

FATIGA DE COMPASIÓN ENTRE CUIDADORAS.

Muchos trabajos existen sobre la fatiga o el agotamiento compasivo entre médicos y enfermeras y familiares. Las cuidadoras, mujeres casi siempre, quedan un tanto al margen.

Morning In a City, 1944 Edward Hopper

RESUMEN

Informe de los resultados de la encuesta sobre fatiga de compasión realizada entre personal de residencias y centros de día: cuidadoras y auxiliares, exclusivamente.

Gustavo Ruiz Llaveró

www.fnyop.es

INTRODUCCIÓN

La fatiga de compasión, el trauma de carácter vicario (traumatizarme por lo que le ha sucedido a otra persona, como si me ocurriera a mi) y el síndrome del quemado son producto del estrés que sufrimos cuando nos dedicamos a cuidar a otros, y tiene fuerte impacto en la satisfacción laboral y en el bienestar del personal sanitario¹.

Cuando falleció mi madre en un centro hospitalario para crónicos donde había ingresado la noche anterior sin esperanza alguna, dos auxiliares fueron las encargadas de preparar su cadáver y retirarla de la habitación hacia las instalaciones a las que acceden los servicios funerarios. Cuando una de ellas reconoció a mi hermana, reconoció a la persona a la que estaba amortajando, no antes. Y al reconocer a la persona fallecida, rompió a llorar. Su llanto fue acompañado por su compañera y yo abandoné la habitación, por deferencia hacia ellas.

En general las personas que trabajan en centros donde la muerte se produce a diario, disponen de diversos recursos para afrontar las situaciones difíciles, pero no siempre se utilizan, porque como se lee en algún protocolo de cuidados paliativos, el personal tiene que estar preparado por sí mismo, ser fuerte. Lo que sucede es que hasta los psicólogos, que parece que hemos de ser racionales, lúcidos y poderosos frente a la desgracia, contamos con la figura del supervisor, otro profesional al que acudimos cuando las dificultades de nuestros pacientes o clientes comienzan a afectarnos o nos hacen reaccionar de manera inadecuada, cuando el sufrimiento del otro nos invade.

Las cuidadoras pueden encontrarse con situaciones que van desde la claudicación de los familiares, hasta el enfado o la rabia de algunos de ellos, incluso del propio usuario. En el caso de las residencias, con la profusión de personas con demencia en estados avanzados o severos (que son diagnosticadas y tratadas antes, con lo que sobreviven mucho más tiempo), la *rutinicidad* de las tareas permite protegerse de la tristeza. “Cada vez que entro a hacer algo, siento que esa persona nos está abandonando, lo acepto y sigo adelante”, me dijo una cuidadora a domicilio que había perdido a cuatro usuarios en menos de un año. La despersonalización del usuario dependiente, el considerar que “Ya no está entre nosotros, ya no es ella”, forma parte de los mecanismos de defensa que ponemos en funcionamiento y que provoca, por ejemplo, la falta de visitas que acompañan al deterioro del mayor, tanto en la residencia (“Está bien cuidado”, nos decimos, como familiares), como en el domicilio.

Pero a veces el usuario no se encuentra en una situación tan dependiente, por lo que solicita comunicación y en ese momento, al aceptar la palabra, al entenderla, al llevar la conversación más allá de un intercambio de preguntas y respuestas sobre qué necesita o si está cómoda, construimos una historia y en ese momento cada usuario, paciente, residente, se hace nuestro y su devenir nos importa. Entonces puede aparecer el agotamiento compasivo

Cuando el personal sanitario se quema, lo que necesita es cambiar de trabajo. Cuando se agota por compasión, necesita cambiar de perspectiva. En el agotamiento compasivo es el trabajo, tan absorbente, el que nos come la energía; en el síndrome del quemado, son las condiciones del trabajo las que no aceptamos, sea el turno, la falta de medios, el reconocimiento o el área.

¹ Rosenberg, Sarah: Creative healing for secondary trauma: Needs assessment for a curriculum on resilience for trauma workers. *Paper in partial fulfillment for requirements on master in public health at San Francisco State University. May, 16, 2013.*

Existen muchos estudios sobre la materia, realizados con médicos y enfermeras, aunque menos donde sean las auxiliares y cuidadoras de residencias de mayores las personas objeto de la investigación.

Las auxiliares, cuidadoras o técnicas de enfermería, como se les denomina en diversos ámbitos, son las profesionales que más tiempo consumen en el trato con los usuarios de las residencias y lugares donde institucionalizamos a nuestros mayores: la comida, el aseo, la cama, la charla diaria, es una actividad que da como resultado la aparición de vínculos y un mapa mental dedicado exclusivamente a esa persona usuaria. Así es muy frecuente que conozcan a quienes les visitan, la profesión anterior de la persona usuaria, sus dolencias y dificultades con las tareas diarias, sus gustos a la hora de comer, hablar, asearse, descansar, relacionarse con otras de las personas del centro.

El objetivo de esta encuesta, realizada entre los meses de enero y febrero consistió en:

- Recoger información sobre las consecuencias que la muerte de un usuario produce en las cuidadoras como colectivo. Al ser la muerte el suceso más traumático de los posibles,



Ilustración 1 Recuerdo de un día en la playa. Santos Hu.

fue el único acontecimiento contemplado en el cuestionario.

