

shock emocional dificulta la capacidad de la persona para solucionar sus problemas: no saben qué hacer, a quién se lo van a decir...
 2) **Ansiedad.** La persona es incapaz de tomar decisiones. Aparecen síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dificultad para respirar, etc.
 3) **Negación.** Puede ayudar a la persona a sobrevivir, pero cuando le impide buscar tratamiento médico o adoptar medidas preventivas debe ser corregida.
 4) **Temor.** A la enfermedad, la invalidez, el dolor y la muerte.
 5) **Aislamiento social.** No se atreven a mantener sus relaciones sociales (piensan que se les va a notar algo) e intentan evitar el contacto físico con los demás.
 6) **Culpabilidad.** Se sienten culpables por su sexualidad, por su drogodependencia, por la posibilidad de haber infectado a otros... Está en estrecha relación con la pérdida de la autoestima.
 7) **Depresión.** Se caracteriza por tristeza, falta de apetito, fatiga, alteraciones en el sueño. Se debe remitir a la persona al médico inmediatamente y permanecer disponible para dar apoyo emocional. En esta situación no son infrecuentes las ideas de suicidio.

Quizá la función más importante del *Consejo* consiste en proporcionar a las personas tiempo y oportunidades, en un ambiente protegido que les ayude a identificar los problemas que hay que afrontar y proponga formas de abordarlos, lo cual resulta de gran utilidad para recuperar la sensación de control sobre la situación. Otro de los puntos en los que el *Consejo* es necesario es el relativo a las parejas y familias. Es de suma importancia que la familia esté bien informada y tenga acceso a apoyo psicosocial para que siga expresando afecto y aceptación, porque la manifestación más valiosa para el enfermo es el apoyo de las personas a las que quiere. No obstante, muchas personas con infección por VIH abandonan la familia natural y viven con amigos íntimos o en instituciones donde encuentran los cuidados y el apoyo que tradicionalmente se espera de la familia.

Todo proceso de *Consejo* debe tener un final que tiene que planearse cuidadosamente para evitar añadir una nueva pérdida a las que ya experimenta la persona; aunque ésta funcione de manera independiente puede sentirse incapaz de seguir adelante sin ayuda. Por esto debe tener la seguridad de poder volver en caso de necesidad.

Las enfermeras tenemos un papel muy importante no sólo en el cuidado de las personas infectadas por el VIH, sino también como educadoras y consejeras. Por la naturaleza de nuestra profesión y por nuestro extenso contacto con los pacientes y sus familias nos encontramos entre los profesionales más indicados para asumir ese rol. Nuestro principal objetivo es que la persona logre el máximo bienestar físico, psicológico y social. A veces la complejidad tanto de las situaciones como de las personas impide dar solución a los problemas, pero mediante el *Consejo* podemos ayudar a las personas a que se sientan mejor y puedan desafiar de una manera menos dolorosa sus problemas y las dificultades con las que se encuentran.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Capa A, Muñoz M, Polo R. Aspectos psicosociales de las personas con VIH/SIDA. I Jornadas regionales de Castilla-La Mancha

- sobre SIDA en Atención Primaria. Almagro (Ciudad Real), 1993.
 Capa A, Martín ML, Muñoz M, Polo R, González JM. Atención social en un Servicio de Enfermedades Infecciosas. II Reunión Nacional sobre el SIDA. Cáceres, 1994.
 Miller R, Bor R. AIDS: A Guide to Clinical Counselling. London: Science Press, 1988.
 Sanchis C. Counselling and AIDS direct care: Coordination of materials and protocols with especial attention to injecting drug users. Unidad de Programas de enfermería. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Papel del personal de Enfermería en el seguimiento de exposiciones nosocomiales accidentales

MR7.3 T. Aíbar Asín.

Escola Universitària D'Infermeria,
 Hospital Universitari "La Fe".
 Valencia.

A la Enfermería se la ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales; los momentos decisivos para la historia también lo han sido para la Enfermería. El papel de la enfermera/o se ha ido ampliando paulatinamente y con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la Enfermería dependía de otros ingredientes esenciales, habilidad, experiencia y conocimientos. La cabeza, el corazón y las manos se unieron firmemente para asentar los cimientos de la Enfermería moderna.

De las enfermeras actuales se espera que sean excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Hoy en día se ven envueltas en avances científicos y técnicos así como en todo tipo de nuevos papeles que han ampliado sus oportunidades pero que, al mismo tiempo, han multiplicado el alcance de sus responsabilidades.

En 1980 aparece una nueva enfermedad de etiología y morbilidad desconocida y con un pronóstico fatal, el SIDA.

