

Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados

FANNY RINCÓN OSORIO*

Resumen

El artículo comienza con una situación hipotética pero que se puede dar en la realidad y sobre todo puede ser muy común en cualquier servicio de salud, sobre todo en unidades en donde es más frecuente el riesgo de muerte o de dolor de las personas que denominamos "pacientes" y sus familias. La escena tiene importantes componentes humanos, éticos y conceptuales, además de algunos aspectos de la cotidianidad que es necesario evaluar y replantear. Para enfermería, confluyen aquí, entre otros, dos aspectos relevantes: la complejidad de la práctica del cuidado y el cuidado de quienes cuidan. El cuidado del cuidador surge como una condición sin la cual no es posible el cuidado del otro. Aparece entonces la necesidad de pensar en las enfermeras como sujetos de cuidado, porque el concepto de estado de salud debe ser aplicado y pertinente a todos los sujetos que participan en los actos de cuidado. Con base en la historia narrada, se establecen consideraciones que tienen que ver con la parte emocional, con factores de estrés, con el grado de percepción de la situación donde hay dolor y tristeza por parte del familiar del paciente. Todas estas consideraciones se evalúan desde el punto de vista del acto de cuidado. Hay que tener presente que en el ambiente de servicios de alta complejidad, es común tener la oportunidad de compartir diversas situaciones de alta carga emocional con los pacientes y sus familias: duelo, sufrimiento, impotencia, riesgo de contagio; además, las condiciones de intimidad en los cuales se llevan a cabo un gran número de procedimientos, generan acercamientos solidarios que se afianzan afectivamente entre el trabajador, el paciente y la familia y, esto necesariamente genera una serie de respuestas en los cuidadores directos, principalmente, vale decir, de las enfermeras.

Palabras clave: estrés, Burnout, respuesta emocional, relación enfermera-paciente.

Abstract

The article starts with a hypothetical situation but such situation may be a reality and above all it may be very common at any health care center, especially in units where the risk of death is most frequent or where there is pain among those so called "patients" and their families. The scenario has important human, ethical and conceptual components, among other aspects of daily life that are necessary to evaluate and rethink. For the nursing profession, here, among others, two relevant aspects come together: the complexity of the practice of care and the care of those who provide it. Caring for the care provider rises as a condition without which it is not possible to properly care for the patient. Thus the need to think of nurses as subjects of care arises because the concept of a healthy condition must be applied and pertinent to all those subject to the participation in the act of providing care. Based on the hypothetical story told, considerations are included that deal with the emotional sides, with factors such as stress, with the degree of perception of the situation where there is pain and sadness in the care provider who could be a family member. All these considerations are evaluated from the perspective of the act of providing care. One must have present that the in an atmosphere of providing high complexity services it is common to have the opportunity to share diverse situations of high emotional stress with patients and their families: mourning, suffering, impotence, risk of contagious transmission; besides, the conditions of intimacy with which many of the procedures are provided, generate closeness and solidarity that reaffirm ones affection between the worker, the patient and the family and, this necessarily generates a series of responses by the direct care providers; mainly, referring to the nurses.

Key words: stress, Burnout, emotional response, patient nurse relation.

* Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. farinco@unal.edu.co

Recibido: 20/07/2005 Aprobado: 19/08/2005

UN POSIBLE ESCENARIO

A media mañana se encuentran de 25 personas en la sala de espera de una unidad de cuidados intensivos, con la expectativa de escuchar noticias acerca de la evolución de su familiar y amigo; algunos parecen estar tranquilos, otros se comportan inquietos; llaman repetidas veces por el celular, dan informes, solicitan informes; otros se retiran por periodos de tiempo a la capilla y salen pronto, para evitar perder cualquier información. Un niño de unos cinco años juega con sus carritos en su escenario imaginario, muy cerca del escritorio donde se encuentra una secretaria joven, encargada de transmitir información y organizar la entrada de las visitas; su nombre es Sandra.

En este momento Sandra recibe una llamada y dice en voz alta: "Se solicita a la familia de don Jorge Mayorga, en la Unidad de Cuidados Intensivos". Se acerca una mujer apurada y nerviosa, de unos 75 años: "Yo soy la esposa, señorita: ¿qué pasó?, ¿sigue muy malo su corazón?". Sandra le señala que debe subir y hablar con la jefe Patricia acerca de su esposo. Doña Carmen (este es su nombre) va cambiando rápidamente su expresión y le pregunta con voz temblorosa: "¿qué le ha pasado?". Sandra le dice: "Suba, señora, por favor, que allá le informan", pero a su vez se tensa y toma el teléfono para hacer una supuesta llamada; doña Carmen ya no la va a escuchar.

Doña Carmen entra a la Unidad de Cuidados Intensivos ya no por la puerta de la visita, pues sabe que debe escuchar algo antes de querer acercarse al cubículo 11; allí, en medio de los múltiples sonidos, voces y movimiento de mucho personal, está la Jefe Patricia que la espera en la mitad del corredor y le extiende la mano para llevarla hasta una oficina; su rostro refleja la gravedad de la situación y le pregunta: ¿Usted es la esposa de don Jorge?, ¿cómo es su nombre?, doña Carmen asiente y se presenta desalentada y llorando; "Dígame qué pasó..." Patricia le dice: doña Carmen, don Jorge está muy delicado: hoy hemos estado trabajando mucho para compensar su corazón, pero ha sido muy difícil; el médico hablará con usted en unos minutos, para

comentarle más detalles, pero queremos que sepa que el se encuentra muy mal a pesar de que se le han realizado los tratamientos más adecuados y ha tenido toda la atención del equipo de personas que trabajamos aquí; yo creo que él quiere que usted esté aquí; cuando entre, le toma la mano y le habla...creo que es importante para él...".

