el profesional, va a captar las necesidades del paciente, con el fin de ayudarlo a encontrar otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual"* (4).

Puede concluirse, por tanto, que aunque cada definición concibe la relación de ayuda de modo diferente (como un recurso al servicio del paciente, como la utilización de recursos relacionales o como

un intercambio entre dos personas), en lo que sí coinciden es en la finalidad de dicha relación de ayuda, puesto que todos los autores citados entienden que es un tipo de conducta propositiva que pretende mejorar la capacidad de afrontamiento de los sucesos adversos y acompañar a quien recibe la ayuda en este proceso.

En cualquier caso, en este texto se asumirá la definición aportada por Cibanal para conceptualizar la relación de ayuda, dado que ha sido la definición que han utilizado numerosos autores como marco de referencia (1,2,10-12). No obstante, y dado que la relación de ayuda supondrá el eje que pivotará el análisis de los documentos pero su definición no forma parte de los objetivos de esta revisión, en algún caso pueden atisvarse aspectos relacionados con el resto de las definiciones expuestas puesto que, como ya se ha apuntado, en esencia todas las definiciones de conducta de ayuda comparten esa finalidad de acompañamiento para el afrontamiento de la adversidad.

Desde un punto de vista teórico, la relación de ayuda también es entendida como una noción central para muchos modelos y teorías de enfermería, que utilizan la noción de ayuda para definir tanto el concepto de Persona como el de Enfermería del metaparadigma enfermero. Como algunos ejemplos de estos modelos y teorías podríamos citar los siguientes:

- Faye Glenn Abdellah, quien definió 21 problemas de enfermería o situaciones presentes a las que se enfrenta el paciente o su familia, en las que una enfermera puede prestar su ayuda. Abdellah (citado por Marriner) define Enfermería como una profesión de ayuda, y el concepto de Persona como alguien que tiene necesidades físicas, emocionales o sociológicas (5).
- Ida Jean Orlando (citado por Schmieding) afirma que es responsabilidad de la enfermera la identificación de las necesidades inmediatas de ayuda del paciente y la satisfacción de las mismas, bien directamente gracias a su acción, o de manera indirecta, solicitando ayuda a terceros. Orlando define la Enfermería como una profesión diferenciada que funciona con autonomía, y afirma que las enfermeras deben ayudar a aliviar el dolor físico o mental y no aumentarlo (6). Siguiendo la teoría de Orlando, Ernestine Wiedenbach formuló su filosofía de la enfermería centrándose en el arte de la enfermería y en las necesidades del paciente. Weidenbach (citado por Marriner) definió la enfermería como *"criar o cuidar a alguien de manera maternal"*. Para esta

autora, la enfermera debe identificar las necesidades de ayuda de los pacientes, administrar la ayuda necesaria y posteriormente comprobar si la necesidad de ayuda se ha satisfecho (5).

- Para Jean Watson, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. De acuerdo a esta autora (citado por Neil y Marriner) compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente, y la enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como para negativos (7).

La conducta de ayuda desde la perspectiva psicológica

En el ámbito de la psicología, la conducta de ayuda había sido objeto de escasas investigaciones durante la primera mitad del siglo XX, pero fue la ocurrencia de un dramático suceso, el asesinato de la joven Kitty Genovese el 13 de marzo de 1964, lo que incrementó de manera exponencial el interés por el estudio de la conducta de ayuda en las siguientes tres décadas (8).

Catherine (Kitty) Genovese regresaba a su apartamento en Nueva York a las 3 de la madrugada cuando fue apuñalada por un asaltante. Según relatan las crónicas de sucesos, Kitty gritó que la apuñalaban y estuvo tratando de escapar de su asaltante durante 35 minutos, mientras sus vecinos (las fuentes cifraban un total de 38 personas) miraban desde sus ventanas pero no hicieron nada para ayudarla. Según las fuentes documentales, no fue hasta 30 minutos después de comenzado el asalto, una vez que el asesino se había marchado, cuando alguien llamó a la policía. Poco después, Kitty murió. Si bien es cierto que recientemente Manning, Levine y Collins (citado por Gómez y Gaviria) argumentaron, a partir del análisis de los materiales de archivo, que no hay evidencias firmes de que fueran 38 las personas que presenciaron el asesinato ni de que todos ellos permanecieran inactivos, puesto que, de acuerdo a estos autores, no todos los testigos vieron el ataque (algunos solo lo oyeron); lo que resulta innegable es que el suceso conmocionó en su día a la sociedad estadounidense y despertó el interés de los psicólogos sociales en particular por el estudio de la conducta de ayuda durante las tres décadas siguientes a este suceso, centrándose las investigaciones posteriores a este asesinato en explorar el denominado efecto del espectador, que se define como un fenómeno del comportamiento social por el cual la tendencia a ayudar a los demás disminuye

cuantas más personas estén en la situación y aumenta el tiempo que transcurre hasta que alguno de ellos decide ayudar, y en identificar los motivos que predisponen a la conducta de ayuda (8).

Diferencia entre conducta de ayuda, conducta prosocial y conducta altruista

Por último, y antes de comenzar la exposición del tema, es necesario diferenciar la conducta de ayuda de la conducta prosocial y de la conducta altruista puesto que, aunque estos términos en muchos textos se utilizan indistintamente, existen ciertos matices diferenciales en sus definiciones (como indican Gómez y Gaviria) que hacen que no deban ser utilizados como sinónimos. De acuerdo a estos autores, la **conducta prosocial** se refiere a comportamientos que benefician a la sociedad en su conjunto, son conductas cuya realización favorecen el funcionamiento social, como por ejemplo el cumplimiento de las normas establecidas o el reciclaje de residuos.