Los/as enfermeras/os se implican en el cuidado de los enfermos afrontando las dificultades personales que este nuevo reto les plantea; las conductas reactivas manifestadas con ansiedad, agresividad, bloqueo emocional y rechazo expresan con claridad el miedo y ponen de manifiesto la inseguridad que les produce.

Las enfermeras sabemos lo importante que es tener cubierta la necesidad de seguridad, identificamos con claridad la alteración de esta necesidad básica en nuestros pacientes, pero nos ha costado y nos cuesta detectarla en nosotras.

En el seguimiento de los profesionales sanitarios con exposición accidental a sangre, fluidos corporales o material

potencialmente infectante, la necesidad de seguridad está alterada, sus expresiones verbales, corporales, el cambio en algunos hábitos de vida, y desde luego el rechazo en algunas de sus rutinas de trabajo, se pone de manifiesto. Así pues, cuando en 1986 iniciamos un registro de "Accidentalidad con posible contaminación biológica" (esta fue su denominación inicial) vimos la necesidad de desarrollar el programa de seguimiento en función de cuatro objetivos:

- 1) Seguir un protocolo homogéneo en la recogida de datos sobre "Exposición accidental con posible contaminación biológica".
- 2) Realizar amplia difusión de "Cómo prevenir los accidentes con posible contaminación biológica (PCB)" y "Qué hacer en caso de accidente con PCB".
- 3) Solicitar a los responsables de la administración del hospital los recursos materiales para establecer las medidas barrera en prevención de los accidentes nosocomiales con PCB.
- 4) Incorporar en el primer contacto con el profesional accidentado el Consejo.

El papel de Enfermería en cada uno de estos objetivos se concreta en:

- 1) Colabora en la investigación sobre exposición ocupacional a VIH en personal sanitario. Las enfermeras recogen los datos de la exposición accidental cumplimentando los apartados del protocolo de "Exposición accidental a material potencialmente infectante" desde la primera entrevista con el trabajador sanitario hasta el cierre del caso. Recogen también los datos sobre la fuente (paciente).
 - 2) Presta asistencia directa al personal sanitario con exposición accidental a material PCB utilizando en las entrevistas el *Consejo* un proceso de ayuda a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. La sinceridad, la empatía y la confidencialidad son elementos imprescindibles para prestar ayuda ante la inseguridad que el accidente produce. Informa de los controles analíticos que ha de realizarse, revisa su programa vacunal y suministrar profilaxis según casos e indicación médica.
 - 3) Facilita información y educación al personal sanitario con la divulgación y aplicación de las Precauciones Universales (PU) y las indicaciones a seguir en caso de exposición accidental a fluidos orgánicos o material potencialmente infectante.
 - 4) Realiza actividades administrativas (informes, solicitudes, entrevistas, etc.) para que se adquieran y suministren a las unidades asistenciales del hospital los recursos materiales necesarios para establecer, en las rutinas de trabajo, las medidas barrera necesarias en prevención de los accidentes nosocomiales con posible contaminación biológica.
 - 5) Mantiene en su programa de trabajo observación y evaluación de la correcta aplicación de las medidas de protección con la indicación constante del sentido bidireccional de dichas medidas Paciente → Personal sanitario. La experiencia de estos años en el desarrollo del programa de seguimiento del personal sanitario ante exposición accidental con posible contaminación biológica ha permitido demostrar que el papel de Enfermería es sin duda el esperado en la actualidad;
- 1) Excelentes cuidadoras.
 - 2) Investigadoras capacitadas.
 - 3) Profesionales capaces de analizar, planificar, sistematizar y evaluar su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Donahue MP. Historia de la Enfermería. Ediciones Doyma 1995. G.A.T para el C.I.N. Conselleria de Sanitat i Consum. Recomendaciones para el control de la infección nosocomial. Serie M (Manuals) Nº 25. Edita Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat i Consum 1996.
- Nájera Morrondo R, González-Lahoz JM. Atención integral al paciente con VIH. Pub OF SEISIDA 1996.
- Nájera R, González-Lahoz J. Curso de formación médica continua sobre infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. SEISIDA 1992.
- Miembros de la comisión de trabajo sobre el SIDA de la Comunitat Valenciana. SIDA. Edita Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat i Consum 1986.

El problema del *burnt-out*: cuidado de los cuidadores

MR7.4 Mª.M. Prieto Guerrero.

Hospital Universitario «Virgen Macarena». Sevilla.