Entre llantos, la señora Carmen le dice: "Ahora sí que me quedé sola, porque no somos sino el viejo y yo....no tuvimos hijos y yo no tengo familiadígame para qué vivir así..?" Patricia le coloca la mano en la espalda, y la acompaña unos minutos más. Alcanza a sentir el dolor que experimenta la mujer y piensa en sus padres, allá lejos en el pueblo; piensa en su madre, que también se quedó sola, pues cuando se murió el viejo, todos los hijos ya vivían en la ciudad. Cómo habrá sufrido la soledad.....

De pronto aparecen un grupo de enfermeras y médicos hablando alto y riendo, con sus radiografías, sus chistes y sus papeles; miran o parecen ver a doña Carmen y le dicen a Patricia: "Bueno Patricia, necesitamos la oficina...". "Sí, ya vamos a salir...". Rosaura, otra enfermera añade: Pero antes que nada comentemos el partido de ayer.....qué fracaso con el técnico!!". Patricia la mira con ira contenida, tira el kardex sobre la mesa y sale con doña Carmen....

Uno de ellos dice: "¿y ese histerismo? Si no puede trabajar aquí, pues que la saquen!"

UN BREVE ANÁLISIS

La anterior es una situación común en cualquier servicio de salud, pero se resalta en unidades en donde es más frecuente el riesgo de muerte o de dolor de las personas que llamamos "pacientes" y sus familias. La escena tiene importantes componentes humanos, éticos y conceptuales; para las profesiones y disciplinas en evolución que deseen replantear periódicamente su desarrollo, estos aspectos de la cotidianidad deben formar parte de los insumos necesarios para evaluar y replantear metas que favorezcan llegar a conseguir lo contemplado en la misión institucional, disciplinar y lo que cada persona considere como su meta personal.

Para enfermería, confluyen aquí, entre otros, dos aspectos relevantes:

- La complejidad de la práctica del cuidado.
- El cuidado de quienes cuidan.

Complejidad de la práctica del cuidado, porque día a día, cada uno de estos momentos vividos son los que construyen la propia percepción de la profesión; cada encuentro con los otros, es el que cimenta la imagen pública de enfermería (y de las otras disciplinas); cada situación de cuidado es la que estructura la práctica que a su vez genera teoría y ésta vuelve a la práctica, en el continuo proceso de la construcción del conocimiento.

La complejidad también se fundamenta en el cuidado directo de seres humanos en situaciones de gravedad o en riesgo significativo de alteración de la calidad de vida o incluso de perder la vida misma; en el acercamiento físico y emocional a esta situación durante tiempos prolongados; en la empatía que se desarrolla conviviendo en una forma tan intensa momentos límites; en la integración y a veces confrontación de esta relación con la respuesta ágil, efectiva, muchas veces de naturaleza técnica con la cual se debe responder a la emergencia o al seguimiento minucioso de las múltiples variables de esta persona, de forma tal que se logre un acercamiento objetivo a su situación humana como fisiológica.

Igualmente, la complejidad está dada por la imagen social del personal de estas unidades; constituye una pesada carga, especialmente en las etapas de entrenamiento; la complejidad también reside en que el encargado de la UCI es igualmente un ser humano, que tiene sus propias experiencias (como Sandra) y responde al estrés como todos: con liberación endógena de adrenalina, los ruidos permanentes estimulan su sistema nervioso. Complejidad porque fácilmente pueden encontrarse grandes diferencias de enfoque con los compañeros de trabajo y además puede haber sobrecarga de trabajo, etc., etc.

El cuidado del cuidador surge como una condición sin la cual no es posible el cuidado del otro. Aparece entonces la necesidad de pensar en las enfermeras como sujetos de cuidado, porque el con-

cepto de estado de salud debe ser aplicado y pertinente a todos los sujetos que participan en los actos de cuidado.

Por tanto, de manera muy concreta, se revisarán un par de aspectos centrales dentro del concepto de Cuidado, para contrastarlos con algunos comportamientos contradictorios, derivados de un hipotético vacío en el cuidado de los cuidadores, que se ve reflejado, entre otras formas, en el llamado *síndrome de Burnout*; es abrir el camino para revisar con calma y más detalle, cómo se construye día a día la experiencia humana en el ámbito hospitalario y, en general, en los servicios de salud.

Para iniciar el análisis, se plantean algunas preguntas sobre la anterior situación:

- ¿Refleja el comportamiento de Patricia la empatía propia del cuidado?
- ¿Hay compromiso emocional de Patricia? ¿Es el común o existen factores personales que lo acrecientan?
- ¿Se identifican otros posibles factores de estrés?
- ¿Identifican las otras personas que entran en escena la situación de doña Carmen?
- ¿Hay claridad en el comportamiento profesional de quienes participan en la escena?
- ¿Qué impresión puede surgir de la situación final?

Dentro de la práctica del cuidado, la escena narrada llama a revisar en qué comportamientos está reflejado el *acto de cuidado*: el encuentro de la enfermera con la familiar constituye un momento de cuidado, a partir de la intención primaria de prepararla para el duelo, de buscar la oportunidad de facilitar la despedida, de construir un momento humanizado en medio del dolor; Patricia siente que debe ser así y hace empatía con doña Carmen; ella quizá lo hubiese querido así en su propia situación. La escena describe indicadores de cuidado, como son las expresiones corporales hasta los mensajes entre las dos mujeres; es un momento de reciprocidad. Sin embargo, el enfrentamiento con las otras percepciones y sus respuestas desequilibran el acto y es ahí donde el cuidador refleja su propio desbalance.

