

ESTRES Y BURN-OUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE UNIDADES DE CUIDADO CRITICO

*Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza
Lima 14 de agosto de 1998.*

- Introducción.

1. Estrés y burn-out.

- . Concepto de estrés.
- . Del estrés al burn-out.
- . Proceso para llegar al burn-out.
- . Consecuencias del burn-out.

2. La profesión sanitaria, lugar de alta dosis de tensión y estrés.

- . La relación con el que sufre requiere una particular competencia.
- . La comunicación interpersonal como terapia y su coste emocional.
- . El encuentro con la fragilidad ajena y la impotencia propia.

3. Regular la implicación emotiva. Manejo sano del estrés y prevención del burn-out.

- . Regular el grado de implicación.
- . El proceso de la empatía como regulador del estrés.
- . Dimensión conductual de la empatía.
- . Burn-out y profesionales nuevos.

4. La institución que motiva y previene el burn-out.

José Carlos Bermejo
-Religioso camilo-

ESTRES Y BURN-OUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE UNIDADES DE CUIDADO CRITICO

*Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza
Lima 14 de agosto de 1998.*

En los últimos años se está hablando cada vez con más insistencia sobre la "Humanización de la asistencia y los programas de salud" y uno de los signos de la conciencia de la necesidad de humanizar es la insistencia en el cuidado del cuidador a partir de la constatación de que el trabajo sanitario comporta un particular estrés en los profesionales.

Si la denuncia de la deshumanización parece referirse sobre todo a la falta de encuentro humano auténtico en la práctica sanitaria o al progreso de la tecnología utilizada en los diagnósticos y en los tratamientos cada vez más complicados, también se refiere, en muchas ocasiones, a las consecuencias que sobre el agente de salud tiene el modo de realizar el trabajo.

Querámoslo o no, estar en constante contacto con el mundo del sufrimiento y del dolor, desencadena reacciones no indiferentes para el profesional, que repercutirán en su estado de ánimo y en su misma salud en sentido global. El influjo del sufrimiento que se deriva del ejercicio de la profesión sanitaria puede llevarnos a hacernos enfermar y huir de nuestra actividad, que serían signos de lo que entendemos por burn-out.

Uno de los autores que ha contribuido de manera notable al estudio del tema describe así el síndrome del burn-out:

"Si ha visto un edificio destruido por el fuego, sabe hasta qué punto puede ser devastadora una tragedia similar. Lo que antes era una estructura llena de vida, ahora no es más que una estructura desértica. Allí donde antes había un edificio ebullente de actividad, ahora no quedan más que escombros para recordarnos toda la vida de la energía que allí reinaba. Puede que aún quede algún trozo de pared en pie, puede que aún se distingan algunas ventanas; incluso puede que permanezca intacta toda la estructura exterior, pero si se asoma al interior se quedará impresionado por la gran destrucción que allí existe. (...) Me he dado cuenta de que la gente a veces es víctima de un incendio, como los edificios. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos se consumen como bajo la acción de las llamas, dejando sólo un inmenso vacío en el interior, aunque la envoltura externa parezca más o menos intacta".¹

¹ FREDENBERGER H.J., "L'épuisement professionnel: la brûlure interne", Gaëtan Morin de Québec, 1987, p. 13.

1. Estrés y burn-out

- Concepto de estrés

Hablar de estrés popularmente suele hacer referencia a una sobredosis de tensión y, en algunos casos, a un estado patológico del organismo. El estrés, según Hans Selye, pionero en los estudios sobre el tema, es "una respuesta inespecífica del organismo a toda estimulación o demanda efectuada sobre él".² El estrés podría ser considerado como la tensión existente en el organismo entre la demanda que ha sido efectuada sobre él y los recursos que posee para hacer frente y responder a ella.

La positividad y negatividad del estrés depende sobre todo de la cantidad de energía empleada para la satisfacción de la demanda y de la duración en el tiempo del estado de estrés. Ante la intensidad y duración de los estímulos estresantes, las reacciones del organismo se suelen desarrollar en tres fases fundamentales: alarma, resistencia y agotamiento.³

Otros clásicos en el estudio del tema, Lazarus y Folkman definen el estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar"⁴.

- Del estrés al burn-out

El término burn-out, en cambio, tomado del atletismo, lo utiliza aplicado al mundo socio-sanitario por primera vez Fredenberger en 1974, sin definirlo exactamente, para referirse a cansancio, apatía, agotamiento, estar al límite de las propias energías.

En 1976, la Dra. C. Maslach lo define como pérdida de interés por la gente con la que se trabaja, y en 1982 amplía esta concepción considerándolo como "síndrome de agotamiento, de despersonalización (hacia el usuario) de reducida relación personal, que puede aparecer en personas que trabajan en contacto con la gente".⁵

Cristina Chernis entiende por burn-out "un proceso transaccional, un proceso que consiste en

² SELYE H., "The stress of life", New York, McGrawhill, Rev. ed., 1976

³ Cfr. GÜNTER K.M., H., "Stress y conflictos. Métodos de superación, Madrid, Paraninfo, 1986 (2), p. 31-43.

⁴ LAZARUS R.S., FOLKMAN S., "Stress y procesos cognitivos", Barcelona, Martínez Roca, 1986.

