

El acompañamiento a los profesionales que trabajan con las personas que se encuentran en el proceso de morir y con sus familias

Working with professionals who work with people in the process of dying and their families

Helena García-Llana¹ y Rocío Rodríguez-Rey²

Resumen

Los profesionales que trabajan con personas al final de su vida y con sus familias están expuestos a un contexto laboral en el que se llevan a cabo tareas nada fáciles, como acompañar a los familiares de un paciente tras su fallecimiento. En este contexto no es infrecuente que los profesionales sufran consecuencias psicológicas negativas, como el *burnout* o el desgaste por empatía. El objetivo del presente artículo será exponer los riesgos y oportunidades de los profesionales que trabajan con personas que se encuentran en el proceso de morir y sus familias y, sobre todo, presentar herramientas que, desde la psicología clínica y de la salud, puedan minimizar estos riesgos desde un enfoque preventivo. En concreto nos centraremos en la comunicación y la autorregulación emocional.

Palabras clave: Cuidados paliativos, final de vida, profesionales sanitarios, burnout, autocuidado, comunicación, autorregulación emocional, *Mindfulness*.

Para citar el artículo: GARCÍA-LLANA, Helena y RODRÍGUEZ-REY, Rocío. El acompañamiento a los profesionales que trabajan con las personas que se encuentran en el proceso de morir y con sus familias. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2017, n. 210, páginas 115-126. ISSN 0212-7210.

¹ Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Hospital Universitario La Paz. IdipAZ. Servicio de Nefrología. Federación Nacional ALCER. Cátedra de Patrocinio Otsuka. Universidad Autónoma de Madrid. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Universidad Pontificia de Comillas. helenagllana@hotmail.com

² Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Europea de Madrid. Facultad de Ciencias Biomédicas. Departamento de Psicología. rocio.rodriguez.rey@gmail.com

Abstract

Professionals who work with people at the end of their lives and with their families are exposed to a work context in which they perform tasks that are not easy, such as accompanying relatives of a patient after his death. In this context, it is not uncommon for professionals to suffer negative psychological consequences, such as burnout or weariness due to empathy. The objective of this article will be to expose the risks and opportunities of professionals working with people who are in the process of dying and their families and, above all, to present tools that, from clinical psychology and health, can minimize these risks from a preventive approach. Specifically we will focus on communication and emotional self-regulation.

Key words: Palliative care, end of life, health professionals, burnout, self-care, communication, emotional self-regulation, Mindfulness.

1. Introducción general

Cuando se trabaja con seres humanos que sufren, y especialmente cuando el trabajo consiste en cuidar y acompañar a otras personas en momentos cercanos a la muerte, no es infrecuente escuchar en los profesionales expresiones del tipo “estoy agotado”, “no puedo más” o incluso “ya no puedo soportar ni un solo fallecimiento más esta semana”. Este tipo de verbalizaciones pueden escucharse incluso de profesionales altamente motivados por su trabajo de ayudar y acompañar a otros en su proceso de morir. Estar constantemente expuestos al sufrimiento, mostrar empatía hacia el otro, aceptar incondicionalmente al paciente y su familia y ser un apoyo para ellos en sus momentos más oscuros puede ser un trabajo tremendamente gratificante, pero tiene un coste (ACINAS, 2012).

El objetivo del presente artículo será exponer los riesgos y oportunidades de los profesionales que trabajan con personas que se encuentran en el proceso de morir y sus familias y, sobre todo, mostrar herramientas que, desde la psicología clínica y de la salud, pueden ayudarles a prevenir o minimizar el sufrimiento asociado al ejercicio de la ayuda.

2. Implicaciones psicológicas de trabajar con pacientes y familias al final de la vida: riesgos y oportunidades

Los profesionales de cuidados paliativos están expuestos a un contexto laboral difícil con una alta carga emocional. A

menudo acometen tareas nada fáciles, como comunicar malas noticias o apoyar al facultativo mientras que éste lidera el proceso comunicativo, tomar decisiones con implicaciones éticas, escuchar los miedos y temores de una persona al final de su vida o acompañar a los familiares en duelo. Además estos profesionales frecuentemente se sienten escasamente preparados para desempeñar su trabajo (CECCARELLI, CASTNER y HARAS, 2008), lo que puede incrementar su nivel de estrés y sobrecarga (PEREIRA, FONSECA y CARVALHO, 2011).