El análisis de esta expresión de cuidado está respaldado conceptualmente por el grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional¹, que señala el paradigma de Enfermería como “El cuidado de la experiencia de la salud humana”; concepto que refleja valores éticos como el respeto y reconocimiento de la identidad y especificidad de cada ser humano y su propia manera de vivir cada situación. En la historia introductoria no se describe al paciente pero todo gira a su alrededor; se describe la relación que se establece en forma puntual y variable entre la familia y el grupo de salud; entonces, cabe la pregunta, ¿aquí el cuidado para quién es? Para don Jorge Mayorga, como ser humano, se amplía la óptica del síndrome que sufre, se mira al hombre y como tal, es un ser humano que tiene cuerpo, pensamientos, sentimientos, una dimensión espiritual y una familia; de esta amplitud se trata el cuidado: se cuida la experiencia de salud de la persona; cómo vive este hecho, cómo lo afronta, con qué apoyos, con qué aspiración, con qué sueños. En todo este cuadro está involucrada la familia *y durante un período inespecífico de tiempo, los empleados del área de la salud entran a hacer parte de esta experiencia* con tareas individuales, como Sandra, encargada de la información; como Patricia, con su papel de cuidadora del paciente y su familia; como el médico con su atención especializada sobre el síndrome fisiopatológico que cursa el paciente, etc; pero se esperaríamos que entre todos, se lograra aportar un cuidado completo, bondadoso y dignificante a la persona como tal, con sus variadas y únicas dimensiones.

Es necesario, frente a este escenario acercarse a la naturaleza básica de enfermería como disciplina y, señalar que dentro de su perspectiva, el cuidado puede ser enfocado como²:

- Una ciencia humanística
- Un mandato moral
- Una intervención interpersonal
- Una relación terapéutica.

Esto explica que el comportamiento profesional de enfermería se caracterice por el acercamiento permanente al paciente; es allí donde el imaginario

público ubicó genéricamente a la enfermera; esa imagen ha evolucionado con respecto al nivel educativo y conceptual, dando pasos hacia la autonomía y desglosando poco a poco la materia central que la hace diferente a otras disciplinas y que la integra dentro de una relación interdisciplinar.

En el mismo marco conceptual, “cada experiencia de cuidado que se viva entre la enfermera y el grupo familiar, es única e irrepetible, pero fortalece el conocimiento y el método de intervención de la enfermera con este y con los otros grupos”³; en el ambiente de servicios de alta complejidad, es común tener la oportunidad de compartir diversas situaciones de alta carga emocional con los pacientes y sus familias: duelo, sufrimiento, impotencia, riesgo de contagio; además,

las condiciones de intimidad en las cuales se llevan a cabo un gran número de procedimientos, generan acercamientos solidarios que se afianzan afectivamente entre el trabajador, el paciente y la familia y, esto necesariamente genera una serie de respuestas en los cuidadores directos, principalmente, vale decir, de las enfermeras.

Relacionado con este escenario, en no pocas situaciones, la enfermera tiende a separarse de esta función como respuesta a nuevos abordajes y con el ánimo de posesionarse en cargos gerenciales que también aporten al cuidado; hasta aquí, todo está bien; pero la rutina hospitalaria está llena de ejemplos de momentos contradictorios en la práctica al interior de estos servicios: los usuarios se quejan de la deshumanización del equipo de salud y de su indiferencia frente al dolor de los otros, de su lentitud para definir trámites, de la poca posibilidad de lograr información entendible y en la nula paciencia para comprender la angustia de las familias.

Las enfermeras perciben estos comentarios como agresivos, incomprensibles frente a la dedicación real hacia los pacientes y esto genera más reac-

¹ Grupo de Cuidado, “Avances conceptuales del Grupo de Cuidado”, en *Dimensiones del Cuidado*, UNIBIBLOS, 1998, Capítulo 1, p. 8.

² *Ibíd.*, p. 9

³ PARDO M., “Familia y cuidado”, en *Dimensiones del Cuidado*, Unibiblos, 1998, p. 125.

ción frente a la familia, lo cual la distancia nuevamente de la posibilidad de brindar cuidado holístico y produce más resentimiento, desgaste y rechazo. No existe la conciencia de que se está haciendo algo que pueda ser interpretado de tal forma; es aquí, precisamente en este escenario, en donde hay que identificar los factores que fomentan el llamado *síndrome de Burnout*, presente en una amplia variedad de ocupaciones, profesiones y oficios relacionados con servicios humanos, tales como educación, salud, justicia criminal, religión, asistencia social, etc.

EL SÍNDROME DE BURNOUT: CONCEPTOS CENTRALES Y RELACIONES

Herbert Freudenberger fue el primer profesional que describió el llamado “Síndrome de Burnout” en 1973, definiéndolo como: “Un síndrome de agotamiento o pérdida de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás.....es el resultado de excesivos esfuerzos por alcanzar alguna expectativa poco realista, impuesta por uno mismo o por los valores de la sociedad”. Enfatiza, por lo visto, el hecho de un estado profundo de agotamiento, producto del trabajo intenso y de la postergación de las necesidades personales⁴.

El mismo autor hace la primera descripción del síndrome a partir de su propia experiencia:

“Una seria consecuencia del trabajo en una comunidad terapéutica que yo he experimentado personalmente es el “Síndrome de Burnout”. Tal trabajo requiere que la mayoría de lo que usted hace allí, usted lo hace después de sus horas normales de trabajo profesional, utilizando una gran cantidad de usted mismo en el trabajo. Usted exige de sí mismo, el personal lo exige y la población a la que sirve lo demanda. Gradualmente, construye encima, alrededor y en usted mismo, el sentimiento de que ellos lo necesitan. Usted siente un sentido total de compromiso. La atmósfera entera se construye hasta que usted finalmente lo descubre, como yo lo hice, en un estado de agotamiento. Si uno desea trabajar

en una comunidad terapéutica, uno no puede permitirse sobreextender sus recursos personales y emocionales hasta que estos colapsen”⁵.

