

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y
PREDISPOSICIÓN AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA EN CUIDADOS
PALIATIVOS EN EL “CENTRO DE SALUD JESÚS
OBRERO”

POR: CARLA DALAI LEDEZMA QUIROZ

TUTORA: Lic. CARLA ANDREA MORALES CHAVEZ

LA PAZ – BOLIVIA
Octubre, 2019

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
I. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Área Problemática.....	3
1.2 Problema de Investigación.....	3
II. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo General.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
III. HIPÓTESIS.....	6
IV. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	12
Cuidados Paliativos.....	12
Origen de los Cuidados Paliativos.....	12
Principios de los Cuidados Paliativos.....	22
Equipo Interdisciplinario.....	29
Equipo Interdisciplinario en Cuidados Paliativos.....	30
Paliativos en Bolivia.....	30
Equipo de Cuidados Paliativos.....	31
Habilidades personales.....	32

Base de un equipo interdisciplinario en Cuidados Paliativos.....	33
Tareas, organización y funcionamiento del equipo en cuidados Paliativos.....	33
Rol y componente de un equipo en cuidados Paliativos.....	34
Hospital.....	42
Sistema hospitalario.....	42
Centro de Salud.....	43
Personal de salud.....	44
Salud.....	45
Promoción de la salud.....	45

	Pág.
Enfermedad.....	46
Enfermedad crónica.....	46
Enfermedad terminal.....	47
Acompañamiento.....	49
AFRONTAMIENTO.....	51
Estrés y Afrontamiento.....	62
Afrontamiento desde la perspectiva de Lazarus y Folkman.....	66
Afrontamiento como proceso.....	67
Etapas del Afrontamiento.....	68

SÍNDROME DE BURNOUT.....	69
Modelos explicativos del Burnout.....	74
Desarrollo de Síndrome de Burnout.....	78
Manifestaciones del Síndrome de Burnout.....	79
Desencadenantes del síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud...	80
Tipos de estresores laborales.....	81
Modelo Cognitivo – Comportamental del Síndrome de Burnout.....	83
Estructura Cognitiva.....	85
Estructura Afectiva.....	88
Esquemas cognitivo comportamentales.....	89
Esquema de modeling o modelado.....	90
Esquemas de autoconcepto.....	90
Esquema de afrontamiento.....	91
Esquema atribucional.....	93
Esquemas de motivación al logro.....	94
Esquema de control de espacio.....	95
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.....	97
I. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	97
II. VARIABLES.....	97

Pág.

Operacionalización Conceptual de las Variables.....	97
Operacionalización de la Variables.....	98
Técnicas de Investigación.....	102
Coeficiente de Correlación de Pearson.....	102
Regresión Lineal y Ajuste de Curvas.....	104
Población y Muestra.....	104
Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	105
Procedimiento.....	105
CAPÍTULO IV	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	107
Datos Demográficos.....	107
Coeficiente de Correlación de Pearson.....	109
Regresión Lineal y ajuste de Curvas.....	116
CAPÍTULO V	
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	120
Conclusiones.....	120
Recomendaciones.....	124
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	126
ANEXOS.....	128

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está motivada por una urgente necesidad, de contribuir en el ámbito de cuidados paliativos a través de los distintos servicios que presta el sistema nacional de salud a nivel hospitalario en sus diferentes niveles; con el fin de poder desarrollar estrategias de contingencia adecuadas por parte del personal de salud en los procesos de tratamiento de personas que presentan enfermedades crónicas, terminales o se encuentran en algún proceso de sufrimiento, ya sea por enfermedad o pérdida de algún familiar o ser querido. Aportando a la humanización de la salud y contribuyendo a una vida digna al final de la vida.

La investigación se sustentará en definiciones conceptuales y técnicas de evaluación que permitan obtener información estadística para enriquecer la investigación; presentando de esta forma una propuesta metodológica que aspira a optimizar y contribuir a una intervención hospitalaria a través del personal, con calidad, calidez y sobre todo humanización de la salud en la atención de personas que padecen algún tipo de enfermedad crónica o terminal.

El problema de investigación se centra en las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos; con el fin de motivar al profesional de la salud a que vaya generando grupos en defensa de los derechos de los pacientes y un trato digno en la atención en salud; con el tiempo se han generado grupos de voluntariado que pretenden aliviar de una u otra forma el dolor crónico, terminal o realizar un acompañamiento en procesos de duelo a las personas enfermas y familiares de personas que tienen diferentes tipos de enfermedad.

El cuidado paliativo implica un adecuado acompañamiento y abordaje terapéutico interdisciplinario por parte del personal de salud para la atención con calidad, calidez y humanización de la salud.

En consecuencia, el problema se centra en identificar las estrategias de afrontamiento y predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos tanto con pacientes oncológicos como no oncológicos; para ello se realiza un estudio entre personal de salud que trabaja en cuidados paliativos y personal de salud que no aborda la temática, para establecer si existe una diferencia muy notoria entre ambos grupos en cuanto a estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout y cómo esto incide o no en la atención del personal de salud.

Capítulo I

I. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.1. ÁREA PROBLEMÁTICA

La presente investigación, pretende determinar una relación entre las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout, estableciendo una relación entre personal de salud en cuidados paliativos y personal de salud que está no trabaja en cuidados paliativos.

De esta forma se busca establecer si existe relación entre un grupo y otro, identificar si estas estrategias de afrontamiento y predisposición al síndrome de burnout están presentes en ambos grupos, de qué forma y en qué grado, si afectan o no el desarrollo en la atención de cuidados paliativos en el personal de salud.

Por último se pretende realizar un análisis de forma correlacional y así poder explicar las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout si inciden o no en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los cuidados paliativos ha logrado anexarse dentro de la medicina tradicional, transformando nuevos paradigmas de atención en salud, el cuidado del paciente con calidad, calidez y humanización, incorporando nuevas formas de abordaje terapéutico, dando respuesta a las necesidades de la población que padece de enfermedades crónicas y terminales, sustentando un apoyo adecuado por parte del personal de salud, no solo al paciente sino también a los familiares, integrando un equipo interdisciplinario para una adecuada asistencia.

Una condición fundamental para transformar la atención del paciente abordando desde los cuidados paliativos, es demostrar que el paciente crónico o en fase terminal, tiene que ser atendido de forma adecuada aun sabiendo que su vida no puede prolongarse más allá de lo diagnosticado; en este sentido, se debe abordar desde un equipo interdisciplinario aspectos físicos, emocionales y psicológicos, para realizar la debida atención, contención y acompañamiento en los procesos de dolor o duelo, tanto del paciente como del familiar, para desarrollar capacidades en las personas de forma resiliente, asertivas y adecuadas a partir de sus experiencias concretas y vivenciales.

En el contexto hospitalario, por años se ha manejado los cuidados paliativos desde un aspecto meramente médico, biológico y físico, convirtiéndose en terapias del dolor para aliviar los síntomas que ocasionan dolor físico al paciente; sin tomar en cuenta aspectos emocionales y psicológicos que perturban a la persona que padece alguna enfermedad crónica o se encuentra en fase terminal.

Frente a ello, los cuidados paliativos se han constituido en un servicio de atención en salud, para una intervención inmediata y oportuna desde el diagnóstico ya sea definitivo o transitorio y realizar el debido proceso de atención, contención y acompañamiento de la persona diagnosticada y a sus familiares; siendo una forma de relacionarse de forma más directa, personal y humana con la persona que padece la enfermedad y con los familiares.

En ese contexto, se percibe que el sistema de salud a nivel nacional en sus 3 niveles, aún no cuenta con estos equipos interdisciplinarios en cuidados paliativos, que si bien por décadas se han centrado en

servicios o unidades de terapia del dolor, solo intervienen desde el lineamiento médico y van a lo físico.

Además, las personas que viven con enfermedades crónicas o terminales, aún siguen vivas y merecen un servicio y atención oportuna con calidad, calidez y humanización de la salud; si bien la medicina trabaja en salvar vidas, existen estos grupos con diagnósticos terribles, que solo queda atenderlos y acompañarlos hasta el final de sus vidas; y esto responde y se da a partir de equipos interdisciplinarios entendidos en cuidados paliativos.

Así mismo, se puede percibir que existe la aceptación de equipos interdisciplinarios en cuidados paliativos en algunos hospitales de Segundo Nivel y Hospitales privados en Bolivia y el municipio de La Paz; y cada vez tiene mayor importancia y relevancia la conformación y formación de personal en salud para la atención en cuidados paliativos.

Lamentablemente, no se cuenta con una Ley en Salud que dé lineamientos base en cuidados paliativos, por eso, existen instituciones no gubernamentales dedicadas a este trabajo hace décadas en el país, que están promoviendo que se anexe los cuidados paliativos en la Ley Nacional de Salud, para dar formalidad a los diferentes profesionales dedicados al trabajo en cuidados paliativos; si bien ya son reconocidos algunos profesionales en este Servicio, falta la iniciativa, el impulso y la promoción a nivel Nacional originando la importancia de los cuidados paliativos en los Servicios de Salud de forma interdisciplinaria.

Ante esta situación, la Asociación Alianza Bolivia en Cuidados Paliativos, conformada por distintos profesionales comprometidos en mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas o

terminales, coadyuvan en estos procesos a los propios pacientes y familiares en el acompañamiento oportuno para aminorar el dolor físico, emocional y psicológico.

Cuidados Paliativos – SENTEC, es una ONG dedicada al servicio y capacitación en enseñanza técnica específica en cuidados paliativos, con más de una década en el país, se dedica a realizar capacitaciones para profesionales en salud y voluntarios que deseen coadyuvar en cuidados paliativos, con el fin de dar solución, apoyo, contención a personas que sufren por enfermedades crónicas o terminales, acompañando al paciente hasta el final de su vida y a los familiares en todo el proceso de la pérdida de un familiar o ser querido; a partir de experiencias vividas a nivel personal y de trabajo, en cuanto a pérdidas de vidas se refiere; considerando la importancia del acompañamiento y reconocer que toda persona tiene derecho a una muerte digna.

Por lo antes expuesto, a groso modo, explicaría las razones o el por qué es fundamental en este contexto, la necesidad de realizar este estudio de investigación y relacionar en qué medida intervienen las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en personal de salud que trabaja en cuidados paliativos; de esta forma se pretende establecer la relación de las estrategias de afrontamiento y predisposición al síndrome de burnout en personal de salud que trabaja en cuidados paliativos.

II. OBJETIVOS

Los límites y alcances de la presente investigación, se definen en el siguiente objetivo general y objetivos específicos.

2.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos y personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos.
- Analizar las características a la predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos.
- Explicar las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en personal de salud que trabaja en cuidados paliativos y personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos.

III. HIPÓTESIS

La presente investigación responde a una **Hipótesis Correlacional**:

- ❖ El personal de salud que trabaja en cuidados paliativos, cuenta con estrategias de afrontamiento adecuadas y su predisposición al síndrome de burnout es adaptable en relación al personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos.

IV. JUSTIFICACIÓN

Tras años de atención a personas que padecen enfermedades crónicas o terminales, en la década de los sesenta, principalmente en Inglaterra, nacieron movimientos de la reacción de pacientes muy graves e incurables y de sus familias, con el objetivo de mejorar el apoyo a enfermos en fase terminal. Este movimiento ha presentado un precedente histórico a nivel mundial y ha desafiado abiertamente a la

medicina moderna; Cicely Saunders, precursora de cuidados paliativos, demostró que era posible morir sin grandes dolores o sufrimiento; y debido en parte a su influencia, hoy en día los cuidados paliativos han llegado a ser reconocidos como una especialidad médica. Actualmente existen alrededor de 8.000 mil servicios en cuidados paliativos a nivel mundial en 100 países diferentes.

En ese sentido, la OMS – Organización mundial de la Salud define los cuidados paliativos (CP) como: el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación legal, tal y como lo reconocen las convenciones de las Naciones Unidas, siendo reclamado como un derecho humano por asociaciones internacionales, fundamentando el derecho a la salud física y mental; en caso de pacientes que puedan presentar dolores severos, la falta de atención en cuidados paliativos puede considerarse como un trato cruel, inhumano o degradante; ya que la intervención en cuidados paliativos puede aliviar el sufrimiento de manera oportuna e inmediata, con eficacia, calidad, humanización y trato digno.

En la Carta de Praga, urge a los gobiernos a coadyuvar en aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano; texto publicado de una carta publicada por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), la alianza Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) y el Observatorio de Derechos Humanos (ODH)

para promover el acceso a los Cuidados Paliativos como un Derecho Humano en 2012.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos – SECPAL, afirma: “...ya no hay nada que hacer...”, esta frase no existe en el diccionario de Cuidados Paliativos; siempre hay cosas que se pueden y deben hacer desde el diagnóstico hasta el final de la vida en un proceso de enfermedad grave (aliviar los síntomas, acompañar, cuidar, consolar y enseñar a sobrellevar el sufrimiento, manteniendo siempre la esperanza del enfermo y la familia.

En Bolivia, el Artículo 18 párrafo I, II y III de la Constitución Política del Estado, señala que: “Todas las personas tienen derecho a la salud”, “El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”, y “El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia, eficacia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles del gobierno”; el Artículo 35 párrafo I señala que “El Estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”.

El Artículo 81 párrafo III numeral 2, señala que los Gobiernos Municipales Autónomos pueden, “a) Formular y ejecutar participativamente El Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal”; e) Ejecutar el componente de atención

de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.

El Artículo 1 del Decreto Municipal N° 024 de fecha 01 de Septiembre de 2017, aprueba el “Manual de Organizaciones y Funciones del Órgano Ejecutivo Municipal de La Paz para la gestión 2018”, el cual señala una de sus funciones y atribuciones específicas del Alcalde Municipal es: “y. suscribir convenios y contratos”; así también el referido cuerpo legal señala que la razón de ser de la Secretaría Municipal de Salud Integral y Deportes es: *“Gestionar políticas municipales para la mejora integral de la salud de la población del Municipio de La Paz, promoviendo la prestación de servicios de salud de calidad y la promoción del deporte, en el marco de una gestión participativa con actores públicos, privados y la sociedad civil”*, siendo una de las funciones y atribuciones específicas el: “a. elaborar políticas, planes y programas para el desarrollo de los servicios de salud y deportes, en coordinación con instancias nacionales y departamentales; b. promover y gestionar la ejecución de programas y proyectos para la promoción de servicios de salud”; así también señala que la razón de ser de los Hospitales Municipales es: “Brindar servicios de calidad, calidez, eficiencia, confiabilidad, empatía y satisfacción contando con equipo tecnológico y humano especializado en la atención adecuada y oportuna, de acuerdo a la capacidad resolutive del segundo nivel de atención, en el ámbito de su red funcional de servicios de salud”; siendo una de sus funciones y atribuciones específicas el: “l. desarrollar actividades de información y orientación a los usuarios externos, familia y comunidad.”

En la ciudad de La Paz, se encuentra SENTEC - Servicio de Enseñanza Técnica y Capacitación Integral – ONG que trabaja a la

vanguardia de la señora Els Van Hoecke hace más de una década y es precursora de los cuidados paliativos en Bolivia, brinda atención y acompañamiento a personas con enfermedades crónicas avanzadas y a personas en fase terminal de su vida. Entre sus actividades principales está la capacitación y promoción de recursos humanos en cuidados paliativos; su misión es brindar atención paliativa necesaria para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas o al final de sus vidas, buscando aliviar el sufrimiento y respondiendo a sus necesidades, físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales, asimismo, pretende sensibilizar a la sociedad boliviana a cerca de este derecho; entre sus objetivos estratégicos están: aliviar el sufrimiento del paciente crónico o en fase terminal y la de su familia, atendiendo en lo posible sus necesidades de forma integral. SENTEC ha ido difundiendo los conceptos de Cuidados Paliativos en el medio, promueve y facilita la formación de profesionales y voluntarios vinculados con la temática, con el fin de que se incorpore acciones y principios en Cuidados Paliativos en Bolivia.

Cabe resaltar que SENTEC es promotor para la consolidación y la formación de la Asociación Alianza Boliviana de los Cuidados Paliativos (AABCP), con el fin de que se pueda realizar acciones conjuntas entre profesionales, voluntarios y personas afines a la temática, con el fin de lograr la incorporación de Cuidados Paliativos en el Programa de Salud Pública en el país.

En este sentido es que el año 2016 se crea la Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos - AABCP, y cuenta con miembros profesionales y voluntarios que trabajan en temas de Cuidados Paliativos en diferentes departamentos a nivel Bolivia; en la presente gestión se encuentran trabajando un proyecto de Ley con el Ministerio

de Salud para incorporar una definición de Cuidados Paliativos a nivel nacional y de esta forma contar con un lineamiento base sobre la temática.

En el presente año, con el fin de seguir aliviando el sufrimiento y dolor de personas en estado terminal por alguna enfermedad crónica, en la ciudad de Sucre se crea el primer Hospicio para personas que se encuentran al final de su vida, con el fin de brindarles calidad de vida, humanización de la salud y un adecuado acompañamiento, para que personas que ingresen al Hospicio puedan culminar sus días de forma digna, con una adecuada atención y un equipo interdisciplinario preparado para la atención con eficacia, eficiencia y oportuno acompañamiento.

El incremento de personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica o terminal, ha impulsado al Gobierno Municipal de La Paz, a crear Servicios de Hemodiálisis, de Gastroenterología en sus Hospitales de Segundo Nivel, priorizando la salud y el cuidado de la persona que padece la enfermedad y el respectivo acompañamiento tanto al que padece la enfermedad como a los familiares; en este sentido se han ido conformando de forma voluntaria, por necesidad y demanda de la población, personal de salud en atención en cuidados paliativos, que es considerada hoy en día una rama de la medicina que busca el alivio del sufrimiento tanto del que lo padece como del que lo acompaña.

Es fundamental ahondar en la temática de los cuidados del cuidador (sea profesional de la salud, familia, cuidador ó voluntario); con el fin de corroborar, la calidad, la eficiencia, la eficacia, la empatía, el adecuado acompañamiento por parte del profesional de salud que trabaja en cuidados paliativos; de esta forma se aportará y enriquecerá

de una investigación novedosa, nueva, y poco explorada en nuestro ámbito Boliviano, formando, fortaleciendo y capacitando a posterior estos equipos interdisciplinarios una vez aprobado el Proyecto de Ley, para poder mejorar procesos de capacitación adecuados, oportunos y en el momento en Cuidados Paliativos al personal de salud que deseen incorporar conocimientos y trabajar en esta disciplina agregada a nivel mundial como parte de la medicina y reconocido como un Derecho Humano.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

CUIDADOS PALIATIVOS

ORIGEN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba.

La versión griega de lo mismo fue xenodochium, y alrededor del siglo IV aparece la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos

nombres, hospitium o xenodochium, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones serían consideradas los primeros hospicios u hospitales.

Durante la Edad Media, los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos, los que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos. Sin embargo, la mayoría de los hospicios tuvieron un fin bastante abrupto con la llegada de la Reforma.

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, fecha en que Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublín y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas.

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Su fundadora Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área. El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta,

haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Mount BM, J Pain Symptom Manage, 1993).

En francés, la palabra hospice puede usarse como sinónimo de hospital. Por esta razón y para evitar posibles confusiones, Balfour Mount acuñó el término Cuidados Paliativos en lugar de Hospice para ser utilizado en Canadá.

Así mismo, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina. En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer.

Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.

La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS data del año 2002: "cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. El término Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina, mientras que el de Cuidados Paliativos es un concepto más amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario,

incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral. En la actualidad la palabra Hospice se utiliza comúnmente en Gran Bretaña y Estados Unidos para referirse a un tipo de servicio, cuyo objetivo es fundamentalmente asistencial y dirigido a proveer de los medios necesarios para responder a las necesidades de pacientes considerados terminales en los diferentes niveles de atención (Unidades intra hospitalarias, Casas de reposo, Unidades de apoyo domiciliario).

EXPANSIÓN INTERNACIONAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En las últimas décadas los Cuidados Paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes. En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr cada vez mayor cobertura económica y asistencial.

En los 80's se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. Históricamente, el financiamiento de los hospices ingleses ha sido cubierto por donaciones, hasta que en los años 90 el gobierno finalmente decide financiar parte de la atención; El éxito de St. Christopher Hospice sentó un precedente y permitió que el movimiento Hospice se expandiera a través del mundo, generándose grupos consultores, centros de referencia, atención a domicilio y programas de investigación y docencia.

En Estados Unidos, el año 1974 se inauguró el primer hospice del país, en Bradford, Connecticut; a mediados de los ochenta Medicare reconoce a los Cuidados Paliativos dentro de las atenciones médicas a cubrir. La evolución de los cuidados paliativos de los norteamericanos, a diferencia de los ingleses, ha estado predominantemente centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios, tanto que para acceder al beneficio Medicare, los hospices deben ofrecer mayoritariamente programas de atención domiciliaria en sus servicios. En 1994 los servicios tipo Hospice atendieron a más de 340.000 pacientes oncológicos y no oncológicos y en la actualidad hay aproximadamente 2.400 programas Hospice en Estados Unidos.