⁵ STEFANILE C., "Cristina Malasch: a proposito di burnout-sindrome", en "Bolettino di psicologia applicata", 1988 (187-188), p. 25-28.

estrés laboral, agotamiento del trabajador y acomodación psicológica (...). Un proceso en el que un profesional, anteriormente comprometido, se descompromete del propio trabajo como respuesta al estrés y a la tensión experimentada en él".⁶

Danesi y Mariani, en 1987 definen el síndrome del burn-out como "un tipo de defensa patológica frente al estrés y a la frustración".⁷

Carlos Yagüe, estudioso del tema en el Camillianum de Roma, tras el análisis de las diferentes definiciones, lo presenta como "un tipo de defensa patológica frente al estrés, que se manifiesta fundamentalmente en un estado de intensa frustración, apatía, agotamiento, despersonalización y reducida realización personal y en una pérdida de interés por el cliente, pérdida de consideración respecto a los compañeros y el servicio y distancia emotiva del trabajador".⁸

- Proceso hasta llegar al burn-out

El proceso para llegar al síndrome del burn-out, normalmente pasa por tres etapas:

- una primera fase de *entusiasmo idealista* en la que el trabajador se siente casi omnipotente, capaz de transformar el mundo y todas sus estructuras; quiere curar a todos los enfermos, ser el compañero perfecto, la el profesional ideal, etc. No existen límites en su imaginación. Se infravaloran las dificultades y el trabajador afronta los problemas de una manera simplista, que en ocasiones podría considerarse casi como si no los afrontara con la seriedad que requieren.

- La segunda fase estaría determinada principalmente por el *conflicto* y *el estrés* como consecuencia del choque y del contraste continuo entre sus ideales y los sucesivos fracasos sufridos. El trabajador comienza a sufrir cada vez con más frecuencia frustraciones y estrés. Se siente irritable y cada vez más agotado física y psicológicamente. Continúa trabajando con interés, pero a menudo se pregunta por el sentido. El gran compromiso asumido empieza a no verse justificado y soportable, así como sin porvenir.

- En un tercer momento, que se hace insoportable, se produce un distanciamiento de la realidad en un intento desesperado por salir de la situación. Es el burn-out propiamente dicho y consiste en una serie de cambios en la actitud y en el comportamiento, en un progresivo desinterés en el que predominan la apatía, la desmotivación, la actitud cínica, la rigidez, el uso de modelos estereotipados y procedimientos estandarizados para todo tipo de usuario.

⁶ CHERNISS C., "La síndrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori socio-sanitari", Torino, Centro Scientifico Torinese, 1986, p. 8.

⁷ DANSI M., Mariani F., "La "síndrome del burnout" fra gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze", en AAVV., "L'operatore cortocircuitato. Strumenti per la rivelazione del burnout fra gli operatori sociali italiani", Milano, Clup, 1987, p. 111-124.

⁸ YAGÜE C., en proceso de publicación.

- Consecuencias del burn-out

La primera consecuencia del exceso de estrés es el cansancio, así como los desequilibrios físicos y hormonales, que pueden llegar a producir lesiones en la persona.

Por todos es conocida también la relación directa entre estrés y enfermedades psicosomáticas.

Psicológicamente es importante tener en cuenta el sentimiento de impotencia adquirida, según el cual el trabajador observa cómo las cosas ocurren independientemente de sus esfuerzos realizados. Disminuye entonces la estima personal y profesional y se experimenta el trabajo como difícil y agotador, produciendo frustración, ansiedad, cambios frecuentes de humor, tristeza y retraimiento social.

A nivel profesional se produce un tipo de despersonalización en la relación con los usuarios, y un aumento de los errores como consecuencia del nivel de tensión y el modo de vivirla.

En esta situación, disminuye la motivación, aumenta la tensión y los malos tratos (particularmente psicológicos), tanto a los enfermos como a familiares; disminuye la calidad de los cuidados, especialmente cuando la satisfacción es menor (enfermos terminales, por ejemplo).

Lo que realmente siente la persona en situación de burn-out es la dificultad a manejar sus sentimientos, de tal forma que ellos se convierten en los motores del comportamiento, en lugar de serlo los valores. Y en este caso, los sentimientos negativos son los que predominan, particularmente el desánimo y cuantas emociones se dan cita en la relación con los usuarios al ser impactados por el sufrimiento ajeno y no contar con los recursos necesarios para manejar tal impacto.

La ritualización de los comportamientos como mecanismo de defensa suele ser uno de los síntomas claros de posible burn-out, con la consiguiente despersonalización insatisfactoria tanto para el usuario como para el trabajador.

A nivel institucional, la falta de interés disminuye el rendimiento, aumentan las ausencias laborales, las solicitudes de traslado, los abandonos de trabajo y, consiguientemente, aumentan los costes económicos y los retrasos en la consecución de los objetivos.

2. La profesión sanitaria, lugar de alta dosis de tensión y estrés.

Sin duda, los elementos que influyen en el burn-out son complejos. Las causas no son sólo personales e institucionales, sino un complejo relacional que se da cita en el ejercicio de la profesión, en su naturaleza y su organización.

A nivel personal, influye el potencial motivacional y las expectativas y necesidades personales, así como el tipo de personalidad, la formación recibida, la conciencia del propio rol, etc.

Nos encontramos también con el modo de manejar los conflictos, la capacidad para afrontarlos, negarlos o ignorarlos, que dará como consecuencia la oportunidad de crecer con ocasión de los mismos o de que éstos sean fuente de desgaste, desmotivación, apatía, estrés y burn-out.

Creo que podemos decir que el mundo de las relaciones es a la vez la fuente de nuestras mayores satisfacciones y de nuestras mayores dificultades. En él encontramos conflictos y en él encontramos los mejores recursos para afrontar las dificultades de la vida.

En la profesión sanitaria, particularmente cuando su ejercicio se da en las unidades de cuidado crítico, se dan cita algunas características que hacen que ésta sea vivida como fuente de particular tensión y estrés. Las relaciones son muy particulares y merecen ser observadas para comprender su naturaleza y poder vivirlas como estresores que no se conviertan en anuladores de la personalidad del agente de salud, sino en recursos para que sean realmente *de ayuda*.

Analizar algunas características de la profesión sanitaria nos puede permitir tanto tomar conciencia de las dificultades como de las posibilidades de respuesta al estrés y prevención del burn-out.