Se presentan cambios evidentes en el comportamiento de la persona: de caracterizarse por su propositividad y actividad efectiva dentro de un equipo de trabajo, pasa a ser pasiva, a aislarse con actitud de resentimiento, desencanto, cansancio, poca concentración y, por tanto, no pocas veces confusa. Tal como lo dice su nombre: burn-out: fundir, quemar, señala al trabajador desgastado y por consiguiente en una vía de inutilidad; esta situación se ha considerado como una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite, de no tomar en cuenta las necesidades personales.

Según Gil Monte & Peiró 1997, referidos por Barría⁶, el síndrome de burnout se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado sintomáticamente por:

- Síntomas fisiológicos: cansancio, insomnio, dolor cervical, úlceras gástricas.
- Síntomas psicológicos: irritabilidad aguda; ansiedad, frustración, depresión, exagerada rigidez.
- Síntomas conductuales: expresiones de irritabilidad y agresividad, paranoia, omnipotencia, baja concentración, aumento de relaciones conflictivas, incumplimiento, tendencia a salir del área de trabajo por largos períodos; ausentismo, apatía a la organización, aislamiento, baja calidad de trabajo, aumento en el consumo de estimulantes.

⁴ NAVARRETE M., ARELLANO M. (1999) Estudio descriptivo comparativo del síndrome de Burnout en psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del sistema de Salud Metropolitano Sur. Tesis para optar al título profesional de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás.

⁵ TORRES GODOY P. Propuestas para la prevención, terapéutica y rehabilitación desde técnicas de acción psicodramáticas y teatrales. Conferencia presentada en la Facultad de Psicología, Universidad de León, Monterrey, México, septiembre 2003. Pag.web. <http://www.dramaterapia.cl/dt/index>.

⁶ BARRIA MUÑOZ J. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. E-mail: jrbarria@puc.cl

La escena en que llegan otras personas del equipo de salud en forma casual, pero sin identificar lo delicado de la situación, constituye una experiencia que Patricia toma para sí como una afrenta y como tal se comporta; su respuesta no puede ser clara para ellos; espera que se entienda esta situación, pero no hace nada para que así sea; es más, entra a jugar parte de la confrontación personal y se dispone afectivamente, viviendo en sí misma nuevamente la situación de doña Carmen. Su comportamiento genera igualmente rechazo. Es enfrentar dos equipos que no saben de qué se trata el juego, porque ninguno ha dialogado y, por tanto, no cuentan con la información necesaria para actuar de manera acorde. Si esta situación persiste y se reproduce, determinará una sensación de cansancio profundo, de desgaste, de descoordinación e incoherencia que finalmente va a definir la incomunicación y el deseo de retirarse de la ocupación.

A su vez, el comportamiento indiferente y lejano de los otros actores puede ser interpretado como un indicador del proceso de “despersonalización”, lo cual se relaciona con lo descrito por Maslach y referido por Barría: el Síndrome de Burnout está compuesto por tres dimensiones:

- El cansancio emocional o agotamiento emocional: se relaciona con las sensaciones de sobreefuerzo y cansancio emocional por la permanente interacción en condiciones estresantes con los usuarios y entre ellos.
- La despersonalización: el trabajador mantiene la situación a distancia y puede desarrollar comportamientos cínicos, excesivamente aislados, silencio, actitud despectiva, e intentos de culpar a los usuarios de la propia frustración.
- Reducida realización personal: hay pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un autoconcepto negativo.

Igualmente, Maslach (1981), estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, centrandó su atención en los fenómenos de despersonalización, en el cual los profesionales de la salud (enfermeras y médicos) mez-

clan la compasión con el distanciamiento emocional, evitando involucrarse con las personas comprometidas en el proceso de enfermedad y señala que se utiliza en estas circunstancias el mecanismo de deshumanización en defensa propia, frente al llamado estrés por compasión; esto es, el proceso de protegerse uno mismo ante las situaciones angustiantes o estresoras, comportándose en forma despersonalizada.

El círculo vicioso es sencillo en términos de descripción, mas no en cuanto a experiencia humana: la persona está expuesta en forma directa, permanente y prolongada a experiencias dolorosas de otras personas, por lo cual experimenta estrés derivado de la compasión (com-pasión: sentir con el otro); por tanto, establece una serie de mecanismos para compensar esta angustia, dentro de los cuales se encuentra en primera línea el distanciamiento emocional, conductas aparentemente indiferentes y hasta cínicas frente al sufrimiento del semejante, es decir, un comportamiento e imagen deshumanizada (despersonalización).

EXPOSICIÓN PERMANENTE — CANSANCIO EMOCIONAL — ESTRÉS POR COMPASIÓN — DESHUMANIZACIÓN EN DEFENSA PROPIA — CONDUCTAS DESADAPTADAS — EJERCICIO PROFESIONAL MEDIOCRE — REDUCIDA REALIZACIÓN PROFESIONAL — SÍNDROME DE BURNOUT — CONDUCTAS DESADAPTADAS — REDUCIDA REALIZACIÓN... .ETC...ETC.



El mantener la situación a distancia es el comportamiento del grupo de salud que entra en la escena inicial; no están en disposición de implicarse en esa situación, buscan otros temas y se mantiene al margen como “mecanismo de protección.” Es por este tipo de dinámica natural en la cotidianidad, que no es posible separar el estrés producido por presenciar, acompañar y/o apoyar en situaciones humanas dolorosas, de los mecanismos utilizados para compensarlas y sus consecuencias a nivel personal y social.