La **conducta de ayuda** es un tipo de conducta más específica que la conducta prosocial, puesto que en el caso de la conducta de ayuda se satisfacen las necesidades exclusivamente de quien recibe la ayuda (8).

En el caso de la **conducta altruista**, el objetivo de esta también es el de satisfacer las necesidades de quien recibe la ayuda, y lo que la diferencia de la conducta de ayuda es su componente motivacional (9), puesto que la conducta altruista, como los propios Gómez y Gaviria indican, es definida como un tipo de conducta que se realiza sin la expectativa de recibir nada a cambio, tan solo por el hecho de aumentar el bienestar de quien o quienes la reciben (8); aseveración que, como Fuentes et al. indican genera discrepancias puesto que, como estos autores afirman, es imposible estar seguros de que quienes realizan la conducta no prevén beneficios posteriores externos o internos, como pueden ser recompensas materiales o el hecho de verse liberada de sentimientos de culpa (9).

Justificación

Sería interesante ahondar en las variables que favorecen e inhiben la conducta de ayuda y cómo estas variables inciden en los profesionales de enfermería para poder identificar cuáles de ellas pueden aparecer con más frecuencia en este colectivo profesional, llegando así a determinar componentes biográficos personales, familiares, profesionales y sociales que regulan la conducta de ayuda.

Además, el conocimiento de las amenazas que pueden aparecer en determinados perfiles profesionales, ayudaría a diseñar actividades formativas adecuadas y ajustadas al desarrollo de habilidades y competencias de afrontamiento entre los enfermeros. Esta formación podría ofertarse dentro de programas de prevención primaria, pues su objetivo sería el de evitar la aparición del síndrome de burnout y de otras patologías relacionadas en todo el colectivo enfermero, o como prevención terciaria, si se dirigiera a personas que ya han sido diagnosticadas con el fin de facilitarles las habilidades y destrezas necesarias para favorecer su reinserción laboral.

La determinación de los factores que regulan la conducta de ayuda prestada por enfermeros servirá también para favorecer el crecimiento profesional del enfermero quien, gracias al manejo adecuado de estas emociones, podrá proporcionar cuidados holísticos sin que ello suponga algún tipo de menoscabo en su propia salud.

OBJETIVOS

La presente revisión narrativa tiene por objetivos mostrar cuáles han sido identificadas como las principales variables intervinientes en la conducta de ayuda para después analizar cómo estos hallazgos pueden articularse dentro del ámbito enfermero, describiendo cuántas y cuáles de las variables identificadas pueden darse en nuestra disciplina.

Asimismo, se pretende conocer si los enfermeros somos debidamente preparados durante nuestra formación pregrado para afrontar el coste emocional que supone la prestación de ayuda profesional.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se ha diseñado una revisión narrativa, localizando aquellos artículos relacionados con la conducta de ayuda mediante la estrategia de búsqueda que se detalla en el **Anexo 1**.

A partir de los documentos encontrados que eran relevantes para el tema objeto de estudio, se ha analizado en primer lugar cuáles han sido identificadas como las principales variables intervinientes en la conducta de ayuda y cómo estos hallazgos pueden articularse dentro del ámbito enfermero, describiendo cuántas y cuáles de las variables identificadas pueden darse en nuestra disciplina y si somos preparados durante nuestra formación pregrado para afrontar esas variables.

RESULTADOS

Como ya se ha comentado, los estudios realizados por los psicólogos sociales acerca de la relación de ayuda tuvieron como propósito identificar los motivos que predisponen a la conducta de ayuda, encontrándose variables relacionadas tanto con la persona que presta la ayuda, como con la persona que la recibe y con factores situacionales que influyen en la aparición de la conducta de ayuda interpersonal (8). No obstante, los factores situacionales no serán objeto de esta revisión narrativa puesto que la conducta de ayuda se explorará en un contexto delimitado, que es la asistencia sanitaria.

Factores relacionados con la persona que presta la ayuda

Para explicar por qué ayudamos a otras personas se han propuesto tres mecanismos explicativos. Estos mecanismos suponen una combinación de factores de tipo emocional y cognitivo, altamente relacionados pero que, por claridad expositiva, pueden clasificarse como: mecanismos de aprendizaje, mecanismos debidos a normas sociales y personales, y mecanismos relacionados con la activación de quien presta la ayuda (8).

- La explicación basada en el aprendizaje propone las personas aprenden a ayudar por refuerzo y por procesos de modelado social. Según el principio del refuerzo, las conductas de ayuda son reforzadas o recompensadas y esto hace que su probabilidad de ocurrencia en el futuro aumente. Simplemente diciendo "gracias" cuando alguien nos ha prestado su ayuda, ya estamos aumentando la probabilidad de que esta persona vuelva a ayudar en el futuro, tanto a nosotros como a otras personas.

Desde el mecanismo de aprendizaje vicario o aprendizaje por modelado social, se propone que la simple observación de personas que ayudan a otras personas hará que el observador aprenda estas conductas (8).