- La relación con el que sufre requiere una particular competencia

La relación con el que sufre interpela nuestra competencia relacional y nos llama a entablar una comunicación que no se reduzca a la mera atención de las necesidades fisiológicas o a los meros tratamientos farmacológicos o quirúrgicos. Cada vez está más clara la relación entre la enfermedad, las causas de algunos traumatismos y el mundo de las relaciones interpersonales, así como la relación entre el desarrollo de la enfermedad o los procesos terapéuticos y la calidad de las relaciones interpersonales en general y de las relaciones de los agentes de salud en particular.

El desarrollo de la psicosomática y posteriormente de la psicobiología⁹ y la psicoinmunología y finalmente el incipiente progreso de la psiconeuroinmunología nos van acercando a la toma de conciencia de que lo que tenemos delante cuando prestamos nuestros cuidados no es un cuerpo destrozado por los traumas o por el malfuncionamiento de sus órganos, sino que es una totalidad afectada que se refiere también a otros, como son miembros del entorno: la familia, etc. En este sentido, la comunicación con el paciente y de modo particular la relación de ayuda, no es un *opcional* para el ejercicio de la profesión en las unidades de cuidados críticos, sino un verdadero instrumento terapéutico.

⁹ "En el uso del término psicobiología es central la conciencia o experiencia total de la persona, implicando al pensamiento, al sentimiento y a las sensaciones corporales. Tanto si manejamos condiciones emocionales que conllevan ansiedad, depresión, estrés, trastornos de dolor crónico como enfermedades mortales, tratamos de identificar experiencias muy sutiles dentro de las personas que puedan ser intervenidas directa o indirectamente para lograr cierto grado de manejo personal de los síntomas y para mejorar la salud. De hecho, nos referimos a la conciencia individual de la integración o unión de los pensamientos, sentimientos, sensaciones y reacciones corporales de la persona. Muchos factores impiden la conciencia de este estado pero no hay ninguna duda sobre su importancia en el mantenimiento de la salud en un mundo complejo". Cfr. BAKAL D.A., "Psicología y salud", Bilbao, Desclee De Brouwer, 1996, p. 21.

En su ejercicio nos hace encontrarnos con la realidad más cruda de la vida, con su cara gris, donde está presente el sufrimiento y su significado de muerte, así como con la muerte misma. Es inevitable que en la interacción con el que sufre no nos sintamos interpelados a nivel personal. Nos surgen las preguntas por el sentido de la vida y del sufrir, preguntas que nos revelan nuestra condición humana que trasciende lo que ve y busca el sentido, y revelan también nuestra debilidad al sentirnos incapaces de encontrar un significado definitivo a los numerosos porqués con que nos encontramos.

Para manejarse en este campo se requiere, entonces, no sólo una buena competencia profesional, sino también o como elemento integrante de ella, una competencia relacional y emocional que permitan hablar de competencia esencial, de madurez personal, puesto que nos vemos afectados en toda nuestra persona, por el contacto con la vulnerabilidad ajena.

- La comunicación interpersonal como terapia y su coste emocional

La consideración de la naturaleza de la profesión sanitaria nos puede permitir darnos cuenta de las características que la hacen particularmente estresante. El profesional utiliza su comunicación y su persona como elemento terapéutico tanto con el paciente como con la familia, con el consiguiente coste emocional para el profesional.

En efecto, si miramos la definición que el diccionario terminológico de ciencias médicas da de *terapia* o *terapéutica*, podemos leer: "parte de la medicina que se ocupa en el tratamiento de las enfermedades; ciencia y arte de curar o aliviar, que comprende el estudio de *los medios propios para este fin*", y bajo la voz *tratamiento*, leemos "conjunto de medios *de toda clase* que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades".¹⁰

Bajo este paraguas conceptual, creo que nadie pondrá en tela de juicio que la comunicación interpersonal es un medio terapéutico, es decir, un arte puesto al servicio del enfermo para acompañarle en el proceso de curación o de alivio de la enfermedad.

En realidad, todo tipo de terapia o tratamiento que se realiza con el enfermo, tiene lugar *mediante la comunicación interpersonal*. En cierto sentido se podría decir que la comunicación interpersonal, el encuentro humano, es el medio primero y fundamental para realizar un diagnóstico y para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento. Unas pruebas diagnósticas, sean del tipo que sean, son realizadas -por muchos aparatos y medios técnicos que se utilicen- gracias a la comunicación previa con el paciente y en el mismo acto de realizarlas se produce comunicación, aún en el caso en que el que lleve a cabo la prueba mantenga absoluto silencio. La comunicación, pues, es un medio inevitable para el tratamiento de los enfermos.

Por otra parte, cuando hablamos del valor terapéutico de la comunicación humana, queremos

¹⁰ Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat, 1974.

hacernos eco de la importante afirmación del Dr. Ballint, médico conocido por los grupos que creó para la autoayuda de los mismos profesionales de la salud, que dice: *"la primera terapia es la persona del agente de salud"*. Entendemos, pues, que antes de cualquier información que el terapeuta pueda dar, antes de cualquier intervención que tienda a procurar confort, a aliviar del dolor, a luchar contra los agentes patógenos o a restaurar los efectos de los traumatismos o procesos degenerativos, antes de todo, la misma persona del agente de salud y su significado es terapia para el enfermo.

El hecho de ser la misma persona del ayudante y su interacción terapia, hace que su aplicación tenga un coste no indiferente para el terapeuta, hace que éste experimente la tensión propia de quien quiere alcanzar su objetivo -el cuidado y la curación- y se encuentra con los límites y resistencias de la naturaleza humana y de las personas enfermas y de quienes las rodean, que, con frecuencia se muestran exigentes debido a que un ser querido lo pasa mal y reconocen efectivamente el valor terapéutico de la relación del profesional con ellos.