Se han realizado un buen número de estudios en relación con el síndrome de burnout en los trabajadores sociales tal como el de Barría, quien refiere otros investigadores como Söderferdt y Warg (1995) que muestran, según el primero, que el hecho de desarrollar una relación estrecha con sus clientes, verse involucrados en complejas situaciones sociales, frente al hecho del poco reconocimiento social de su actividad y además tener que laborar en un medio caracterizado por la escasez de recursos, genera una sensación de impotencia y frustración que se expresa en cambios en el desempeño profesional y de deserción en etapas más avanzadas. De 18 estudios con asistentes sociales referidos por el mismo autor, diez mencionaban que el síntoma más habitual era la actitud negativa hacia el cliente, la desmotivación y el desgaste emocional.

En estos estudios se muestra que el rol ideal de la profesión de asistente social y la realidad profesional son incompatibles, lo cual ha sido estudiado como ambigüedad de roles y existencia de apoyo social. Llama la atención en el mismo estudio que, según Söderferdt et. al. (1995), la diferencia de los factores que determinan este síndrome en el trabajador social con enfermería, es que se correlaciona más con la insatisfacción laboral que con la falta de claridad de asignación de roles dentro de las instituciones.

De igual manera se conocen estudios del síndrome de Burnout en enfermería; ejemplo de ello es el de las licenciadas Palafox, Contreras, Maldonado y Rodríguez Castro⁷, *Presencia del síndrome de desgaste profesional en el personal de Enfermería que labora en áreas críticas*, en el cual se identificó la

existencia de barreras sociodemográficas que influyen significativamente en la presencia del síndrome como son: edad, antigüedad, turno nocturno y el desempeño laboral.

Con relación a la línea que define las características del síndrome de burnout, se encontró que la mayoría de la población (65%) no presenta el síndrome y el 2.3% sí; mientras que el 23.3% se encuentra con alteraciones en el área de la despersonalización, el 7% en baja realización personal y el 2.3% sufre de agotamiento.

Torres Godoy⁸, un psiquiatra, psicodramatista y director de teatro espontáneo chileno, plantea una interesante hipótesis relacionada con este síndrome: ¿corresponde el síndrome de burnout, al menos en el ámbito de la salud, a un reflejo clínico en los usuarios internos, del cambio epidemiológico y por ende de las demandas asistenciales que está sufriendo y necesitando nuestra población consultante?

Posiblemente en el caso de Colombia la respuesta sea afirmativa: el contexto para el cuidado de la salud es cada vez más complejo por el ritmo de la problemática social en lo que toca a las situaciones de violencia física o psicológica, a la crítica situación de cobertura y calidad de los servicios y a la normatividad en cuanto a eficiencia y modalidades de contratación para el cliente interno, lo cual genera desajustes de diversa magnitud en los trabajadores de la salud.

El mismo autor hace un completo resumen de estudios relacionados, en donde la mayoría se desarrollaron utilizando como instrumento de medición el “Maslach Burnout Inventory” creado y aplicado por Maslach y Jackson entre 1981 y 1986. Estos se numeran a continuación:

- Los indicadores de prevalencia a nivel mundial son significativos: Ramón Ferrer reporta cifras de un 75 % de médicos residentes con síndrome de burnout y lo correlaciona con el impacto que produce a nivel de la atención médica, principalmente en

⁷ <http://www.hsj.com.mx/ci/memorias/trabajos/IHA>.

⁸ Op. Cit., TORRES GODOY, Pag.web. <http://www.dramaterapia.cl/dt/index>

los elevados índices de errores y negligencias médicas que, en sus formas más sutiles, pasan por dar de alta prematura a cierto tipo de pacientes (Ferrer R., 2002).

- El 40,4% de médicos anestesistas presentan burnout (N=151), Bélgica (Nyssen AS et al., 2003).

- El 55% de médicos especialistas presentan altos niveles de estrés (N=1.453). El factor “satisfacción laboral” observado en un 81 % de los encuestados, es considerado un factor protector; Alemania (Visser MRM., et al., 2003).

- El 76% de médicos residentes en medicina interna presentaron criterios para burnout, (N= 115), hospital del programa residencial en medicina interna de la Universidad de Washington, Estados Unidos (Shangfelt TD., et al., 2002).

- El 65,82% de médicos de atención primaria, (N=255), de la provincia de Cáceres, presentó puntajes elevados en alguna de las tres escalas del Inventario Burnout de Maslach en su versión castellana, España (Prieto AI., et al., 2003).

- Estrés profesional moderadamente superior al término medio en enfermeras (N=150), con puntajes del MBI (Maslach) que alcanza el percentil 60 en cansancio emocional, 60 en despersonalización y 45 en realización personal. Factores como el bajo nivel de satisfacción laboral, una actitud disfuncional de excesiva necesidad de probación y una insuficiente valoración social percibida por la enfermera se relaciona con mayores niveles de estrés *profesional*. Badajoz, España (De la Peña E., et al., 2002).

- El 74% de asistentes sociales se ubican en condición límite con respecto a presentar niveles patológicos de ansiedad. Otros estudios con trabajadoras sociales reportan cifras entre 37 y 72%. Los síntomas incluyen cansancio y extenuación física (51 %) y cansancio emocional (38 %). La supervisión está considerada como la mejor forma de soporte social, ya sea como asistencia de casos o ayuda para un mayor desarrollo de habilidades, Australia (Lloyd C., et al., 2002).

- Se ha definido un perfil de riesgo (Martínez 1995): “Mujer, 44 años, sin pareja estable, 19 años de antigüedad en la profesión, 11 en la institución, profesional de atención especializada, con más de 21

pacientes diarios a su cargo, dedicándoles más de un 70% de su tiempo. (36 a 40 horas semanales)” (Navarrete M., Arellano M., 1999)⁹.