En ausencia de las estrategias adecuadas –algunas de las cuales serán expuestas en este capítulo– no es infrecuente que los profesionales que trabajan en este contexto sufran consecuencias psicológicas adversas. De entre todas ellas, la más conocida es el *burnout*, o “síndrome del estrés laboral asistencial” que se define como la experiencia de agotamiento emocional y disminución del interés en el contexto laboral, acompañado de una falta de realización personal (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001). El profesional “quemado” refiere falta de energía a nivel físico y psicológico, y le es difícil realizar bien su trabajo a causa de su agotamiento. Distintos estudios han encontrado que padecer burnout se asocia con una disminución de la efectividad en el trabajo (MASLACH et al. 2001) y un descenso en la calidad del cuidado que recibe el paciente (SHANAFELT et al., 2002), todo lo cual puede tener efectos irreversibles en el contexto del cuidado al paciente al final de su vida. Un reciente estudio realizado encontró que el 62% de los profesionales de paliativos mostró al menos un síntoma de burnout (KAMAL et al., 2016) lo que evidencia su alta prevalencia en este contexto particular.

Además del burnout, otros problemas frecuentemente encontrados en estos profesionales son, entre otros, el trauma vicario, que se manifiesta en personas que cuidan de otras que han experimentado situaciones traumáticas (KEARNEY et al., 2009), el distrés moral, que se suele producir cuando los profesionales tienen que tomar o acometer decisiones con altas implicaciones éticas (Canadian Nurses Association, 2003) y el desgaste por empatía o la fatiga de compasión, que se refiere a una disminución en la compasión mostrada, lo que se relaciona con haber mostrado compasión repetidamente en situaciones de alto impacto emocional unido a una falta de recursos para gestionar el sufrimiento del otro (BENITO, ARRANZ y CANCIO, 2011).

A pesar de los riesgos, es necesario destacar que el trabajo con personas al final de su vida no sólo tiene sombras, sino que son muchas más las luces. En este contexto tan complejo los profesionales tienen una excelente oportunidad para mostrar sus recursos y ayudar a otros en momentos difíciles. En esta línea un término interesante es el de *satisfacción de compasión*, que se define como el gozo y la satisfacción de trabajar ayudando a los demás (BENITO et al., 2011). Además, el hecho

El profesional “quemado” refiere falta de energía a nivel físico y psicológico, y le es difícil realizar bien su trabajo a causa de su agotamiento.

de estar constantemente expuesto a la muerte puede favorecer en el profesional un mayor aprecio por su propia vida, por el auténtico sentido de ésta, y por sus relaciones con otras personas. Esto es lo que se conoce como *crecimiento postraumático* (TEDESCHI y CALHOUN, 1995) y ocurre no sólo en personas que experimentan enfermedades o sus familiares, sino también en profesionales que se enfrentan habitualmente con situaciones de final de vida (RODRÍGUEZ-REY et al., 2016).

3. Herramientas para ayudar a los profesionales que trabajan con personas al final de su vida y sus familias

3.1. Estrategias interpersonales: Competencias comunicativas

En el contexto de la atención al paciente al final de la vida y su familia, el conocimiento de la tecnología médico-biológica sirve de poco si no se contemplan los factores interpersonales del acto asistencial como son la comunicación, el soporte emocional, o el manejo de situaciones difíciles (GARCÍA, LINERTOVÁ, MARTÍN, SERRANO y BENÍTEZ, 2009). Todo ello conduce a la necesidad de que los profesionales de cuidados paliativos dispongan de las competencias comunicativas que les permitan cuidar y acompañar al paciente y su familia con los criterios máximos de calidad (GARCÍA-LLANA et al., 2010). En esta línea se ha encontrado que un proceso comunicativo adecuado tiene múltiples beneficios para el paciente y su familia, ya que incrementa el nivel de satisfacción (JOOS et al., 1996) y mejora la precisión y la rapidez en el diagnóstico (MARVEL et al., 1999). Además, disponer de estas habilidades es beneficioso para el profesional, pues disminuye su riesgo de sufrir depresión o *burnout* (TAYLOR et al., 2005) y mejora su rendimiento y satisfacción (FERNÁNDEZ-BERROCAL, 2010). De hecho el principal factor de riesgo para la aparición de *burnout* encontrado en una revisión sistemática fue la falta de confianza en las propias habilidades de comunicación con pacientes y familiares (PEREIRA et al., 2011).