El coste emocional del despliegue de la profesión sanitaria con la conciencia de que la persona del profesional es terapia, es, ciertamente, elevado.

- El encuentro con la fragilidad ajena y la impotencia propia

Compartiendo un poco de tiempo con un grupo de enfermeras que trabajan en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público, pude constatar cómo en el contacto con los enfermos graves, surgen numerosas situaciones en las que efectivamente se requiere de nosotros una particular atención al mundo interior del paciente y que se refieren a los sentimientos, las relaciones, los significados, la historia personal y única (¡no la historia clínica precisamente!).

Una compañera, enfermera, al iniciar su tarea un día, al dirigirse al Sr. Luis, (paciente que había ingresado la tarde anterior) con la pregunta *"¿Cómo se encuentra, ha dormido bien esta noche?"*, al recibir como respuesta *"¿Cómo quiere que me encuentre si tengo un cáncer y me voy a morir?"*, no supo qué hacer ni qué decir y, sintiéndose violenta y bloqueada, se dio media vuelta y se marchó.¹¹ Otro paciente, en otra ocasión, le decía: *"¡Dios mío, ¿por qué me tiene que suceder esto a mí?, ¿por qué no me habré muerto en el quirófano?, ¿por qué a mí?"*

La pregunta, compartida, nos aproxima a la experiencia del encuentro con el misterio, algo que nos envuelve y que hay que vivir -como diría Gabriel Marcel-, a diferencia del problema que, al estar fuera de nosotros, puede encontrar una solución.

Y en el encuentro con el misterio nos percatamos de nuestra impotencia, porque no siempre somos capaces de vivirlo sanamente y por su gran poder interpelador.

La extrema vulnerabilidad del paciente ingresado en unidades de cuidados críticos, la

¹¹ Cfr. BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", Madrid, San Pablo, 1996, p. 50.

frecuente reacción de sumisión y abandono¹² a los criterios y pautas de los profesionales, hace que el poder que adquiere el profesional de la salud sea muy elevado y que, por lo mismo, la competencia que se requiere esté adecuada a tal situación para evitar el mayor riesgo de caer en los extremos del paternalismo y del directivismo infantilizante como defensas de lo que supone manejar el misterio, la fragilidad ajena y la impotencia propia.

"Mientras estamos hablando -me cuenta una enfermera- me doy cuenta de que tenemos un poder en la relación con los pacientes ingresados en cuidados críticos del que no siempre somos muy conscientes y que podemos hacer con ellos lo que queramos porque están a nuestra merced".

La conciencia de esta responsabilidad y riesgos, hace que aumente la tensión y el estrés, precisamente por el elevado nivel de gravedad de las situaciones, la ansiedad experimentada por parte de todos y la dependencia de los pacientes y familiares de los profesionales.

Entresacando algunas intervenciones de una enfermera que escribía la conversación mantenida con una enferma, con la intención de analizar su estilo relacional, compruebo cómo resulta fácil caer en la tentación de distribuir imperativos y decir qué es lo que tiene que hacer el paciente, pasando por alto, con frecuencia, la acogida de su mundo interior, que sería más comprometido. Entre las cosas que decía encuentro: *"tienes que hacer un esfuerzo, tienes que ver lo positivo, no seas tan susceptible, no te tiene que costar pedir las cosas, no tengas miedo, no llores..."*. Me parece éste un conjunto de frases que reflejan un modo de hacer, un modo de relacionarse con el enfermo que, movido por muy buenas intenciones, no acepta incondicionalmente la experiencia única e irrepetible que hace el enfermo. Me doy cuenta que todos los verbos están en imperativo; todo son órdenes, en lugar de muestras de comprensión de la experiencia por la que estaba pasando la enferma. Este estilo imperativo en la relación de ayuda puede ser fruto del burn-out que lleva a protegerse del impacto del mundo más personal del paciente.

Una enfermera me refería de cómo algunos pacientes mantienen posturas físicas rígidas y permanecen inmóviles durante mucho tiempo porque las enfermeras les dicen que *"no tienen que moverse"*, sin aclarar bien la naturaleza de este comportamiento y dejándolo en un simple imperativo. Otra me refería: *"algunos pacientes no tienen coraje para preguntar sobre su enfermedad porque se sienten como expropiados, como si no fueran ellos mismos y todo dependiera de nosotras"*.

Quizás sean demasiadas las veces que decimos a los enfermos cómo deben comportarse y qué es lo que deben hacer o cambiar para que todo vaya bien y superar las dificultades. Quizás son demasiadas las veces que no captamos el mundo de los significados y sentimientos de las personas a las que cuidamos y nos centramos únicamente en el mundo de los datos, los problemas y las soluciones técnicas, despersonalizando el ejercicio de esta noble profesión.

Una investigación realizada por Benner identificó diferentes fases a través de las cuales

¹² Cfr. TURNOCH Ch., "Problemas psicológicos en la UCI", ZENECA, p. 6

cualquier enfermera de una Unidad de Cuidados Críticos progresa desde el nivel de principiante al de experto. Al parecer, según él, la acción del principiante es garantizar que la tecnología esté funcionando correctamente, dejando el cuidado no fisiológico del paciente en un pobre lugar.¹³ Centrarse en el paciente supone superar la obsesión de la técnica y del éxito así llamado siempre "terapéutico" para acompañar procesos humanos de afrontamiento de las dificultades a la medida de cada persona. Y esto requiere un buen manejo del grado de implicación emotiva con el sufrimiento ajeno para no reaccionar con estilos estereotipados y despersonalizados, fruto más del agotamiento y del modo negativo de vivir el estrés que de una buena competencia relacional y emocional.