- Otro de los mecanismos explicativos de la conducta de ayuda pone el énfasis en los valores morales y personales. Desde esta perspectiva, la conducta de ayuda se produce debido a ciertas normas que tenemos interiorizadas y que nos indican cuándo deberíamos ayudar a otra persona. Algunas de estas normas son: la responsabilidad social, según la cual debemos

ayudar a quienes dependen de nuestra ayuda; la reciprocidad, que indica que debemos ayudar a quienes nos ayudan (o nos han ayudado); o normas de justicia social como la equidad, que mantiene que si dos personas hacen una misma contribución deberían obtener la misma recompensa (así se explica por qué quienes reciben dinero mediante un juego, tienden a repartir parte de ese dinero). También desde este enfoque se explicaría la conducta de ayuda para mantener una imagen positiva de uno mismo o para alcanzar los propios ideales, puesto que actuar contra los criterios y valores personales produce una sensación de malestar y una activación emocional desagradable que tendemos a evitar (8).

- Por último, y enlazando con estas últimas afirmaciones, también se ha explicado por qué ayudamos a partir de mecanismos de activación y emoción. Esta perspectiva pone el énfasis en los aspectos emocionales de la conducta de ayuda, y de acuerdo a ella, las personas se activan ante el malestar de los demás, y la conducta de ayuda se produce para bien reducir el propio malestar, produciéndose entonces una motivación egoísta; o bien por una preocupación empática, es decir, quien presta la ayuda se pone en el lugar del otro y quiere aliviar su malestar, lo que se ha denominado motivación altruista (8). Por ello, la empatía o capacidad de inferir los pensamientos y sentimientos de otros es considerada una habilidad social clave en la prestación de ayuda. De hecho, el estudio realizado por Batson, Chang, Orr y Rowland (citado por Gómez y Gaviria) mostró que la inducción experimental de empatía favorecía la aparición de conductas de ayuda (8). Además, como otros autores apuntan, se ha observado que no solo existe una relación directa entre empatía, conducta de ayuda y conducta prosocial; sino que también existe una relación inversa entre empatía y agresividad, pues parece que la habilidad para controlar las emociones (el autocontrol) juega un papel fundamental en la conducta de ayuda (13).

Sin embargo, si la activación fisiológica es interpretada por el sujeto como emociones de ira o desprecio, la conducta resultante será la de no ayudar. Por tanto, desde esta perspectiva, será la interpretación que se haga de la activación fisiológica que produce el malestar observado la que determinará que se produzca o no la conducta de ayuda (8).

Los psicólogos también estudiaron si ayudan más las mujeres o los hombres, obteniendo como resultado que no existen diferencias debidas al sexo, sino

al rol social, es decir, a la función que la persona desempeña independientemente de si es hombre o mujer; y al tipo de ayuda, concluyendo un meta-análisis que hay una mayor probabilidad de que los hombres ayuden y que las mujeres reciban ayuda en situaciones peligrosas. No obstante, si enfrentarse a una situación peligrosa y/o de emergencia forma parte del desempeño de su profesión, como es el caso de policías, bomberos o médicos, no debería haber diferencias en la tendencia a ayudar debidas al sexo (14). Sí parece, en cambio, existir una mayor disposición entre las mujeres para elegir profesiones vinculadas a la relación de ayuda, tales como Magisterio, Enfermería, Medicina, Asistencia Social, Psicología, o los trabajos que se realizan en organizaciones no gubernamentales (15). Valcarce enumera varios motivos para explicar este hecho, a saber: las niñas internalizan tempranamente la capacidad de empatía en situaciones de desamparo, porque interioriza este mensaje que proviene de su madre; las mujeres tienen en general mayor capacidad para internalizar los sentimientos de la propia infancia, lo que supone, según esta autora, mayor capacidad para vivenciar de nuevo objetos y relaciones humanas con funciones de consuelo y de atención en situaciones de desamparo y temor; y que las mujeres tendrían una mayor conciencia y aceptación de la muerte, lo que las impulsaría a *"ayudar y amparar"* (15). Además, en el caso de la disciplina enfermera, existe otra variable que puede reforzar aún más la elección preferente por parte de las mujeres hacia este campo del saber, ya que, como Antonín et al. apuntan *"el vínculo entre la mujer y los cuidados ha sido históricamente asumido como algo natural y raramente cuestionado"* (16).

Factores relacionados con la persona que recibe la ayuda

También las características de la persona que recibe la ayuda influyen en la realización de la conducta de ayuda, identificándose ciertas variables como el atractivo físico, la semejanza con quien recibe la ayuda o a quienes juzgamos merecedores de nuestra ayuda, concluyéndose que ayudamos más a personas atractivas físicamente y a personas semejantes a nosotros, es decir, a personas con las que tenemos algo en común. Sin embargo, la semejanza puede elicitar una desagradable sensación de amenaza si el parecido con la otra persona es demasiado alto, puesto que el observador puede pensar que es posible que él mismo se encuentre alguna vez en una situación similar. En este caso, se produciría una atribución defensiva del yo y

tenderemos a diferenciarnos de la otra persona distorsionando, si es necesario, nuestra percepción sobre ella, para así disminuir la amenaza que supone su similitud con quien la observa. Incluso puede que culpabilicemos a la propia víctima de lo que le sucede, proceso que se conoce como atribución de responsabilidad a la víctima, y con ello además será menos probable que le prestemos ayuda. Por tanto, podríamos decir que la semejanza puede tener un efecto paradójico, propiciando la conducta de ayuda cuando sentimos que pertenecemos a un mismo grupo o categoría social, pero si existe una alta semejanza, puede tener un efecto inhibitor de la conducta de ayuda por la existencia de sesgos protectores del yo (8).