- Conocer cuáles son las respuestas emocionales más habituales entre las cuidadoras.
- Saber si utilizan algunas de las herramientas que pueden tener a su disposición dentro de la institución para la que trabajan.
- Saber en qué medida este acontecimiento influye en la vida personal y si se comparte con la familia y amigos.

Para la realización de la misma, aproveché la plataforma *Survey*

*monkey*² como procedimiento para la distribución y recogida anónima de la información.

El volumen de respuestas se acerca al 2%, lo que está en consonancia con el intervalo de respuesta esperado, si bien éste se sitúa en el límite inferior. Una de las posibles explicaciones es que las cuidadoras no disponen de acceso a un ordenador para contestar. Otra, es que no les ha llegado desde Recursos Humanos, ni desde la Dirección. Una tercera explicación es que al tratarse de una persona y no de una institución, se desconoce el objetivo de la encuesta y no se considera la participación. Por último, las personas pueden no encontrarle utilidad alguna a este tipo de iniciativa.

Los resultados son los obtenidos a partir de las respuestas, treinta y dos.

² <https://es.surveymonkey.com/>

RESULTADOS³

Son diez las preguntas y los porcentajes están calculados en función del número de respuestas. No se recogió información de carácter demográfico ni personal con el objetivo de incentivar la participación al mantener el anonimato más absoluto.

DIEZ CUESTIONES	Nunca	A veces	Siempre
1. Cuando muere un usuario estoy muy irritable.	47	37	16
2. Cuando muere un usuario siento que hemos fallado.	47	44	9
3. Cuando muere un usuario lloro a solas y me aflijo durante un tiempo.	17	47	36
4. Cuando fallece un usuario que me recordaba a un familiar, me deprimó.	19	48	32
5. En el trabajo tengo muchos deseos de llorar a veces, me pongo triste sin aparente motivo.	47	41	12
6. Cuando se muere un usuario, me quedo sin energía, el día se vuelve negro.	28	50	22
7. Cuando se muere un usuario me preocupo mucho más por los otros, me entra el miedo de que "se vaya" alguno más ese día.	20	53	27
8. Cuando se muere un usuario, me agarro a mis creencias religiosas.	44	25	31
9. Cuando se muere un usuario, hablo con alguien de confianza sobre cómo me siento.	12	50	38
10. Cuando se muere un usuario evito que se me note la tristeza en casa, disimulo todo lo que puedo	19	37	44

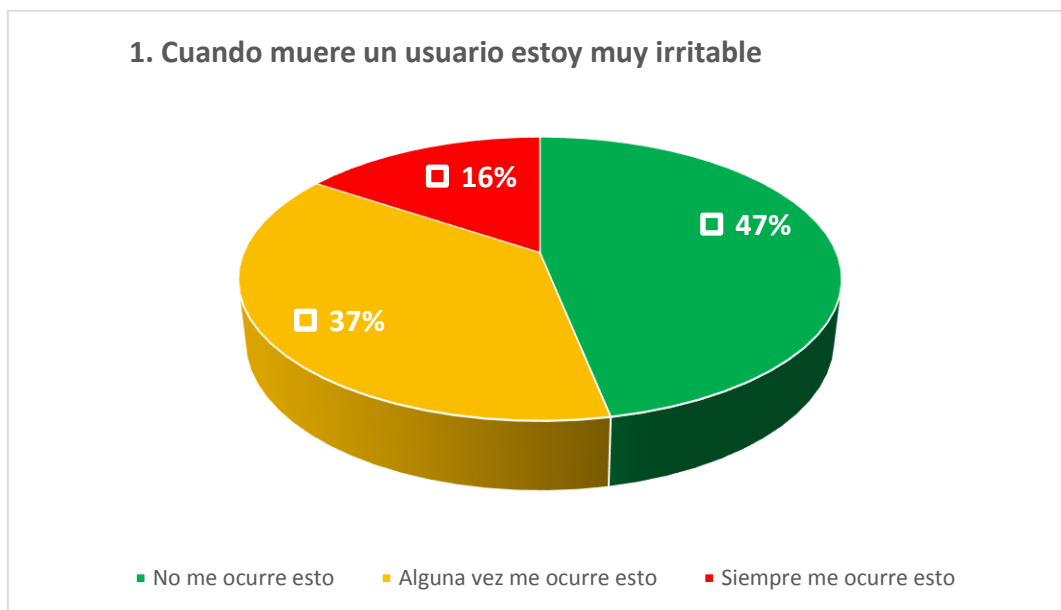
Las cuestiones 1 y 2 son respuestas proclives en entornos de enfermos agudos, donde los médicos encuentran situaciones complejas en las que puede suceder de todo. En el caso de cuidadoras es muy significativo que aparezcan respuestas de A veces y Siempre, por la falta de responsabilidad directa sobre la salud de las personas.

Las cuestiones 3, 4, 5 y 6 pueden llegar a justificar algún tipo de intervención en la institución o entidad de que se trate, por cuanto son factores desencadenantes de fatiga de compasión y suponen un riesgo para las personas que trabajan cuidando de otras.

Las cuestiones 7, 8 y 9 pueden tener una interpretación positiva, desde el punto de vista de la resiliencia, la recuperación frente a acontecimientos traumáticos.

La cuestión 10, desencadena dos tipos de interpretaciones que trato más adelante.