3. Regular la implicación emotiva. Manejo sano del estrés y prevención del burn-out

-Regular el grado de implicación

La actitud empática sería la que se propone como ideal para que la relación sea realmente terapéutica y para regular el grado de implicación emotiva en el contacto con el sufrimiento ajeno manejando el estrés que, no bien manejado, puede llevar a síndrome de burn-out. En la medida en que se interiorice esta actitud se manejará con soltura el estrés, siempre que se comprenda bien su significado.

Esta actitud supone ponerse entre paréntesis a sí mismo, despojarse de los propios puntos de vista para adoptar el marco de referencia del ayudado.

La empatía es mucho más que la simpatía, actitud espontánea que hace agradable una conversación por atracción, confianza o identificación emocional. La empatía es otra cosa. Supone hacer el esfuerzo por identificarse con la persona del que sufre haciéndose el esquema mental: "también yo, en una situación como ésta, sentiría lo que estoy percibiendo que siente", y por eso lo intento comprender, aún a sabiendas de que esto me afecta a mí, repercute sobre mí, hace que también yo tiemble y pueda perder mis falsas seguridades o defensas detrás de las máscaras. Porque la empatía nos hace entrar en contacto con la propia vulnerabilidad y por eso es importante saber retirarse debidamente de esta necesaria implicación emotiva para no quedarnos en la superficie ni ahogarnos con quien se encuentra en el fondo de su pozo, de su sufrimiento, de su oscuridad.

Disponerse en actitud empática con los enfermos graves, como los que encontramos en las unidades de cuidados críticos comporta entonces, una buena dosis de estrés¹⁴. Prevenir el síndrome del burn-out en un trabajo *hemorrágico* como éste no significa adoptar estrategias de evitación de la implicación cuanto encontrar el sano equilibrio del compromiso afectivo con la persona que sufre, equilibrio que nos viene bien marcado por el concepto de la actitud empática, no siempre bien entendida.

¹³ Cfr. TURNOCH Ch., "Problemas psicológicos en la UCI", o.c., p. 9.

¹⁴ Cfr. TURNOCH Ch., "Problemas psicológicos en la UCI", o.c., p. 6.

A veces, cuando hablamos de humanización de la asistencia al enfermo y, en concreto, de un trato humano y empático de los profesionales sanitarios, es fácil pensar que lo que se espera es profesionales sensibles que sean capaces de sufrir con el paciente y tiernos hasta el punto de comportarse como un familiar o un ser querido. Compartir el dolor del otro, entonces, "puede ser el despliegue de lo que etimológicamente significa "simpatía" (padecer con), una disposición que llevaría a confirmar o agravar el sentimiento de impotencia vivido por ambos. Sentir dolor cada vez que el enfermo que siente dolor, experimentar angustia cada vez que el enfermo experimenta angustia, sería una locura".¹⁵

El otro extremo, adoptado por quienes en el acompañamiento a los que sufren ya han hecho un largo camino o en quienes dicen abiertamente que no quieren ser afectados por el dolor ajeno porque ellos tienen su vida y tienen que vivirla, sería la neutralidad afectiva, propuesta, por otra parte, a muchos profesionales como mecanismo para defenderse y poder resistir en el contacto frecuente con las situaciones angustiosas y dramáticas.

La cuestión es que la neutralidad afectiva no es posible para personas mínimamente sensibles y la implicación sale a un alto precio personal.¹⁶ ¿Dónde está el equilibrio? El equilibrio es la actitud empática y viene dado por la buena comprensión de esta disposición interior que presentaremos en cuatro fases.¹⁷

- El proceso de la empatía como regulador del estrés

La empatía requiere una introducción en el mundo del enfermo, pero una introducción que no anula nunca la distancia, que no sea una disolución del yo personal en el ajeno, o a la inversa, del yo ajeno en el personal.

La primera fase sería la de la identificación, es decir el agente sanitario, movido por interés sincero hacia su paciente se coloca en la mejor actitud para escucharlo y contemplar su experiencia dejándose llevar por lo que el enfermo comunica, olvidándose de sí mismo, penetrando en su campo identificándose con él en lo que la expresión "también yo, en circunstancias parecidas, he sentido las mismas reacciones y he obrado de la misma manera" pueda contener y suscitarle. Es una identificación pasajera, en la que por instantes, el ayudante, sin dejar de ser él mismo, pero poniéndose entre paréntesis se deja llevar por el torbellino de experiencias del enfermo.

Se trata, pues, de "penetrar en el mundo de los sentimientos ajenos, permaneciendo uno

13 BERMEJO J. C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", 1997, p. 53-56.

¹⁶ Cfr. BERMEJO J.C., "La relación de ayuda en enfermería", en: BERMEJO J.C., (ed), "Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería", Madrid, San Pablo, 1997, p. 19.

¹⁵ Cfr. CASERA D., "Mis hermanos los psicóticos", Madrid, Paulinas, 1983, p.49 ss. Casera resume de: KATZ R., "Empathy, its nature and uses", Londres, The free Press of Glencoe, 1963.

mismo".¹⁸

Lejos de "meterse en el pellejo" del enfermo para sentir lo mismo que él o sentir con él, se entra con la propia capacidad comprensiva para adoptar su punto de vista. La aceptación de lo que el ayudado vive -dice Rogers- "no significa nada si no implica comprensión. Sólo cuando comprendo los sentimientos y pensamientos que al cliente le parecen horribles, débiles, sentimentales o extraños y cuando alcanzo a verlos como él los ve y aceptarlo con ellos, se siente realmente libre de explorar los rincones ocultos y los vericuetos de su vivencia más íntima y a menudo olvidada".¹⁹

La segunda fase, a la que se hace referencia con el nombre de repercusión, consiste en la conciencia que el efecto de la primera tiene sobre el ayudante. Al entrar en el mundo del enfermo o del familiar, el profesional de la salud no puede quedar indiferente. Se sentirá afectada, repercutida por el mundo de significados y sentimientos y una simple autoobservación le permitirá darse cuenta de lo que sucede dentro de sí. Algo así como lo que podríamos encontrar detrás de esta expresión: "también yo, ahora, mientras intento meterme en tu pellejo, experimento sentimientos de..." Quizás impotencia, inseguridad, absurdo, deseo de refugiarme en la rutina y huir de la verdadera comprensión de tus miedos y tus deseos...