La incorporación de pacientes no oncológicos a la atención fue una innovación considerada pionera en los Cuidados Paliativos a nivel mundial. A principios de los setenta, comienzan a desarrollarse los Cuidados Paliativos en Canadá y a finales de la década, se desarrollan también en Europa. A mediados de los ochenta, se incorporaron países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente a mediados de los noventa lo hicieron algunos países de América Latina, entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile. Actualmente existen alrededor de 8000 servicios de Cuidados Paliativos en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes. Estos servicios son diversos e incluyen: Unidades móviles de apoyo intrahospitalario, Unidades de Cuidados Paliativos intrahospitalarias, Casas de Reposo para pacientes terminales, Unidades hospitalarias diurnas, Equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario. A pesar de que los Cuidados Paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés

en el paciente que la padece, éstos han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales. En octubre de 1987, Gran Bretaña fue el primer país en el mundo en crear la sub-especialidad médica llamada Medicina Paliativa, lo que fue seguido por el reconocimiento en numerosos otros países como Australia, Bélgica, Nueva Zelandia, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania. En septiembre del 2006 el American Board of Medical Subspecialties otorga a la Medicina Paliativa finalmente el status de subespecialidad.

Hoy en día existen numerosas asociaciones internacionales de Cuidados Paliativos y alrededor de una decena de Revistas Científicas dedicadas al tema. La investigación de nivel académico enfocada a la Medicina Paliativa ha tenido un desarrollo creciente en los últimos años, lo que ha sido uno de los argumentos de fondo para sostener su status de subespecialidad emergente. Recientemente se han publicado algunos trabajos que muestran el grado de desarrollo de la Medicina Paliativa en todo el mundo. Se han publicado artículos sobre la situación de los Cuidados Paliativos en países tan diversos como Australia, Suecia, Uganda, Turquía, Filipinas, Singapur, India, China y Taiwan, Japón, Indonesia e Israel.

BASES EPIDEMIOLÓGICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En las últimas cuatro décadas el mundo ha experimentado un descenso sostenido y gradual de las tasas de natalidad y mortalidad. Consecuentemente, y en relación a la mejoría en el control de las enfermedades infecciosas, la creciente urbanización, la industrialización y los cambios en los estilos de vida, se ha producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando en un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento

progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Actualmente la esperanza de vida promedio mundial es de 65 años, 7 años más de lo que se esperaba a finales de los años 60; se pronostica que para el año 2025 un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años.

Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial. Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos.

En Chile se observan las mismas tendencias demográficas y epidemiológicas; la población adulto mayor corresponde al 10% de la población total, así mismo, las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas, donde un 27.9% corresponden a enfermedades cardiovasculares y un 24.2% a tumores malignos. De esta manera, una necesidad urgente de nuestros tiempos es la de hacer frente a un número creciente de adultos de edades avanzadas, que padecen y morirán de enfermedades crónicas las que, se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos.

A nivel físico: los síntomas derivados directamente de la enfermedad o de los tratamientos que a veces continúan hasta fases muy avanzadas, representan un problema de impacto mayor. En estudios realizados en pacientes oncológicos atendidos por diferentes sistemas de atención de Cuidados Paliativos en Estados Unidos se observa que el dolor, la disnea, la anorexia, el delirio y la pérdida de autonomía están presentes en un 25 %; y un 90% presente en pacientes semanas antes de fallecer. En Chile de los 13.900 pacientes atendidos por las Unidades de Cuidados Paliativos del Servicio Nacional de Salud se observa que

un 78% habrían presentado anorexia, ansiedad, baja de peso y dolor; un 67% náuseas, insomnio y vómitos y un 60% disnea y depresión. En series de pacientes terminales con insuficiencia cardíaca avanzada se observa que un 63% habrían presentado dolor y un 51% disnea en las semanas previas a su deceso. En pacientes terminales con enfermedad moto neurona se reporta una prevalencia de 65% de constipación, un 57% de dolor, un 53% de tos, un 48% de insomnio y un 47% de disnea.

A nivel psicosocial: la enfermedad terminal muchas veces genera en los pacientes una sensación de amenaza e indefensión, que estaría causada por la perspectiva de encontrarse ante una situación desconocida, incontrolable y en progresión, donde se presiente que la experiencia sobrepasa los propios recursos de afrontamiento. La persona que está muriendo se encuentra perdiendo todo a la vez y la anticipación de esta pérdida puede ser desbordante, acompañándose de sentimientos intensos de rabia, dolor, tristeza, desesperanza y angustia, entre otros.

Entre las principales preocupaciones del enfermo está el problema que supone su enfermedad para los demás miembros de la familia. El sistema familiar puede funcionar como un gran motor de fortaleza para el enfermo en situación terminal; sin embargo, en múltiples ocasiones éste no responde en forma adecuada ni concordante con lo que la circunstancia amerita; así puede reaccionar alejándose emocionalmente de la persona mucho antes de que ésta muera, dejando de cubrir sus necesidades afectivas o a través de la conducta contraria, acercándose e involucrándose a tal nivel que ello interfiere con el cuidado médico del paciente, lo que frecuentemente está

relacionado con la presencia de culpa y sentimientos ambivalentes en las relaciones familiares.

Ambos fenómenos no sólo suponen un problema para el paciente, sino también para el personal médico que lo atiende; el enfermo experimenta un conflicto entre lo que quiere interiormente con lo que experimenta como realidad en el mundo externo, y esta experiencia le hace sufrir.

En relación al impacto económico, podemos observar que el 31% de las familias con enfermos crónicos y terminales deben gastar la mayoría de sus ahorros familiares producto de la enfermedad, el 29% pierde la principal fuente de su ingreso familiar y en general estas familias tienden a endeudarse y adquirir trabajos adicionales para cubrir la gran demanda de dinero. Por otra parte, investigaciones recientes muestran que en el mundo las múltiples necesidades de los enfermos terminales no estarían siendo cubiertas. En Chile se estima que de las 19.146 personas fallecidas en el año 2002 a causa de tumores malignos, al menos el 53% habrían requerido Cuidados Paliativos para manejar el dolor.

Cuidados paliativos en Chile: En 1994 se creó el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer Terminal y Cuidados Paliativos y actualmente los Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos terminales se encuentran dentro de las enfermedades cubiertas por el Programa.

El programa tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades oncológicas, fundamentalmente a través de la difusión del manejo del dolor en distintos centros asistenciales públicos; si bien es un avance importante y el de mayor envergadura a

nivel nacional, aún falta potenciar el manejo interdisciplinario, brindar cuidados continuos con una asistencia domiciliaria de buena calidad y ampliar su cobertura, incluyendo enfermedades crónicas no oncológicas. En el sector privado existen algunas iniciativas separadas que pretenden responder a las demandas de estos pacientes; existe una fuerte intención de desarrollar un sistema de atención organizado para cubrir las necesidades de los pacientes que se beneficiarían de los Cuidados Paliativos. Recientemente la facultad de Medicina aprobó el Programa de Cuidados Continuos y Medicina Paliativa con el fin de promover el desarrollo de esta área. (Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo - M. Ignacia Del Río, y Col. Boletín Escuela De Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica De Chile, Vol. 32 N°1 2007).

La Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia. La palabra paliativa deriva del vocablo pallium, que en latín significa manta o cubierta, que traducido a la práctica médica se entiende como el apoyo de tratamiento médico, psicológico y espiritual que se espera aportar a estos pacientes.

El enfoque moderno de Cuidados Paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de "hospicios" en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países; si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los Cuidados Paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, alcanzando su madurez y desarrollo en la década de los 90.

Cicely Saunder recibió el título de Dama del Imperio Británico en 1980, demostrando que era posible morir en paz y sin grandes dolores; debido en parte a su influencia, los Cuidados Paliativos llegaron a ser reconocidos como una especialidad médica. Introdujo el término “total pain” (dolor total), indicando que el sufrimiento es de toda la persona, a nivel físico, psico-emocional, social y espiritual.

En la década de los 80's, se expandió el trabajo a la atención domiciliaria; donde posteriormente se conformó la mencionada Equipos Móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. Históricamente el financiamiento de estos Hospice's ingleses fueron cubiertos por donaciones, a partir del año 1990, el gobierno decidió financiar algo de la atención, convirtiéndose en parte de políticas públicas en salud.

Considerando que los Cuidados Paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado a la medicina convencional ni académica, con el tiempo se fortaleció y creció y fue finalmente aceptado a nivel mundial. Es así que en Octubre de 1987 Gran Bretaña es el primer país en el mundo en crear la sub-especialidad médica llamada Medicina Paliativa.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud, reconoce a los Cuidados Paliativos como un derecho de la humanidad y en 1980 incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una vez transcurrida década y media, se incorpora oficialmente la Organización Panamericana de la Salud a sus programas asistenciales.

En Inglaterra, el año 1997 se estimó que 2 de 3 de los pacientes que morirían a causa de enfermedades crónicas presentarían múltiples síntomas que hubiesen requerido de un manejo médico capacitado e integrado a un sistema de soporte espiritual, psicológico y social.

En Estados Unidos, el año 1995 se dio a conocer un estudio de 9.000 (nueve mil) pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas avanzadas, que habrían presentado altos niveles de síntomas físicos no tratados, falta de anticipación para definir medidas terapéuticas y decisiones terapéuticas discordantes con las preferencias y deseos previamente requeridos por los pacientes.

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud realiza la última definición de los Cuidados Paliativos: "cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas activas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos".

Los Cuidados Paliativos es un concepto que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y otros profesionales como enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral.

Los Cuidados Paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud. La necesidad de su implementación no deja lugar a dudas: se trata no solamente de

promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia. Los cuidados paliativos ha de practicarse desde equipos multidisciplinares que incluyen profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, eticistas, asesores espirituales, abogados y voluntarios).

Los objetivos de los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares al enfrentarse a una enfermedad avanzada. Son un tipo de atención sociosanitaria que se presta al final de la vida. (SECPAL, Estatutos Sociedad Española de cuidados paliativos, Palma de Mallorca, 13 de mayo de 2011).

PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos se basan en los siguientes principios:

- ✓ El paciente paliativo es definido como aquel paciente de todas las edades que padece una enfermedad crónica, debilitante o amenazante.
- ✓ El enfermo y su familia constituyen la unidad de tratamiento. El plan de tratamiento debe estar construido en base a las metas y preferencias de los pacientes y familiares, los cuales con el apoyo del equipo de salud deberían ser capaces de tomar decisiones informadas.
- ✓ El momento de ingreso del paciente al Programa de Cuidados Paliativos debiera coincidir con el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad amenazante y continuar a lo largo de todo el cuidado médico hasta la muerte y después de ella con el apoyo en el duelo.
- ✓ El cuidado brindado debe considerar todas las dimensiones del paciente y la familia, utilizando evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento de estrés negativo a nivel físico, psicológico, social y espiritual.
- ✓ El tratamiento y cuidado del paciente y su familia será desarrollado por un equipo de trabajo integrado por distintos profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) y en algunos contextos un miembro de la religión que profesa el paciente. Este equipo trabaja de forma interdisciplinaria. Las evaluaciones, indicaciones, planes y tratamiento, tienen que realizarse para cada caso particular, considerando las necesidades de cada paciente y su familia.

- ✓ Atención al paciente centrada en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad en sí, el tratamiento de la enfermedad o la perspectiva de la propia muerte.
- ✓ Buena comunicación, tanto con el paciente y sus familiares, como con todo el personal involucrado en el cuidado de los mismos es indispensable para una práctica clínica eficaz. Esta comunicación deberá estar sustentada en ciertos conocimientos, habilidades y actitudes de la persona que realiza la relación de ayuda, ya que es importante entregar al paciente y familia la información que ellos necesitan conocer, de una forma pertinente a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo, cultural y social, además de poseer habilidades de comunicación efectiva con el equipo tratante con el fin de facilitar la definición de un proyecto terapéutico esencial.
- ✓ Conocimientos y habilidades de los miembros de los equipos especializados en Cuidados Paliativos en relación a la estimación del pronóstico de vida, el reconocimiento de signos y síntomas que son propios de una muerte inminente y el reconocimiento de las necesidades de apoyo y requerimientos de cuidado del paciente y su familia, antes y después de la muerte.
- ✓ Continuidad garantizada del cuidado del paciente independientemente del ambiente al que se traslade éste (hospital, sala de emergencia, control ambulatorio, hogar de niños, ancianos u otra institución o domicilio).
- ✓ Atención de excelencia y calidad en los servicios otorgados, es imprescindible la realización sistemática y regular de evaluaciones de procesos y resultados con instrumentos validados para ello.

Teniendo como sustento estos principios, el Programa de Cuidados Continuos y Medicina Paliativa busca responder, tanto en el ámbito

hospitalario como domiciliario, a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y prácticas de los pacientes y sus cuidadores.

El manejo profesional de estos pacientes se fundamenta en los principios generales de los Cuidados Paliativos. Uno de estos principios y que se considera por la bibliografía como esencial es el relacionado con el equipo interdisciplinario. Esta célula de cuidado profesional es la encargada de paliar los efectos de la carencia de una terapia efectiva de curación, el alivio del dolor, la preservación de la calidad de vida disminuyendo el sufrimiento de los pacientes y sus cuidadores.

El equipo interdisciplinario especializado, integrado por el médico, enfermera, psicóloga, asistente social y consejero espiritual (según consentimiento de pacientes y cuidadores), debe ser capaz de cumplir con las siguientes funciones:

- ✓ Manejar el dolor y otros síntomas físicos
- ✓ Optimizar la autonomía del paciente
- ✓ Apoyar psicológica y espiritualmente al paciente y su red de apoyo
- ✓ Colaborar con los equipos tratantes en el desarrollo de planes terapéuticos centrados en el paciente
- ✓ Facilitar la comprensión por parte del paciente tanto del diagnóstico de su enfermedad de base como de su pronóstico, con el fin de promover una toma informada de decisiones y la definición anticipada de conductas terapéuticas
- ✓ Asistir activamente al paciente en proceso de muerte y a su familia
- ✓ Promover un ambiente que sea lo más confortable posible para el paciente y su familia
- ✓ Apoyar en el proceso de duelo

En la actualidad existen más de 8000 servicios de Cuidados Paliativos a nivel mundial, en 100 países diferentes aproximadamente; estos centros incluyen: unidades móviles de apoyo intrahospitalario, unidades de cuidados paliativos intrahospitalarios, casas de reposo para personas con enfermedades terminales, unidades hospitalarias diurnas, equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario.

El cuidado paliativo es un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades de pronóstico, y la de sus familias. Se basa en la prevención y el control del sufrimiento con identificación precoz, evaluación y tratamientos adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales. En todo el mundo existen pacientes que no pueden ser curados, incluso en los sitios donde hay muchos trabajadores de la salud, muchas medicinas y los equipos más modernos; el cuidado paliativo busca hacer precisamente eso, esto simplemente significa cuidar a la gente con enfermedades incurables, aliviando sus sufrimientos y apoyándolos en tiempos difíciles, donde los trabajadores de la salud, la mayoría ha hecho toda clase de trabajo, incluso hasta sentirse incapaces delante de algunos problemas, sintiéndose impotentes y desalentados. La medicina moderna primero intenta curar enfermedades con medicinas, cirugía y otros tratamientos, pero se dieron cuenta que la prevención es aún mejor que la cura y es dónde comienza la promoción en medidas de salud, a través de programas de vacunación y educación sanitaria. La mayor parte de los servicios médicos se basan en la prevención y el tratamiento de las enfermedades; dándose cuenta que es una gran necesidad el cuidado de aquellas personas que no mejoran. Cerca de 100 millones de personas en el mundo podrían beneficiarse con cuidados paliativos.

El cuidado paliativo reconoce que la gente es mucho más que solo cuerpo, también están nuestras mentes, nuestras emociones, son parte de lo somos, al igual que las familias y las comunidades a las que pertenecemos, entonces los problemas que enfrenta un enfermo y su familia no son solo físicos; pueden haber cuestiones psicológicas, sociales y espirituales que son tan importantes como la enfermedad en sí. A veces los problemas en un área pueden empeorar en otras; a modo de ejemplo: el dolor a menudo es peor cuando la gente está preocupada o depresiva, cuando nos ocupamos de éstas áreas estaremos ayudando a la persona. Los pacientes necesitaran diferentes clases de cuidado según las circunstancias individuales y qué tan enfermos estén.

El cuidado paliativo nunca dice “no hay que podamos hacer”; no podemos curar lo incurable, pero podemos controlar muchos de los síntomas que causan angustia, no podemos sacar el dolor que implica la pérdida de un paciente, pero podemos estar con ellos y compartir su tristeza, no podemos tener todas las respuestas pero podemos escuchar todas las preguntas. Los cuidados paliativos puede trabajar con 4 dimensiones: físico, psicológico, espiritual y social.

Es fundamental el trabajo de un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos, según las necesidades locales y los recursos locales, el cuidado paliativo puede realizarse desde diferentes maneras; muchas personas prefieren ser cuidadores en sus propias casas en lugar de permanecer en una unidad hospitalaria, siendo más fácil para la familia también, otra forma de cuidar a la gente dentro de sus comunidades es formar un centro de cuidados paliativos en el centro hospitalario donde los pacientes asisten con regularidad. Sin descartar el sistema hospitalario, estas otras formas coadyuvan de forma increíble y aportan

de forma económica, reduciendo los costos elevados de hospitalización, transporte y comida tanto para el paciente como para la familia, otorgando el entrenamiento básico para la atención en domicilio. John Wyarr (1998) refiere que el sufrimiento no es un problema que exige una solución; no es una pregunta que exige una respuesta; es un misterio que exige presencia. (Help the hospices (2008). Juego de herramientas para el cuidado paliativo. Mejorando el cuidado desde la raíz en sectores limitados en recursos, Reino Unido.)

Gómez Julio (2011), refiere que los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familias que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, intensos, cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o en el entorno afectivo y en el propio equipo, y con pronóstico de vida limitado. Sus objetivos básicos consisten en el control del dolor y de los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y su familia, y su bienestar y calidad de vida. En este sentido:

- ✓ Los cuidados paliativos respetan los objetivos, gustos y elecciones de la persona moribunda: respeta los deseos y necesidades del paciente, así como los de su familia o seres queridos; averigua del paciente quién quiere que le ayude a planificar y dar los cuidados; ayuda al paciente a entender su enfermedad y qué puede esperar en el futuro; intenta conocer los gustos y aversiones del paciente, dónde recibir cuidados de salud, dónde vivir y los tipos de servicio que desea; ayuda al paciente a colaborar con las personas que le cuidan y en el plan de salud para resolver los problemas.
- ✓ Los cuidados paliativos velan por las necesidades médicas, emocionales, sociales y espirituales de la persona que está

muriendo: reconoce que el morir es un momento importante para el paciente y su familia; ofrece las formas para que el paciente se encuentre cómodo y aliviar el dolor y otros síntomas molestos; ayuda al paciente y a su familia a realizar los cambios necesarios si la enfermedad empeora; se asegura que el paciente no está solo; entiende que puede haber dificultades, miedos y sentimientos dolorosos; da al paciente la oportunidad de expresar y hacer lo que más le importa; ayuda al paciente a mirar atrás en su vida y pacificar, dando al paciente la oportunidad de crecer.

- ✓ Los cuidados paliativos apoyan las necesidades de los miembros de la familia: entiende que la familia y los seres queridos necesitan ayuda; ofrece servicios de apoyo para los cuidadores de la familia, tales como tiempo libre para descansar y consejo y apoyo telefónico; reconoce que el cuidado puede poner a algunos miembros de la familia en riesgo de enfermar ellos mismos y hace planes para sus necesidades especiales; encuentra formas para ayudar a los miembros de la familia a hacer frente a los costes del cuidado, como pérdida de ingresos y otros gastos. Ayuda a la familia y seres queridos en su aflicción.
- ✓ Los cuidados paliativos ayudan a lograr el acceso a los proveedores de salud necesarios y a los establecimientos de cuidado adecuados: utiliza muchos tipos de proveedores de salud entrenados, médicos, enfermeros, farmacéuticos, clérigos, trabajadores sociales y personal sanitario; se asegura si es necesario, que alguien está a cargo de velar porque conozcan las necesidades del paciente; ayuda a que el paciente utilice los hospitales, la asistencia domiciliaria, el hospice y otros servicios, cuando son necesarios; ajusta las opciones a las necesidades del paciente y su familia.

- ✓ Los cuidados paliativos ponen los caminos para proveer un excelente cuidado en el final de la vida: ayuda a los proveedores de salud a aprender sobre las mejores formas de cuidar a los moribundos, les da la formación y el apoyo necesario; trabaja para asegurarse que hay buenas políticas y leyes al respecto; busca fondos a través de aseguradoras privadas, planes de salud y agencias gubernamentales. (Gómez Julio (2011). Cuidar Siempre es Posible. Cuando los médicos no curan, siempre pueden cuidar, Barcelona).

Bayés Ramón (2001), muestra un modelo general de intervención sanitaria, dónde el curar está asociado y relacionado a los cuidados intensivos y los cuidados paliativos están relacionados de forma directa con el cuidar. Se debe modificar el marco cultural de manera que contemplemos la muerte como un fenómeno natural, tiene que incrementarse la presión pública sobre el sistema sanitario para conseguir mayores inversiones en la mejora del proceso de morir.

La solución que se ofrece a los últimos años de vida define, en gran medida, la sociedad que tenemos; debemos proporcionar a nuestros pacientes una muerte serena y digna, sin dolor y con tan poca angustia y ansiedad como sea posible. (Bayés Ramón (2001). Psicología del Sufrimiento y de la Muerte, Barcelona).