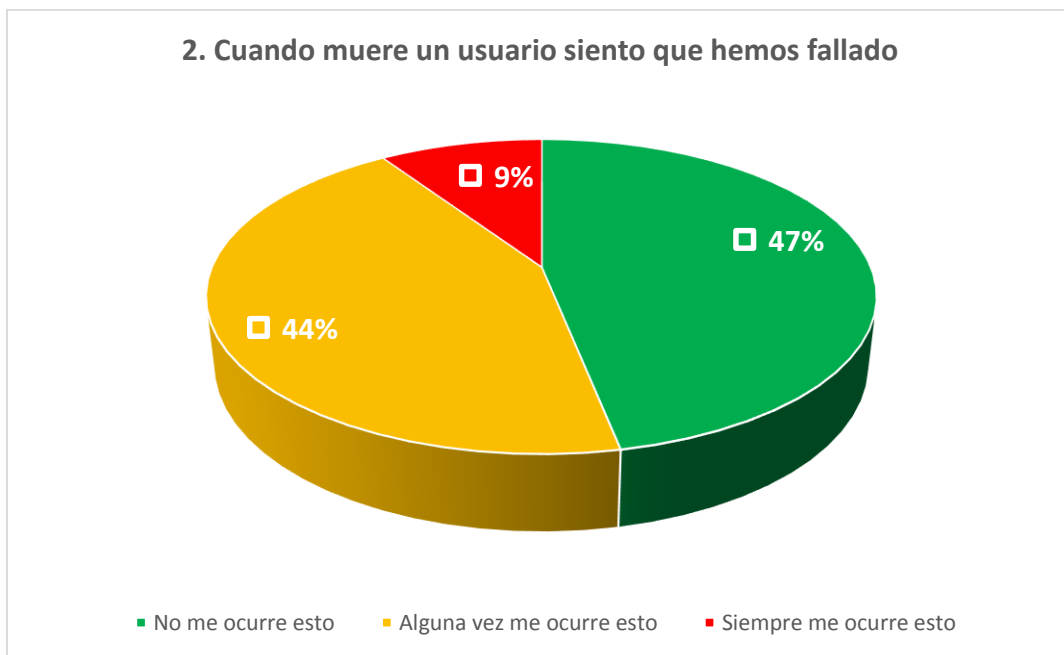
³ Cuestionario de fatiga de compasión. Basado en Dennis Portnoy, 1996. De su texto: *Overextended and undernourished: a self care guide for people in helping roles*. Traducción, adaptación y selección de preguntas por el autor de este estudio.



Seis de cada diez personas consideran que alguna vez se muestran irritadas ante la muerte de uno de sus usuarios, lo que podemos considerar como una manifestación de tristeza, que si es permanente puede transformarse en depresión. La irritabilidad es uno de los posibles fenómenos que aparecen cuando consideramos que no controlamos las cosas, que el control está en otro lugar. Por otra parte, el hecho de tomar conciencia de que ésta es una de las emociones que nos puede despertar la pérdida de un usuario, puede ayudar a la organización a considerar disponer de medidas para reducirla.

Algunos investigadores han destacado el fenómeno del apartamiento o conculcación del derecho (*disenfranchised*) como una de las causas de la irritabilidad y del malestar. Nuestra cultura deja de lado al personal sanitario, por respeto, pero también porque se considera que es un acto que incumbe, exclusivamente, a la familia. Lo que no es cierto y puede afectar a unas personas más que a otras.

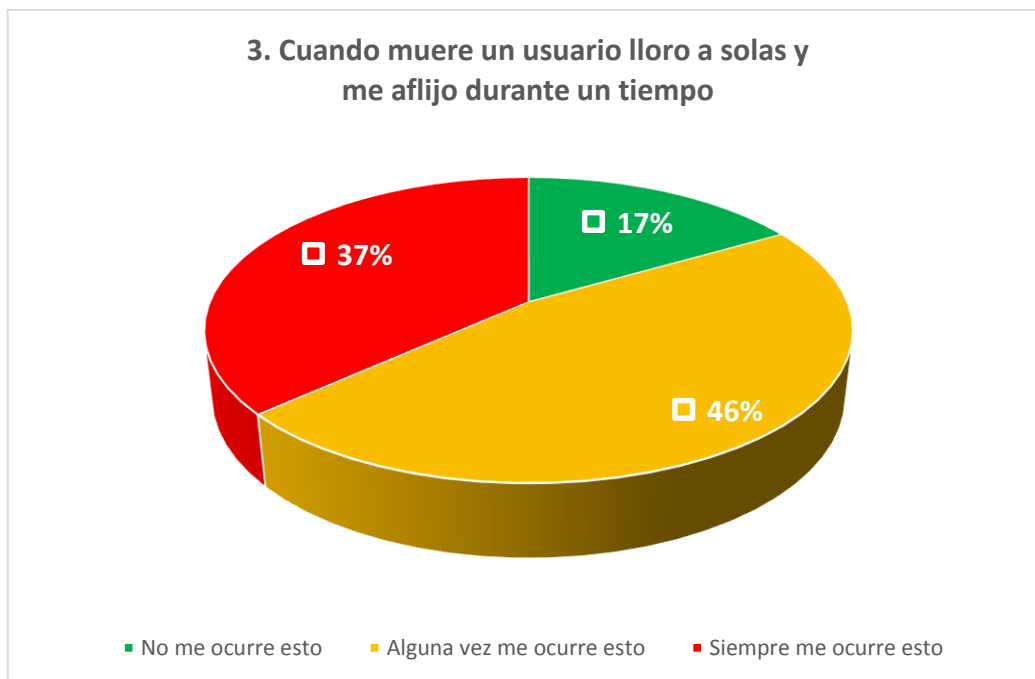
En algunas organizaciones se ha implantado la reunión de *debriefing*, para que las personas que han tenido contacto con el usuario que se ha ido, puedan ventilar sus emociones, compartirlas y “recoger su ser”, para volver a la carga. Esto, que suele ser común en cuidados paliativos, no lo es tanto en las residencias, donde, por otra parte, los usuarios son trasladados a un centro sanitario de referencia cuando la situación se complica.