En este deseo de ser dueño de los propios sentimientos, (¡para que ellos no sean los dueños de nuestro comportamiento!), el profesional se descubrirá no sólo vulnerable, sino que se encontrará también con las propias limitaciones personales y aquellas áreas de su vida que tienen que ver de alguna manera, con lo que se encuentra en la experiencia ajena. Dicho de otro modo, el ayudante se verá, de alguna manera reflejado en lo que de su interior hay en común con aquella persona o aquella situación que presenta el enfermo. El ayudante recuerda viejas emociones adormecidas que están en estrecha relación con lo que está viviendo el ayudado que tiene que ver con situaciones reales o imaginarias y posibles. Esta fase, que denominamos repercusión, se convierte en observación de sí mismo y entonces cobra especial importancia el principio "si quieres comprender a los otros, mira en tu corazón", de modo que el ayudante descubre sus semejanzas con el ayudado. La yuxtaposición entre mi yo personal y mi yo identificado con el del otro, es fuente de intuiciones liberadoras. La autoobservación es fuente de comprensión de la experiencia del otro.

Es el manejo del impacto personal que el sufrimiento tiene sobre uno mismo lo que más influye en la posible situación de burn-out. Si es cierto que todos los trabajos pueden "quemar" a una persona, en el trabajo sanitario lo es más si cabe, precisamente por la particularidad del efecto personal que tiene sobre uno el encuentro con la propia vulnerabilidad. Del modo como ésta se maneje depende, en buena medida, la satisfacción en el trabajo o el agotamiento emocional.

En cuarto lugar, la fase de la separación. En realidad, la identificación no se confunde con la fusión, por lo que la distancia o separación se vive desde el principio, desde el momento en que el

¹⁸ Cfr. BIZOUARD C., "De la acogida al diálogo", Bogotá, Selare, 1989, p.85.

¹⁹ ROGERS C., "El proceso de convertirse en persona", Barcelona, Paidós, 1986⁶, p. 41.

agente de salud decide ponerse entre paréntesis para adentrarse en el mundo del otro. El ayudante ha vibrado ante sus experiencias, se ha implicado, pero manteniendo la distancia que ahora se restablece, si cabe, de manera que interrumpe el proceso de introyección en la experiencia de sufrimiento ajeno. Se restablece así la distancia social y psíquica. Desde la distancia es más posible la objetividad y la reflexión serena sobre la experiencia vivida.

Ilustrando esta actitud con un ejemplo, podemos decir que cuando un anciano ingresado nos dice que quiere morir, si realmente no salimos corriendo del camino que nos abre para recorrer un trozo juntos podemos explorar el significado que tal afirmación tiene para él. Entonces, poniéndonos entre paréntesis y viendo las cosas desde su punto de vista, comprenderemos que está cansado y triste porque sus hijos no vienen a verle, o porque no puede estar con ellos, porque va experimentando cada día con más intensidad la pérdida de sus facultades y de su autonomía, y su identidad empieza a ponerse en tela de juicio porque ya no es el que era. Percibir desde su punto de vista esta triple crisis (de pertenencia, de autonomía y de identidad) pueden despertar en el ayudante no superficial su experiencia de tristeza y su propia sensación de vaciedad ante los propios fracasos o en los momentos en los que sus capacidades cuentan poco. Este adentrarse en el otro y en sí mismo (sin anular la distancia y dispuesto siempre a restablecerla) permitirán comprender el significado de tal expresión del anciano señor.

Cuando el profesional de la salud desea comprender a la persona que no quiere estar completamente desnuda o tener que hacer sus necesidades en la cama o lo que significa para él que su pareja no pueda entrar y estar con él o estar poco tiempo, quizás la propia experiencia del pudor, de la indefensión, de la inseguridad, de la distancia de los seres queridos experimentada por el ayudante sobre su propia piel en alguna ocasión, pueda ser fuente de comprensión de los significados que tales situaciones tienen para el enfermo. Tal actitud, pues, supone un verdadero interés por la persona a la que se atiende, superando la rutina en la que los trabajadores de la salud pueden caer al hacérselos familiares las situaciones que para quien las vive por primera vez y en la propia carne son muy estresantes e impactantes.

Pensemos entonces en la importancia que adquirirá, por ejemplo, la información de la naturaleza del ruido propio de una Unidad de Cuidados Críticos que tanto sorprende tanto a los pacientes como a los profesionales nuevos, y que puede pasar a no percibirse y dejar de informar a los pacientes de la naturaleza de tal tecnología relevante, viviéndose de manera más estresante de lo necesario.²⁰

- Dimensión conductual de la empatía

La empatía requiere un paso más que la comprensión. Es necesario que se traduzca en habilidades de relación, conseguir que el ayudado se sienta escuchado y comprendido. De ahí la importancia no sólo de la disposición o actitud empática, sino de las habilidades relacionales necesarias para hacer llegar la comprensión. En este sentido, es de gran utilidad, además del lenguaje

²⁰ Cfr. TURNOCH Ch., "Problemas psicológicos en la UCI", o.c., p. 9.

no verbal, la respuesta reflejo o reformulación, es decir, la comunicación del agente de salud al enfermo o familiar de cuanto él ha comprendido de la experiencia que está viviendo y expresa. Este tipo de respuesta, con frecuencia considerada inútil o incluso contraproducente por quienes no tienen la habilidad de hacer un buen uso de ella, favorece de manera privilegiada la comunicación de la comprensión del ayudante y la autoexploración y autocomprensión del ayudado de sí mismo y comporta, ciertamente, una buena dosis de competencia relacional y emocional que, bien integradas, darán satisfacción en el trabajo, y no poseídas, aumentarán la sensación de distancia entre demanda y recursos y, por lo tanto, la posibilidad de burn-out.