Para trabajar con el paciente moribundo se requiere una cierta madurez que solo viene de la experiencia. Tenemos que examinar a fondo nuestra actitud con respecto a la muerte, antes de sentarnos junto al lecho de un paciente moribundo tranquilamente y sin ansiedad. La entrevista que abre las puertas es un encuentro de dos personas que pueden comunicarse sin miedo ni angustia. El terapeuta, médico, capellán o quienquiera que desempeñe el papel, intentará dar entender

al paciente con sus palabras y actitudes que no va a salir corriendo si se mencionan las palabras “cáncer” o “muerte”. Entonces el paciente captará esa señal y se abrirá, o puede dar a entender al interlocutor que comprende el mensaje pero no es el momento adecuado. El paciente dará a entender a una persona así que el momento en que esté dispuesto a compartir sus preocupaciones, y el terapeuta le dará la seguridad de que volverá en el momento oportuno. (Kübler-Ross Elisabeth (1993). Sobre la Muerte y los Moribundos, Barcelona).

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El Servicio de Enseñanza Técnica y Capacitación integral en cuidados paliativos SENTEC define un equipo interdisciplinario como un equipo operativo, cuyos miembros colaboran entre sí, y están en contacto comprometidos en una acción coordinada. También como modelo organizacional; el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades, en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común. Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional; debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades; no deberá haber duplicidad de funciones, se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda.

En el equipo interdisciplinario la única identidad es la del equipo, es necesaria la coordinación, compartir la información y las decisiones como componente clave para su funcionamiento. (SENTEC, La historia y dinámica del equipo de cuidados paliativos, julio de 2016).

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Para SENTEC (1996), el equipo interdisciplinario en Cuidados Paliativos persigue un objetivo común a través de los profesionales de distintas áreas que componen la misma: “brindar una atención integral, humanitaria y oportuna a la persona con enfermedad crónica avanzada o en fase terminal, abordando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, para mejorar la calidad de vida y de su entorno familiar.

PALIATIVOS EN BOLIVIA

La Organización no Gubernamental Servicio de Enseñanza Técnica y Capacitación Integral en cuidados paliativos SENTEC, viene trabajando desde el año 2009 en Bolivia, con el fin de que se incorpore cuidados paliativos de forma integral, apoyando a personas con enfermedades crónicas y terminales, el acompañamiento a la familia y capacitaciones técnicas a diferentes lugares dónde se trabaja con pacientes; con el fin de promover cuidados específicos y el acompañamiento adecuado en procesos de enfermedad y duelo; se han publicado diferentes libros de apoyo a este tema; entre ellos destacamos el libro “La dura realidad al final de la vida”, compilación de diferentes historias de personas que atravesaron una situación de enfermedad y duelo y que llama a la reflexión la importancia de incorporar este tema en la población boliviana, debido a que no es necesario atravesar una enfermedad crónica o terminal con sufrimiento; ya que un debido acompañamiento de forma integral puede contener a la persona al final de su vida y acompañar a la familia en un proceso adecuado de duelo sin sufrimiento. (La dura realidad al

final de la vida. Momentos de reflexión: Escuchando Historias en Cuidados Paliativos. Autora Els Van Hoecke. Diciembre 2017).

La autora refiere en su libro, que se espera que la sociedad y todos nosotros, ayudemos a los que padecen una enfermedad crónica y a los que están cerca del final de la vida, en los hospitales o sus domicilios.

El Filósofo Emmanuel Lévinas Gurvic, refiere que “cuidarme es mi responsabilidad para poder cuidar a los demás, sino en lugar de ser cuidador, necesitaría el cuidado de un tercero”. El filósofo Tolstoi, hace referencia en su libro “La muerte de Ivan Ilich” ¡el dolor del otro da sentido a mi vida... y el efecto secundario positivo ha sido que, concentrándome en el dolor de los demás, me he liberado de mi propio dolor.

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Un equipo de Cuidados Paliativos adecuadamente coordinado, debiera ser capaz de optimizar el manejo de pacientes en fases avanzadas de enfermedad, conjuntamente con los equipos médicos tratantes, el objetivo es crear herramientas complementarias para optimizar el manejo integral de los pacientes en los diversos niveles asistenciales que existen en nuestro medio, por lo que debe ser un equipo interdisciplinario integrado por profesionales médicos y no médicos.

A diferencia de la medicina tradicional, los Cuidados Paliativos priorizan al paciente, la familia y el domicilio, que asegure el abordaje integral del enfermo, considerando su tratamiento específico, de acuerdo a sus valores, sus prioridades, considerando el factor psicosocial, ético, cultural y espiritual. (Van Hoecke Els (2009). La Historia y dinámica de un Equipo en Cuidados Paliativos. Serie 2 N°6. SENTEC).

Van Hoecke Els (2009), hace referencia a la importancia en la dinámica del equipo en Cuidados Paliativos, la comunicación y la interrelación entre sus integrantes es el factor que más protege a los cuidadores, desarrollando el cuidado de los cuidadores. El enfoque paliativista, precisa de un equipo preparado para responder cuando sea requerido en la múltiples necesidades de las personas con enfermedades crónicas y/o que se encuentran en fase final de la vida.

Para Van Hoecke Els, el trabajo debe ser interdisciplinario entre el médico, enfermera, psicóloga, trabajadora social, fisioterapeuta, nutricionista y voluntarios, trabajar conjuntamente es importante a través de la complementariedad y cooperación entre las disciplinas.

Equipo interdisciplinario en cuidados paliativos

La autora Van Hoecke Els, define como un equipo operativo, cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto, comprometidos en una acción coordinada.

Como un modelo organizacional, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades sus actividades, en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común. Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones. En el equipo interdisciplinario, es necesario la coordinación, compartir la información y las decisiones como componente clave para su funcionamiento.

HABILIDADES PERSONALES

Van Hoecke Els, hace referencia que las habilidades personales de los componentes del equipo en Cuidados Paliativos, debe considerarse a personas con diferentes habilidades para ofrecer un servicio integral y

cualificado; la práctica de valores compartidos, reconocer y respetar al otro profesional, compartir objetivos en común, toma de decisiones participativas, contar con principios éticos, tomar en cuenta que el enfermo y su familia son el centro del proceso, estar preparado para abordar la muerte, contar con habilidades de comunicación asertiva, con capacidad de escucha activa, contar con habilidades de autorregulación emocional y empatía, por último y no menos importante, trabajar de manera profesional, sin anteponer intereses particulares o personales.

BASE DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Es importante considerar y delimitar roles, funciones y tareas específicas de cada profesional, fomentar una actitud de cooperación frente a la competitividad dentro del equipo de Cuidados Paliativos, entender los argumentos, malestar y sentimientos de los demás profesionales, proporcionar información útil para la intervención desde cualquier punto de vista del profesional que es parte del equipo, difundir información positiva, no alimentar rumores, asumir como equipo los aciertos y desaciertos, manejar bien los conflictos, concretar acuerdos, garantizar formación para complementar la intervención del equipo hacia el paciente y la familia. (Van Hoecke Els (2009). La Historia y dinámica de un Equipo en Cuidados Paliativos. Serie 2 N°6. SENTEC).

TAREAS, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Para Van Hoecke Els, el trabajo en equipo incorpora elementos de cooperación, resolución conjunta de problemas, interdependencia de

la tarea, responsabilidad compartida. Cuando los profesionales de diferentes disciplinas se hacen cargo de un paciente como equipo, lo hacen con una perspectiva más completa, a diferencia de que cada individuo trabaje solo.

La autora recomienda seguir una serie de pasos para optimizar las tareas, la organización y el funcionamiento del equipo en Cuidados Paliativos.

- **Análisis de la realidad de cada paciente y familia.** Es fundamental conocer su situación de vida, todos los datos son útiles para plantear desde cada disciplina el abordaje que corresponde, de acuerdo a su situación personal, familiar y entorno.
- **Proyecto de trabajo en el marco del proceso de la enfermedad.** La proyección que se realiza como equipo es una decisión conjunta a través de los profesionales para abordar la intervención del paciente y la familia.
- **Actividades programadas para fortalecer el equipo.** Es esencial tener actividades de convivencia y contención (apoyo en el estado de ánimo) dentro del equipo, eso fortalece la relación en torno al desarrollo del trabajo, de la atención a los pacientes y sus familias de forma conjunta.
- **Evaluación y seguridad.** El realizar evaluaciones constantes dentro del equipo ayuda a identificar debilidades y fortalezas del equipo; este ejercicio permite plantear las medidas correctivas de cómo éstas deficiencias se pueden ir mejorando y adecuando al entorno del equipo.
- **Búsqueda de consenso.** El consensuar decisiones permite a que los profesionales flexibilicen posiciones en torno al proceso de

atención. Cada aporte profesional tiene su valor. Así mismo, se brinda una sola información a los pacientes y familiares.

Van Hoecke Els, realiza recomendaciones para mejorar el proceso de atención, dónde refiere que la **continuidad** es importante, ya que el enfermo y la familia deben saber perfectamente a quien o a dónde dirigirse si se presenta algún problema. De no ser así, el enfermo terminará muriendo solo en un hospital y no siempre en condiciones óptimas y con gran sufrimiento de la familia. El **reconocer todas las necesidades** ya sean de tipo psíquico, económico, espiritual, familiar, entre otras, que el enfermo oculte por pudor o porque piensa que no tiene importancia para el equipo. El **soporte psicosocial** es parte del tratamiento, no se debe olvidar que el enfermo es un sujeto histórico-social y que tiene determinadas características de acuerdo a la zona geográfica en que vive.

ROL Y COMPONENTE DE UN EQUIPO EN CUIDADOS PALIATIVOS

La autora Van Hoecke Els, refiere que el equipo interdisciplinario en Cuidados Paliativos cuenta con diferentes profesionales de la misma área y otras complementarias, tales como médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, apoyo espiritual, voluntariado y cada uno trabaja con los enfermos y el entorno familiar; dónde los **médicos** trabajan con el paciente en la entrevista diagnóstica, la realización del examen físico y el registro de datos en la historia clínica; realizan la evaluación del dolor de acuerdo a la escala analgésica de la OMS y otros síntomas físicos desagradables para el paciente; la indicación de tratamientos deben ser específicos para los síntomas identificados (control del dolor,, vómitos, estreñimiento, entre otros), así mismo deben implementar medidas de prevención de

efectos adversos de los tratamientos, la evaluación debe ser de forma permanente, considerando la eficacia de los tratamientos indicados.

El médico debe ofrecer información adecuada y entendible tanto al paciente como en la historia clínica, además de responder a las preguntas en relación al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente considerando las necesidades y voluntades del mismo, dar la información y capacitación del paciente para estimular y preservar el autocuidado, considerando las posibilidades de cada paciente.

El médico debe trabajar con el entorno familiar, ofreciendo información adecuada y entendible además de responder a las preguntas en relación al diagnóstico, pronóstico y tratamiento tanto al paciente como a la familia; la información y capacitación a la familia es importante y significativo en las tareas de atención al paciente.

Considerando la interacción con el equipo y el entorno, se debe realizar la interconsulta y comunicación continua con las áreas de psicología, trabajo social, enfermería y áreas complementarias. La interconsulta con otras especialidades es fundamental ante síntomas físicos, psicológicos o sociales no abordables en este nivel, se considera al médico como parte fundamental del equipo, aunque su tiempo sea limitado y sea muy difícil el hecho de no poder curar; será la persona responsable de responder preguntas y dudas del estado físico de los enfermos. En caso de que un tratamiento se esté aplicando y no tenga resultados favorables, el médico tiene que revisar el apoyo que está brindando para que la calidad de vida siga siendo lo primordial.

Tomando en cuenta el rol del **psicólogo**, uno de los objetivos principales es trabajar en la adaptación psicológica al proceso de la enfermedad y la muerte. Su rol es específico en un equipo de Cuidados

Paliativos, desde la valoración de la situación hasta la intervención. La atención del paciente en domicilio es necesaria y debe ser coordinada con los miembros del equipo; es un trabajo e intervención compleja que tiene consecuencias positivas y favorables para la unidad familiar, así mismo como para el equipo terapéutico y el sistema sanitario.

El **psicólogo** deberá trabajar en la disminución del sufrimiento del enfermo y la familia, la prevención de síndrome de burnout en los profesionales implicados, considera la eficacia y eficiencia en la atención a la unidad familiar, para lograr con éxito su intervención y sus objetivos deberá considerar en primer lugar el detectar los miedos a lo desconocido, al proceso de la enfermedad, al dolor físico, al deterioro, a la sociedad, al abandono, al rechazo, al ser una carga; sus preocupaciones por las despedidas y separaciones; sus pérdidas de salud, de la imagen corporal, de autonomía, de autoestima, del control de su vida, de amigos, del futuro, de proyectos, de sus ganas de vivir, entre otras situaciones, momentos, pensamientos, emociones, sentimientos y acciones.

El psicólogo detectará las necesidades, preocupaciones, temores de la familia, como el miedo cuenta frecuente a no ser capaz de cuidar al enfermo, la preocupación porque el paciente sufra y muera con dolor, miedo a no darse cuenta que el enfermo se muere y encontrarse solo en este momento, el temor de haber tomado la decisión equivocada de tener al enfermo en casa, temor a tener que sacar una familia adelante y aun futuro lleno de soledad (Coperman 1983).

El psicólogo realiza una evaluación de ver el cumplimiento o no de la prescripción médica, las consecuencias del estrés como la ansiedad, la depresión, la hostilidad y la falta de apoyo emocional, la conspiración del silencio; el estrés ante intervenciones quirúrgicas, pruebas y

tratamientos; la aceptación de los cambios físicos, las relaciones familiares, el aislamiento del paciente que puede ser generado por él o ella misma por miedo, rechazo por reconocer que ya no se puede hacer nada más. Por lo general, las visitas disminuyen porque los familiares o amigos se sienten incómodos, no saben que decir, olvidando que tan solo su presencia en muchas de las veces en sí ya es importante para el paciente, de ahí que el acompañar es fundamental incentivar la para la calidad de vida del paciente.

En este sentido, la autora refiere que estructurar actividades sencillas de la vida diaria, como re direccionar o reaprender nuevas formas de estrategia para sobrellevar la enfermedad y acompañar al enfermo, son fundamentales para afrontar sentimientos de inutilidad, dependencia aislamiento, entre otros. Generar un espacio adecuado, decorado, limpio, ventilado coadyuva a disminuir ansiedades, el apoyo con diferentes técnicas de respiración, relajación, visualización, análisis de pensamientos y expectativas del paciente como herramientas de apoyo terapéuticas, ayuda a asumir de mejor forma estos procesos de enfermedad crónica y terminal.

Un trabajo entre el psicólogo y el enfermo a partir del diálogo, es fundamental para la disminución a su auto concepto negativo, distorsionado o devaluado y reconducirlo a una esperanza realista y adaptada a las circunstancias. Es importante considerar la importancia de buscar un significado para lo que está viviendo, y así darle un nuevo sentido a su vida y re significar lo que está viviendo ahora.

El Centro de Salud Jesús Obrero de la ciudad de El Alto, cuenta con una Unidad de Cuidados paliativos desde hace ya 10 años; de acuerdo

a investigaciones previas, es el único Centro de Salud Hospitalaria que cuenta con esta Unidad desde hace una década.

La Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos AABCP, ha conformado el primer Comité a nivel Bolivia de Cuidados Paliativos Pediátricos; a la fecha se encuentra promoviendo diferentes espacios de formación académica específica en cuidados paliativos, tal es el caso de la segunda versión en cuidados paliativos a nivel Diplomado, apoyado por el techo académico de la Universidad Franz Tamayo Sede El Alto.

Así mismo, en la ciudad de Santa Cruz se ha conformado el primer equipo de cuidados paliativos pediátricos en el área de oncología.

En la ciudad de La Paz el 2018, el Hospital de Segundo Nivel La Merced, cuenta con un equipo de atención domiciliaria móvil conformada por diferentes profesionales en el área de salud.

En el año 2018, de acuerdo a un convenio interinstitucional entre SENTEC y el GAMLP a través de su Secretaría Municipal de Salud, se realizó una capacitación Técnica en Cuidados Paliativos a profesionales de la Salud de 3 Centros Hospitalarios de Segundo Nivel (Hospital La Portada Hospital La Merced y Hospital Los Pinos); debido al éxito de los talleres, se realizó en esta gestión la 2da parte del ciclo de talleres de capacitación a los mismos Centros Hospitalarios de Segundo Nivel y se está proyectando una 3ra fase de intervención específica con el fin de conformar equipos en Cuidados Paliativos con el fin de contribuir a la calidad de vida de pacientes y familiares en el municipio de La Paz.

El 10 de octubre de 2013, el periódico La Razón hace un reportaje a cerca de cuidados paliativos con el tenor: "Proponen apoyo paliativo en

sistema de salud”, haciendo referencia que no existe un programa para el cuidado paliativo de enfermos en situación terminal. Un grupo de voluntarios que trabaja con personas enfermas en situación terminal propondrá hoy al ministerio de Salud crear una unidad para que elabore una norma en la que especifique que cada hospital o clínica debe tener un área para cuidados paliativos al paciente.

La voluntaria Marcela López que trabaja con pacientes de La Paz y El Alto, indica que: “nos hemos juntado profesiones de diferentes áreas, pero con un mismo interés, para que se establezca en el sistema de salud un programa de cuidados paliativos para un atención con calidez de todos los enfermos terminales”.

En Bolivia, según datos del Ministerio de Salud, cada año son diagnosticadas 4.000 personas con algún tipo de cáncer, al día mueren seis mujeres por cáncer de útero, en el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, desde 1084 hasta junio de este año se reportó la muerte de 958 personas.

El responsable de cuidados paliativos de la red de hospitales católicos de El Alto, Javier Muñoz, informó que desde 2009 atendió de manera voluntaria y gratuita a 345 personas con cáncer. “se habla de una muerte digna como un derecho y por eso damos cuidados paliativos a enfermos” dijo. (<http://m.la-razoon.com>).

El 6 de febrero de 2019, Correo del Sur, realiza un artículo a cerca de la “Casa de Acogida, hito cuidados paliativos”, dónde hace referencia a la inauguración de la primera institución para enfermos terminales en el país en la ciudad de Sucre; con la apertura de esta Casa de Acogida, marcamos un hito en la hostería de cuidados paliativos en Bolivia, ya que no son contemplados por el sistema de salud; al manifestar que la

obra es un suelo hecho realidad, Sor Loreto Casado, superiora Provincial de la Congregación Siervas de María, explicó que el centro funcionará a la cabeza de la Congregación junto con el equipo de cuidados paliativos. Un centro que sea especialmente para enfermos terminales, bajo la filosofía del Hospice (hospicio) y que atienda con un equipo integral. Es el primero en Bolivia, señaló la Lic. López, al agregar que desde el año pasado, la institución que dirige se encuentra trabajando con el Ministerio de Salud en un proyecto con la finalidad de expandir el servicio. (<https://correodelsur.com>).

El 4 de Abril de 2019 el EHOSPICE (Palliative care news, views and inspiration from around the world), una revista digital, la Lic. Marcela López (Vicepresidenta de la Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos - AABCP) realiza un artículo acerca del tema: "Cuidados Paliativos no es un pedido, es un derecho", dónde hace referencia que la lucha de la Asociación de pacientes con Cáncer, familiares y voluntarios de La Paz Bolivia, se inició hace 4 años con el fin de efectivizar los derechos a la salud y la vida. En el año 2018, esta organización sumó a sus demandas la conformación de un equipo de cuidados paliativos y una ambulancia para visitas domiciliarias a pacientes con cáncer avanzado del Hospital de Clínicas. El 21 de marzo de 2019, pacientes, familiares y voluntarios, salen a las calles para demandar a las autoridades gubernamentales el cumplimiento de los compromisos. Entre varios puntos está la contratación de profesionales en enfermería y nutrición, la designación de un nuevo médico paliativista, la dotación de medicamentos esenciales y una ambulancia para que el equipo pueda desplazarse con facilidad.

En el artículo la Lic. López indica que como Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos, reconocen esta lucha, la acompañan

y respaldan, con la esperanza de que el gobierno escuche estas demandas y las cumpla. El desarrollo de los cuidados paliativos en Bolivia es bajo en comparación con los otros países de la región, de acuerdo a los indicadores de desarrollo de cuidados paliativos de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). Tenemos que unir fuerzas para avanzar en el desarrollo de los cuidados paliativos en el país. (<https://ehospice.com>).

El 17 de junio de 2019, el periódico Los Tiempos, saca un artículo denominado: Cuidados paliativos, o cómo hacer digno el último adiós, dónde hace referencia que un grupo de especialistas y voluntarios promueve y desarrolla el servicio de asistencia a personas que sufren enfermedades terminales o crónicas en sus etapas avanzadas. Los cuidados paliativos son cuidados integrales que se hacen a una persona que tiene una enfermedad terminal o una enfermedad crónica avanzada, explica la psicóloga Marcela López, es decir, enfermedades que llegan a un estado que no se puede controlar y se ha hecho irreversible. Ahí están casos como cáncer, VIH, alzheimer, diabetes, enfermedades degenerativas, enfermedades neurológicas degenerativas, renales y otras. Es cuidar y acompañar en ese proceso: primero, de asimilar la enfermedad, de aceptarla, de vivir con ella. El cuidado paliativo, está dirigido a mejorar la calidad de vida en lo posible, explica López. También trata de evitar el sufrimiento, no sólo en el enfermo, también en su entorno familiar y social. (<http://www.lostiempos.com>).