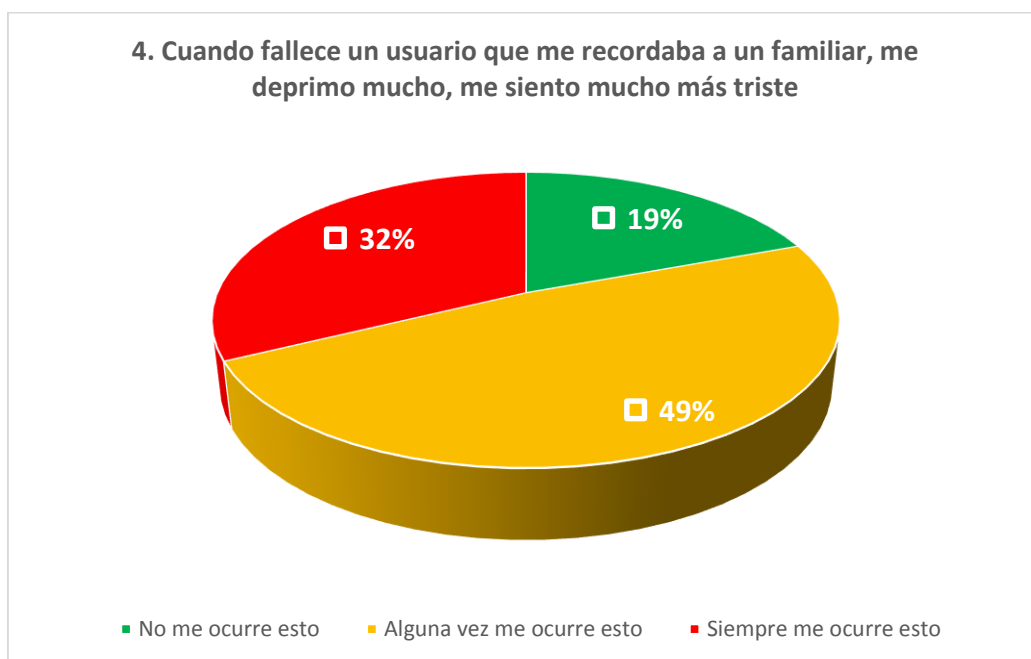
Cinco de cada diez personas pueden sentir alguna vez que se ha fallado, lo que habla de las características que suelen acompañar a muchas de las personas que se dedican a cuidar de mayores; son mujeres, con gran capacidad de empatía, algo perfeccionistas y que toman el trabajo como una misión, como algo verdaderamente atractivo e importante, frente a otras actividades, neutrales, donde el primer motivador sea el dinero, la subsistencia.

Quizás las organizaciones podrían reciclar en cuestiones sanitarias a estas personas, para que se entienda que los organismos no siempre avisan, que las organizaciones no son infalibles y que la responsabilidad existe cuando hay negligencia, pero no cuando hay imposibilidad de hacer algo, por el motivo que fuere.

El perfeccionismo es una de las principales fuentes de sufrimiento en el trabajo para algunas personas y está en la base de trastornos vinculados al estrés.



Ocho de cada diez personas lloran a solas cuando fallece un usuario. Las cuidadoras procesan su aflicción y duelo cuando pueden, entre el aseo de dos usuarios o tras arreglar la habitación. La soledad de las personas que cuidan de otras se manifiesta en este tipo de conductas y es lo que pone en alerta a las organizaciones para ayudarlas con los recursos disponibles.