Pero para poder responder adecuadamente y traducir la actitud empática en habilidad de comunicación nada es tan útil como la *escucha activa*. La escucha es, sin duda, una de las formas más eficaces de comunicar respeto. Es la oferta sencilla y humilde de un lugar donde habitar fuera de la propia angustia. El que sufre encuentra en el que escucha realmente, una posada, un templo, alguien en el que vivir, en el que descansar.

Conversando con algunas enfermeras que trabajan en cuidados críticos, mientras me preparaba para esta intervención, me sorprendió que estaban de acuerdo en decir que en cuidados críticos es donde más tiempo hay para hablar con los enfermos. Mi reacción espontánea de sorpresa pensando en los enfermos sedados o inconscientes por cualquier motivo, ellas insistían en que hay muchos con los que efectivamente se puede hablar y para los que la escucha es un elemento particularmente terapéutico. *"Te cuentan -me decía una- muchas cosas que les preocupan: sus miedos, sus problemas sociales y relacionales. Somos, si no nos escapamos, un punto de referencia importante para depositar en nosotras sus sentimientos, sus preocupaciones, sus dudas, sus preguntas sin respuesta. A veces se preguntan por qué les tiene que pasar a ellos -por ejemplo los reinfartados- si han seguido todas las indicaciones terapéuticas- o vierten sobre nosotras sus sentimientos de culpa -sobre todo los politraumatizados por accidente- o sus angustias ante la muerte -especialmente cuando fallece alguna persona dentro de la Unidad y se dan cuenta"*.

Aquí, la labor del profesional es de crucial importancia para acoger y contener las emociones. Para esta tarea es necesario creer en el valor de la escucha en sí y despojarse de numerosas tendencias en las que caemos cuando nos dejamos llevar por estilos paternalistas o directivos que nos defienden o reflejan escasa capacidad de controlarse en la persona o desmotivación.

Escuchar activamente es un arte difícil que requiere invertir energía y ponerse en sintonía con nuestra propia naturaleza, porque, en el fondo, como decía el filósofo Zenón de Elea hace veinticinco siglos: "Nos han sido dadas dos orejas, pero sólo una boca, para que podamos oír más y hablar menos".²¹

Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del

²¹ Cfr. Citado en BERMEJO J.C., "Apuntes de relación de ayuda", Madrid, Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud, 1996, p. 35.

sujeto: atención, interés, motivación, etc. Es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al "dejar de hablar". Como ha escrito el psicólogo Carlos Alemany, escuchar de verdad requiere "un programa de adiestramiento para operativizar y maximizar nuestros propios recursos personales".²²

La sabiduría holística actual nos aconseja poner el cuerpo donde tenemos la mente. Sin embargo sabemos lo difícil que nos resulta hacerlo normalmente. En efecto, como nota Alemany, una persona es capaz de comprender los mensajes verbales de otra a una media de 600 palabras por minuto y solemos mantener una conversación normal entre 100 y 140 palabras por minuto.²³ La conclusión de este dato es obvia: mientras el otro habla, se produce un gran "*tiempo libre mental*" que solemos usar en preparar la respuesta que vamos a dar, en la pregunta que tenemos que hacer o en las asociaciones experienciales que vamos a comunicar en cuanto nos sea posible meter baza. Usar bien este tiempo libre mental supone vaciarse de sí y centrarse realmente en los significados que las palabras tienen para quien las pronuncian, en el lenguaje no verbal, haciendo el esfuerzo por captar la valoración cognitiva y afectiva que hace la persona que se comunica de lo que intenta transmitir.

Giuseppe Colombero, en el libro "De las palabras al diálogo. Aspectos psicológicos de la comunicación interpersonal", afirma que "la escucha es un acto espiritual porque está impregnado de competencia interior".²⁴

Un cuento oriental podría estimularnos a afinar el nuestra capacidad de escucha para llegar más allá de la simple percepción de las palabras.

Un discípulo, antes de ser reconocido como tal por su maestro, fue enviado a la montaña para aprender a escuchar la naturaleza.

Al cabo de un tiempo, volvió para dar cuenta al maestro de lo que había percibido.

- "He oído el piar de los pájaros, el aullido del perro, el ruido del trueno...

- "No -le dijo el maestro-, vuelve otra vez a la montaña. Aún no estás preparado.

Por segunda vez dio cuenta al maestro de lo que había percibido.

- "He oído el ruido de las hojas al ser mecidas por el viento, el cantar del agua en el río, el lamento de una cría sola en el nido".

- "No -le dijo de nuevo el maestro-. Aún no. Vuelve de nuevo a la naturaleza y escúchala".

Por fin, un día...

²² ALEMANY C., "El difícil arte de... escuchar", en: "Sal Terrae", 1995 (1), p. 59.

²³ Ibidem., p. 63-64.

²⁴ COLOMBERO G., "De las palabras al diálogo. Aspectos psicológicos de la comunicación interpersonal", Bogotá, San Pablo, 1993.