Otro factor que incide en la probabilidad de que ayudemos es el juicio que hagamos sobre si la persona merece o no que le prestemos nuestra ayuda, y por ello, como hallaron Piliavin, Rodin y Piliavin (citado por Gómez y Gaviria), es más probable ayudar a una persona que parece enferma que a otra que parece drogada. De manera general, es más probable

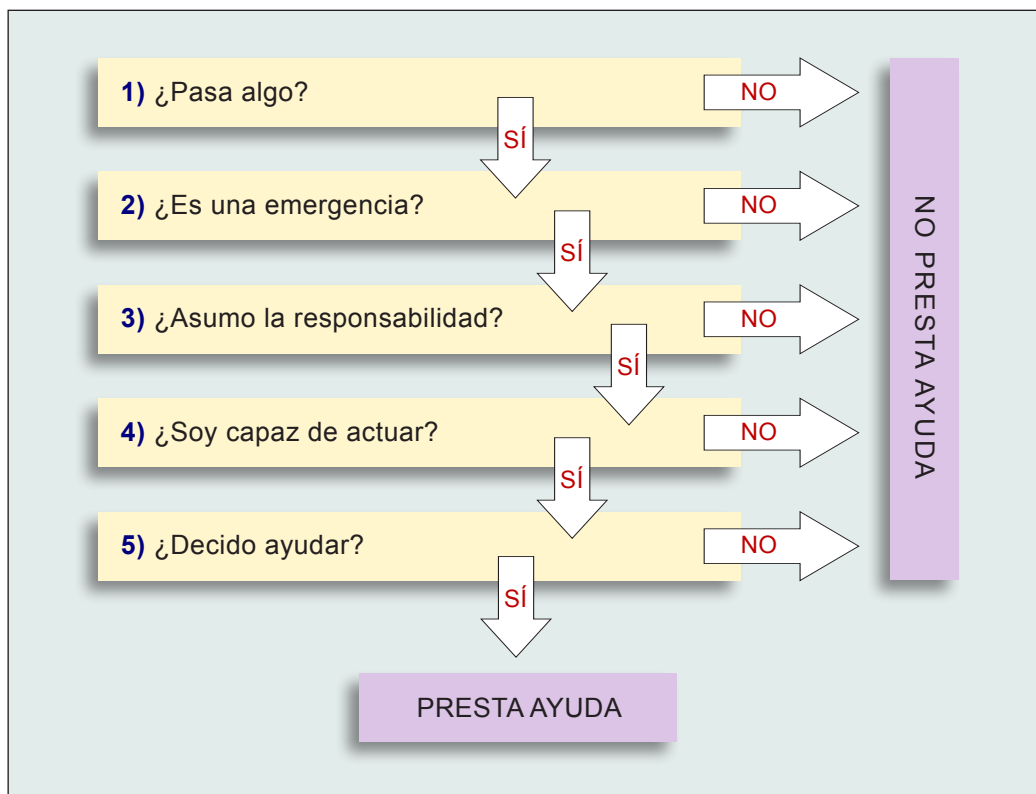
ayudar a alguien si creemos que el problema que tiene está fuera de su control que si pensamos que es responsable de la situación en la que se encuentra, puesto que, como indican Gómez y Gaviria será más fácil que empaticemos con quien no creemos que sea responsable de su problema (8).

Modelo explicativo de la relación de ayuda

Lantané y Darley (citado por Gómez y Gaviria), tras identificar y conceptualizar el efecto del espectador, elaboraron en 1970 un modelo explicativo sobre los pasos que llevan (o no) a realizar la conducta de ayuda en situaciones de emergencia (**Figura 1**) que, de manera sucinta, se expone a continuación (8):

- 1) El primer paso es darse cuenta que algo extraño está pasando, debemos prestar atención a la situación e identificar que algo anormal está sucediendo.

Figura 1. Esquema del modelo explicativo de prestación de ayuda.
(Fuente: Elaboración propia).



- 2) Seguidamente la persona se planteará si la situación es una emergencia. Si la situación es ambigua, es decir, si el sujeto no tiene claro si realmente se trata de una emergencia o no, la valoración que haga de la situación dependerá en gran medida de cómo actúan las personas semejantes a él en esa situación. Si algunas personas actúan asumiendo que la situación es una emergencia, el individuo actuará como lo hacen estas personas (aun cuando no todas las personas la interpreten así), fundamentalmente por el "qué dirán". Sin embargo, el temor a sentirse ridículo por interpretar como una emergencia una situación que realmente no lo es, hará que el sujeto no actúe si la mayoría de sus semejantes no lo hace (aunque estén equivocados y sí que se trate de una emergencia). Al sesgo por no actuar debido a una interpretación errónea por parte de la mayoría de las personas que se encuentran en una situación de emergencia, Lantán y Darley lo denominaron ignorancia pluralista.
- 3) Una vez identificada la situación como una emergencia, la persona se plantea si asume la responsabilidad de actuar o no. También el hecho de que haya otras personas que pueden ayudar produce un efecto de difusión de responsabilidad, ya que en ocasiones el sujeto puede entender que debe ser otra persona (habitualmente quien tiene el rol de líder) quien debe ayudar. Si la persona no asume la responsabilidad de actuar o piensa que deben ser otros quienes lo hagan, no realizará conducta de ayuda alguna.
- 4) Si la persona sí asume la responsabilidad de actuar, la siguiente pregunta que se hará será si se considera capaz de ayudar. Si no se cree capaz o no sabe cómo hacerlo, tampoco ayudará.
- 5) Por último, la persona debe tomar la decisión de ayudar, que dependerá, fundamentalmente, de las consecuencias que ayudar o no pueda tener.