A pesar de la importancia de la adquisición de competencias comunicativas adecuadas, dichas habilidades son vistas a menudo como algo que “se tiene o no se tiene” y que, por tanto, no necesita ser enseñado. Además, se tiende a pensar que tener experiencia y buenas intenciones garantizan una adecuada comunicación. En contra de estas creencias, existe evidencia acerca de que las habilidades comunicativas pueden aprenderse mediante el entrenamiento planificado y la práctica (COSTA y ARRANZ, 2012). Al fin y al cabo, nadie nace sabiendo comunicarse ¿Por qué suponemos que es necesario enseñar a un profesional a aplicar una sedación paliativa, pero que no es necesario

enseñarle a comunicar una mala noticia cuándo ambos aspectos son una parte irrenunciable de su trabajo?

Una vez establecida la importancia de la comunicación, nos queda responder a una pregunta ¿Cómo debe ser un proceso comunicativo adecuado en este contexto? Para ello vamos a basarnos en el protocolo de comunicación desarrollado por Arranz, Costa y Cancio (2000), a partir de la adaptación de la Guía de Calgary Cambridge para el proceso de comunicación en la entrevista médica. Este protocolo consta de cuatro pasos:

- 1º *Preparar el encuentro: Parar.* Ante el contacto con el otro, el profesional puede actuar sin pararse a pensar, guiado por sus emociones. Esto puede suponer una amenaza para el paciente y para el propio profesional. Es difícil, pero posible, elegir cómo queremos actuar. ¿Movido por impulsos (reactivo), o por valores y objetivos (proactivo)? Responder de forma proactiva requiere de un proceso de autorregulación, aspecto en el cual nos centraremos más adelante.
- 2º *Establecer la relación: Acoger y validar.* Para acoger a un paciente serán imprescindibles elementos básicos como presentarnos, llamarle por su nombre y mantener una comunicación no verbal que transmita cercanía (proximidad, mirar a los ojos, etc.). Validar implica escuchar, no juzgar y legitimar la perspectiva del otro. La validación resulta crucial para que el profesional tenga capacidad de influencia en el paciente y su familia. Por ejemplo, ante unos familiares que se niegan a que se retire el soporte vital de un paciente, en un caso en que estaría clínicamente indicado, deberemos empezar por validar lo difícil que debe ser tomar esa decisión (ej. “Entiendo que es una decisión muy difícil...”). En caso contrario difícilmente podremos ejercer una influencia sobre ellos, ni hacer que se sientan apoyados.
- 3º *Explorar la perspectiva del paciente: Preguntar.* En palabras de Costa y Arranz (2012) *el sufrimiento que no se explora no se puede aliviar*. Preguntar es una habilidad clave para ello y para promover el compromiso y la opción a elegir.
- 4º *Acordar la intervención: toma de decisiones compartida (TDC).* En el contexto de los cuidados paliativos, la aplicación de los medios técnicos médicos disponibles puede ir acompañada de consecuencias no deseadas, como una alta incidencia de ingresos hospitalarios. Este hecho conduce a la necesidad de un proceso de TDC con el paciente y su familia que permita la adecuación del esfuerzo terapéutico. Durante este proceso de TDC es preciso tener presente que tan importante es la vida como la calidad de vida, como valores a considerar. La decisión final dependerá de las prioridades del enfermo, analizadas y discutidas con la familia y el equipo asistencial.