- *"He oído el bullir de la vida que irradiaba del sol, el quejido de las hojas al ser holladas, el latido de la savia que ascendía en el tallo, el temblor de los pétalos al abrirse acariciados por la luz".*

- *"Ahora sí. Ven, porque **has escuchado lo que no se oye**".*

Quizás podríamos hacer un paralelo sin forzar mucho con el camino que pudiera hacer un profesional de la salud que quisiera adiestrarse en el arte de escuchar a las personas a las que atiende en cuidados críticos. Puede que en un primer momento fuera capaz de decir que escucha porque percibe con exactitud las señales de alarma de los monitores, la frecuencia regular de las válvulas de los respiradores, el latido del corazón del paciente con el fonendoscopio... Quizás, en un segundo intento, afinando la escucha pudiera llegar a percibir el ruido de los goteos de las perfusiones, la respiración de los pacientes sin ventilación mecánica, el mismo latido del corazón del enfermo. Nuestra propuesta va más allá aún: aprender a escuchar la parte escondida del iceberg emotivo: los miedos, temores, el sentimiento de indefensión que se esconden detrás de una lágrima o de una mirada, la confianza y la ilusión que palpitan en lo más íntimo del corazón, el anhelo de una pronta y fácil recuperación o de un final sereno y familiar, escondidos detrás de cada rostro concreto.

Somos conscientes de que escuchar de verdad, entrar en el mundo del otro, bajar a su pozo para compartir la situación, resulta costoso. Requiere entrenamiento para saber entrar y para saber salir sin quemarse. Conseguirlo bien confiere satisfacción al profesional y constituye una interesante experiencia humana de crecimiento personal.

- Burn-out y profesionales nuevos

Teniendo como tiene el riesgo de encontrarse con la propia vulnerabilidad y caer en la identificación emocional, o el riesgo del burn-out, la empatía ¿vale la pena como actitud terapéutica o es un plus al ejercicio de la profesión que debería realizarse en la neutralidad afectiva a la que parecería inspirar la abundancia o complejidad de la tecnología? Creo que podemos afirmar sin miedo que la actitud empática tiene efectos terapéuticos suficientes como para justificar el riesgo que conlleva y que -por otra parte- es la actitud que regula la sana implicación emotiva del profesional de la salud con el sufrimiento ajeno.

No deja de sorprenderme cómo al describirme una enfermera entrada en años a las jóvenes, se refiere a ellas diciendo *"son muy conocedoras de las últimas técnicas, tienen mucha cabeza, pero parecen incapaces de dirigir la mirada a los ojos del enfermo, de cogerles la mano y de hablar con ellos"*. Seguro que esta es una visión parcial, pero provocadora para no perder lo más grande de la profesión: el encuentro humano como personas. Si esto reflejara la realidad, habría que decir que las nuevas enfermeras vienen ya defendiéndose de la implicación emotiva y el burn-out sería para ellas un simple mecanismo de defensa aprendido. A ellas les diríamos con mucho afecto aquella frase que humanizaría su trabajo y les daría mayor satisfacción en el mismo: *"poner más corazón en las manos"*, como dijera el gran reformador de la enfermería del siglo XVI y patrono de las enfermeras (junto con San Juan de Dios): San Camilo.

Manejarse en la verdad y en la *información* constituye una buena estrategia tanto para la

relación con los usuarios como para la relación entre los compañeros de trabajo. La información y la verdad inspiran *confianza*, tanto en medio de los diagnósticos negativos como en medio de los conflictos, y la confianza es el elemento fundamental de la *esperanza*. Quizá sea bueno recordar con el Dr. Gómez Sancho que "*la verdad es antídoto del miedo*", que "*lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido*".²⁵ El paciente grave que consigue establecer una relación de confianza con el profesional de la salud vivirá con mayor calidad de vida y la comunicación será terapia, alivio y confort. El profesional que consigue establecer una relación de confianza con sus compañeros -incluidos sus superiores-, afrontará de manera sana los conflictos y disminuirá el modo negativo de vivir el estrés que éstos producen.

4. La institución que motiva y previene el burn-out

Ciertamente, la prevención del burn-out no es cuestión sólo de los individuos, de los profesionales, sino también de la institución. El modo como ésta consiga motivar a los profesionales influirá directamente en su grado de satisfacción, así como el modo de entablar las relaciones de autoridad y las posibilidades de participación en la toma de decisiones.

Una institución de salud que mantenga una buena "higiene laboral" en la que los profesionales no tengan motivo de queja por inseguridad laboral, por bajos salarios, por estructuras inadecuadas para el ejercicio de la profesión, por mala organización del trabajo o distribución del tiempo y de los demás recursos, todavía no es una institución que motive.

La motivación requiere incidir sobre los satisfactores intrínsecos, no sólo sobre los extrínsecos. Los satisfactores intrínsecos suponen la capacidad de ver realizados los objetivos, la posibilidad de tomar parte en las decisiones, la horizontalidad en las relaciones, el conocimiento de la misión y el carisma de la institución y el protagonismo experimentado en su realización y despliegue.

Movilizar los factores motivacionales intrínsecos requiere interesarse no sólo por la competencia técnica de los trabajadores, sino también por su competencia relacional y emocional, que podrán dar espacio a la competencia esencial si se cuida realmente el clima laboral y las relaciones en el mismo. Estamos ante los intangibles, ante elementos que muchas "empresas de servicios de salud" no contemplan o consideran poco relevantes y cuyo precio es elevadísimo si no se consigue un buen nivel de motivación gestionando estos intangibles con la sabiduría de quien no mira todo con los números, sino con la inteligencia de quien sabe que cuando se trata de personas, las matemáticas no siempre funcionan.

¡Ojalá que en el ejercicio de la profesión tan noble sean capaces de hacer un camino de humanización y de prevención de burn-out o sanación del mismo si ya forma parte de la propia situación! Si es noble luchar contra la adversidad de la vida, más noble aún es ayudar a luchar contra

²⁵ GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales", Las Palmas, ICEPS, 1994, p. 287.

ella. Y yo diría todavía: más noble, si cabe, es preocuparse por una progresiva y creciente formación para seguir ayudando a luchar contra la adversidad. Y en esa tarea estamos embarcados los profesionales de la salud, motivo por el cual podemos felicitarnos.

José Carlos Bermejo Higuera
-Director del Centro de Humanización de la Salud-