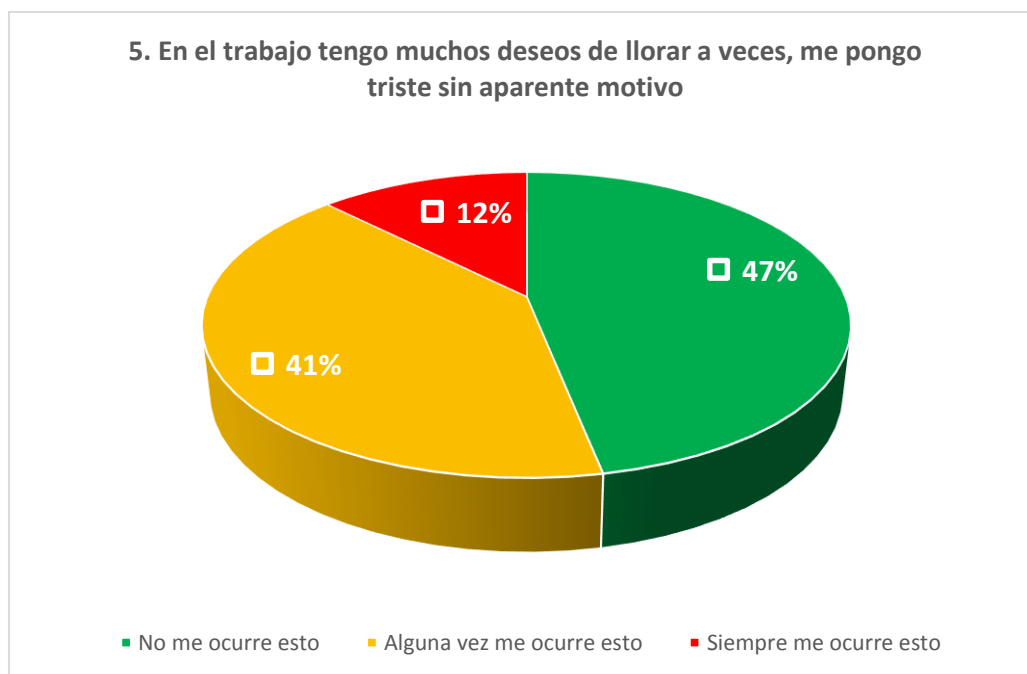


Ocho de cada diez consideran que les ocurre esto, alguna vez o siempre. El recuerdo de cualquier persona que se haya ido con anterioridad por las mismas o equivalente circunstancias, dispara o incrementa los sentimientos. Algunos colectivos pueden protegerse frente a estas dificultades, aunque las cuidadoras pueden estar especialmente expuestas, al mantener una especial relación con algunos de los usuarios, especialmente los dependientes para la comida, aseo y otras contingencias diarias.

Por otro lado y como recuerdan autores como Yalom⁴, el hecho de estar tratando con personas que pueden perder la vida en algún momento próximo nos toca de alguna forma y corremos el riesgo de quedarnos paralizados mirando al sol (metáfora que emplea psicólogo existencialista en el título de uno de sus textos).

El número es elevado, si bien, al tratarse de una muestra reducida, no se pueden aventurar conclusiones. Quizás lo que si nos señala es que conviene tener en cuenta que este tipo de emociones y sentimientos pueden despertarse en el equipo de cuidadoras y que algunas de las medidas que se emplean en áreas hospitalarias como oncología y en cuidados paliativos, son posibles herramientas para impulsar la ventilación emocional del equipo de cuidadoras.

También puede ocurrir que algunas personas se encuentren en una situación personal de especial sensibilidad, lo que incrementa el impacto de “las cosas ajenas” y que la sensibilidad y empatía se disparen durante ese periodo.



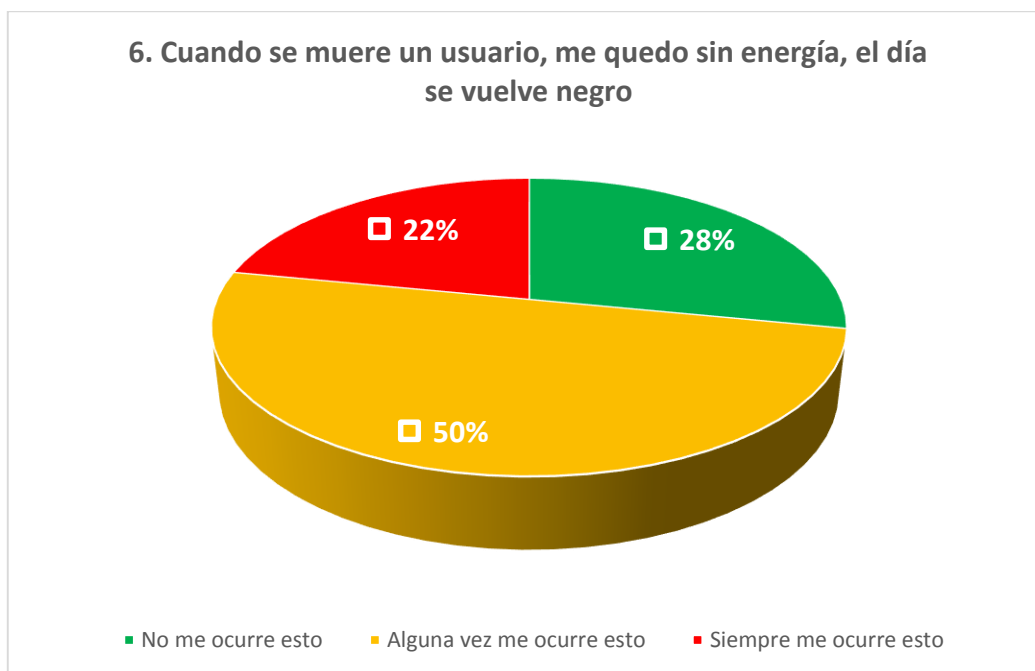
Cinco de cada diez personas afirman que esto ocurre alguna vez y una de cada diez afirma que le sucede siempre. Las personas imaginamos el futuro y, además, tendemos a imaginar lo peor que pueda suceder⁵. Es una característica del ser humano, debida a la corteza cerebral prefrontal, la primera en deteriorarse a medida que cumplimos edad y la última en desarrollarse en el nonato. Los porcentajes no son muy significativos y dan a entender, con la salvedad del tamaño de la muestra, que si bien el entorno es significativo para despertar episodios de tristeza, estos no aparecen o aparecen tan solo a veces en nueve de cada diez cuidadoras.