- En el estudio de Esparza, Guerra y Martínez, (1995) Maslach, para un N = 153 de asistentes sociales, enfermeras, psicólogos, matronas, médicos, psiquiatras, odontólogos, se reportó que la mayoría de ellos manifiestan el síndrome, en cada uno de los factores:

- 87% de los encuestados presentan fuentes de tensión en el trabajo.

- 84% insatisfacción laboral

- 60% agotamiento emocional

- 68% degradación de la autoimagen

En este mismo estudio:

- 49% de las enfermeras con burnout

- 42% de los odontólogos con burnout

- 60% de los psiquiatras “proclives al síndrome”

- 33% de los psicólogos “proclives al síndrome”

- Con respecto a la presencia del síndrome en el profesorado: 59,13% para muestras de docentes universitarios en Extremadura, España; 73% de proclividad y burnout en maestros de enseñanza media, región de Coquimbo, Chile; altos puntajes promedio para burnout en cansancio emocional y mediano en logro personal, profesores de enseñanza básica, comuna de San Joaquín, Santiago de Chile, (Guerrero E., Vicente F., 2001; Rosales C., 2000; Ponce C., 2002).

¿CÓMO LE AFECTA ESTE PROBLEMA A ENFERMERÍA?

De tres formas por lo menos:

- Como coordinadora de un equipo de salud que gira alrededor de un grupo de pacientes o usuarios; ese equipo, a su vez, requiere unas condiciones de

⁹ Op. Cit., NAVARRETE M., ARELLANO M., 1999.

trabajo adecuadas para lograr el objetivo común, y es necesario reconocer que existe el riesgo ocupacional a presentar este síndrome o procesos similares en mayor o menor grado. No se pretende afirmar que todos los trabajadores de la salud tienen este síndrome; lo que se busca es reflexionar brevemente acerca de él, para facilitar su identificación y tomar las medidas pertinentes; si no es así, es bueno identificar los factores protectores que apoyan el afrontamiento efectivo de estas situaciones con el fin de potencializarlos.

- Como profesional que gerencia el cuidado, el cual se ve en riesgo en la medida en que el personal encargado de darlo no se encuentre en condiciones adecuadas para lograr este propósito.

- Como profesional en riesgo de padecerlo, porque precisamente es sobre la experiencia de salud del otro que se estructuran sus procesos de cuidado; el paradigma de enfermería es claro en señalar que un cuidado pertinente implica entender desde el punto de vista del otro, la vivencia que se enmarca dentro de un proceso salud-enfermedad; vida-muerte.

Frente a un panorama caracterizado por la complejidad emocional, las profesiones y oficios del área de la salud generan una serie de mecanismos adaptativos que a pesar de ser formas de afrontamiento del estrés, están determinando una serie de comportamientos cotidianos que son interpretados como de deshumanización, descuido, desensibilización, etc. Estos, a su vez, constituyen indicadores negativos de calidad del servicio.

Por su parte, para enfermería, la connotación de calidad del cuidado constituye un fenómeno más complejo tal como lo señala Márquez citada por Moreno y otros¹⁰: “La palabra cuidado procede del latín cogitatus, que quiere decir pensamiento. El cuidado incluye, por tanto, la acción encaminada a hacer por alguien algo que no puede hacer solo con respecto a sus necesidades básicas; la explicación para mejorar la salud por medio de la enseñanza de los desconocidos; facilitar la expresión de sentimientos; la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que tiene y debe afrontar”.

Frente a la complejidad conceptual y práctica del hecho del Cuidado, se han hecho varios estudios en donde se ha buscado lo que los pacientes consideran como un cuidado de calidad, indicadores de cuidado, cuidado humanizado, etc.

En el estudio de Moreno se buscó identificar y describir lo que los pacientes consideran como un cuidado humanizado y encontraron a grandes rasgos, las siguientes categorías:

- Sentirse apreciado
- Sentirse atendido y cuidado
- Sentir compañía
- Sentirse informado
- Sentirse apoyado
- Sentir familiaridad
- Sentir cercanía
- Crecer como ser humano.

Señalan los pacientes en el mismo estudio que la enfermera que da este tipo de cuidado “es percibida como líder del equipo de trabajo, es decir, como el profesional que conoce lo que debe hacer, lo realiza con esfuerzo, distribuye el tiempo que necesita para hacerlo de la manera adecuada y además motiva a sus compañeros... esta enfermera sirvió para este grupo un orientador que lo actualizó, lo guió y le sirvió de punto de unión entre él y su familia”¹¹.

Es evidente como el síndrome de Burnout puede alterar esta naturaleza del cuidado, especialmente a través de la despersonalización antes explicada, generando un círculo vicioso: hay un proceso de deterioro del rendimiento laboral que va de la mano con su autoestima y situación de salud; un círculo vicioso que no permite tomar conciencia de lo que Correa referida por Gonçalves¹², señala en cuanto a la corre-

¹⁰ MORENO, Y.; MUÑOZ, S.; ALVIS, T., “Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización”, en *El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado*, Unibiblos, 2002, p. 207.

¹¹ *Ibíd.*, p. 212.

¹² GONCALVES, ROSÁNGELA DE SENA, GÓMEZ, C., “El Cuidado en la historia de la enfermería”, en *Educación de Enfermería en América Latina*, REAL, Universidad Nacional de Colombia, p. 36.

lación que existe entre el dar cuidado y darse cuidado: "...la enfermería es un lugar del cuidado del otro, como del cuidado de sí mismo en todas sus formas. Cuidado de sí como ejercicio de un saber, fruto de la curiosidad intelectual: cuidado de otro como expresión de su profesión y de su solidaridad humana. Cuidado de otro y de sí por todas las acciones de cura y actos de salud....el imperativo ético de cuidar de otro que deriva de su profesión también exige el cuidar de sí".