Como último elemento comunicativo a destacar, un aspecto esencial en el trabajo con personas al final de su vida es la comunicación de malas noticias. Éste es un trabajo difícil, que puede generar ansiedad en los profesionales y para el cual pueden sentirse insuficientemente preparados (Ceccarelli et al., 2008). Dado que el modo en que se transmita una mala noticia afecta a cómo esta es asimilada, es fundamental que los profesionales dispongan de pautas y entrenamiento. El protocolo más popular para comunicar malas noticias es el de Robert Buckman y Kason (1992). La adaptación realizada por Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2010) de este protocolo consta de siete pasos: (1) Prepararse para la situación comunicativa (es decir, parar). (2) Establecer un contexto favorable, en un espacio tranquilo y disponiendo de tiempo. (3) Explorar ¿Cuánto sabe el paciente? (4) Explorar ¿Cuánto quiere saber? (5) Compartir información teniendo en cuenta que ésta debe ser gradual, comprensible y adaptada al estado emocional del paciente. (6) Ser sensible a los sentimientos y necesidades del paciente y validarlos, y permanecer acompañándole, y (7) hacer seguimiento del proceso.

3.2. Estrategias personales:

3.2.1. ¿Que son las emociones y para qué sirven?

Un buen punto de partida para adentrarnos en la autorregulación emocional es contestar a la pregunta de qué son las emociones:

Las emociones son respuestas que surgen cuando se evalúan las situaciones como relevantes para nuestros intereses y ofrecen información sobre nuestra relación con el entorno o de nuestra experiencia con nosotros mismos. (GREENBERG, 2000). Son procesos inconscientes, muy rápidos y se suelen manifestar en sensaciones corporales. Solo emergen a la conciencia de una manera clara y hacen visible su significado en la medida en que se está despierto a las propias reacciones y la persona se da permiso para sentir las. Es un proceso automático que nos actualiza toda nuestra historia previa de aprendizaje y nos ayuda a responder a esas situaciones importantes.

Se activa la ansiedad cuando nos percibimos amenazados, se activa la ira cuando nos sentimos atacados u ofendidos; se activa la tristeza cuando hemos de hacer frente a pérdidas. Todas ellas tienen un significado evolutivo muy importante y son respuestas muy determinadas por la estructura biológica del cerebro. La evolución nos ha dotado de un sistema que otorga y valora el entorno dando significados personales a los sucesos y dándonos claves para elegir racionalmente lo que es más adecuado en cada situación y energía para ejecutar la conducta. No olvidemos que emoción proviene del latín *movere* (instar a la acción).

Las emociones son adaptativas o desadaptativas: no son ni “buenas” ni “malas”, ni “positivas” ni “negativas”. Es cierto que hay algunas displacenteras pero si el dolor no lo fuera... ¿haríamos algo para cuidarnos cuando lo sintiésemos? Por citar otro ejemplo, aunque puede parecer que la ansiedad es una respuesta desadaptativa, si nos situamos en un ambiente con depredadores y riesgos nos damos cuenta que esta respuesta ha sido clave para sobrevivir. En definitiva, cuando las emociones se escuchan y se aceptan, cumplen su función de “señal” o de “semáforo” regulativo de nuestras vivencias y de nuestra forma de actuar, se transforman en un aliado importante que nos guía.

3.2.2. Autorregulación y autocuidado

En este artículo, se llamará autorregulación al conjunto de procesos que el profesional ejecuta, de un modo consciente o inconsciente, sobre sus propias respuestas con el fin de dirigir las; y denominaremos autocuidado a aquellas conductas que las personas realizan para promover su salud y bienestar.

Gestionar bien las emociones va a permitirnos un verdadero encuentro con los pacientes. Las habilidades de regulación fisiológica se basan principalmente en desarrollar el autoconocimiento de las propias reacciones. En general se trata de poder tomar conciencia de las áreas de tensión corporal (dirigiendo y centrando la atención de lo exterior a lo interior) y reconocerlas. Una vez reconocidas y captado su significado se pueden reducir por medio de alguna técnica respiratoria o de relajación corporal.