Los estudios que he consultado muestran dos hipótesis enfrentadas; la primera afirma que son las personas que llevan poco tiempo en el trabajo las que sufren de este tipo de síntomas de fatiga o agotamiento compasivo, mientras otros aseguran que es precisamente el tiempo en la misma actividad lo que agota a las personas y que este tipo de evidencias de agotamiento se suele dar en aquellas personas que hacen lo mismo una y otra vez en entornos de los que parece

⁴ Yalom, Irving D. 2009 (reprint). *Staring at the sun*. Wiley.

⁵ David Gilbert, 2006. *Stumbling at happiness*. Random House.

no se puede *escapar*. Cualquiera que sea la hipótesis, incluso si las dos son válidas para los propósitos de los estudios, las entidades pueden estar pendientes de la aparición de este tipo de manifestaciones para ayudar a las personas a continuar con otra perspectiva, cambiando de planta (como una directora de residencia me comentó que hacían cuando alguien no se encontraba en condiciones para disfrutar del trabajo) o hablando con ella desde la perspectiva profesional del consejo psicológico.



El fallecimiento de un usuario modifica el día de siete de cada diez personas, aunque no siempre. Dos de cada diez se sienten muy afectadas durante la jornada y cinco de cada diez se sienten afectadas, a veces. A tres personas no les sucede nada de esto, bien porque disponen de recursos personales para superar los momentos difíciles o (espero que no) porque se encuentran en una etapa donde la despersonalización de los usuarios funciona como un mecanismo de defensa ante el dolor emocional.

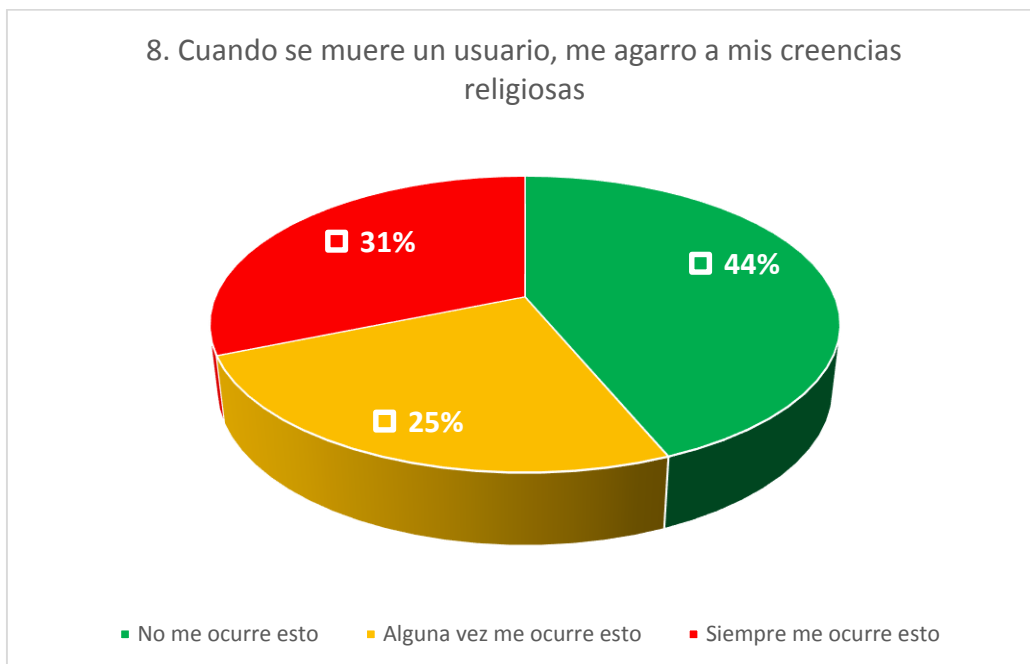
Algunas organizaciones ⁶establecen procedimientos estandarizados, como el *debriefing*⁷, para manejar estas situaciones de duelo no explícito. Consiste en una reunión monitorizada por una persona que pueda moderar el grupo y donde se sigue un protocolo de temas, con el objetivo de que el equipo que ha trabajado con la persona que ya no está pueda expresar hechos, sentimientos, y recuerdos, que sirvan de duelo *expres* para el equipo. No podemos olvidar que el personal de cuidados queda al margen del duelo, como tal, porque en nuestra cultura se considera que corresponde exclusivamente a la esfera familiar y que si no hay familiares, le corresponde al Estado o a las autoridades hacerse cargo de ello. El personal sanitario y las cuidadoras quedan, normalmente, apartados en estos momentos, por lo que el cierre, como se denomina a veces, queda incompleto. El establecimiento de un proceso normalizado dentro de las organizaciones evita que queden “cicatrices abiertas” entre el personal.

⁶ Keene et al, 2010. Bereavement debriefing sessions. *CNE*, (36) 4.