No es común combinar estas dos temáticas dentro de la enfermería; el estrés que se vive generalmente es tratado como tal, y se acepta como una característica del medio sin la cual no es posible ser profesional del área; sin embargo, está suficientemente documentado el hecho de que al constituirse en un estímulo crónico, genera cambios neurohormonales expresados especialmente en la liberación permanente de catecolaminas que a su vez mantienen presiones arteriales elevadas permanentemente y fenómenos vasoactivos que generan mayor consumo de oxígeno por parte del músculo cardíaco por lo cual se suman los factores de riesgo cardiovascular, igualmente los relacionados con la salud mental, especialmente la depresión que, a su vez, constituye un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular; este análisis es claramente sustentado por la literatura actual tal como lo refiere Escobar¹³: "Existe una sentida prevalencia de trastornos psiquiátricos, especialmente depresión en pacientes con enfermedad

cardiovascular. La depresión incrementa la morbilidad en la enfermedad cardiovascular, de ahí la importancia en diagnosticarla y tratarla.

Mendoza y otros¹⁴ indican en relación con la ira y su asociación con la enfermedad coronaria: "Las evidencias que sustentan la relación ira enfermedad coronaria, provienen de estudios que utilizan medidas diferentes del enojo, diferentes aspectos de la cardiopatía isquémica y diseños de investigación". Señala en el mismo artículo la definición de ira como la pasión que mueve la indignación y el enojo. Irritación o enfado muy violento con pérdida del dominio de sí mismo; por tanto, el contexto que esta construido a partir de estrés, sin períodos de compensación, con fuertes emociones que lleven a la ira, con pocas satisfacciones o sensaciones de bienestar, indiscutiblemente genera un estado de riesgo para la salud y la vida.

El estado de salud y la experiencia vital que experimenta una enfermera en su servicio, en su sitio de desempeño, en el cual pasa a veces más del 60% de su vida, no puede estar separado de su función y misión de cuidar a otros; implica tomar conciencia de su afrontamiento como individuo y como grupo para llegar a utilizar el conocimiento, esa área de la que más sabe, como herramienta para vivir mejor: vivir mejor los pacientes, vivir mejor sus familiares, pero también vivir mejor los cuidadores.

Si se investiga sobre el estrés como factor desencadenante de la enfermedad coronaria en los pacientes, ¿porqué no aplicar este conocimiento para las enfermeras? Está en mora hacer una lectura crítica de las investigaciones relacionadas con el estrés, porque se podría argumentar que ya está planteado el diagnóstico; la tarea ahora es identificar cuáles serían los procesos a seguir para optimizar estos ambientes deletéreos y poner este conocimiento al servicio tanto de los funcionarios de las áreas críticas en cuanto a estrés como a los usuarios de estos servicios.



¹³ ESCOBAR Juan M., "Depresión y enfermedad cardiovascular", en *Clínicas Colombianas de Cardiología. Tópicos seleccionados en emoción y corazón*, v. 3, n. 2, octubre 2001, p. 181.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 190.

QUÉ RECOMIENDAN LOS ESTUDIOSOS

Este síndrome se puede analizar desde diferentes perspectivas, Manassero (1995), propone tres:

Desde lo psicosocial: que examina el contexto social que facilita la aparición del síndrome y dentro de este, los factores que ayudan a mitigarlo, tales como las redes sociales de apoyo, etc. Teniendo en cuenta la información derivada de este aspecto se han construido instrumentos de medición para evaluar el síndrome, como el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Desde la perspectiva organizativa: teniendo en cuenta si las causas se dirigen al individuo, al grupo o a la sociedad.

Desde lo histórico: aborda un área compleja y determinante cual es la influencia que los grandes y rápidos cambios sociales tienen sobre las condiciones laborales.



El valor de identificar estas perspectivas recae en la posibilidad de poder detectar los factores que los determinan en una persona o en un grupo de trabajadores de la salud, y así mismo establecer las estrategias pertinentes para su corrección.

Por ejemplo, es esencial identificar los aspectos organizativos institucionales que generan frecuentes percepciones de soledad y de impotencia frente a los múltiples cambios aparentemente innecesarios e inconsultos, y el poco poder sobre los factores que los determinan que producen como resultado largos periodos de depresión, y un desempeño laboral carente de sentido que poco a poco se va volviendo cotidiano.

Otros analistas del tema parten del concepto de afrontamiento; Lazzarus y Folkman, referidos por Torres¹⁵, señalan el concepto clásico de afrontamiento como: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Además, clasifican las estrategias de afrontamiento en:

- Las destinadas a *regular la respuesta emocional*, denominadas “paliativas”, que consisten en una serie de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante. En este caso, los sujetos las usan cuando perciben que los estresores no pueden ser modificados y tienen que interactuar con ellos.
- Las destinadas a manipular o *alterar el problema*, llamadas “instrumentales”, que implican intentar modificar el estresor. Se trata de estrategias que buscan analizar y definir la situación y lograr alternativas para su solución considerando costos y beneficios.

Las estrategias de afrontamiento para el síndrome de burnout, centradas en el problema, previenen el desarrollo del síndrome, mientras que las centradas en la emoción, especialmente aquellas que tiene que ver con evitar y el escapar, facilitan su aparición.

¹⁵ Op. Cit., TORRES GODOY, Pag.web.
<http://www.dramaterapia.cl/dt/index>

Según Gil-Monte y Peiro, las estrategias para la intervención deben considerar, al menos, tres niveles:

- *Individual*: que contempla los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar, mitigar, evitar o neutralizar las consecuencias negativas del estrés.