El 25 de junio del presente año, el periódico Página Siete publica un reportaje a cerca de la Humanización de la Salud alza vuelo, dónde la Lic. Marcela López hace referencia a la necesidad de humanizar la salud en Bolivia; el artículo nos llama a una reflexión de cómo la

deshumanización está en nuestro cotidiano vivir, cuando no prestamos atención a nuestro cuerpo, nuestras emociones, nuestro alimento hasta la pasividad con la que observamos la dificultad que tienen las personas con discapacidad al cruzar las calles; la Lic. López hace referencia en el artículo que “existimos en un sistema de salud que nos obliga a no mirar nuestras dolencias porque enfermarse cuesta, cuesta dinero, cuesta largas filas para sacar un turno, cuesta el soporte del apuro en la atención, cuesta el silencio ante la soberbia de quienes tienen el poder del conocimiento en sus consultorios. Cuesta guardar el miedo y la rabia en los pasillos de un hospital, porque no tenemos derecho a gritar, porque se nos ha prohibido ejercer nuestras emociones, por miedo a ser abandonados y sentirnos culpables por nuestros dolores”. (www.paginasiete.bo).

Así mismo en la misma fecha en el área de Bienestar, sacan otro reportaje denominado: “Bolivia se suma a la campaña que reclama dignidad hasta el final de la vida”, donde refiere que el dolor no es solo físico, el dolor es más profundo, es más complejo y es más significativo, habla, comunica e invita al encuentro profundo con uno mismo, Marcela López Osio psicóloga en Cuidados Paliativos, hace referencia a; “Porque yo importo”, es el lema de cuidados paliativos en el mundo este año, es una demanda de cada uno de los seres humanos de nuestro planeta para sentirnos importantes, íntegros y dignos hasta el final de nuestra vida. El pasado Octubre, grupo de profesionales, estudiantes, voluntarios, familiares y pacientes de las ciudades de La Paz, El Alto, Oruro, Santa Cruz y Sucre han realizado actividades con el fin de mostrar la necesidad y la importancia de esta noble rama de la salud. (<http://www.paginasiete.bo>).

La Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos, está realizando la I Jornada Internacional de Cuidados Paliativos – Atención a Domicilio los días 1,2 y 3 de julio de 2019, con el fin de seguir promoviendo estos espacios para la humanización de la salud en Bolivia; el presente evento contará con expositores de talla internacional y nacional, entre ellos se destaca la ponencia del DR. Alberto Meléndez García, Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos-SECPAL.

HOSPITAL

El diccionario define hospital como: “centro de albergue y tratamiento de enfermos”. Según la Organización Mundial de la Salud (1991), un hospital es una “parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar.

El hospital, como organismo de salud, dirige sus acciones a personas enfermas. Incluye, además, actividades de promoción y protección a la salud.

SISTEMA HOSPITALARIO

Implica todo un sistema de atención integral dentro de un sistema de salud hospitalaria; en ese sentido la OMS, define al sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general.

Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. (Nota de prensa OMS, 9 de noviembre de 2005).

Mediante un comunicado de prensa, La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. El Nuevo protocolo y directrices clínicas para dispensar una atención de salud mental eficaz a adultos y niños expuestos a traumas o a la pérdida de seres queridos. La Organización Mundial de la Salud publica hoy un nuevo protocolo y directrices clínicas destinadas a los trabajadores sanitarios para el tratamiento de las repercusiones de los traumas y la pérdida de seres queridos en la salud mental.

Los trastornos mentales son un problema frecuente, discapacitante y por lo general no tratado, lo que llevó en 2008 a desarrollar el *Programa de Acción Mundial en Salud Mental* (mhGAP),

concebido al objeto de expandir la atención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mediante protocolos terapéuticos sencillos que pueden ser aplicados por los médicos y enfermeras de atención primaria.

CENTRO DE SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (1978), es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Lo habitual es que el centro de salud cuente con la labor de médicos clínicos, pediatras, enfermeros y personal administrativo. También es posible que actúen otro tipo de profesionales, como trabajadores sociales y psicólogos, lo que permite ampliar la cantidad de servicios.

Todo ello sin olvidar que en muchos centros de salud se cuenta también con la existencia de un servicio de urgencias para poder atender las emergencias que se produzcan. De esta manera, aquel, compuesto por médicos y enfermeras, no sólo ofrecerá asistencia y atención en el propio recinto sanitario sino también a nivel domiciliario e incluso en cualquier otro tipo de lugar donde sea necesario que él acuda.

El centro de salud suele ser un lugar destinado a la atención primaria. En caso que el paciente requiera de una atención más

completa, compleja o específica, es derivado a otro tipo de lugar, como un hospital o sanitario.

Esto hace que, en algunos países, los centros de salud sean conocidos como centros de atención primaria.

Los expertos de dichos centros se desempeñan, por lo tanto, en la zona básica de salud. Este tipo de establecimientos son muy frecuentes en regiones alejadas o de escasos recursos, ya que constituyen una contención sanitaria y social inmediata.

PERSONAL DE SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (2006), el personal sanitario son “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud”. Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes.

Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia.

El imperativo ineludible es el fortalecimiento de la fuerza laboral, de modo que los sistemas de salud puedan hacer frente a las enfermedades incapacitantes y lograr los objetivos sanitarios nacionales y mundiales. La existencia de una fuerte infraestructura humana es fundamental para reducir las diferencias entre las promesas

y las realidades sanitarias y poder anticiparse a los retos sanitarios del siglo XXI. (Informe sobre la salud en el mundo 2006).

SALUD

La Organización Mundial de la Salud, define la salud como: “El estado completo de bienestar físico y social de una persona”, y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición tomó cuerpo a partir de los años 50, cuando se constató que el bienestar humano trasciende a lo puramente físico. Por lo tanto, en el concepto de salud general se compone del estado de adaptación al medio biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio, es decir la alimentación, la perspectiva biológica y social y las relaciones familiares y hábitos.

El incumplimiento de algún componente y el desequilibrio entre ellos nos llevarían a la enfermedad. Siempre con una triple asociación: huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores).

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud, como organismo mundial, realiza campañas, conferencias y programas dirigidos a promocionar la salud mediante la educación, la información y la prevención. Es esencial conocer qué hábitos cotidianos son nocivos para la salud y cuáles pueden ayudarnos a reducir o eliminar el riesgo de sufrir ciertas enfermedades.

La Salud, según la definición que la Organización Mundial de la Salud hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La cita bibliográfica correcta para la definición es: Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la

Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p.100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido enmendada desde 1948.

ENFERMEDAD

El término enfermedad proviene del latín infirmitas, que significa literalmente “falta de firmeza”. Según la Organización Mundial de la Salud, la definición de enfermedad es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

ENFERMEDAD CRÓNICA

La Organización Mundial de la Salud considera a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta; entre ellas las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

En el año 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. En un informe la Organización Mundial de la Salud muestra que el impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante.

Para ello es preciso que los dirigentes nacionales que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como la comunidad de salud pública internacional, adopten un nuevo enfoque como primer paso; es fundamental comunicar los conocimientos y la información más recientes y precisos a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general.

ENFERMEDAD TERMINAL

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, la enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); y es progresiva.

Para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable y la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, ocasiona un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Las condiciones socioculturales de la época en que vivimos, la transición epidemiológica con el aumento de las enfermedades crónicas, el reconocimiento explícito de la autonomía de las personas, diversas actitudes y conceptos sobre la muerte, situaciones variadas relacionadas con el uso de los recursos existentes o disponibles y las exigencias cotidianas del ejercicio de la Medicina Clínica, entre otras

razones, hacen necesario y útil reflexionar sobre el tema del enfermo terminal.

La categorización de un enfermo como terminal ha variado en el tiempo, en función del progreso de la Medicina y la disponibilidad de nuevos tratamientos y de tecnologías de apoyo vital para enfrentar enfermedades graves. Hay enfermos muy graves que antiguamente morían pero que hoy día pueden ser recuperados al disponerse de tratamientos específicos y de recursos terapéuticos que reemplazan funciones u órganos vitales dañados.

Igualmente, hoy se dispone de intervenciones terapéuticas que permiten prolongar la vida, por un período significativo de tiempo, en pacientes portadores de una condición patológica anteriormente considerada terminal. Un buen ejemplo es el de los enfermos con insuficiencia renal crónica, catalogada antiguamente como "terminal", que hoy sobreviven al ser tratados con diálisis crónica o trasplante renal.

Generalmente, se califica de grave a un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida. Por ejemplo, los pacientes que ingresan a Unidades de Cuidado Intensivo para recibir tratamiento de enfermedades o complicaciones agudas potencialmente mortales son ciertamente pacientes graves, pero no por el hecho de estar en una Unidad de Cuidado Intensivo se puede decir que un paciente es terminal.

Tampoco la incurabilidad es sinónimo de terminalidad. Hay pacientes que padecen de enfermedades incurables pero que no los conducen a la muerte en plazos breves y, en consecuencia, no son terminales.

Diagnosticar un paciente como terminal constituye para el médico una gran responsabilidad profesional y ética. Por una parte, induce un cambio radical en su actitud y acciones terapéuticas, ya que el tratamiento curativo da paso al paliativo y al cuidado básico del enfermo.

Por la otra, implica la obligación de quien tenga, efectivamente y en la práctica, el rol de médico tratante, de asumir en plenitud el cuidado del paciente hasta su muerte.

Todo lo anterior señala la importancia de definir, con la mayor precisión posible, lo que se entiende por enfermo terminal o condición terminal de una afección, así como describir los deberes del médico en el cuidado de estos pacientes. (Extracto de la Revista médica de Chile, versión impresa ISSN 0034-9887, Rev. méd. Chile v.128 n.5 Santiago mayo 2000).

ACOMPAÑAMIENTO

Acompañamiento es el acto y el resultado de acompañar: encontrarse en compañía de otros individuos o añadir algo a una cosa diferente. A partir de estas acepciones, es posible utilizar el concepto de acompañamiento en diferentes contextos.

El acompañamiento de una persona pueden ser los sujetos que, en un cierto momento, la están acompañando. El apoyo o sostén que se le brinda a algo o a alguien también recibe el nombre de acompañamiento.

Se denomina acompañamiento terapéutico a la asistencia que un profesional le brinda a un paciente que está bajo un determinado

tratamiento. El acompañante terapéutico puede desarrollar diferentes tareas para asistir al sujeto.

Acompañante es aquel que acompaña, brindando su compañía o apoyo terapéutico en lo vinculado al tratamiento de una afección, una enfermedad o un malestar; en este sentido, un acompañante terapéutico es un profesional que actúa como auxiliar de salud, colaborando con una persona que está bajo tratamiento médico. Estos acompañantes pueden asistir de diferentes maneras a las personas que padecen autismo, esquizofrenia, psicosis, trastornos de desarrollo y otros inconvenientes, hasta enfermedades crónicas y terminales.

El rol del acompañante terapéutico varía con cada paciente; a nivel general, puede decirse que el acompañante contiene al sujeto y lo asiste de distintas formas, en algunos casos, colabora con el paciente para que pueda realizar ciertas actividades cotidianas que en solitario no podría llevar a cabo.

También es usual que el acompañante terapéutico impulse al paciente a continuar con su tratamiento, sobre todo cuando existen problemas de tipo psicológico que dificultan el avance de la terapia. El profesional debe estar capacitado para ayudar a superar las barreras emocionales.

Para luchar contra ésta y otras barreras existe el rol del acompañante terapéutico, quien debe encontrar los vestigios de fuerza de voluntad que quedan en sus pacientes, y construir a partir de ellos una gran fuente de energía para salir adelante. Así como en cualquier otra relación profesional en la cual la psicología sea una parte fundamental, el acompañante debe acercarse a su paciente, llegar a conocerlo, sentir empatía por él, para recién entonces encontrar la mejor manera de motivarlo a cumplir con su tratamiento.

Otra de las funciones del acompañante terapéutico es potenciar las relaciones sociales del paciente. Para esto puede impulsarlo a participar de juegos, propuestas lúdicas o incluso tareas laborales, brindándole su compañía en este marco.

Una de las consecuencias más frecuentes de las enfermedades y los trastornos que requieren la ayuda de un acompañante terapéutico es el aislamiento y el rechazo de cualquier tipo de ayuda por parte de amigos y familiares. Es tarea del profesional hallar el modo de disipar el mal humor y el desgano, para desbloquear al paciente e incentivarlo a que se acerque nuevamente a sus seres queridos, e incluso a que entable nuevos lazos.

Puede decirse que el acompañante terapéutico es el soporte del paciente mientras desarrolla su tratamiento. El objetivo es que el individuo que recibe el acompañamiento pueda mejorar su condición y adquirir toda la autonomía posible, minimizando las limitaciones y explotando las capacidades adquiridas. Así, una vez que finaliza el tratamiento, la persona debe contar con más recursos para desarrollar su vida.

Hay que recordar que no todos los tratamientos conducen a la total recuperación; por el contrario, muchos de ellos simplemente apuntan a mejorar la calidad de vida o a superar ciertos síntomas. Por esta razón, el acompañante terapéutico debe preparar a sus pacientes para que aprendan a llevar adelante una vida plena y gratificante a pesar de sus potenciales limitaciones, en lugar de prometerles una curación que quizás nunca llegue.

Es muy importante conseguir que las personas recuperen las ganas de vivir y que no se vuelvan dependientes de sus acompañantes, y éstos son dos objetivos muy difíciles de alcanzar.

AFRONTAMIENTO

En los años 60 los investigadores voltearon su atención del afrontamiento defensivo hacia el estrés, produciendo una amplia literatura al respecto.

Para Lázarus (1966) el término afrontamiento hace referencia a todas las estrategias para afrontar las amenazas.

Según Lipowski (1970) el afrontamiento integra todos los procesos cognitivos y actividades motoras que un sujeto emplea para preservar su organismo y mejorarse de la enfermedad.

Weissman y Worder (1977) otros ven el afrontamiento como la conducta que busca el alivio, recompensa y equilibrio, ante cualquier problema.

Mechanic (1978) considera que el afrontamiento comprende la capacidad de todas las conductas instrumentales, técnicas y los conocimientos que la persona ha adquirido para la resolución de problemas.

Los investigadores Pearlin y Schooler (1978) argumentan que el afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que funcionen para evitar o controlar el estrés.

McCubbin, Cauble y Patterson (1982), advierten que los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social. De esta forma, al interior del grupo familiar se despliega el uso de estrategias para

afrontar ya sea crisis normativas o no normativas con el fin de mantener y/o recuperar el equilibrio y garantizar el bienestar de sus miembros

Lázarus y Folkman (1984), estos autores definieron el 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.

Consideraron la salud y la energía como una de las fuentes importantes de afrontamiento ya que los individuos con buen estado de salud pueden responder de mejor manera a las demandas de estrés.

Otra fuente de afrontamiento es la creencia positiva o autoeficacia, que permite que la capacidad de soportar el estrés aumente cuando el individuo se cree capaz de soportar u obtener consecuencias beneficiosas.

Por último, encontramos a las habilidades sociales que están íntimamente relacionadas con el apoyo social, es decir, el afecto y la valoración de otras personas sobre el sujeto.

Lázarus y Folkman, enfatizan la naturaleza continua y recíproca de la interacción entre las características conceptuales y las propiedades del evento a enfrentar. La forma en que la persona afronta, cambia cuando el contexto cambia, por lo que es afectado también por los factores culturales del mismo. Las personas tienden a sentirse más o menos estresados por determinados eventos, en relación con las experiencias y expectativas dentro de su cultura.

En 1986, la propuesta de Lázarus y Folkman, es la que cuenta con un mayor reconocimiento; planteada desde una perspectiva cognitivo sociocultural, definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos

conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Desde esa perspectiva se contempla el afrontamiento como un proceso en constante cambio, que hace referencia a como las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno.

El afrontamiento es definido por Everly (1989) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”.

El modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne (1995), distingue dos tipos principales de estrategias de afrontamiento, vigilancia y evitación o prevención cognitiva. En donde vigilancia se refiere al propósito del individuo a ganar control y protegerse de la amenaza; y evitación o prevención cognitiva es vista como una retirada de la información amenazante. Se trata de un modelo determinado disposicionalmente que se centra en aquellas estrategias orientadas a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante. De acuerdo con la forma habitual de emplear una u otra de las estrategias las personas pueden ser distinguidas en sensitivas (alta vigilancia, baja prevención cognitiva); represivas (alta prevención cognitiva, baja vigilancia); ansiosas (afrontamiento inestable) y no defensivas (uso inflexible de estrategias).

El modelo multifactorial del control percibido de las distintas formas en que las personas evalúan su control sobre los eventos y los sentimientos referidos a experiencias positivas y negativas. Se parte del supuesto de que la persona hace cuatro tipos distintos de

evaluaciones acerca de sus habilidades para controlar, y son: evitar los resultados negativos, soportar los resultados negativos, conseguir o lograr resultados positivos y gozar o disfrutar de los resultados positivos. Entre estos tipos de creencias de control la evitación y la obtención están fuertemente relacionados; soportar y disfrutar involucran diferentes conjuntos de estilos comportamentales y cognitivos; evitar y soportar están más relacionadas con la apreciación subjetiva del estrés; y disfrutar y obtener están fuertemente correlacionadas con medidas subjetivas de bienestar (Omar, 1995).

En el modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo social, presentan una taxonomía de las relaciones sociales y un modelo causal del proceso de estrés-afrontamiento, el apoyo social se describe como la información que orienta al sujeto a percibir que es estimado, cuidado y valorado por los miembros de su entorno social; en cuanto a la habilidad para resolver los problemas sociales se refiere básicamente a la capacidad de generar soluciones ante los problemas de interacción social, evaluando las posibles consecuencias y eligiendo la solución más efectiva. La integración social, el apoyo cognitivo social y el apoyo comportamental social son diferenciados y correlacionados con personalidad, estrés, afrontamiento y procesos patogénicos; en el entendido que el apoyo social mediatiza los efectos del estrés sobre la enfermedad, así como también afecta directamente al bienestar. (Omar, 1995).

En la misma línea, Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”.

Lazarus y Launier (1998) entienden por afrontamiento, los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante.

De acuerdo con Pearlin y Schooler (1998), refieren que el afrontamiento son conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida.

Billings y Moos (1998), dicen que el afrontamiento se define como los intentos que realiza la persona para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que le permitan modificar las situaciones problemáticas.

Para Kagan (1998), el afrontamiento se entiende como las relaciones que resuelven, reducen o renuevan el estado afectado clasificado como sobre estresante.

Orlandini (1999), refiere que las últimas investigaciones atribuyen un gran valor e importancia al afrontamiento sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico; los sujetos responden de forma distinta ante un mismo agente estresante, sin embargo, cada modo de afrontamiento debe ser elástico y adecuado para cada situación.

Olson y McCubbin (2005), destacan dos aspectos básicos. Por un lado, el afrontamiento como un proceso y por el otro, la eficacia del mismo. De acuerdo con estos autores el afrontamiento sería un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en

caso contrario buscará otro recurso. En este caso se estaría ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

Frydenberg y Lewis (2005), definen al afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas. Afirman que es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo con la persona encara cualquier situación (general) y una problemática particular (específico).

Casullo y Fernández (2005), consideran la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Estos investigadores han sugerido que se requieren diferentes estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones de la vida, debido a que un estilo de afrontamiento que funciona bien para una situación puede no ser efectivo en otra.

Richaud de Minzi (2006), considera que ver al afrontamiento como un proceso, implica considerarla conducta y pensamiento del sujeto en un contexto concreto y en condiciones particulares, en un continuo cambio a medida que la interacción va desarrollándose; esta dinámica no es resultado del azar, sino de las continuas estimaciones de las variables entre el individuo y el ambiente.

Según Díaz Martín (2010) el afrontamiento forma parte de la gama de recursos psicológicos de cualquier sujeto y es una de las variables personales declaradas como partícipes en los niveles de calidad de vida.

Sin embargo, el constructo afrontamiento no ha sido utilizado con clara delimitación conceptual, dejando aún muchas interrogantes por resolver. Los aportes de Lázarus (1991) son los que más ampliamente abordaron este nuevo constructo y marcaron, sin dudas, un recorrido teórico de relevancia para la Psicología.

Moos (2002) define una conducta de afrontamiento como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o de un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. De manera que, las conductas de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas o las situaciones que causan estrés y ansiedad a la persona. Indican que las estrategias de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que éstas pueden ser beneficiosas si se les da un uso moderado o temporal y también pueden ser dañinas si dependen exclusivamente en un solo tipo de conducta. Desde esta perspectiva se considera a la estrategia de afrontamiento como una capacidad que puede aumentar o disminuir el bienestar frente a las demandas de la vida y los estresores.

Esta perspectiva se centra en los rasgos o estilos de afrontamiento. Hace referencia a las propiedades de que dispone el individuo y que aplica en determinadas situaciones; se insiste en las estructuras desarrolladas por el propio sujeto, que una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para afrontar de una forma u otra los acontecimientos estresantes de la vida.

El modelo transaccional de Lázarus y Folkman (1984) ha tenido gran aceptación entre los científicos, aportando una importante conceptualización del afrontamiento. Generó además, una gran cantidad de trabajos y estudios que analizan los modos en que las

personas enfrentan las dificultades y las situaciones estresantes en sus vidas.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín Díaz, Jiménez Sánchez y Fernández Abascal, 2004).

Como ya se mencionó anteriormente la concepción teórica desarrollada por Lázarus y Folkman (1984), mantiene que, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza.

En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento, entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

Desde aquí, Lázarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Los autores anteriormente citados, reconocen que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, donde el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Las estrategias de afrontamiento pueden resultar, según Girdano y Everly (1986), adaptativas o inadaptativas; las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

Se hace preciso diferenciar los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. “Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Fernández-Abascal, 1997).

Mientras los estilos de afrontamiento son las formas habituales y relativamente estables que tiene una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas del diario vivir.