⁷ <http://slides.com/sprintalk/degrieving-cuidadores>

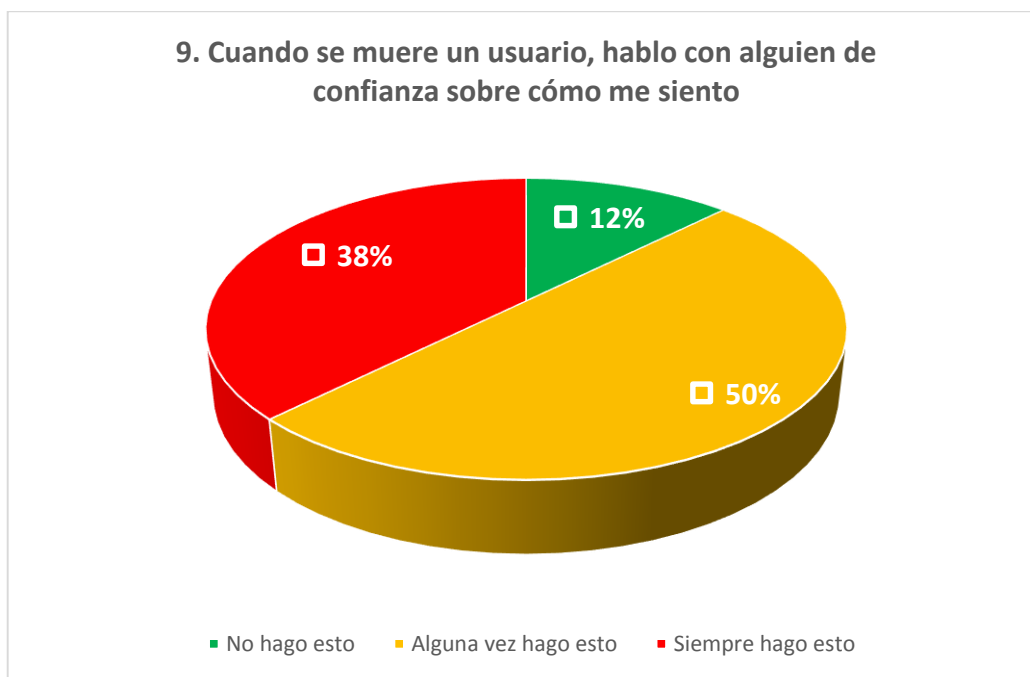


Es un fenómeno bien conocido que un suceso modifica la vida de los testigos del mismo durante un mayor o menor período de tiempo y que aunque las probabilidades de que se reproduzca no se incrementen, los seres humanos los vivimos como si se incrementaran⁸. En este sentido, ocho de cada diez personas “temen” que pueda volver a ocurrir lo mismo en un corto plazo de tiempo, por lo que incrementan la vigilancia sobre los usuarios. Con no ser un elemento digno, por sí solo, de preocupación, al tener que ver con las dificultades que tenemos los humanos para comprender probabilidades y otras propiedades estadísticas de los acontecimientos, tiene el valor de llevarnos a comprender cómo impacta en los cuidadores este suceso y cómo puede repercutir, si va acompañado de otras manifestaciones, en la salud emocional y física.



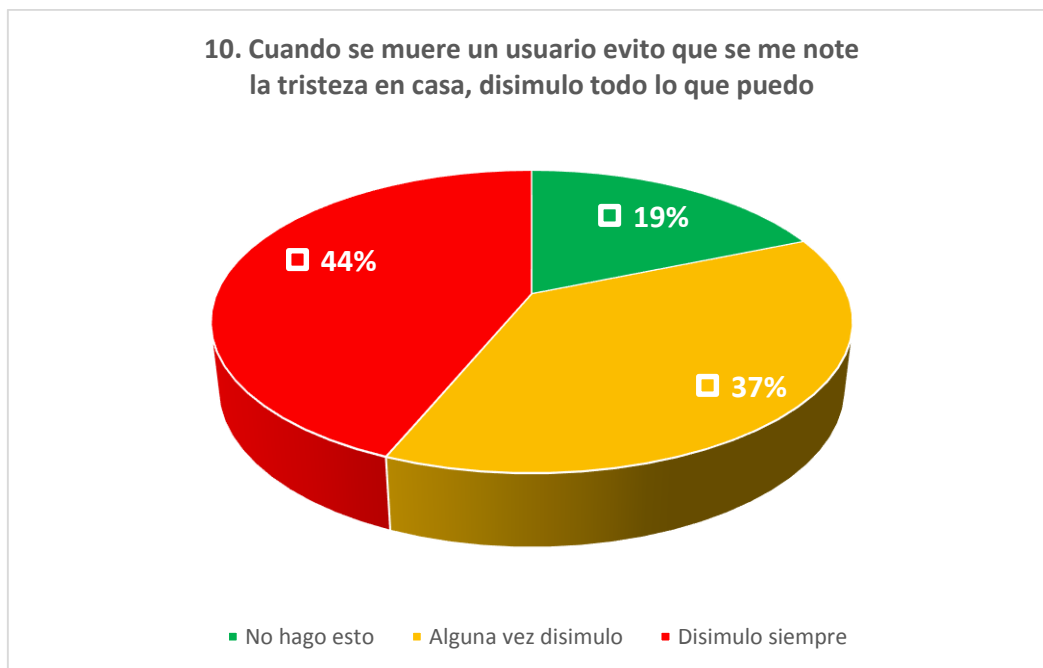
⁸ Golovich, T; Grifftin, Dale; Kahneman eds, D.2002. *Heuristics and Biases. The Psychology of Intuitive Judgement*. Cambridge University Press.

Cinco de cada diez personas acuden a sus creencias religiosas para mantenerse en la brecha o encontrar consuelo en los momentos en los que la muerte aparece dentro de la institución. La espiritualidad es una de las fuentes en que las personas nos reconfortamos del sufrimiento y en la actualidad están surgiendo prácticas de meditación y de concentración que beben de las tradiciones de la oración y que cumplen una función muy similar aunque dentro de contextos seculares y aconfesionales.