Presencia e influencia de estos factores relacionados con la prestación de ayuda en el ámbito enfermero

Estas variables identificadas por los psicólogos que afectan a la conducta de ayuda pueden ser uno de los aspectos que incidan directamente en el agotamiento del cuidador, que recordemos, es uno de los componentes que pueden favorecer la aparición del síndrome de burnout, uno de los principales costes que el proceso de cuidar conlleva y que es causa

de baja laboral e incluso abandono de la profesión en el colectivo enfermero, y que puede suceder si el profesional se ve sobrepasado (11).

Otra alteración asociada a el cuidado de personas que padecen sufrimiento emocional es el de desgaste por empatía¹, también denominado estrés traumático secundario o traumatización vicaria, y que se define como el malestar sufrido por profesionales o trabajadores que deben manejar situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes a nivel secundario, ya que quien que presta ayuda, al escuchar la narrativa de sucesos traumáticos e imaginar lo que el otro ha sufrido, sufre traumas vicariantes (17).

Según Acinas, el desgaste por empatía se diferencia del síndrome de burnout en que este último origina una gran insatisfacción con el trabajo realizado y constituye un agotamiento en todos los niveles del yo interior. Además, el síndrome de burnout es un proceso más progresivo que el desgaste emocional y, mientras que el desgaste emocional origina sentimientos de indefensión, el burnout es resultado de la extenuación emocional (17).

En los inicios de la práctica profesional, los enfermeros son más vulnerables a la identificación con el sujeto que recibe la ayuda, lo que puede generar en ellos una tendencia a inhibir la conducta de ayuda debida a la semejanza (por ejemplo con algún conocido o familiar). De este modo, atender a una persona que por su patología o por otros motivos evoca una experiencia personal o familiar, puede llevar al enfermero a crear una mayor distancia con ese paciente/cliente y, por ello, la asistencia que preste a esa persona será peor. Es habitual, por ejemplo, que enfermeros que tienen hijos pequeños manifiesten que se sienten incapaces de trabajar en un servicio de oncología pediátrica o que quienes han tenido a un familiar con algún tipo de demencia, afirmen que no podrían trabajar atendiendo a este tipo de pacientes. Este hecho puede ser explicado también por la mayor predisposición a padecer desgaste por empatía entre los trabajadores que han experimentado algún evento traumatizante en sus vidas y por quienes trabajan con niños, ya que, según indica Acinas, tanto la existencia de traumas no resueltos por parte del trabajador, como la mayor afectación

1 El término desgaste por empatía corresponde a la traducción del término inglés *compassion fatigue*, que define y representa mejor el significado de este fenómeno que su traducción española pues, como Acinas apunta, el término inglés *compassion* alude a "un sentimiento profundo de empatía y pena por otro que sufre, acompañado de un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas" (17).

por el sufrimiento infantil, favorecen la aparición de esta patología (17). En esta línea, Acinas afirma que en función de la edad del trabajador, este desarrolla estrategias de afrontamiento más eficaces y niveladas, que las personas casadas experimentan menos desgaste por el apoyo emocional que reciben, y que la antigüedad en el puesto y la profesión también se asocian a más estrategias de afrontamiento (17).

También dentro del ámbito del cuidado, el juicio sobre dónde se sitúa el locus de control de la enfermedad que padece el paciente puede influir en la aparición de un mayor desgaste e implicación emocional por parte de la enfermera. Ya se ha explicado que el juicio que la persona haga sobre si quien es el potencial receptor de nuestra ayuda se la merece o no, influye en la posibilidad de ayudar, y también es cierto que en el caso de ciertas patologías, como las degenerativas, se asume que el paciente no ha podido controlar su aparición (locus de control externo), pero en otras, como las drogodependencias, sí se percibe habitualmente un cierto grado de control del paciente sobre la aparición de la enfermedad, como si el paciente hubiese propiciado o, cuando menos, no hubiese evitado su aparición (locus de control interno), por tanto, esto podría explicar por qué trabajar en ciertos servicios, como servicios de oncología conlleva un mayor desgaste emocional.

Por tanto si bien es cierto que, como ya se ha explicado, a medida que el profesional va adquiriendo experiencia clínica, la influencia de los aspectos biográficos personales o familiares es menor, pues se van adquiriendo las habilidades necesarias para separar los contextos personales y laborales; también lo es que este aprendizaje, que se realiza ya fuera del ámbito académico, se hace habitualmente de manera informal, a partir de la introspección que realiza el propio enfermero y, en ocasiones, tras un importante desgaste personal, que incluso puede derivar en la aparición del citado síndrome de burnout. Habitualmente, son los propios enfermeros quienes desarrollan sus propias estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, que pueden ser más o menos adecuadas y que, como Acinas afirma, en caso de no serlo pueden resultar nocivas para la propia salud del trabajador (17).