Con el fin de manejar adecuadamente las emociones del profesional, es decir, sin dañarse ni dañar la relación con los demás, se sugiere el siguiente esquema de autorregulación (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Esquema de autorregulación

- a) Estar **despierto** a las propias emociones y mantener el canal de escucha interno siempre conectado. Aprender a ponerle nombre a lo que me pasa para conocer lo que significa.
- b) **Autoaceptación**: Es normal que las cosas nos afecten. Darse permiso para sentir lo que se siente alivia de inmediato la tensión y nos permite elegir qué conducta vamos a emitir. Sentirla, identificarla y luego soltarla.
- c) ¡Atención a como se habla a sí mismo!: El tipo de diálogo, lo que se denomina **autoinstrucciones**, influye en la amplificación o disminución de la reacción emocional.
- d) **Canalización de nuestras emociones, en función de nuestros objetivos**. Una vez que hemos reconocido y entendido lo que sentimos, tomamos la decisión de actuar de acuerdo a nuestras metas y no de un modo reactivo.

La verdadera autorregulación emocional consiste en la capacidad para entender y atender el significado de las emociones propias y ajenas y, a la vez, mantener la capacidad para dirigir nuestra conducta profesional por medio de valores y objetivos, no de impulsos (ARRANZ, BARBERO, BARRÉTO y BAYÉS, 2008).

Del mismo modo que tenemos rutinas de autocuidado físico (ducha, lavado de dientes, desayuno cada mañana, etc.) se vuelve urgente incorporar actividades de autocuidado emocional que nos ayude a drenar el impacto emocional asociado al ejercicio de acompañar a personas en las fases avanzadas de la enfermedad. El cultivo de las relaciones personales y la incorporación de actividades gratificantes fuera del ámbito laboral son dos de las principales estrategias de autocuidado que queremos promover desde aquí.

3.2.3. Algunas técnicas de origen budista para acompañar en el sufrimiento

La palabra “budismo” fue acuñada a finales del siglo XIX en Occidente para aglutinar el conjunto de textos y prácticas que en Oriente se conocían como las distintas escuelas del *Dharma*. El análisis de la mente en el budismo es a la vez complejo y tremendamente sofisticado. Como práctica espiritual, el budismo contiene numerosas descripciones de la naturaleza de la mente, así como instrucciones sobre cómo refinarla. Asimismo, es importante recordar que en las tradiciones orientales budistas se destaca la idea de que morir y vivir se revelan unidos, siendo el anverso y reverso de la misma realidad básica. Sogyal Rimpoché (2006) reflexiona del siguiente modo sobre el tema de la vida y la muerte:

Desde el punto de vista budista, la vida y la muerte son un todo único. La muerte es ese espejo en el que se refleja todo el sentido de la vida... No nos gusta pensar en morir normalmente. Preferimos pensar en vivir. ¿Por qué reflexionamos, pues, sobre la muerte?... Caes en la cuenta de que debes contemplar tu manera de vivir ahora cuando empiezas a prepararte para morir y has de encarar de una vez por todas qué hay de auténtico en ti mismo... una unidad, al completo, al momento constituyen tu vida y tu muerte.

(p. 11, 36 y ss.)

En este sentido, creemos que las técnicas de origen budista tienen mucho que ofrecer a los profesionales que cuidan a personas que sufren.

Desarrollo de la autoconciencia

Mantenerse ecuánime es algo fundamental para los profesionales de la salud, y eso pasa por observar y cuidar lo que pensamos y sentimos. Para ello, es fundamental estar atentos, desarrollar la autoconciencia (SHANAFELT, WEST, ZHAO et

al., 2005). Como apuntan Benito et al. (2011), la práctica de la autoconciencia se refiere a un proceso de una cuidadosa observación de lo que, momento a momento, se va produciendo en nosotros y en nuestro alrededor, mientras se mantiene una actitud abierta, sin juicios, simplemente viendo lo que sucede en la realidad. Ser conscientes, estar conectados con la propia experiencia interna, permite poder elegir cómo queremos actuar, en lugar de utilizar patrones de conducta reactivos y automáticos. Un método útil para aumentar la autoconciencia y la conexión con uno mismo es a través de la meditación (KÉARNY, WEININGER, VACHON, HARRINON y MOUNT, 2009)

Mindfulness y meditación:

El *Mindfulness* puede entenderse como una experiencia preverbal donde se atiende a la experiencia presente con atención y conciencia huyendo de actitudes valorativas o reflexivas (KABAT-ZINN, 2007). Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico busca, ante todo, que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados ni intentar controlarlos (VALLEJO, 2006). Meditar es romper por completo con nuestra forma "habitual" de funcionar. En la quietud y el silencio de la meditación regresamos a un eje central de conciencia que es nuestra naturaleza interior. Es un estado sin ambición donde no hay temor ni esperanza, donde poco a poco empezamos a soltar todos aquellos conceptos y emociones que pueden haciéndonos sufrir. La meditación consiste en un estado de no distracción donde podemos empezar a conocer nuestra mente para poder domarla y traerla de vuelta a casa. En la Tabla 2 se presenta una mini-meditación de 3 minutos.

Tabla 2. Mini-meditación de tres minutos

Puedes poner en práctica esta meditación ante momentos desagradables de estrés o de tensión.

MINUTO 1: Me aílo y centro la atención en la respiración, focalizándome en la espiración AQUÍ Y AHORA.

MINUTO 2: Observo toda mi actividad mental del campo de la conciencia (pensamientos, emociones y sensaciones) como un mero espectador sin involucrarme en ellos.

MINUTO 3: Permito que mi atención se expanda por todo el cuerpo, o hacia aquellas partes donde siento tensión, malestar o resistencia. Respiro sobre esas sensaciones de tensión ablandándolas y abriéndolas en cada espiración. Pruebo a decirme a mi mismo "Esta todo bien así, no hace falta cambiar nada, sentirme así está bien".

Adaptado de Miró y Simón (2012)

Cultivo de la compasión: hacer el bien nos hace felices

Singer y Klimecki (2014) afirman que la compasión se caracteriza por sentimientos de calidez, preocupación y cuidado por el otro, así como por una fuerte motivación de querer mejorar el bienestar de la otra persona. Por otro lado Gilbert y Choden (2013) conciben la compasión como un motivo con capacidad de “organizar” la mente y hacer que esta funcione en una determinada dirección que es la de procurar que los seres vivos estén libres de sufrimiento y de las causas de su sufrimiento. El efecto más inmediato del ejercicio de la compasión es el alivio del sufrimiento ajeno, y este alivio, a su vez, repercute en el estado de ánimo del profesional compasivo, generando alegría satisfacción y bienestar. Por lo tanto, el cultivo de la compasión tiene una gran relevancia como antídoto frente al estrés laboral asistencial (SIMÓN, 2015), como mencionábamos más arriba al hablar de la *satisfacción de compasión* (BENITO et al., 2011). En la Tabla 3, se puede ver el esquema que hace referencia al flujo de la compasión.

Tabla 3. El flujo de la compasión

<p>1. EMPATIA (cognición y sentimiento): sentir y comprender el sentimiento del otro. <i>El profesional conecta con el sufrimiento de un paciente al final de la vida que expresa sufrimiento ante un síntoma mal controlado (ie. dolor).</i></p> <p>2. BONDAD AMOROSA (METTHA): tolerancia al malestar, suspensión del juicio y establecimiento de la motivación para ayudar. <i>El profesional diseñó un espacio libre de juicio donde poder explorar la vivencia del paciente y generó un deseo genuino de aliviar el sufrimiento.</i></p> <p>3. EJECUCION DE LA ACCIÓN COMPASIVA <i>Por ejemplo, promover la comunicación asertiva del paciente con su equipo médico.</i></p> <p>4. ALEGRÍA POR HABER PODIDO ALIVIAR EL SUFRIMIENTO DEL OTRO: re- troalimentación del círculo virtuoso de la compasión <i>El profesional de la ayuda conecta con el deseo de establecer un auto-refuerzo positivo. La emoción de alegría podría emerger como consecuencia de dejarse llevar por este flujo empático.</i></p>
--

Adaptado de Simón (2015)

4. Conclusiones

En este artículo hemos puesto de manifiesto los riesgos, pero también las oportunidades a las que se enfrentan en su día a día los profesionales que trabajan con personas que se encuentran al final de su vida. Hemos tratado de poner de manifiesto la importancia de que estos dispongan de las habilidades y destrezas que les permitan un verdadero encuentro y acompañamiento al paciente y su familia al menor coste emocional posible.