Billings y Moos (en Aduna, 1998), proponen tres estilos básicos de afrontamiento:

1) Cognoscitivo: se refiere a los intentos para resolver los eventos estresantes de una manera cognitiva, en otras palabras intrapsíquicamente, se debe hacer una redefinición de las demandas de la situación para lograr hacerlas más manejables. Se centra en el análisis o valoración y revaloración de dichas demandas o amenazas percibidas, para tratar de entenderlas o comprenderlas y así darles un significado para lograr manejar la tensión provocada por la situación. Este tipo de afrontamiento está dirigido a la situación concreta y/o a los aspectos efectivos de un problema, por ejemplo: ver el lado positivo de la situación, el análisis lógico, buscar experiencias pasadas similares a la situación actual para así emplear estrategias anteriormente utilizadas en las situaciones estresantes que el individuo ya experimento.

2) Conductual: se refiere directamente a las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Son las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, por ejemplo: tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones para resolverla, hablar con un profesionalista en el problema.

3) Evitativo: se refiere a los intentos por evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas, por ejemplo: intentar olvidar la situación, negarse a creer la realidad del problema.

Estos autores clasifican en dos tipos a las estrategias de afrontamiento: las que están enfocadas al problema, el cual busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias para poder manejarlas e intentar construir una situación más satisfactoria; y las que están

centradas en las emociones, éstas están dirigidas a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo (Callejas, 2002).

Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que las personas utilizan para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera (Casullo y Fernández Liporace, 2001).

Se podría decir que las estrategias utilizadas dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

- Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

- Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

- Aceptación de la responsabilidad:** indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

- Distanciamiento:** Implica los esfuerzos que realiza la persona por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.

•**Autocontrol:** Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

•**Reevaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

•**Escape o evitación:** A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

•**Búsqueda de apoyo social:** Supone los esfuerzos que la persona realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas. Se señala, que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, éste será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

Para Olson y Mc Cubbin (1989), señalan la importancia de entender al afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso.

Según Rutter (1983), la mayoría de los estudios realizados sobre esta temática indican que el mayor empleo de estrategias tendientes a resolver el problema o buscar apoyo social, está directamente asociado con los sentimientos de bienestar y buena salud.

El afrontamiento al estrés implica un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que se manifiestan en respuesta a una preocupación particular y constituyen un intento para devolver el equilibrio o suprimir la perturbación. Esto puede hacerse solucionando el problema, o sea, removiendo el estímulo, o acomodándose a la preocupación sin encontrar una solución al problema (Frydenberg y Lewis, 1993; Lazarus, 1999).

Lázarus y Folkman (1991), indican algunas de las consideraciones que se deben de tener en cuenta para una definición de afrontamiento. Una de éstas es, que la actividad de afrontamiento debe diferenciarse de la conducta automatizada; ya que la primera implica esfuerzo mientras la segunda no; debido a que cuando actúan los procesos de aprendizaje las conductas se convierten en automáticas, aunque en un principio fueron producto de un esfuerzo. Otra es que se debe considerar el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cual sea el resultado; y

no se debe pensar ninguna estrategia como mejor o peor que otra, sino que las consideraciones de adaptabilidad de una estrategia deben hacerse de acuerdo con el contexto en el que se da. Y por último, que el afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno; puesto que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, entonces el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, y hasta ignorar aquello que no puede dominar.

Estrés y Afrontamiento

El estrés se describe como una manifestación del desequilibrio entre las demandas (externas o internas) percibidas por el sujeto y los recursos adecuados con los que cuenta para hacer frente a ellas. La presencia de un estímulo estresor implica un acuerdo del individuo con su entorno, que se caracteriza por una descompensación entre lo que de aquél se requiere y las herramientas que posee para enfrentar dicha tarea (Frydenberg, 1997; Lazarus, 1991; McGrath, 1970).

La relación entre el estrés y el afrontamiento es recíproca, debido a que, las acciones que realiza una persona para enfrentar un problema, afectan la valoración del mismo y su subsecuente afrontamiento.

Si el afrontamiento no es efectivo, el estrés se cronifica, y se produce un fracaso adaptativo, que trae consigo una cognición de indefensión junto con consecuencias biológicas (síntomas orgánicos) o psicosociales (malestar emocional y psicológico), que dan como resultado la aparición de una enfermedad.

A partir de esto, se puede afirmar que el afrontamiento actúa como un verdadero regulador del disturbio emocional, de manera que, si es eficiente, no permite que se presente el malestar, y en caso contrario,

podría afectar la salud, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad para el sujeto. De lo dicho anteriormente puede considerarse que el afrontamiento eficiente obra como un factor protector de la salud, ya que actúa como neutralizador de los efectos estresantes de los acontecimientos vitales.

Para Holroyd y Lázarus (1982), las estrategias de afrontamiento, exitosas o no, pueden determinar que un individuo experimente o no el estrés. De esta manera, los autores enfatizan la importancia de contar con estrategias efectivas que sirvan para manejar con eficacia las demandas internas y externas.

Estos estilos de afrontamiento son predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, siendo los responsables de las particularidades individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otra parte, las estrategias de afrontamiento “son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Fernández-Abascal, 1997).

Holroyd y Lázarus, en 1982, identificaron dos tipos de estilos o funciones básicas de afrontamiento:

- Afrontamiento centrado en el problema:** cuya función es modificar la situación problemática, para hacerla menos estresante para el sujeto. También se la considera como afrontamiento de aproximación.

- Afrontamiento centrado en la emoción:** Busca modificar la manera en que la situación es tratada para reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional negativa. Busca regular la respuesta emocional que aparece frente al estrés.

Para los autores, es necesario considerar las situaciones específicas en la que se produce cada estrategia, ya que de esa forma se puede conocer mejor el modo individual de afrontamiento.

Las estrategias centradas en el problema, corresponden con resultados más positivos para afrontar el estrés, mientras que las centradas en la emoción parecen relacionarse más con la inadaptación, asociándose con la ansiedad o la depresión. La confrontación y el distanciamiento parecen llevar a los peores resultados.

Richard S. Lazarus (1972) refiere que “Las estrategias de afrontamiento, se identifican con el “comportamiento” amplio de las personas ante la diversidad de situaciones y experiencias, independiente de la importancia o significación que pudieran tener objetiva o subjetivamente. Las estrategias de afrontamiento pueden definirse como esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar el estrés psicológico o las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que excede los recursos propios de la persona”. (Richard S. Lazarus–Susan Folkman “Estrés y procesos cognitivos”, pag.164).

Se consideran las estrategias de afrontamiento, como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentar a diversas situaciones del cotidiano vivir. La multiplicidad de formas en que las personas responden, pueden ser determinadas mediante la acción de diferentes estrategias en situaciones y momentos de la vida. Algunas personas las utilizan con más frecuencia que otras. En algunos casos se utilizan estrategias centradas en resolver los problemas y en otras son más bien formas emocionales para afrontarlos.

Existen formas expresadas en estrategias centradas en el problema que según Richard Lazarus estas son:

- ❖ **Afrontamiento Activo:** Se refiere a todos los pasos o estrategias activas para tratar de cambiar las circunstancias estresoras o aminorar sus efectos. Incluye iniciar la acción directa incrementando los esfuerzos personales.
- ❖ **Planificación:** Que conlleva pensar acerca de cómo afrontar el evento estresor, incluye pensar en todas las estrategias y pasos posibles para obtener una mejor aproximación al problema. Es una actividad focalizada sobre el problema, pero es conceptualmente diferente a ejecutar directamente la acción.
- ❖ **Supresión de actividades competitivas:** Implica dejar otros proyectos de lado para evitar llegar a distraerse con eventos que impidan tratar con el estresor.
- ❖ **Restricción del Afrontamiento:** Se ha considerado como una respuesta necesaria y funcional al estrés. Conlleva a esperar hasta la oportunidad apropiada para actuar, y no de forma prematura. (Para planificar el afrontamiento activo).
- ❖ **Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales:** Es la búsqueda de consejo, asistencia o información relacionada con el objeto o evento estresor.
- ❖ **Reinterpretación positiva y crecimiento:** Su objetivo es manejar el estrés emocional más que tratar con el estresor. No obstante, el valor de esa tendencia no se limita a la reducción del estrés, mediante ella se puede construir una transacción menos estresante en términos que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.
- ❖ **Aceptación:** Es una respuesta funcional de afrontamiento. Ocurre, en una primera aproximación, en aquella persona que tiende a

aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación". (Richard S. Lazarus "Libertad emocional", pag. 45).

AFRONTAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAZARUS Y FOLKMAN

Lazarus y Launier (1978), presentaron una primera definición para afrontamiento, refiriéndose a éste como el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos (Omar, 1995). Más tarde, Lazarus y Folkman desarrollaron un modelo explicativo, el cual provee las bases teóricas para verificar relaciones entre estresores, estrés y efectos adaptativos.

Lazarus y Folkman (1991), definen el 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. Este planteamiento está orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, ya que expresa que los esfuerzos cognitivos y conductuales son constantemente cambiantes dirigidos a demandas específicas y conflictos. Los rasgos se refieren a las propiedades que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones. Por lo que, esta definición de afrontamiento implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, ya que limita el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; por tanto, el afrontamiento

se limita a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización, quedando excluidas las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo. Por otro lado, con esta definición queda resuelto el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido, ya que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga. Por último, se evita equiparar el afrontamiento al dominio, con la palabra manejar. Entendiendo manejar como minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

Lazarus y Folkman (1991), al planear el afrontamiento como proceso consideraron tres aspectos. El primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (esto se refiere a rasgo).

El segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico; los pensamientos de afrontamiento se encuentran siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Por lo que es necesario conocer lo que el individuo afronta para entender el afrontamiento y evaluarlo; y cuanto más exacta sea la definición del contexto más fácil será asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. Y el tercero, al referirse al afrontamiento como un proceso significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción se va desarrollando.

En este sentido, el afrontamiento es un proceso cambiante en el individuo, que en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo esto a medida que va cambiando su relación con el entorno. Sería difícil describir adecuadamente el gran número de posibles situaciones estresantes y la dinámica en su afrontamiento desde una medición estática de un rasgo general.

El afrontamiento como proceso, se caracteriza por una dinámica que no es dada por el azar, sino que los cambios acompañantes son consecuencias de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la constante relación individuo entorno; donde las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También se pueden dar cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo.

En este marco, cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de afrontamiento puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien durar sólo algunos meses.

ETAPAS DEL AFRONTAMIENTO

En el afrontamiento se consideran tres etapas: anticipatorio, de impacto y postimpacto. El planteamiento cognitivo-fenomenológico de Lázarus y Folkman (1991), el problema es que la amenaza al bienestar

se ve evaluada de formas distintas en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento. Por lo que consideran que las etapas de anticipatorio, de impacto y post-impacto tienen sus propias características.

En la etapa de anticipación, el acontecimiento todavía no ha sucedido y los principales aspectos a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, en el momento que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto lo puede hacer y de qué forma. Mientras los individuos esperan una amenaza anticipada, sus pensamientos sobre esas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento.

Durante la etapa de impacto, muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado. Y ya que éste se ha manifestado en su totalidad el individuo comienza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba, y en qué aspectos. En algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda un tiempo el cual puede ser considerable en darse cuenta de lo que está ocurriendo y valorar su importancia. Al encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que se puede ejercer sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia.

En la etapa de post-impacto, puede ocurrir que los procesos cognitivos que comenzaron en el periodo de impacto aún persistan en este periodo en el que además aparecen nuevas Consideraciones; aun cuando el acontecimiento estresante haya terminado, el mismo causa todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios, e incluso el periodo

de impacto tiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado y al presente, sino también al futuro. Puesto que los daños ocurridos contienen también elementos de amenaza en un sentido anticipatorio, pues en su interacción con el entorno descubre lo que está sucediendo y lo que puede hacer al respecto, con lo que se ve modificado su afrontamiento. Además los perjuicios y daños ocurridos contienen elementos de amenaza en el sentido anticipatorio del término que nunca es posible separar del todo.

SÍNDROME DE BURNOUT

El concepto de Síndrome de Burnout o “quemarse por el trabajo” surgió en los Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios tales como organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativos, policiales, jurídicos, entre otros.

Se señala al psicólogo norteamericano Herbert Freudenberger, de Nueva York, como el primer profesional que describió y trabajó un caso de Burnout; en 1973 este autor da cuenta de lo que llamó “Síndrome de Burnout”. De esta manera, el concepto fue definido como: “Un síndrome de agotamiento o pérdida de energía, experimentado por los profesionales, cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Posteriormente agrega que el burnout “es el resultado de excesivos esfuerzos por alcanzar alguna expectativa poco realista, impuesta por uno mismo o por los valores de la sociedad”. Enfatiza entonces, el hecho de un estado profundo de agotamiento, producto

del trabajo intenso y de la postergación de las necesidades personales (Navarrete M., Arellano M., 1999).

Irónicamente esta denominación “estar quemado” aludía a la situación clínica de “estar quemado en drogas” y tal denominación fue utilizada para referirse al estado físico y psicológico vivenciado por algunos voluntarios en su trabajo con pacientes drogodependientes.

La primera descripción que Freudenberger realiza respecto de alguien que padecía síndrome de burnout fue a partir de su propia vivencia.

Estas primeras aproximaciones a este síndrome derivan más bien de las vertientes clínico descriptivas, que entienden el burnout como un “estado” al cual el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral y alude a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo.

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo a burnout case.

Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras trabajaba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo.

P. Gil-Monte lo define como: “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado”. Nótese que ambas definiciones coinciden en apuntar que es una inadecuada respuesta al estrés crónico el detonante de este padecimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al fenómeno del estrés como las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción (OMS, 1994). Considerado desde este punto de vista, el estrés sería una alarma, un estímulo que conduce a la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia, respuesta que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas.

Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo humano y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Algunos ejemplos son los olvidos (incipientes problemas de memoria), alteraciones en el ánimo, nerviosismo y falta de concentración, en las mujeres puede producir cambios hormonales importantes como dolores en abdominales inferiores, entre otros síntomas

Se han elaborado muchas definiciones y modelos teóricos acerca del Síndrome de Burnout. Su delimitación y conceptualización continúa siendo ambigua, ya que no hay un consenso unánime de parte de los investigadores y teóricos. Pine y Aronson en 1988 defienden que el Síndrome de Burnout es unidimensional, y que se caracteriza por el

agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (Gil- Monte, 2000).

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al síndrome burnout como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. El síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga incide en la interacción y productividad laboral, ya que un individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.

En España, existe el precedente jurídico en el Tribunal Supremo en donde un trabajador ganó un juicio contra su institución al ser considerado el síndrome de burnout que presentaba como “accidente laboral”. Luego de que un empleado demandara a la empresa donde desempeñaba sus labores profesionales, una sentencia reciente del Tribunal Supremo (octubre del 2000), ratificando la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente la importancia al reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral.

Maslach define el Síndrome de Burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas

cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad” (Gil-Monte P., Pieró J., 1997).

Esta investigadora desarrolla y presenta el modelo teórico más consistente y aceptado hasta la actualidad de burnout, estando este modelo fuertemente influenciado por los trabajos de Philip Zimbardo, a principios de los setenta, esencialmente en los temas de despersonalización y deshumanización.

Se describen algunas características particulares de este cuadro clínico que para muchos autores, especialmente españoles, país en donde existe buena fuente de publicaciones, constituye prácticamente un problema social y es calificado por muchos, como “la plaga del siglo XXI”, afectando principalmente a profesionales centrados en la prestación de servicios, es decir quienes cuidan los intereses y satisfacen las necesidades del usuario.

Si bien por lo general se describe para profesionales sanitarios de la medicina, enfermería, servicio social, fisioterapia, psicología, oncólogos, también lo hallamos en la educación, maestros, cuidadores, policías, abogados, funcionarios de prisiones, bomberos, directivos, mandos intermedios, personal de voluntariado y más recientemente en personas que venden servicios, atención de público, propagándose, en general, en todo el ámbito laboral, toda vez que la exigencia, la competitividad y la eficiencia de las empresas e instituciones es prioritario, en desmedro de los intereses, valores y motivaciones personales.

Los estudios de prevalencia son más abundantes en médicos y sus diferentes especialidades, tales como psiquiatras, anesthesiólogos,

fisioterapeutas. También hay estudios que incluyen muestras de odontólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora (OMS, 2000). En él se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada.

Esa gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales.

La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

La psicóloga Cristina Maslach (1982), de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia

Scotia crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) -que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología. Maslach en su descripción del síndrome, limitó el SB a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral.

Maslach y Jackson en 1981 y 1982 definen el Síndrome de Burnout delimitándolo en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Cabe recalcar, que aunque son muchas las diferencias entre los diversos planteamientos sobre el origen, antecedentes-consecuentes y el proceso de desarrollo de este síndrome; Maslach y Schaufeli en 1993 plantean que también hay muchas semejanzas como ser: los síntomas de cansancio mental o emocional, la fatiga, la depresión, la baja autoestima, el bajo rendimiento laboral, la asignación del síndrome como clínico-laboral, el diagnóstico diferencial en personas que sufrían alguna psicopatología previa y la explicación del desencadenamiento del Síndrome de Burnout por la inadecuada adaptación al trabajo. (Gil-Monte, 2000).

MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

❖ **Modelo clínico:** Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Este enfoque sostiene que burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes

excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

Este estado según este autor iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

- ❖ **Modelo psicosocial:** Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes.

Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) argumentan que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características:

- ✓ Agotamiento emocional
- ✓ Despersonalización
- ✓ Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal

La mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial; algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson (1981), entre los que se encuentran Gil-Monte y Peiró (1997); de lo que no parece haber dudas es de que el Síndrome

de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

Desde la perspectiva psicosocial, la investigadora de psicología social Maslach apunta a la idea de considerar el burnout como un “proceso” que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales.

La diferencia estriba en que el síndrome de quemarse como “estado” entraña un conjunto de emociones y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y, por el contrario, el síndrome de quemarse como “proceso” asume una secuencia en etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez, diferenciada.

Se presenta una clasificación que integra diferentes modelos elaborados para explicar la etiología y consecuencias del síndrome de burnout (modelos explicativos). En esta clasificación se distingue entre modelos desarrollados en el marco de la teoría socio cognitiva del yo, modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y modelos elaborados desde la teoría organizacional.

El primer grupo, incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría socio cognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables del self (es decir, la auto eficacia, la auto confianza, y el autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrison la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están

altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo.

Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera va a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de auto eficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.

En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del Síndrome de Quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los

sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico -terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

El Síndrome Burnout o síndrome de "estar quemado", recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.

DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo; según Chernis, el Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

- Primera: tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, es decir, se trataría de una situación de estrés psicosocial
- Segunda, se produce un estado de tensión psicofísica
- Tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

El Síndrome se caracteriza por ser:

- Insidioso: Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde está la frontera entre una cosa y la otra.
- Tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa una base importante para el diagnóstico precoz.
- Una fase irreversible: Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. En la profesión hay bajas.

Los problemas emocionales del personal de salud han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos estudios

revelan, con contundencia, que las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a las de la población general.

MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- ✓ Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.
- ✓ Conductuales: ausencia laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- ✓ Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- ✓ En ambiente laboral: deterioro de la capacidad de trabajo, deterioro de la calidad de los servicios que se presta a los usuarios, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome. Su prevención es compleja, pero cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica adecuada de intervención.

DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales.

Son profesionales en los que inciden especialmente estresores tales como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo cual supone conflicto y ambigüedad de roles, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, entre otros. Una clasificación de esos estresores permite identificar cuatro niveles según Gil-Monte y Peiró (1997):

- Nivel individual: la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual provocará bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- Plano de las relaciones interpersonales: las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar sentimientos de quemarse por el trabajo.

De esta manera, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

- Nivel organizacional: los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.
- Entorno social: se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio).

TIPOS DE ESTRESORES LABORALES

Actualmente, es conocido el desequilibrio entre oferta laboral y demanda, que nos lleva a adaptarnos a un entorno laboral; estamos ante un nuevo mercado laboral caracterizado por una pérdida del valor de la parte de la humanidad que compone el mercado laboral.

Esta situación podría llegar a establecerse con un consumismo del mercado laboral, en el que se integran elementos tan importantes como la emigración, la eventualidad contractual, la descentralización productiva, los cortos ciclos de vida de los productos y la globalización. Todos ellos han desarrollado una nueva cultura empresarial con unos factores psicosociales que le son propios y que han propiciado la

aparición de síndromes no detectados hasta el momento: Mobbing, Bullying, Bossing, y Burnout entre otros.

El Burnout se ha entendido como una combinación de diversos factores del entorno social, laboral, y del propio sujeto. Variables como la edad, el tipo de profesión, los medios tecnológicos, el desempeño del rol, el clima laboral, los contenidos del puesto y las características de la personalidad, entre otras; han sido estudiadas como antecedentes del síntoma. Algunas de estas variables han sido identificadas como condiciones potenciadoras del síntoma.

La condición de “potenciador” es sin embargo algo subjetivo; es decir, depende del tipo de apreciación que la persona hace de la situación, teniendo en cuenta sus características individuales y las estrategias de afrontamiento disponibles. Los estudios en este campo se han dirigido a identificar aquellos elementos recurrentes en cuya presencia las personas sufren Burnout y sus consecuencias.