Durante la formación de pregrado, los futuros enfermeros son formados en la relación de ayuda y adquieren e interiorizan habilidades, actitudes, comportamientos y valores como consecuencia del proceso de socialización que se desarrolla durante las prácticas clínicas (5). En concreto, el Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería (18) establece, dentro de las competencias que los estudiantes de

enfermería deben adquirir, algunas como: la "*capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes*"; la "*capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad*" e indica como ejemplos de ello "*dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente*"; la "*capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente*"; o la "*capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión*". Resulta obvio, a la vista de estas competencias exigibles a la futura enfermera, que la atención en el sufrimiento y la prestación de ayuda se plantea como uno de los ejes fundamentales en el desempeño enfermero, pero sin embargo, durante la formación de pregrado no se incide en la formación sobre estrategias de afrontamiento para el manejo de estas situaciones estresantes.

Durante la formación pregrado, los estudiantes son orientados sobre el manejo de la empatía, dada la numerosa bibliografía que apunta hacia la empatía como uno de los principales factores moduladores de la prestación de ayuda (8,9,12,19,20). Sin embargo, parece necesario manejar otro tipo de emociones y cogniciones y no solo la capacidad empática para evitar la aparición de sentimientos y pensamientos aversivos entre los profesionales de enfermería, y esta formación debería prolongarse más allá del pregrado. De hecho, un estudio realizado por Blanco Daza en una muestra de estudiantes de enfermería a quienes se administró el cuestionario de estresores KEZKAK mostró que los estresores que obtenían mayor puntuación eran aquellos relacionados con la falta de competencia, la impotencia y la incertidumbre. En el citado estudio, los ítems que obtenían mayores puntuaciones eran aquellos relacionados con hacer daño físico o psicológico al paciente, cometer errores, y los relacionados con no saber cómo actuar o recibir órdenes contradictorias (21). Estos resultados son coherentes con el modelo de prestación de ayuda desarrollado por Lantané y Darley, ya que los alumnos de enfermería pueden no sentirse capaces valorar si la situación es o no una emergencia, siendo necesario que sean otras personas (los enfermeros) quienes realizan esta valoración o incluso, pueden no asumir la responsabilidad de actuar, delegándola en los enfermeros, similar al efecto de difusión de responsabilidad. También puede suceder que los estudiantes no se sientan capaces de actuar, originándose por ello, sensación de impotencia. Además,

en este mismo estudio (21), las puntuaciones obtenidas eran superiores en las unidades de hospitalización que las obtenidas en cuidados intensivos, quizás porque habitualmente en cuidados intensivos es más difícil que el alumno se sienta solo o porque entienda que donde debe manejarse de manera más autónoma es en las unidades de hospitalización, al tratarse de pacientes que no se encuentran en estado crítico o porque será donde, con mayor probabilidad, ejercerá su labor profesional una vez egresado.

En este sentido, Morales apunta la necesidad de formar a los futuros enfermeros en experiencias clínicas, con escenarios y pacientes reales, supervisados por profesionales que les provean retroalimentación y les inciten a la reflexión. De acuerdo a este autor, es preciso promover el aprendizaje reflexivo o la discusión de casos clínicos que favorezcan el pensamiento crítico de los estudiantes, en línea con el modelo formativo propuesto por el Espacio Europeo de Educación Superior que se orienta hacia la adquisición de competencias, que, citando a Morales, transita desde la vieja perspectiva de *"esperar a que surjan escenarios de aprendizaje"* a un modelo en el que *"se buscan situaciones y oportunidades para ello"* (22).

Parece, por tanto, necesario realizar formación en habilidades de afrontamiento eficaces en función de los requerimientos de cada persona, realizando talleres adaptados al nivel de afrontamiento en el que se encuentren los discentes en función de su edad, años de ejercicio profesional y habilidades personales. Acinas apunta la necesidad de facilitar recursos a los trabajadores para hacer frente a las dificultades y el manejo de habilidades y control de las emociones. Esta autora propone realizar entrenamiento en técnicas reductoras de ansiedad, estrategias de autorregulación cognitiva y de solución de problemas y comunicación asertiva. También apunta la necesidad de utilizar el humor para combatir el malestar laboral y la psicoeducación y el fomento de la resiliencia como aspectos clave para la salud mental del trabajador (17). Sin embargo, Acinas propone estas intervenciones centrándose en el ámbito de las unidades de cuidados paliativos, y por tanto, sería interesante valorar la necesidad de modificar o adaptar algunas de ellas a otros ámbitos donde los enfermeros ejercen su labor.

CONCLUSIONES

La conducta de ayuda prestada en el ámbito enfermero ha sido objeto de diferentes aproximaciones realizadas por diversos autores que, sin embargo, coinciden al considerarla como un elemento

clave para la prestación de cuidados humanizados. Se han identificado algunos factores que influyen en la aparición de la conducta de ayuda, y muchos de ellos aparecen en el ámbito enfermero. Además, el hecho de que enfermería sea una disciplina mayoritariamente femenina, con un gran componente vocacional incide en la aparición de estos factores y en cómo dichos factores afectan a quien presta cuidados, puesto que las mujeres experimentan en mayor medida la internalización de sentimientos relacionados con la muerte o el desamparo.

Además, se ha evidenciado que ayudar a personas que sufren conlleva un desgaste para quien presta la ayuda. Por ello, los enfermeros son un colectivo especialmente vulnerable a sufrir desgaste por empatía si no se utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas, estrategias que habitualmente son desarrolladas por los propios enfermeros tras un ejercicio introspectivo realizado por el propio profesional, y en muchas ocasiones, tras un importante desgaste emocional.