Además de las herramientas expuestas, no queremos dejar de expresar que clarificar los valores personales y profesionales y vivir de acuerdo con ellos puede ser un motivo de satisfacción y bienestar de cara a protegernos del sufrimiento asociado al ejercicio de la ayuda. *¿Qué clase de profesional quieres ser?, ¿Con que tipo de valores quieres que se identifique tu práctica clínica?* No olvidemos que las personas que trabajan en algo que tiene un sentido profundo, una misión elevada, resisten mejor la adversidad diaria. Por otro lado, consolidar la presencia de equipos interdisciplinares como unidad terapéutica indispensable, así como el proveer de espacios, por medio de reuniones, para que los compañeros se encuentren y se comuniquen puede ayudar a la prevención del desgaste profesional.

Para finalizar este artículo, queremos destacar el hecho de que todas estas actuaciones deben tener un enfoque preventivo. Cuánto antes se pueda entrenar a estos profesionales en aspectos como la comunicación con el paciente y la autorregulación emocional, más preparados se encontrarán para afrontar las demandas emocionales de su trabajo y menor riesgo tendrán de sufrir las posibles consecuencias negativas asociadas a las profesiones de ayuda que mostrábamos al inicio de este capítulo.

Bibliografía

- ACINAS, P. Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2012, 2, 4.
- ARRANZ, P., et al. *Apoyo emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos* (3ª ed). Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2008.
- ARRANZ, P., et al. *Intervención emocional en cuidados paliativos* (5ª ed.). Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2010.
- ARRANZ, P.; CANCIO, H. Counselling: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En: Gil F (ed.). *Manual de psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia, pp. 39-56, 2000.

Bibliografía

- BENITO, E.; ARRANZ, P.; CANCIO, H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada*, 2011, 18, 2, 59.
- BUCKMAN, R.; KASON, Y. How to break bad news: A guide for health care professionals. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1992.
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION (Regulatory Policy Division). *Ethical distress in health care environments*. Ottawa, ON: CNA, 2003.
- CECCARELLI, C; CASTNER, D; HARAS, M. Advance care planning for patients with chronic kidney disease – why aren't nurses more involved? *Nephrol Nurs J* 2008, 35, 553–57.
- COSTA, M; ARRANZ, P. Comunicación y counselling en oncología. El encuentro con el paciente oncológico. En: Cruzado J.A. *Manual de Psicooncología*, Madrid: Pirámide, 55-77, 2012.
- FERNÁNDEZ BERROCAL, P. Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *El Médico*, 2010, 1112, 22-24.
- GARCÍA-LLANA, H., et al. Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología*, 2010, 30 (3): 297-303.
- GREENBERG, L.S., PAIVIO, S.C. *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 2000.
- JOOS, S.K., et al. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med*, 1996; 11:147.
- KABAT-ZINN, J. *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós, 2012.
- KAMAL, A.H., et al. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016, 51, 690-696.
- KEARNEY, M.K., et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life. Being connected... A Key to my survival. *JAMA*, 2009, 301, 1155-64
- MARVEL, M.K. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999, 281, 3, 283-87.
- MASLACH, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001, 52, 397-422.
- MIRÓ, P., SIMÓN, V. *Mindfulness en la práctica clínica*. Barcelona: Desclée De Brouwer, 2012.
- RIMPOCHÉ, S. *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Urano, 2006.
- RODRÍGUEZ-REY, Rocio, et al. Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: dependence on resilience and coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. 2016.
- SHANAFELT, T.D. et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 36, 358–367.
- SHANAFELT, T.D., et al. Relationship between increased personal well-being and enhance empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*, 2005, 20, 559-64, 32.
- SIMÓN, V. *La compasión: el corazón del mindfulness*. Barcelona: Sello, 2015.
- TAYLOR, C., et al. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet*. 2005; 366: 742–4.
- TEDESCHI, R.G., CALHOUN, L.G. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995.
- VALLEJO PAREJA, M.A. Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 2006; 27(2): 92-99