Peiró (1992), establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.
- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales
- Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

En base a las múltiples categorías establecidas por los investigadores es posible distinguir cuatro tipos de estresores:

- Agudos: Son aquellos que presentan un inicio determinables, su duración es breve y ocurren con poca frecuencia siendo su intensidad alta. Ejemplo: el despido.
- Crónicos: Son aquellos en que el inicio está poco definido, se repiten con frecuencia, pueden presentar una duración corta o larga, y ser de baja o media intensidad. Ejemplo: inseguridad laboral.
- Pequeños potenciadores de la vida diaria: Tiene un inicio específico, ocurren con cierta frecuencia y son de baja intensidad. Ejemplo: Retrasos en el transporte público al ir al trabajo.
- Los desastres: Tienen un inicio bien definido, pueden ser de corta o larga duración, ocurren con muy poca frecuencia y presentan una alta intensidad. Ejemplo: Accidente laboral de un compañero.

MODELO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL DEL SINDROME DE BURNOUT

La experiencia psicológica puede definirse como el conjunto de operaciones interiores y exteriores que realizan todos los seres humanos en su condición de sujetos en una actividad continua. Esta experiencia surge a partir del entrecruzamiento de dos factores básicos: por un lado la actividad biológica y por otro la actividad social.

La estructura biofísica, si bien está constituida por el sistema nervioso y el cerebro que se establecen en la piedra angular sobre la que apoyan los procesos mentales, son estructuras que dependen directamente de funciones orgánicas y se verán continuamente afectados por el estado

general del organismo, al mismo tiempo participan en su preservación y regulación.

La estructura social, por su parte, como entorno inmediato que rodea a las personas, ejerce una influencia determinante sobre las funciones psicológicas, provee las condiciones necesarias para su desarrollo y para la satisfacción de las necesidades que permitirán la continuidad de su existencia.

Esta interdependencia entre lo psicológico, lo biológico y lo social queda plasmada en el análisis del desarrollo humano en sí mismo. Se plantea un modelo de desarrollo concurrente que concibe la evolución de los factores psicológicos, de forma simultánea en el desarrollo de los factores biológicos y sociales (Fernández Álvarez, 1992).

El ser humano necesita organizar la realidad en la que debe desplegar su vida y al mismo tiempo desarrollar estrategias que le permitan adaptarse a la misma preservando y retroalimentando su integridad psicológica. En este proceso existe una estricta correspondencia tanto con el orden social como con lo biológico. Las estructuras neurobiológicas operan de acuerdo con un principio de actividad y organización que preserva su naturaleza y funcionamiento; así como el orden social, las estructuras correspondientes operan bajo la necesidad de preservar el cumplimiento de un orden de legalidad, que garantice la efectividad de las normas. El cumplimiento de estos requisitos de organización aseguran en el orden social, el funcionamiento de las instituciones, evitando la desintegración del sistema, la anomia y el caos; en el orden biológico, el funcionamiento vital, evitando la desintegración celular y, por consiguiente, la muerte física.

Por tanto, no es posible llegar a una comprensión de comportamiento humano sin integrar en el análisis la participación de los sustratos biológico y social.

Las diversas actividades producidas por el ser humano han sido clasificadas en tres áreas fundamentales: la cognición, la emoción, y la conductual, haciendo referencia a lo que piensa, lo que siente y lo que hace respectivamente.

El enfoque cognitivo- conductamental pone énfasis en la actividad cognitiva, postulándola como reguladora de la emoción y de la conducta. Así establece como uno de sus principios teóricos; toda manifestación conductual y emocional está mediada por un componente cognitivo, afirmación sustentada por el hecho de que es en este nivel en el que se sintetizan los significados que permiten la comprensión de la realidad de parte del sujeto, posibilitando su adaptación.

Pese a la importancia de estos procesos, este modelo demuestra la imposibilidad de atribuir a los mismos la exclusividad y protagonismo debido a que existe una relación de interdependencia entre factores emocionales, cognitivos y conductuales en la que cada uno afecta y co-determina mutuamente.

ESTRUCTURA COGNITIVA

La cognición se conceptualiza como un sistema que comprende estructuras, procesos y funciones. Las estructuras son conceptualizadas como componentes estáticos del sistema, refiriéndose a registros sensoriales, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. Los procesos hacen referencia a la dinámica de la actividad que se genera en el sistema; y las funciones son entendidas

como formatos y contenidos del sistema, por ejemplo: la discriminación, selección, evaluación, almacenamiento, inferencia y recuperación de la información (De Vega, 1988).

Entre los elementos que determinan el funcionamiento del sistema encontramos a los “factores atencionales”, que propician y acompañan todo procesamiento y que actúan como mecanismo de autocontrol y de control de la estimulación externa. Los receptores sensoriales que permiten el ingreso de la información proveniente del entorno y del propio sujeto poseen una capacidad de registro limitada, por lo que el papel de la atención resulta fundamental, esta actúa seleccionando, focalizando y resaltando aquella información que por su relevancia, es susceptible de ser percibida. De igual forma selecciona y activa los procesos y los contenidos que permitirán el procesamiento de la información que ingresa al sistema.

Paralelamente estos procesos atencionales se ven influenciados por factores emocionales ya que su direccionalidad se ve afectada por información proveniente de sensaciones físicas a las que, al mismo tiempo, hace participar de los procesos de percepción y de representación.

Ocurre lo mismo en relación a la conducta, la atención selecciona la información interna y externa respecto a las situaciones que requieren de una acción específica y a la cualidad y dirección que debe tomar la misma, activando finalmente los procesos que la harán posible. Pero las conductas en sí misma también influyen sobre la atención, al proveer de nueva información proveniente de sus consecuencias que exigirá modificaciones en la dirección del proceso atencional.

Al igual que la atención, son fundamentales los llamados “procesos relacionales”, los mismos que implican las representaciones simbólicas que clasifican, comparan, relacionan, evalúan, almacenan y recuperan la información.

En estos procesos relacionales se consideran como parte fundamental a los llamados esquemas, que son entendidos como estructuras que integran y adscriben significado a los hechos. Son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo, hasta el punto final de la respuesta conductual. La integración de los estímulos ambientales y la conformación de una respuesta adaptativa dependen de esos sistemas entrelazados de estructuras especializadas.

Los esquemas son unidades básicas de procesamiento organizadas según funciones y contenidos. Los esquemas cognitivos tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los esquemas afectivos son responsables de la generación de sentimientos; los esquemas motivacionales se relacionan con la generación de deseos; esquemas instrumentales preparan para la acción; los esquemas de control que toman parte en la auto observación, la inhibición y dirección de las acciones.

También los esquemas poseen cualidades estructurales como amplitud, flexibilidad o rigidez y densidad. Los esquemas entendidos así, son estructuras que organizan la información proveniente del interior y del exterior del sujeto, definiendo los nodos conceptuales o unidades de significado que contiene la información procesada en forma de representaciones simbólicas.

Los esquemas se interconectan conformando redes o los llamados mapas cognitivos donde los nodos cognitivos son interconectados

posibilitando un flujo de información que permite la representación de conceptualizaciones complejas.

Entonces, la persona, gracias a estas redes cognitivas va almacenando representaciones que contienen tres tipos de conocimiento:

a) Conocimiento sensorio- perceptual: Que es empleado en el reconocimiento de patrones sensoriales y en el almacenamiento de recuerdos de sensaciones. Cuando estas estructuras se activan internamente, son responsables de la experiencia de generar imágenes y de su procesamiento, junto con las imágenes de los objetos, este almacén también mantiene mapas cognoscitivos de las disposiciones de éstos en el espacio.

b) Conocimiento Procesal: Es el conocimiento de “cómo” hacer algo, desde las habilidades motoras a las intelectuales, hasta la producción del lenguaje; se constituye de jerarquías de producciones o reglas que actúan como programa interno que permite llevar a cabo una tarea. Estas producciones proporcionan las estructuras de control cognitivo ya que regulan los movimientos o transformaciones sucesivas en el pensamiento, la solución de problemas y la planeación.

c) Conocimiento Proposicional: Incluye a las creencias acerca de uno mismo y del mundo que lo rodea, el conocimiento de los conceptos y significados de las palabras, el conocimiento de hechos generales de objetos específicos, eventos y episodios. Por este tipo de conocimiento, las personas conforman las reglas y leyes según las cuales rigen los acontecimientos que los circundan y que se constituirán en parámetros de referencia para la evaluación y regulación de sus acciones.

Las creencias se constituyen en constructor hipotético que se encuentran fundamentados en el pensar, sentir, comportarse e interactuar del sujeto con el entorno, suponen como afirma Charles Peirce, reglas para la acción ya que implican sensaciones que se esperan y conductas que se preparan. Así, las creencias suponen una conducta predecible, que se explica en la acción, identificándose su efecto sobre el individuo y la intensidad del mismo, en la frecuencia y las formas de la acción que se produce.

ESTRUCTURA AFECTIVA

El constructo integrador constituido por la esfera afectiva, no se interpreta como una entidad definida por un contenido específico de conocimientos, sino como proceso ordenador unitario en el que se busca la continuidad y la coherencia interna. La búsqueda de continuidad y coherencia hacen el núcleo gravitante del sujeto, debido a que en él al sintetizarse la experiencia interna, la estimulación percibida encuentra un significado que, si bien es personal, tiene un correlato con significados compartidos con los integrantes de su entorno social (Bruner).

Este proceso es fundamental para su adaptación ya que le permite, por un lado, la comprensión de los requisitos de adaptación y, por otro su participación activa mediante la comunicación de sus necesidades, sentimientos y deseos, así como las ejecuciones destinadas a preservar su integridad. De igual forma, el verificar la falta de coherencia entre sus experiencias y los acontecimientos percibidos, le permite imprimir modificaciones a sus pensamientos, emociones y comportamientos y/o influir mediante sus acciones sobre las

condiciones externas adversas, de manera tal que se consiga restablecer la coherencia interna.

El proceso de significación, del cual es protagonista este constructo, se logra gracias a la función valorativa del yo que se caracteriza por actuar de forma bidireccional. Por una parte, otorga dimensiones valorativas tanto a los contenidos experimentados como externos (personas, objetos, situaciones), como aquellos experimentados como internos (pensamientos, sensaciones, y acciones); por otra parte y simultáneamente, se valora a sí mismo. Las dos direcciones que toma la función valorativa se afectan y determinan mutuamente, de tal forma que el modo de valorar las experiencias depende de la valía de la persona definida y a la inversa, depende del valor atribuido a sí mismo para determinar el valor de las experiencias.

Los valores atribuidos tienen la característica de ser dimensiones abstractas que, al mismo tiempo que los determinan, se apoyan en los sistemas de creencias y compromisos con determinadas “formas de vida”, instaurados por el desarrollo en una cultura específica.

La autovaloración, o percepción de la propia valía afecta intensamente a los pensamientos, emociones y acciones, tiene también un papel fundamental en el procesamiento y significación de la experiencia, por trascender dimensiones tiempo - espacio, integrando la forma de vivenciar el presente, y la historia de vida de las personas.

ESQUEMAS COGNITIVO COMPORTAMENTALES

Estos esquemas, se refieren a aquellas estructuras que como procesadoras de información proveniente del entorno y del interior de la propia persona, la integran de tal forma que dan paso a un significado personalizado de la realidad interna y externa del individuo, generando

las peculiaridades emocionales, comportamentales, y cognitivas que caracterizarán la interacción del sujeto con su entorno y consigo mismo.

La definición de esquemas cognitivos - afectivos específicos, responden a las características de los contenidos y funciones que integran y que ejercen sobre el sistema general, estos esquemas son interdependientes y se afectan mutuamente. La descripción presentada como esquemas diferentes obedece a razones metodológicas y no a razones reales ya que, no es posible verificar el funcionamiento de alguno de ellos independientemente del funcionamiento de los demás.

ESQUEMA DE MODELING O MODELADO

Este esquema se refiere al procesamiento por el cual se efectúa el aprendizaje mediante la observación de las conductas de otras personas y las consecuencias que tiene para ellas. Este tipo de aprendizaje denominado vicario o por intuición se constituye en la base que virtualmente todos los fenómenos de adquisición de reglas e integración de conductas ya que las limitaciones de tiempo, recursos y movilidad impiden que todos los aprendizajes sean adquiridos por formas de experimentación directa (Bandura, 1977).

El esquema de modeling integra información referida a aquellas creencias, normas, valores, formas de interpretación y de acción, que al ser observados y asociadas a consecuencias positivas en los modelos. Se observa que a medida que se desarrollan las capacidades para el procesamiento se incrementa la posibilidad de pasar gradualmente de la imitación de modelos a la generación de formas

propias de interacción, el efecto de estos procesos de modelado mantienen su influencia sobre los procesos de significación.

ESQUEMAS DE AUTOCONCEPTO

Este esquema hace referencia a los procesos mediante los cuales el individuo procesa y significa los contenidos afectivos y cognitivos respecto a sí mismo configurando la representación que lo define y caracteriza en la interacción con su entorno. La unidad representacional generada se constituye en el autoconcepto, denominado también como sí mismo o self, que integra los atributos psicológicos personales que son el resultado de la función de reflexión personal mediante la cual el sujeto accede al conocimiento genérico respecto a sí mismo y analiza sus experiencias, pensamientos y afectos.

Sin embargo, el autoconcepto va más allá de la definición de las características del propio individuo, involucra la síntesis de la interrelación con el entorno y consigo mismo, determinando las características de su interacción con la realidad. A partir del funcionamiento de sub-esquemas que lo integran (auto percepción, auto imagen, y autoestima), procesa, evalúa y significa simultáneamente los acontecimientos externos y las experiencias internas regulando sus acciones y las consecuencias ambientales y personales que producen.

Como resultado del procesamiento de este esquema, se determinan los atributos que caracterizan y dan significado al sí mismo de manera que quedan conformadas las creencias, necesidades y motivaciones darán sentido a sus ejecuciones y afectarán la valoración personal.

ESQUEMA DE AFRONTAMIENTO

Este esquema integra los procesos que se constituyen en estrategias cognitivas, emocionales y conductuales mediante las cuales el individuo maneja exigencias específicas tanto internas como externas que significan un reto o una amenaza.

El afrontamiento tiene dos funciones principales, por un lado busca reducir y eliminar las consecuencias emocionales negativas de los estresores, como la ansiedad o la depresión (afrontamiento dirigido a la emoción), por otra parte, intenta modificar o alterar la situación potencialmente estresante mediante la resolución de problemas (afrontamiento dirigido al problema).

En este sentido los esquemas de afrontamiento participan en la significación de las situaciones, determinando las cogniciones, emociones y conductas que caracterizarán la interacción con acontecimientos estresantes. Sus niveles de efectividad retroalimentan la conceptualización de sí mismo y la valoración personal.

El concepto clásico de afrontamiento de Lázarus y Folkman se refiere a: “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” (Gil-Monte P., Pieró J.1997).

Como señalan la capacidad de identificar específicamente las estrategias de afrontamiento ante la experiencia del sufrir de burnout, nos conduce, en forma resumida a los siguientes puntos:

- Estrategias individuales: Entrenamiento en solución de problemas; entrenamiento de la asertividad; entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz.

- Estrategias grupales e interpersonales: Apoyo social principalmente en el trabajo.
- Estrategias organizacionales: Programas de socialización anticipada; evaluación y retroinformación; desarrollo organizacional.

A nivel individual se sabe que las estrategias de afrontamiento instrumentales destinadas a la solución del problema, también llamadas activas o de control, resultan más efectivas que aquellas estrategias emocionales, pasivas o paliativas.

Entre las técnicas para la adquisición y mejora de las estrategias individuales de afrontamiento señalamos aquellas que tienen como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas como entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones o habilidades sociales.

A nivel grupal e interpersonal, para la prevención del síndrome, lo central es fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores.

El apoyo social en el trabajo, tiene diferentes impactos sobre el estrés laboral. Desde ser considerado como variable que reduce los efectos del estrés, concebirse como una función moduladora entre la acción del estrés y sus efectos, como estrategia de afrontamiento, en cualquier situación una de las fuentes más importantes de apoyo social proviene de los grupos informales.

Una de las características fundamentales de los grupos de apoyo social es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, el incremento de los resultados, ayuda para desarrollar

formas más efectivas de tratar con los problemas y la facilitación de un trabajo confortable. Otra forma es fomentar y entrenar a los compañeros y supervisores en dar retroinformación (feed-back). Es considerada la información de retorno eficaz proporcionada por los miembros del grupo.

ESQUEMA ATRIBUCIONAL

Este esquema hace referencia a la capacidad de simbolización que permite a los seres humanos crear y regular los hechos ambientales que afectan virtualmente a cualquier aspecto de sus vidas. Esta capacidad posibilita el procesamiento y la transformación de las experiencias en modelos internos o a través de símbolos, modelos que sirven como guías para la acción futura.

En este proceso de significación el esquema atribucional tiene fundamental influencia ya que determina la información respecto a los factores causales de los acontecimientos y a los efectos de los mismos para la vida presente y futura del individuo, información que es utilizada, tanto para la activación psicofisiológica, como para la interpretación de las sensaciones como estados emocionales específicos.

La necesidad de imponer un orden a la experiencia determina que como resultado de las atribuciones efectuadas, se conformen creencias respecto al funcionamiento general del sistema ambiental y personal, creencias a partir de las cuales se infieren motivos e intenciones para la propia conducta y la de los demás.

El sistema de creencias conformado posibilita que el individuo anticipe las características con las que se habrán de suceder los eventos, las formas de su anticipación en los mismos y las consecuencias de sus

acciones. Cuando el contenido de las experiencias difiere de las anticipaciones efectuadas, el acontecimiento se experimenta como inesperado, provocando una incertidumbre cognitiva que activa esquemas atribucionales que proveerán de una explicación que restablezca el orden experiencial alterado.

De esta forma los resultados predecibles, no requieren de atribuciones, mientras que si las exigen resultados inesperados especialmente cuando se refieren al éxito o fracaso percibido en las propias ejecuciones debido a la importancia afectiva que involucra. Como resultado del funcionamiento de este esquema se definen atribuciones que afectarán el sentido de valía personal y por ende las formas de interacción.

ESQUEMAS DE MOTIVACIÓN AL LOGRO

Este esquema representa el establecimiento de metas, motivadas por expectativas de bienestar personal, cuya consecución supone determinado tipo de retroalimentación altamente valorada. En él se procesa la información respecto a las condiciones personales y ambientales que establecen demandas y necesidades que al ser satisfechas, según el individuo, le permitirán preservar y desarrollar su integridad psicofisiológica.

Entonces el esquema de motivación hacia el logro, al mismo tiempo que establece las metas hacia las que se motivará la conducta, regula los niveles de esfuerzo y energía a emplearse, en función a los criterios de excelencia que el mismo esquema preestablece. Paralelamente, los criterios de excelencia participan en las evaluaciones que determinan las expectativas de auto eficacia y de resultado en la selección y diseño de los esquemas de acción que dirigirán la conducta.

Como resultado de esta evaluación se generan sensaciones positivas ante el reconocimiento de sus necesidades como satisfechas, sensaciones que significan en forma de emociones específicas positivas; que al ser atribuidas a la propia eficacia retroalimentan positivamente al sí mismo y repercuten en la significación de la valía personal.

Finalmente, la consecución del logro retroalimenta el esquema, pues el éxito alcanzado genera el deseo de mayores logros y por lo tanto mantienen la motivación para interactuar con el espacio de las metas, así por ejemplo, el logro verificado en relación a metas sociales mantiene la motivación de interacción y competencia social.

ESQUEMA DE CONTROL DE ESPACIO

Este esquema procesa contenidos respecto al poder de dominio del sujeto sobre el entorno, las creencias y disposiciones que determinan tienen gran influencia a la hora de establecer la configuración de su espacio de interacción. Contiene, tanto las creencias generales de control que incluyen las percepciones y expectativas que tiene la persona de poder ejercer una influencia sobre los acontecimientos vitales, como las expectativas específicas de la situación, que se refieren a las evaluaciones respecto al grado en que el individuo cree que puede determinar o modificar sus relaciones con situaciones específicas que causan estrés.

Como se puede observar la comprensión del funcionamiento de los esquemas cognitivo afectivos, permite explicar los procesos, motivaciones y conductas que definen la interacción del sujeto con su realidad externa e interna.

En el Síndrome de Burnout se tiene énfasis en cuanto a los factores de la atmósfera de trabajo, y la identificación del desencadenante permite la planificación de acciones preventivas. Se presenta una sistematización de las causas principales del síndrome del burnout, destacando los siguientes aspectos: el exceso de trabajo, la falta del mando, la remuneración insuficiente, el derrumbamiento de la unión, la ausencia de justicia y los valores contradictorios; al examinar o para explorar la situación de una cierta organización en busca de lo que está generando la incidencia del síndrome, todos estos aspectos deben examinarse. Cuando los autores se refieren a este tema, disertan en el exceso de trabajo. Se recomienda explícitamente que la coherencia se aprecie entre valores atribuidos como los ideales a la organización, la misión, los objetivos y la política orgánica.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario.

Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el ausencia de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones laborales. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen, están asociadas a los riesgos de su entorno laboral, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial, debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas de forma directa.

Capítulo III

METODOLOGÍA

La presente metodología tiene un **enfoque cuantitativo**.

I. TIPOS DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente diseño de investigación es de tipo **descriptivo correlacional**.

El tipo de estudio en la presente investigación es **no experimental**.

II. VARIABLES

Variable 1: Estrategias de afrontamiento.

Variable2: Predisposición al síndrome de burnout.

OPERACIONALIZACIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Estrategias de Afrontamiento.- Richard S. Lázarus (1972) refiere que “Las estrategias de afrontamiento, se identifican con el

“comportamiento” amplio de las personas ante la diversidad de situaciones y experiencias, independiente de la importancia o significación que pudieran tener objetiva o subjetivamente. Las estrategias de afrontamiento pueden definirse como esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar el estrés psicológico o las demandas externas/internas que son evaluadas como algo que excede los recursos propios de la persona”.

Síndrome de Burnout: El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Estrategias de Afrontamiento

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTO
-----------------	--------------------	--------------------	------------------	----------------	--------------------

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CONFRONTACIÓN	Acciones directas dirigidas hacia la situación, por ejemplo, expresar ira hacia la persona causante del problema.	6,7,17,28,34 y 46 Consta de 6 preguntas Puntuación máxima 18	0 = En absoluto 1 = En alguna medida 2 = Bastante 3 = En gran medida	Escala Modos de Afrontamiento de Lázarus
	DISTANCIAMIENTO	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo	3,12,13,15,19, 21,32,41,44 y 67 Consta de 10		
	AUTO CONTROL	Guardar los problemas para uno mismo,	10,14,35,37,43,53,54, 57,62,63 y 66 Consta de 11		
	BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema.	8,18,22,31,42 y 45 Consta de 6 preguntas Puntuación máxima 18		

ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema.	9, 25, 29,51, 61 y 65 Consta de 6 preguntas Puntuación máxima 18
HUIDA – EVITACIÓN	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas.	4,11,16,24,33,40,47,50,55,58 y 59 Consta de 11 preguntas Puntuación máxima 33
PLANIFICACIÓN	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren.	1,2,5,26,27,39,48,49 y 52 Consta de 9 preguntas Puntuación máxima 27

	REEVALUACIÓN POSITIVA	La experiencia enseña, cambiar y madurar es posible.	20,23,30,36,38,56,60 y 64 Consta de 8 preguntas Puntuación máxima 24
--	------------------------------	--	--

Síndrome de Burnout

VARIABLE	CATEGORIAS	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS
SINDROME DE BURNOUT	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones Cognitivas • Manifestaciones Psicosomáticas • Manifestaciones Conductuales • Manifestaciones 	CANSANCIO EMOCIONAL	➤ Viven cia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 Consta de 9 preguntas. Puntuación máxima 54.	0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Unas pocas veces al	Inventario de Burnout de Maslach (1986)

	<p>Emocional</p> <p>es</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones en el ámbito Laboral 	<p>RESPONSABILIZACIÓN</p>	<p>➤ Grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.</p>	<p>5, 10, 11, 15, 22</p> <p>Está formada por 5 ítems. Puntuación máxima 30</p> <p>4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21</p>	<p>mes o menos</p> <p>4= Una vez a la semana</p> <p>5= Pocas veces a la semana</p> <p>6= Todos los días.</p>	
		<p>REALIZACIÓN PERSONAL</p>	<p>➤ Sentimientos de Autoeficacia y realización personal en el trabajo.</p>	<p>Se compone de 8 ítems. Puntuación máxima 48</p>		

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas para la presente investigación fueron: Coeficiente de Correlación de Pearson y Regresión Lineal o ajuste de curvas, ambas técnicas presentan una base en métodos estadísticos para el manejo e interpretación de datos cualitativos y cuantitativos de forma correlacional.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

El coeficiente de correlación de Pearson es una medida lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas.

De manera menos formal, podemos definir el coeficiente de correlación de Pearson como un índice que puede utilizarse para medir el grado de relación de dos variables siempre y cuando ambas sean cuantitativas y continuas; siendo una medida de la correspondencia o relación lineal entre dos variables cuantitativas aleatorias; se puede definir como un índice utilizado para medir el grado de relación que tienen dos variables, ambas cuantitativas. Esto facilita que se hagan estimaciones del valor de una de ellas, con conocimiento del valor de la otra variable.

Este coeficiente es una medida que indica la situación relativa de los sucesos respecto a las dos variables, es decir, representa la expresión numérica que indica el grado de correspondencia o relación que existe entre las 2 variables. Estos números varían entre límites de +1 y -1, para contar con una guía que permita establecer la variación contigua de las dos variable, comparar los distintos casos entre sí.

Para ello se hace uso del coeficiente de correlación de Pearson, definido como la covarianza que se da entre dos variables tipificadas y se calcula con la siguiente expresión:

Cuando es menor a cero ($r < 0$) Se dice que hay correlación negativa: Las variables se correlacionan en un sentido inverso.

A valores altos en una de las variables, le suelen corresponder valores bajos en la otra variable y viceversa. Cuánto el valor esté más próximo a -1 dicho coeficiente de correlación más evidente será la covariación extrema.

Si $r = -1$ se habla de correlación negativa perfecta, la cual supone una determinación absoluta entre ambas variables, en sentido directo coexiste una relación lineal perfecta de pendiente negativa.

Cuando es mayor a cero ($r > 0$) Se dice que hay correlación positiva: Ambas variables se correlacionan en un sentido directo.

A valores altos en una de las variables, le corresponden valores altos en la otra variable e igualmente en una situación inversa sucede con los valores bajos. Cuánto más próximo a +1 se encuentre el coeficiente de correlación más evidente será la covariación.

Si $r = 1$ Se habla de correlación positiva perfecta, la cual supone una determinación absoluta entre las variables, en sentido directo coexiste una relación lineal perfecta de pendiente positiva).

Cuando es igual a cero ($r = 0$) Se dice que las variables están incorrectamente relacionadas, no puede es posible establecer algún sentido de covariación.

No existe relación lineal, pero esto no implica necesariamente que las variables sean independientes, pudiendo existir relaciones no lineales entre las variables.

Cuando las dos variables son independientes se dice que no están correlacionadas, aunque el resultado de reciprocidad no es necesariamente cierto.

REGRESIÓN LINEAL Y AJUSTE DE CURVAS

Es un procedimiento estadístico dónde se puede establecer una predicción y correlación entre las variables; de esta forma se explica en qué medida se relacionan las variables y si estas se relacionan de forma directa o indirecta.

Para poder crear un modelo de regresión lineal es necesario que se cumpla con los siguientes supuestos:

Que la relación entre las variables sea lineal.

Que los errores en la medición de las variables explicativas sean independientes entre sí.

Que los errores tengan varianza constante.

Que los errores tengan una esperanza matemática igual a cero.

Que el error total sea la suma de todos los errores.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Personal de Salud que trabaja en el Centro de Salud Jesús Obrero de la ciudad de El Alto. Conformado por una población de 100

personas, incluidas personal de salud de planta, personal de salud de contrato a riesgo compartido (consultores) y personal administrativo.

Muestra: se consideró 21 sujetos de investigación, tomando en cuenta al Personal de Salud de planta que trabaja en el Centro de Salud Jesús Obrero de la ciudad de El Alto, quienes participaron de forma voluntaria.

Los 21 sujetos profesionales, se detallan por áreas de profesión:

- 8 médicos (1 médico ecografista, 3 médicos generales, 1 médico cirujano, 1 médico internista, 1 médico de emergencias, 1 médico cuidados paliativos)
- 1 instrumentador quirúrgico
- 2 fisioterapeutas
- 7 farmacéuticos
- 2 enfermeras
- 1 psicóloga
- La edad comprendida de los sujetos de investigación oscila entre los 22 a 47 años de edad.
- El estado civil de los sujetos de investigación, oscila entre 13 solteros y 8 casados.
- La mayor predominancia de los sujetos de investigación son mujeres.

Selección de la muestra: La selección de la muestra es no probabilística – sujeto tipo, considerando solamente al personal de salud de planta, estableciendo una comparación entre:

- Grupo A: aquellos profesionales de salud que trabajan en cuidados paliativos, en las áreas de medicina, enfermería, bioquímica y farmacéutica, psicología y fisioterapia.

- Grupo B: aquellos profesionales de salud que no trabajan en cuidados paliativos, en las áreas de medicina, instrumentista quirúrgico, enfermería, bioquímica y farmacia.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos de investigación que fueron utilizados son:

- Escala Modos de Afrontamiento de Lázarus (Lázarus)
- Escala de Maslach (Maslach)
- Ficha de datos personal profesional y laboral

PROCEDIMIENTO

Las actividades para el desarrollo del trabajo de campo en la presente investigación, fueron desarrolladas de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Contactarse con el Responsable del Servicio Hospitalario, a fin de transmitir el motivo de la investigación y el aporte del mismo, para obtener la respectiva autorización, apoyo y colaboración por parte del Centro Hospitalario.
2. Coordinar con el Responsables del Servicio Hospitalario, la aplicación de los instrumentos establecidos para la investigación, mismos que serán aplicados a los profesionales de salud que trabajan en Centro Hospitalario.
3. Coordinar la hora y fecha de aplicación de las pruebas.
4. La aplicación de los instrumentos serán de forma grupal y escrita, previa presentación por parte del Responsable del Servicio Hospitalario.
5. Observar el desarrollo de la aplicación de los instrumentos de investigación.

La investigación se desarrolló y efectuó en la presente gestión 2019.

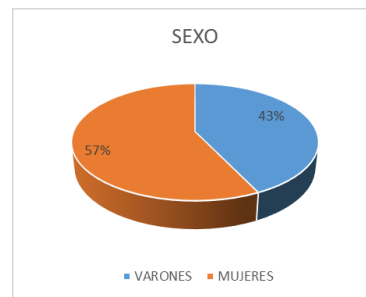
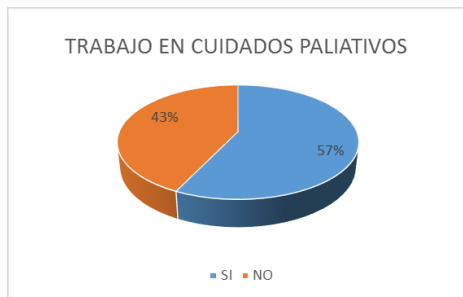
Capítulo IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

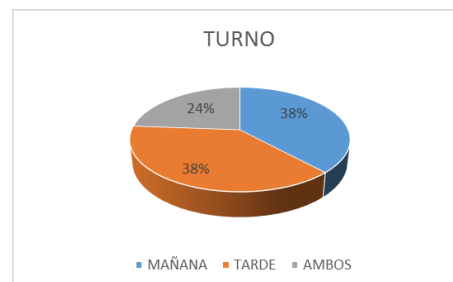
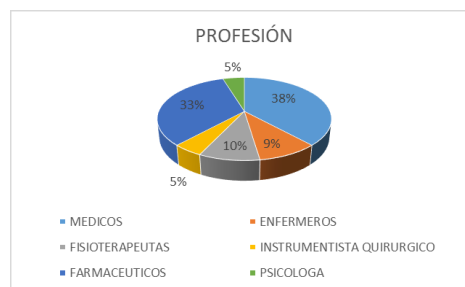
Para el procesamiento e interpretación de los resultados en la presente investigación, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo, con el fin de relacionar las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos; siendo que el primer análisis pretenda establecer una relación adecuada a través de la elaboración de cuadros y gráficos que coadyuven en la descripción, interpretación y relación de distintos aspectos que se pretende indagar.

En el segundo análisis se procura establecer si existe una relación adecuada o no de las variables, para establecer y determinar los significados más relevantes en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos.

DATOS DEMOGRÁFICOS



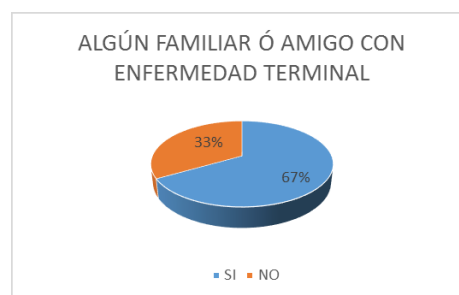
- ✓ Se observa que el 57% de los profesionales de salud del Centro Hospitalario Jesús Obrero trabajan en el área de cuidados paliativos.
- ✓ El 57% de los profesionales de salud del Centro Hospitalario Jesús Obrero son mujeres.



- ✓ El 38% de los profesionales de salud son del área médica, el 33% son del área farmacéutica, el 10% corresponde al área de fisioterapia, el 9% al área de enfermería y el 5% corresponde al área de psicología e instrumentista quirúrgico.
- ✓ El 24% de los profesionales en salud cubren ambos turnos y el 38% trabaja medio tiempo.



- ✓ Solo el 24% de los profesionales de salud presentan una formación específica en cuidados paliativos.



- ✓ El 71% de los profesionales de salud tuvieron algún familiar o amigo con alguna enfermedad crónica.

- ✓ El 67% de los profesionales de la salud tuvieron algún familiar o amigo con alguna enfermedad terminal.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Correlación general de todas las variables Lázarus Vs Maslach (21 sujetos)

Coeficiente de correlación (r)		MASLACH		
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Los LAZARUZ	Confrontación	-0,105	-0,410	-0,001
	Distanciamiento	0,163	-0,371	-0,155
	Auto Control	-0,320	-0,183	0,293
	Búsqueda de Apoyo Social	0,002	-0,085	-0,018
	Huida-Evitación	-0,317	-0,010	0,106
	Aceptación de la Responsabilidad	0,165	-0,339	-0,114
	Planificación	-0,127	0,025	0,251
	Reevaluación Personal	0,039	0,088	-0,069

sujetos de investigación en las áreas de: medicina, enfermería, bioquímica y farmacéutica, psicología, instrumentador quirúrgico y fisioterapia, muestran una relación entre la Escala Modos de Afrontamiento de Lázarus y la Escala de Maslach a nivel general, detallado a continuación:

- ✓ Se observa que existe una correlación baja y de forma directa entre Autocontrol y Realización Personal, lo que indica que los profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero mientras procuren no precipitarse, será mejor su realización personal.

- ✓ Se observa que existe una correlación baja y de forma directa entre Planificación y Realización Personal, lo que indica que los profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero establecen que seguir un plan y seguirlo o no precipitarse, mejorará su realización personal.
- ✓ Se observa una correlación moderada de forma negativa entre Confrontación y Despersonalización, lo que indica que los profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero a nivel general, mientras más ira o molestia presenten mayor es la frialdad y la distancia que toman.
- ✓ Se observa una correlación baja y de forma negativa entre Distanciamiento y Despersonalización, lo que indica que los profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero a nivel general, consideran mientras traten de olvidar el problema, o no tomar en serio las cosas o comportarse como si nada hubiera ocurrido, mayor es la frialdad y la distancia que toman.
- ✓ Por otro lado, también existe una correlación baja y de forma negativa entre Aceptación de la Responsabilidad y Despersonalización, lo que indica que los profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero a nivel general, mientras más se disculpen o autocrítiquen, mayor será la distancia que tomen frente a alguna situación.
- ✓ se observa una correlación baja y de forma negativa entre Autocontrol y Cansancio Emocional, lo que indica que los profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero a nivel general, mientras guardan los problemas para sí mismo, mayor es el estar exhausto emocionalmente por las demandas laborales.
- ✓ se observa una correlación baja y de forma negativa entre Huída-Evitación y Cansancio Emocional, lo que indica que los

profesionales de la salud del Centro Jesús Obrero a nivel general, mientras eviten el contacto con las personas, mayor es el estar exhausto emocionalmente por las demandas laborales.

GRUPO A CUIDADOS PALIATIVOS		MASLACH		
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
LAZARUZ	Confrontación	-0,036	-0,498	0,047
	Distanciamiento	-0,074	-0,545	0,149
	Auto Control	-0,276	-0,527	0,320
	Búsqueda de Apoyo Social	0,174	-0,287	-0,289
	Huida-Evitación	-0,101	0,144	-0,118
	Aceptación de la Responsabilidad	0,278	-0,675	-0,243
	Planificación	0,199	0,111	-0,047
	Reevaluación Positiva	0,407	-0,044	-0,339

CORRELACION GRUPO A
(Personal de salud que trabaja en cuidados paliativos - 12
sujetos)

Los 12 sujetos de investigación en las áreas de: medicina, enfermería, bioquímica y farmacéutica, psicología y fisioterapia, muestran una relación entre la Escala Modos de Afrontamiento de Lázarus y la Escala de Maslach, detallada a continuación:

- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Autocontrol y Realización Personal, refleja una correlación directa entre el no precipitarse y la relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Aceptación de la Responsabilidad y Cansancio Emocional, refleja una correlación directa entre el disculparse o criticarse a sí mismo en relación a la vivencia de estar exhausto emocionalmente.
- ✓ Se identifica una correlación moderada de forma positiva entre Reevaluación Positiva y Cansancio Emocional, refleja que existe una correlación directa entre que el cambiar y madurar es posible en relación a sentirse exhausto emocionalmente por la demanda laboral.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Búsqueda de apoyo social y Realización Personal, refleja que no existe correlación directa entre buscar un consejo o ayuda y sentirse eficaz.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Aceptación de la responsabilidad y Realización Personal, refleja que no existe correlación directa entre disculparse o autocriticarse con el buscar un consejo o ayuda y sentirse eficaz.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Reevaluación positiva y Realización Personal, refleja que no existe

correlación directa entre sentir que la experiencia enseña y buscar un consejo o ayuda y sentirse eficaz.

- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Confrontación y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre expresar ira o molestia y reconocer actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Distanciamiento y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre tratar de olvidarse del problema y reconocer actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Auto Control y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre el procurar no precipitarse y reconocer actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Búsqueda de Apoyo Social y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre y reconocer actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación moderada de forma negativa entre Aceptación de la Responsabilidad y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre disculparse o autocriticarse y reconocer actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Auto Control y Cansancio Emocional, refleja que no existe correlación directa entre no precipitarse y sentirse exhausto emocionalmente por las demandas laborales.

CORRELACION GRUPO B
(Personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos - 9
sujetos)

B		MASLACH		
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
LAZ	Confrontación	-0,516	-0,426	0,210
	Distanciamiento	0,296	0,045	-0,633

	Auto Control	-0,242	-0,286	0,411
	Búsqueda de Apoyo Social	0,235	-0,326	0,203
	Huida_ evitación	-0,425	-0,330	0,253
	Aceptación de la Responsabilidad	-0,347	0,395	0,214
	Planificación	-0,091	-0,457	0,672
	Reevaluación Positiva	0,009	-0,029	0,139

B		MASLACH		
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
LAZARU 7	Confrontación	-0,516	-0,426	0,210
	Distanciamiento	0,296	0,045	-0,633
	Auto Control	-0,242	-0,286	0,411

	Búsqueda de Apoyo Social	0,235	-0,326	0,203
	Huida_ evitación	-0,425	-0,330	0,253
	Aceptación de la Responsabilidad	-0,347	0,395	0,214
	Planificación	-0,091	-0,457	0,672
	Reevaluación Positiva	0,009	-0,029	0,139

GRUPO B NO CUIDADOS PALIATIVOS		MASLACH		
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
LAZARUZ	Confrontación	-0,516	-0,426	0,210
	Distanciamiento	0,296	0,045	-0,633
	Auto Control	-0,242	-0,286	0,411
	Búsqueda de Apoyo Social	0,235	-0,326	0,203
	Huida-Evitación	-0,425	-0,330	0,253
	Aceptación de la Responsabilidad	-0,347	0,395	0,214
	Planificación	-0,091	-0,457	0,672
	Reevaluación Positiva	0,009	-0,029	0,139

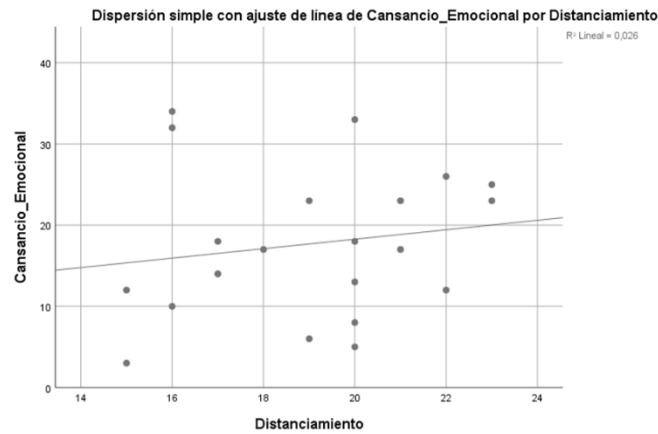
Los 9 sujetos de investigación en las áreas de: medicina, enfermería, bioquímica y farmacéutica, instrumentador quirúrgico y fisioterapia, muestran una relación entre la Escala Modos de Afrontamiento de Lázarus y la Escala de Maslach, detallada a continuación:

- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Confrontación y Realización Personal, refleja una correlación directa entre expresar ira o molestia en relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación moderada de forma positiva entre Auto Control y Realización Personal, refleja una correlación directa entre procurar no precipitarse en relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Búsqueda de Apoyo Social y Realización Personal, refleja una correlación directa entre pedir un consejo o ayuda en relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Huida evitación y Realización Personal, refleja una correlación directa entre evitar contacto con la gente en relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Aceptación de la Responsabilidad y Realización Personal, refleja una correlación directa entre disculparse o autocriticarse en relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación alta de forma positiva entre Planificación y Realización Personal, refleja una correlación directa entre establecer un plan de acción y seguirlo en relación a sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

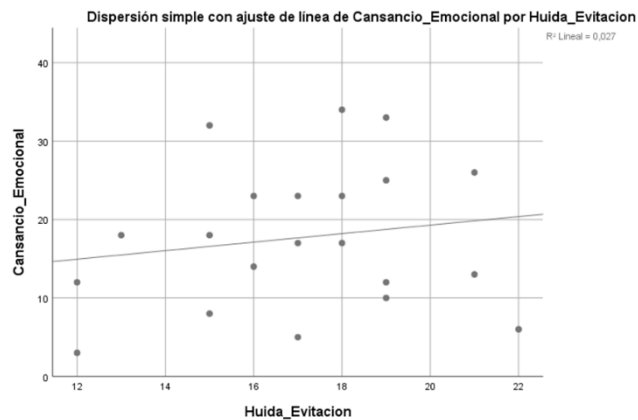
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Aceptación de la Responsabilidad y Despersonalización, refleja una correlación directa entre disculparse o autocriticarse en relación a actitudes de frialdad y distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Distanciamiento y Cansancio Emocional, refleja una correlación directa entre tratar de olvidarse del problema en relación a estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma positiva entre Búsqueda de Apoyo Social y Cansancio Emocional, refleja una correlación directa entre pedir un consejo o ayuda en relación a estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación alta de forma negativa entre Distanciamiento y Realización Personal, refleja que no existe correlación directa entre tratar de olvidarse del problema en relación a tener sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación moderada de forma negativa entre Confrontación y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre expresar ira o molestia en relación a actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Auto Control y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre procurar no precipitarse en relación a actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Búsqueda de Apoyo Social y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre pedir un consejo o ayuda en relación a actitudes de frialdad o distanciamiento.

- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Huida-Evitación y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre evitar el contacto con la gente en relación a actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación moderada de forma negativa entre Planificación y Despersonalización, refleja que no existe correlación directa entre establecer un plan de acción y seguirlo en relación a actitudes de frialdad o distanciamiento.
- ✓ Se identifica una correlación alta de forma negativa entre Confrontación y Cansancio Emocional, refleja que no existe correlación directa entre expresar ira o molestia en relación a estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Auto Control y Cansancio Emocional, refleja que no existe correlación directa entre procurar no precipitarse en relación a estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación moderada de forma negativa entre Huida-Evitación y Cansancio Emocional, refleja que no existe correlación directa entre evitar el contacto con la gente en relación a estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- ✓ Se identifica una correlación baja de forma negativa entre Aceptación de la Responsabilidad y Cansancio Emocional, refleja que no existe correlación directa entre disculparse o autocriticarse en relación a estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

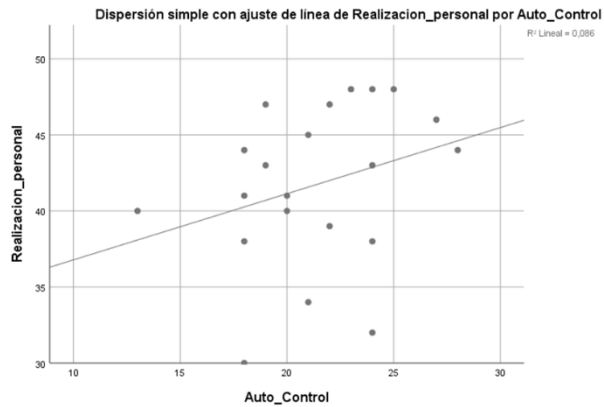
REGRESIÓN LINEAL Y AJUSTE DE CURVAS
Correlación general de todas las variables Lázarus y Maslach (21
sujetos)



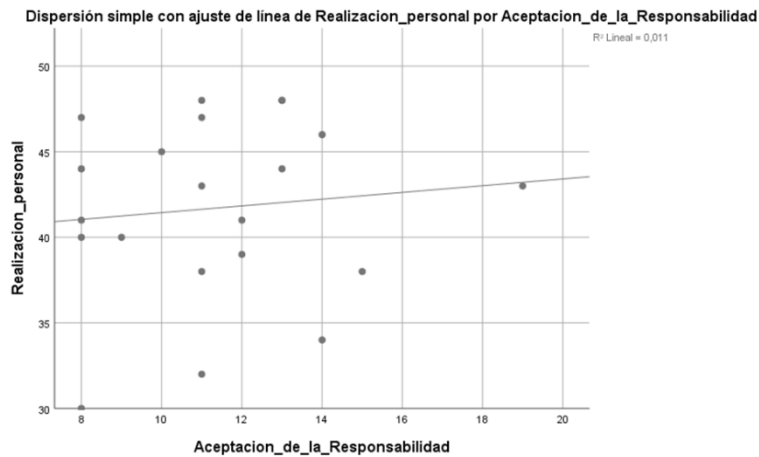
- ✓ El gráfico muestra una relación lineal positiva entre Cansancio Emocional y Distanciamiento; por lo que se infiere que el estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo hace que el profesional de salud trate de olvidarse del problema.



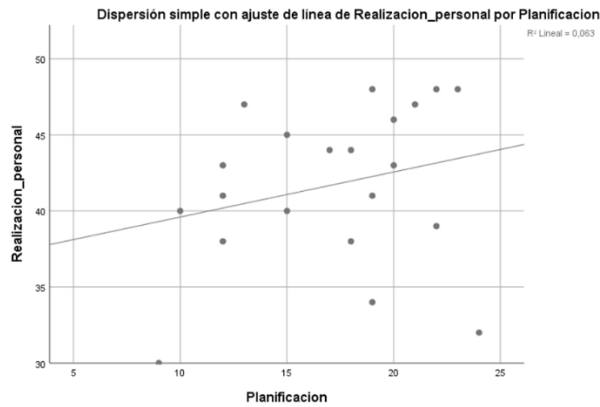
- ✓ El gráfico muestra una relación lineal positiva entre Cansancio Emocional y huida-Evitación, por lo que se infiere que el estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo hace que el profesional de salud evite el contacto con la gente.



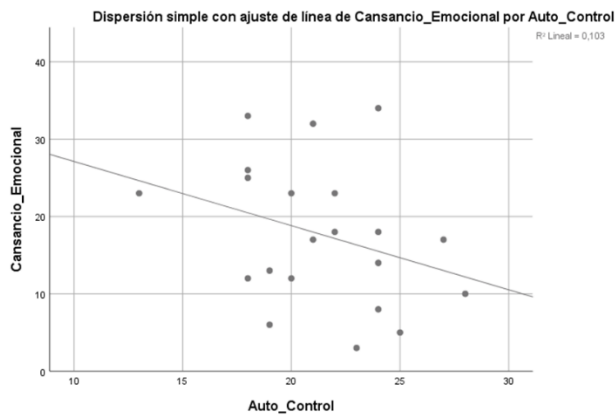
- ✓ El gráfico muestra una relación lineal positiva entre Realización Personal y Auto Control, por lo que se infiere que el sentimiento de autoeficacia y la realización personal en el trabajo, hace que el profesional de salud procure no precipitarse.



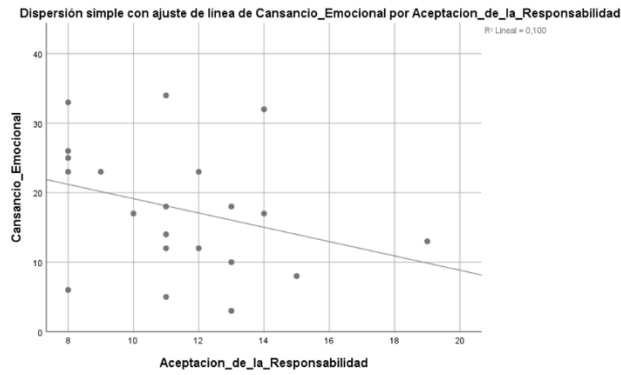
- ✓ El gráfico muestra una relación lineal positiva entre Realización Personal y Aceptación de la Responsabilidad, por lo que se infiere que el sentimiento de autoeficacia y la realización personal en el trabajo, hace que el profesional de salud pueda disculparse o autocriticarse.



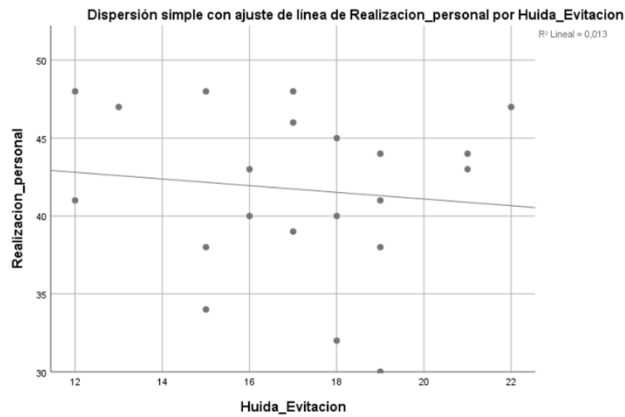
- ✓ El gráfico muestra una relación lineal positiva entre Realización Personal y Planificación, por lo que se infiere que el sentimiento de autoeficacia y la realización personal en el trabajo, hace que el profesional de salud pueda establecer un plan de acción y seguirlo.



- ✓ El gráfico muestra una relación lineal negativa entre Cansancio Emocional y Auto Control, por lo que se infiere que el estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, hace que al profesional de salud se le dificulte el procurar no precipitarse.



- ✓ El gráfico muestra una relación lineal negativa entre Cansancio Emocional y Aceptación de la Responsabilidad, por lo que se infiere que el estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, hace que al profesional de salud se le dificulte disculparse y ser autocrítico.



- ✓ El gráfico muestra una relación lineal negativa no muy significativa entre Realización Personal y Huida-Evitación, por lo que se infiere que el sentimiento de autoeficacia y la realización personal en el trabajo, hace que al profesional de salud se le dificulte hacer contacto con la gente.

Capítulo V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos, se cumple con el objetivo general, los objetivos específicos y la hipótesis, concluyendo en los siguientes aspectos:

- ✓ El personal de salud que trabaja en cuidados paliativos cuenta con estrategias de afrontamiento correspondientes a autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva, lo que demuestra la capacidad de adaptación a ciertas situaciones laborales; en relación al personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos, la predominancia en esta escala se refleja en la confrontación, el distanciamiento, la huida y evitación, lo que refleja dificultades en adaptación a ciertas situaciones laborales.
- ✓ En cuanto a la predisposición al síndrome de burnout, es menor en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos considerando que este grupo refleja mayor realización personal sin depender de otros factores. De acuerdo a esta primera conclusión, se reafirma de acuerdo a la teoría de Lázarus y Maslach que aquellas personas que afrontan de mejor forma los estresores de la vida cotidiana, tienden a manejar, controlar y por ende disminuir la predisposición al síndrome de burnout, porque cuentan con estrategias adecuadas para un afrontamiento saludable, vinculado o acorde a su realidad.

- ✓ En contra posición, el segundo grupo en cuanto a predisposición al síndrome de burnout, se ve afectada en cierta medida en la realización personal debido a que está en función a la estrategia de afrontamiento en cuanto a búsqueda de apoyo social, en este caso está influenciando en cierta medida por el entorno, por mal manejo o manejo inadecuado de factores de estrés, sin contar con la capacidad o los recursos adecuados para manejarlos o sobrellevarlos de forma personal.
- ✓ Las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos son: Autocontrol, Aceptación de la Responsabilidad y Reevaluación Positiva. Lo que nos afirma según la teoría de Lázarus, es que este grupo cuenta con los recursos suficientes para manejar ciertas situaciones frente al estrés laboral; manteniendo el autocontrol; es decir, cuentan con la capacidad de no precipitarse ante situaciones delicadas, mantienen la calma y en algunos casos pueden guardar los problemas para sí mismos, reflejando cierto tipo de empatía y resiliencia con ellos mismos. En el caso de Aceptación de la Responsabilidad, este grupo tiene la facilidad de poder disculparse frente a algún error o equivocación, tener la capacidad de autocrítica, lo cual no influye en el desarrollo de sus capacidades diarias como profesionales de la salud. En cuanto a la Reevaluación Positiva, el tomar en cuenta que la experiencia enseña y que cambiar y madurar es posible, refleja que este grupo tiene la capacidad de sobrellevar de forma adecuada situaciones o factores de estrés que les permitan un permanente crecimiento personal y replantearse de forma periódica situaciones personales y laborales.
- ✓ La predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos está circunscrita a la Realización

Personal y el Cansancio Emocional como los más predominantes. Según la teoría de Maslach corroborando con la de Lázarus, indica que la Realización Personal para este grupo es importante en cuanto a sentirse auto eficaz y lograr generar una realización personal en el trabajo, es decir, sentirse motivados y gustar del trabajo que realizan. Considerando el Cansancio Emocional, según la teoría de Maslach indica una realidad de la cual los profesionales de la salud atraviesan en sus fuentes laborales, el cansancio emocional refleja el estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, lo cual es un factor que todo profesional atraviesa; en este grupo en particular se equilibra este factor con la realización personal, pero asumen que este factor de cansancio está presente.

- ✓ Las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en personal de salud que trabaja en cuidados paliativos es mejor regulado y se observa que es de bajo impacto negativo en relación al personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos. De acuerdo a las teorías de Lázarus y Maslach, la diferencia está en los recursos propios de la persona y los factores sociales de interacción, en este caso el primer grupo cuenta con conocimientos en cuidados paliativos, lo cual influye para un mejor y adecuado manejo de situaciones estresantes o factores de estrés, debido a la dinámica por la cual los pacientes, los familiares atraviesan frente a la enfermedad, ya sea crónica o terminal, el contar con este tipo de conocimiento en cuidados paliativos hace más llevadera y profesional el manejo de las situaciones particulares por las cuales afrontan y atraviesan las personas diagnosticadas o los familiares del paciente, de ahí viene el autocontrol, la reevaluación positiva y la aceptación de la responsabilidad de la teoría de Lázarus y la

realización personal y el cansancio emocional que trata de sobrellevar este primer grupo; a diferencia del segundo grupo que no trabaja en cuidados paliativos, generan cierto tipo de conflictos internos y entran en crisis, por no saber cómo abordar casos con diagnósticos en enfermedades crónicas y terminales.

- ✓ Se corrobora la Hipótesis planteada en relación a que el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos, maneja de mejor forma sus estrategias de afrontamiento y su predisposición al síndrome de burnout es de mínimo impacto en relación al personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos. Lo que implica que un conocimiento, manejo y trabajo en cuidados paliativos genera mejores estrategias de afrontamiento debido a que la dinámica de trabajo con personas es delicado más aún en espacios de salud, personas diagnosticadas, pacientes con enfermedades crónicas y enfermedades terminales, que el propio profesional de la salud en el primer grupo cuente con estos conocimientos y los procesos por los cuales atraviesan las personas en estas situaciones y enfermedades, hace más llevadera su profesión, tomando conciencia que existen diagnósticos y enfermedades inminentes o irreversibles y que está en ellos coadyuvar en estos procesos para humanizar la salud, brindar calidad y calidez en la atención, no generar distancia o enfriamiento en interacción con las personas; permite al profesional de la salud en este primer grupo, generar mejores canales de comunicación entre médico paciente, dando la información adecuada, veraz, responsable y transparente, sin ocultar nada al paciente, preparando al mismo en recibir la noticia; que es parte del equipo interdisciplinario en cuidados paliativos; respetar al otro y acompañar en este proceso de diagnósticos, contener si es necesario y dar opciones para re plantear proyectos

de vida, planes a futuro en cuanto al diagnóstico transmitido; la predisposición al síndrome de burnout que es de mínimo impacto, por lo anteriormente mencionado, es que el profesional de la salud en el grupo A en las áreas de: medicina, enfermería, bioquímica y farmacéutica, psicología y fisioterapia, que trabaja en cuidados paliativos, debido a la dinámica del trabajo y el conocimiento por el cual las personas atraviesan en los diagnósticos, respetan el tiempo de asimilación del diagnóstico en las personas, considerando que cada persona es particular frente a la enfermedad.

- ✓ A diferencia de los profesionales de la salud en el grupo B en las áreas de: medicina, enfermería, bioquímica y farmacéutica, instrumentador quirúrgico y fisioterapia, que no cuentan con el conocimiento y entrenamiento en cuidados paliativos, mantienen una atención convencional en el área hospitalaria, generando distanciamiento, evitan factores dolorosos o de sufrimiento porque no saben cómo sobrellevarlos, dejándose influenciar de forma negativa con los diagnósticos, no manejan adecuadamente estos canales de comunicación, se bloquean o entran en pánico y se aíslan. De ahí la importancia de un trabajo interdisciplinario en el Centro de Salud Jesús Obrero en cuidados paliativos.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a lo expuesto y analizado en el presente trabajo de investigación y lo establecido en el análisis e interpretación de resultados y conclusiones, se recomienda:

- Realizar equipos de contención emocional a nivel grupal y seguimiento en el personal de Salud que no trabaja en cuidados paliativos del Centro Jesús Obrero de la ciudad de El Alto.
- Entrenar de forma periódica en temas de cuidados paliativos al personal de Salud que no trabaja en cuidados paliativos del Centro Jesús Obrero de la ciudad de El Alto por áreas de trabajo (área médica, área de enfermería, área trabajo social, área psicología), con el fin de mejorar sus estrategias de afrontamiento e incrementar sus niveles de satisfacción personal, familiar, laboral y social.
- Capacitar de forma periódica en temas de cuidado paliativo al personal de Salud que no trabaja en cuidados paliativos del Centro Jesús Obrero de la ciudad de El Alto, con el fin de reducir los niveles de estrés laboral negativo para disminuir la predisposición al síndrome de burnout y contribuir a mejores estilos saludables para optimizar su calidad de vida.
- Trabajar de forma individual con profesionales de la Salud que no trabajan en cuidados paliativos del Centro Jesús Obrero de la ciudad de El Alto, con el fin de identificar factores estresantes que no permiten trabajar de forma integral y en equipo.
- Plantear a la Directiva del Centro Hospitalario actividades lúdicas y espacios de recreación una vez al mes, con el fin de incrementar espacios saludables al aire libre para los profesionales de la salud y de esta forma contribuir a mejorar su calidad de vida a nivel personal y generar nuevos estilos de vida saludables.
- Proponer a la Directiva del Centro Hospitalario capacitaciones permanentes al profesional de la salud que no trabaja en cuidados paliativos, con el fin de que se integre de mejor forma al trabajo y coadyuve en procesos de atención con calidad, calidez y humanización en la salud.

- Proponer a la Directiva del Centro Hospitalario, que se realicen charlas informativas en relación a cuidados paliativos a la población en general que espera ser atendida por algún servicio del Centro Hospitalario.
- Sugerir a la Directiva del Centro Hospitalario, realizar charlas motivacionales al personal de salud en general, con el fin de cuidar y preservar su salud mental y reforzar la importancia de la humanización de la salud para una atención adecuada a los usuarios que utilizan el servicio hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- ALVAREZ, E. y FERNANDEZ, L. (1991): "El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I):"Revisión de estudios". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 11, Nº 39. España.
- ATNCE, MJC. (2002) "Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. España.
- BANDURA, A. (1990). *Auto-eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Barcelona: Martínez Roca.
- BAYÉS RAMÓN (2001). *Psicología del Sufrimiento y de la Muerte*, Barcelona.
- BUENDIA J. (1998) *Estrés laboral y salud*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- CARTA DE PRAGA (2012). *Paliative Care-a Human Right*.
- CUIDADOS PALIATIVOS SENTEC (1996). *La historia de dinámica de un Equipo en cuidados Paliativos*.
- GÓMEZ JULIO (2011). *Cuidar Siempre es Posible. Cuando los médicos no curar, siempre pueden cuidar*, Barcelona.
- GÓMEZ SANCHO (2003). *Avances en cuidados Paliativos*, España.
- HELP DE HOSPICES (2008). *Juego de herramientas para el cuidado paliativo. Mejorando el cuidado desde la raíz en sectores limitados en recursos*, Reino Unido.
- KÜBLER-ROSS ELISABETH (1993). *Sobre la Muerte y los Moribundos*, Barcelona
- LAZARUS, R. S. (1966) *Psychological stress and coping process*. Nueva York: Mc Graw Hill.

- LAZARUS R. S. & FOLKMAN, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- LIMACHI GALARZA MARTHA (2014). *El Cuidado a Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas*. Serie Cuidados Paliativos N° 4, SENTEC.
- LIPOWSKI, J. (1970). *Physical illness, the individual and the coping process*. *Psychiatry Medicine*, 1, 91-102.
- MECHANIC, D. (1978). *Students Under stress: A Study in the social psychology of adaptation*. Madison: University of Wisconsin Press.
- ORLANDINI (1999). *El estrés qué es, y como evitarlo*. México: FCE.
- PEARLIN, L. & SCHOOLER, C. (1978). *Journal of Health and Social Behavior*. 19 (1), 2-21.
- PORTAL DIGITAL CORREO DEL SUR, <https://www.correodelsur.com>
- PORTAL DIGITAL EHOSPICE, <https://www.ehospice.com>
- PORTAL DIGITAL LA RAZÓN, <https://www.m.la-razon.com>
- PORTAL DIGITAL LOS TIEMPOS, <https://www.lostiempos.com>
- PORTAL DIGITAL OMS, <https://www.who.int/es>
- PORTAL DIGITAL PÁGINA SIETE, <http://www.paginasiete.bo>
- PORTAL DIGITAL SCIELO. <https://www.scielo.org>
- PORTAL DIGITAL SECPAL, <https://www.secpal.com>
- RICHAUD DE MINZI, M. (2006). *Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años*. *Revista mejicana de psicología*, 23(2), 196-201.
- VAN HOECKE ELS (2009). *La Historia y dinámica de un Equipo en Cuidados Paliativos*. Serie 2 N°6. SENTEC.

- *VAN HOECKE ELS (2017). La dura realidad al final de la vida. Momentos de reflexión: Escuchando historias en cuidados paliativos. Serie 2 N°7 SENTEC.*

ANEXOS