Resultaría, por tanto, interesante proporcionar a los enfermeros estrategias de afrontamiento adecuadas y adaptadas tanto al ámbito en el que realizan su labor, como a los requerimientos de cada persona, para así favorecer el crecimiento profesional del enfermero quien, gracias al manejo adecuado de estas emociones, será capaz de proporcionar cuidados holísticos sin que ello suponga algún tipo de menoscabo en su propia salud. Resulta importante, por ello, realizar abordajes integrales con los estudiantes en prácticas para que puedan expresar y gestionar sus emociones, y tener un mejor afrontamiento.

Por tanto, y por la importancia que este aprendizaje tiene, no debe circunscribirse a la formación pregrado. La formación en estas estrategias de afrontamiento debería tener continuidad durante la etapa profesional, cuando el enfermero puede verse expuesto a diferentes factores en función de la unidad donde trabaje o del tipo de paciente que atienda, y por ello, la formación debe ser continua y adaptada al contexto donde se prestan los cuidados.

AGRADECIMIENTOS

A Ángel, mi marido, por su constante apoyo y por ayudarme a cumplir mis inquietudes sin perder esa sonrisa que le caracteriza.

A mi tutora, Raquel, por su tiempo y dedicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Pardalavia A, García Sampedro R, Barreiro Bello JM. El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. *Cul cuid.* 2003 Ene-Jun;7(13):52-62
2. Cánovas Tomás MA. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Universidad de Murcia; 2008. p.66
3. Bermejo Higuera JC. Salir de la noche: por una enfermería humanizada. Bilbao: Sal Terrae; 1999. p.69
4. Cibanal Juan L, Arce MC. La relación enfermera-paciente. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009. p.104
5. Marriner Tomey A. Teorías de la enfermería de importancia histórica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier España; 2007.p.54-63
6. Schmieding NJ. Ida Jean Orlando. Teoría del proceso de enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier España; 2007.p.431-447
7. Neil RM, Marriner Tomey A. Jean Watson. Filosofía y ciencia del cuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier España; 2007. p.91-105
8. Gómez Jiménez A, Gaviria Stewart E. Conducta de ayuda. En: Gaviria Stewart E, Cuadrado Guirado I, López Sáez M (Coords). Introducción a la Psicología Social. Madrid: Sanz y Torres; 2010. p.285-317
9. Fuentes MJ, López F, Etxebarria I, Ledesma AR, Ortiz MJ, Apocada P. Empatía, Role-taking y concepto de ser humano, como factores asociados a la conducta prosocial/altruista. *Infanc. Aprendiz.* 1993 Ene-Dic;17(61):73-88
10. Gabaldón Bravo EM, Cibanal Juan L, Pérez Cañaveras RM, Vizcaya Moreno MF, Domínguez Santamaría JM, Lillo Crespo M, et al. Integración de la herramienta del campus virtual como apoyo a la relación de ayuda en las prácticas clínicas de la diplomatura de enfermería. Universidad de Alicante; 2007.
11. Cibanal L, Siles J, Arce MC, Domínguez JM, Vizcaya F, Gabaldón E. La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cul cuid.* 2001 Ene-Jun;5(10):88-99
12. Noreña Peña AL, Alcaraz Moreno N, Amador Fierros G, Ramos Sánchez FJ. La relación de ayuda en el campo de la enseñanza-aprendizaje. *Cul cuid.* 2013 Ene-Abr;7(35):106-114
13. Gutiérrez Sanmartín M, Escartí Carbonell A, Pascual Baños C. *Psicothema.* 2011 Ene-Mar;23(1):13-19
14. Eagly AH, Crowley M. Gender and helping behavior: a meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychol. Bull.* 1986 May-Jun;100(3):283-308
15. Valcarce M. Las mujeres y las llamadas "profesiones de ayuda". *Clínica e investigación relacional.* 2009 Oct;3(3):709-714
16. Antonín Martín M, Flor Pérez P, Tomás Sabado J. Mujer y cuidados: ¿historia de una relación natural? *Cul cuid.* 2003 Ene-Jun;7(13):36-39
17. Acinas MP. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia.* 2012 Jun;2(4):1-22
18. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería. Madrid: ANECA; 2004. p. 84-86
19. Mestre Escrivá MV, Samper García P, Frías Navarro MD. Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema.* 2002 Abr-Jun;14(2):227-232
20. Nuñez del Castillo M, Siles González J, Jurado Moyano JL. Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica. *Cul cuid.* 2008 Ene-Jun;12(23):27-34
21. Blanco Daza M. Influencia del tipo de rotación en el estrés de los alumnos de enfermería. *Evidentia.* 2013 Abr-Jun;10(42)[aprox. 9 p.] Citado 20 dic 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4201.php>
22. Morales Asencio JM. La competencia clínica en estudiantes de grado en enfermería. *Evidentia.* 2013 Jul-Sep;10(43)[aprox. 3 p.]. Citado 23 ene 2014. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n43/ev4300.php>

ANEXO 1

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la estrategia de búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores y palabras clave en las siguientes bases de datos y directorios:

- **CUIDEN:** se realizó búsqueda utilizando las siguientes palabras clave y el operador booleano AND: *conducta de ayuda* AND *enfermería*, obteniéndose 0 registros, se repite la búsqueda con los términos *ayuda* AND *enfermería* obteniéndose de nuevo 0 registros. Al buscar por *ayuda* AND *enfermería* se obtienen 296, por eso, ante la imposibilidad de consultar su índice se realiza una búsqueda de nivel avanzado, filtrando los artículos por tipo (solo originales). No obteniendo ningún registro. Elimino el término *enfermería* y mantengo el filtro del tipo de artículo, y obtengo 15 registros. De ellos, 11 son desechados con la lectura del título, y el resto, al leer el resumen.
- **IME:** se realiza una búsqueda simple utilizando las palabras clave *ayuda* AND *enfermería* en todos los sumarios, obteniéndose los siguientes resultados:

En el de Sumarios ISOC - Ciencias Sociales y Humanidades, se obtienen 14 registros, pero con tras la lectura del título se selecciona solo uno y se desestiman el resto.