- *Grupales e interpersonales*: referidas a potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social de los equipos profesionales.

- *Organizacionales*: consisten en eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que determinan el síndrome (Gil-Monte P., Pieró J., 1997).

Dentro de las estrategias organizacionales, se ha considerado en los últimos cinco años, la utilidad de un nuevo estilo de trabajo que incluye el juego, el humor, la espontaneidad y la búsqueda de la creatividad como fuentes de salud mental.

Torres Godoy, referido antes, en el mismo artículo explica los beneficios de la utilización de estrategias teatrales o de áreas similares: “Drama es una transliteración del griego que significa acción, o una cosa hecha, y psicodrama se refiere a una cosa hecha y con la psique, es decir psique en acción. Según Moreno, su creador, se puede definir psicodrama como aquello que explora la verdad con métodos dramáticos (Moreno J. L., 1995).

Desde una perspectiva psicodramática-sistémica, los españoles Población Knappé y López Barberá, proponen el concepto de *metadrama* al referirse a la supervisión en el contexto del rol playing pedagógico: “Una dramatización puede concebirse como una modelización, una representación o escena del drama escénico que constituye cualquier sesión terapéutica, es decir, puede concebirse como una *dramatización de la dramatización* o sea un metadrama” (Lopez Barberá E., Población Knappé P., 2000)”.

Al parecer, la dramatización de la escena vivida, sea esta la muerte, la reanimación, el dolor, dentro de un escenario específico, re-crea la experiencia dando lugar a una nueva interpretación, a una nueva vivencia y, posiblemente, a otras situaciones

que pueden explicar en forma más detallada lo sucedido, pero también da lugar a una proyección más comprensible de hechos similares en el futuro.

La dramatización vuelve a presentar y reformular la escena interna, cuya comprensión insuficiente no permite darle el sentido que se requiere para poder asociarlo con una serie de síntomas.

A modo general, se recomienda:

- Institucionalizar dinámicas de integración de equipos de trabajo sobre este tema y otros, es decir, garantizar como estrategia formal la participación de todos los integrantes en forma periódica. Las estrategias evolucionarán en la medida en que el grupo comprenda e identifique su quehacer como un todo dinámico, factible de optimizar desde el concepto propio de calidad de vida y, especialmente, en la medida en que se acepte su existencia y la existencia de un conocimiento claro, interdisciplinar, que respaldado científicamente está evolucionando.

- Analizar dentro de estos grupos el síndrome; vale la pena desarrollar charlas informales o formales para entrar en el tema e ir motivando a las personas involucradas en el hecho, aclarando que no se



trata de una sensación personal, sino de un hecho real, común al grupo y como tal se debe tratar en equipo.

- Dentro de estos conversatorios se requiere identificar redes de apoyo, fortalezas institucionales, capacidades grupales e individuales, así como las personas en mayor riesgo.

- Combinar actividades dentro de los turnos en los que se intercalen algunas variables temáticas en las cuales la lúdica ocupe el primer peldaño.

- Establecer con claridad las funciones de cada una de las personas integrantes del equipo.

- Mejorar las condiciones de trabajo: es importante analizar los períodos de descanso y hacer estudios sobre sus resultados. Los comités de salud ocupacional tienen una misión importante en esta área, cual es la de medir los riesgos ocupacionales periódicamente: niveles de ruido, riesgos biológicos y su control, identificar los beneficios o problemas asociados con las rotaciones, etc.

- Garantizar la calidad del entrenamiento en todos los servicios: al parecer, esta es una de las causas más frecuentes de estrés y del “síndrome del quemado”, pues si es por causa de un entrenamiento incompleto, se puede venir a pique toda la trayectoria del trabajador, su estabilidad y autoestima.

- Realización de talleres o conversatorios en donde se analicen aspectos generales característicos de los grupos que determinan algunas especificidades sociales, tales como roles típicos, afrontamientos especiales, etc. Por ejemplo, cambios en los roles masculino y femenino en las relaciones de pareja, afrontamiento de los duelos: separación, cambios laborales, pérdida de empleo, el síndrome del “Nido vacío”, caracterización de la profesión, historia de la profesión en el contexto social, tendencias y futuro de las organizaciones, etc.

Para finalizar, cabe señalar que la Enfermería y especialmente los niveles de postgraduación en en-

fermería, están llamados a desarrollar procesos investigativos acuciosos que converjan en el objetivo central de la disciplina: el cuidado de la experiencia de salud humana, comprendiendo que el mismo profesional también hace parte de esos seres humanos y reconociendo que la primera experiencia de cuidado se vive hacia sí mismo; es esencial integrar en estos estudios el ambiente en donde se desarrolla la vida de la gente, el ambiente en donde se desarrolla el acto de cuidado y la posibilidad de construir, por tanto, un escenario acorde con el conocimiento del cuidado del ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

ANTOLINEZ B., “Espiritualidad y Cuidado”, en *GRUPO DE CUIDADO. El arte y la ciencia del Cuidado*, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, 2002.

BADIEL, M., “Factores psicológicos de las enfermedades cardiovasculares”, en *Cardiología preventiva*, SCC., t. I, Oficina de Publicaciones, 2001.

ESCOBAR Juan M., “Depresión y enfermedad cardiovascular”, en *Clínicas Colombianas de Cardiología. Tópicos selectos en emoción y corazón*, v. 3, n. 2, octubre 2001.

GIL MONTE P., “El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. “<http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-pgil.htm>”

<http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-pgil.htm>

GRUPO DE CUIDADO. *Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, 1998, Capítulo I.

ROSÁNGELA de Sena, Roseni, *Educación de Enfermería en América Latina*, REAL, Universidad Nacional de Colombia, Capítulo 3, 2000.