Nueve de cada diez personas prefieren no aislarse en estos momentos, hablan con compañeras o con alguna amiga (no está estandarizado el procedimiento en muchas de las residencias, por lo que las personas buscamos nuestras propias soluciones⁹). Aunque no aparece en la encuesta y no se preguntó, la mayoría de las personas cuentan con alguna compañera con la que estrechan lazos y comparten sus vicisitudes laborales, es decir que existen díadas y triadas de cuidadoras, incluso entre aquellas que acuden a domicilio, aunque lo tienen más difícil para encontrar a alguna compañera.

⁹ Masia RT, MS Basson WJ, D Litt et al, Emotional reactions of medical doctors and students following the loss of their patients at the Dr George Mukhari Hospital emergency unit, South Africa. *SA Fam Pract* 2010;52(4):356-363



Ocho de cada diez personas evitan llevarse las circunstancias a casa o que se les note la fatiga, el malestar o la tristeza con la que terminó la jornada. El hecho de evitarles a los nuestros el sufrimiento por el que pasamos con motivo del trabajo es un mecanismo de defensa, porque nos obliga a cambiar de sintonía. Las personas que comparten los temas laborales con intensidad en su entorno personal despiertan un tipo de emociones que impiden ventilar y salir del momento, reduciendo, además, la manifestación de energía que podría ayudarnos a evitar quedarnos en ese pensamiento. Además, puede llegar a despertar rechazo en las personas que, por empatía, se sentirán casi igual de mal. Por lo que evitar hablar de ello funciona como un mecanismo protector para recibir lo que una necesita de su entorno personal. Deja de serlo cuando lo que significa es que nos aislamos de los demás para que “No nos lo noten” y puede ser identificado como otro elemento desencadenante de fatiga de compasión.

DISCUSIÓN

Los cuidados de las personas mayores, profesionales y familiares, los realizan mayoritariamente mujeres. La encuesta la he realizado entre residencias de Madrid, con un nivel de respuesta muy inferior al esperado, si bien los resultados pueden orientar a las personas que adoptan decisiones en las organizaciones, residencias y centros de día, para adoptar procedimientos o medidas que redunden en el bienestar del equipo de trabajo y en la salud psíquica, evitándoles, en la medida de lo posible, que pasen solas por los procesos de aflicción y de duelo ante la pérdida de un usuario. Aunque los niveles de fatiga de compasión son muy elevados en los centros de agudos, de acuerdo a las investigaciones, las residencias mantienen una elevada carga de trabajo a la que se une el hecho de que se establecen lazos con los usuarios, porque las familias, sin llegar a claudicar necesariamente, brillamos por la ausencia en el día a día. La intimidad con la que se llega a trabajar con estos usuarios produce sentimientos intensos que en los momentos de dificultades y de la muerte se pueden exacerbar, aunque las cuidadoras tiendan a la contención, ya que sus conductas son modeladas tanto por las compañeras que lleven más tiempo como por las supervisoras y coordinadoras.

El hecho de que aparezcan porcentajes de respuestas positivas altos, supone tener en cuenta que aunque no lo manifiesten, las cuidadoras viven estos procesos como si fueran parte de ellos

y que, salvo en el caso en el que los usuarios son despersonalizados (cuando el agotamiento es elevado y se transforma en síndrome del quemado, sobre todo), las cuidadoras viven cada una de estas circunstancias con mayor frecuencia que la mayoría de nosotros, como si se tratara del fenómeno que se producía en la película *El día de la marmota* y que no siempre logran habituarse, por lo que pasan por el proceso de aflicción y duelo cada vez que ocurre. El personal tiene que prestar apoyo a las personas usuarias y a sus familiares, pero los mecanismos de prevención y tratamiento, del tipo de las reuniones de desvelamiento o *debriefing* tienen un coste reducido y se han mostrado como excelentes mecanismos para mantener la salud del equipo, desde la prevención de riesgos psicosociales.

Las respuestas a algunas de las cuestiones indican que de manera intuitiva buscamos alternativas a lo que nos sucede y que con el tiempo nos habitamos (aunque no tanto). El hecho de que existan numerosas actividades en las residencias y centros de día, unido a que la mayoría de las personas fallecemos hoy día en los hospitales, no reduce, no obstante, el impacto que la



Josep Moncada. *Quan donis tots et serat retornat.*

desaparición del usuario pueda tener en el equipo de cuidadoras, por lo que las entidades se beneficiarían del establecimiento de protocolos y reuniones para mejorar el momento del duelo y que no se pase, como la gripe, a solas.

Las reuniones del tipo *debriefing* y la formación orientada a satisfacción laboral, variables de felicidad, emociones positivas, resiliencia y equivalentes, tienden a incrementar la satisfacción de compasión que se opone a la fatiga de compasión. Como decía un doctor, los años que ha pasado entre nosotros y que ha estado bajo nuestros cuidados he procurado que fueran de la mayor calidad posible.

AGRADECIMIENTOS

A las personas que han contestado y a las responsables que se han animado a distribuir el vínculo a la encuesta entre sus cuidadoras.

La encuesta se realizó entre los meses de enero y febrero de 2015. El informe se acabó de elaborar en Marzo de 2015.

Gustavo Ruiz Llaveró

Psicólogo sanitario autorizado por la Comunidad de Madrid, colegiado N^º M-08472

Para cualquier consulta, utilice el correo o el teléfono que aparecen a pie de página. Gracias.