En el de Sumarios Biomedicina se obtienen 2 registros, de los que uno es seleccionado.
- **Biblioteca Virtual de Salud:** se realiza una búsqueda avanzada utilizando los descriptores del índice *ayuda* AND *Relacionamiento*, obteniéndose 5 resultados que no son válidos. Se cambia el descriptor *Relacionamiento* por *Enfermería* y se combina con el booleano AND. Se obtienen 178 registros. Se seleccionan 12.
- **Dialnet:** se realizó una búsqueda utilizando las siguientes palabras clave *conducta de ayuda* AND *enfermería*. Se obtuvieron un total de 6 artículos, solo 2 de ellos trataban sobre la relación de ayuda (tema de interés para esta revisión narrativa), puesto que los 4 restantes aludían a aspectos más relacionados con la atención a diferentes tipos de pacientes. Tras leer el resumen de estos dos artículos, finalmente se seleccionó solo uno de ellos.
- **Scielo España:** se realiza una búsqueda utilizando los descriptores del índice *Conducta* AND *Ayuda*, al no haber otro descriptor más adecuado. Se localizan 3 artículos, que se desechan.
- **Biblioteca Cochrane Library Plus:** se realizó una búsqueda utilizando el descriptor *Helping Behavior* del MESH, en cualquier parte. Se encuentran 54 resultados, todos ellos ensayos clínicos. Se seleccionan 3 por ser adecuados para la temática de esta revisión.
- **PubMed:** se realiza una búsqueda con los descriptores "Helping Behavior"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]. Se obtienen 578 registros. Se filtra por momento de publicación, dejando solo los de los últimos 10 años y por la posibilidad de descarga gratuita del artículo a texto completo, quedando 6 resultados. Ninguno de ellos se ajusta a la temática de esta revisión.

Más adelante, se realiza de nuevo otra búsqueda en PubMed con los siguientes descriptores "Helping Behavior"[Majr] AND "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh], tras la que no se obtiene ningún resultado.
- **Medes:** se realiza una búsqueda con los criterios (conducta[palabras_clave] OR conducta[resumen] OR conducta[título]) AND (ayuda[palabras_clave] OR ayuda[resumen] OR ayuda[título]) AND (enfermería[palabras_clave] OR enfermería[resumen] OR enfermería[título]), se localiza un artículo útil que ya había sido localizado.

- **OAIster:** se realiza una búsqueda avanzada utilizando los términos "Helping Behavior" AND "Nursing", filtrando solo aquellos registros que sean artículos. Se obtienen 34 resultados. De ellos, 3 artículos son desechados por el idioma (alemán y dos en japonés), del resto de artículos, en castellano e inglés, 33 son desechados por la temática tras la lectura del título y/o el resumen. El único artículo válido ya había sido localizado anteriormente. Se repite la búsqueda en castellano "Relación de ayuda" AND "Enfermería", obteniéndose 42 resultados. De ellos 1 ya había aparecido en la búsqueda anterior, y otros 4 aparecen repetidos. Finalmente, 11 registros son seleccionados.
- **Google Académico:** se realiza una búsqueda avanzada con el término exacto "conducta de ayuda" AND enfermería. Se localizan 65 resultados. Se seleccionan 4 por no haber sido localizado anteriormente y ser de interés para esta revisión.
- Dos artículos, que finalmente resultaron de interés para esta revisión, fueron identificados a través del notificador de CUIDEN plus y solicitados a la responsable de la biblioteca del Colegio de Enfermería de Madrid, quien me los hizo llegar por correo electrónico.

Otro artículo de los que se ha utilizado me fue facilitado por mi tutora, así como el Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería, que también ha sido útil para la elaboración de esta revisión.

Otros documentos fueron seleccionados a partir de los artículos localizados o por conocimiento del autor de su existencia.

Esta información se sintetiza en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Esquema resumen de la estrategia de búsqueda utilizada.

Bases de datos y otros recursos	Descriptorios y booleanos	Registros localizados	Registros seleccionados
CUIDEN	ayuda Filtro: artículo original	15	0
IME	ayuda AND enfermería	16	2
Biblioteca virtual de salud	ayuda AND enfermería	178	2
Dialnet	conducta de ayuda AND enfermería	6	2
Scielo España	conducta AND ayuda	3	0
Biblioteca Cochrane Library Plus	Helping Behavior	54	3
PubMed	"Helping Behavior"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] Filtros: últimos 10 años y libres a texto completo	6	0
Medes	(conducta[palabras_clave] OR conducta[resumen] OR conducta[título]) AND (ayuda[palabras_clave] OR ayuda[resumen] OR ayuda[título]) AND (enfermería[palabras_clave] OR enfermería[resumen] OR enfermería[título])	1	0
OAIster	relación de ayuda AND enfermería	14	11
Google Académico	"conducta de ayuda" AND enfermería	65	4