INTRODUCCIÓN

A pesar de todos los adelantos técnicos y científicos, no se puede decir que la época actual haya traído consigo la plena satisfacción a quienes ejercen las Ciencias de la Salud. ¿Se sienten felices los médicos y las enfermeras con sus condiciones de trabajo, con sus perspectivas profesionales? Basta una breve reflexión y una encuesta entre los conocidos para saber que la respuesta es negativa. La expresión "estar quemado" se aplicó primero a aquellos ejecutivos de empresa especialmente desgastados por un empleo demasiado estresante, pero, hoy en día, desgraciadamente, casi cualquier persona puede aplicarla a su ámbito laboral. Los médicos y enfermeras no escapamos de este mal tan extendido. Una de las primeras referencias en el ámbito de la medicina corresponde a un personaje literario, Tomás, al que le da vida Milan Kundera en "La insoportable levedad del ser"; este neurocirujano de ficción sufre la pérdida de los valores de su profesión, dando lugar a lo que ya se ha denominado enfermedad de Tomás.

De una manera más genérica, el síndrome se conoce como el del "profesional quemado" (del inglés *burn-out*), aunque parece más acertada la denominación de "síndrome de desgaste profesional". Puede definirse como la pérdida de interés o entusiasmo por el trabajo, la cual conlleva una serie de actitudes negativas. Consiste básicamente en la pérdida de la autoestima, acompañada de desánimo y tedio en el trabajo diario. Según Maslach, incluye fenómenos de hastío por la profesión, despersonalización y reducción de la capacidad personal y ocurre en individuos que están en contacto directo con la gente. Puede expresarse de muchas maneras y cada profesional presentará uno o varios síntomas. En nuestro ámbito de trabajo, no solo los médicos se ven afectados, sino también los enfermeros y el personal auxiliar de Enfermería, quienes tienen un contacto más continuo con el enfermo.

En su acepción más común *burn-out* se define como un síndrome que se manifiesta por *agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal*. El agotamiento emocional se refiere a una reducción de nuestros recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás psicológicamente. Puede tener manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. La despersonalización se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de nuestros servicios y hacia nuestros colegas, que nos pueden conducir a considerar que son la fuente de nuestros problemas. Se asocia con una actitud cinica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el uso de etiquetas despectivas para calificar a los otros, y con los intentos de culpabilizarlos de nuestra frustración y de nuestro fracaso en el cumplimiento del compromiso laboral. La disminución en el rendimiento personal estriba sobre todo en la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

PREVENCIÓN DEL FENÓMENO EMOCIONAL DENOMINADO BURN-OUT O "QUEMA"

Personalmente consideramos que se trata de una labor de prevención primaria indirecta ya que cuanto menos perturbados emocionalmente se encuentren los profesionales sanitarios, por una parte, menos errores cometerán y menos accidentes laborales padecerán y, por otra, más eficaces serán en la comunicación de sus mensajes a sus pacientes y al facilitar la labor asistencial. Hay una serie de elementos que configuran el problema de la «quema» en el personal sanitario que trata con enfermos de VIH-SIDA:

- 1) Contacto continuo con el sufrimiento y la muerte.
 - 2) Establecimiento de vínculos afectivos con el enfermo. Además, si la edad del profesional sanitario es parecida a la del enfermo, lo cual, en el caso de la infección por VIH, es muy probable que puedan darse procesos de identificación personal.
 - 3) Sensación de frustración ante la imposibilidad de curar.
 - 4) Tendencia a culpabilizar "se lo ha buscado...", que a veces puede deteriorar las relaciones entre los sanitarios y sus pacientes.
 - 5) Temor, consciente o inconsciente, a la infección.
 - 6) Sensación de impotencia ante las demandas inadecuadas, negativas a colaborar o conductas perturbadoras, que presentan algunos enfermos.
 - 7) Miedo a la agresividad de algunos enfermos.
 - 8) Imposibilidad, por limitación de tiempo, de dedicar a los enfermos el tiempo necesario.
 - 9) Sensación de impotencia ante la angustia de los familiares y allegados.
- Estos problemas sumados a una retribución baja, escasas posibilidades de promoción y ambigüedades de responsabilidad, así como los acontecimientos perturbadores de su vida personal, que el sanitario, como persona que es, tiene que soportar a lo largo de su existencia. Para hacer frente a la «quema» es preciso que el profesional, además de recibir una retribución justa y tener sus responsabilidades bien delimitadas y acordes con su formación, reciba un adiestramiento en consejo, así como el constante apoyo emocional de todo el equipo. Para entender racionalmente el problema de la «quema», es preciso que los profesionales sanitarios comprendan que:

1) Deben combatir su propia angustia, pues los perturba a ellos, influye negativamente en su vida y no es terapéutica. No son responsables de lo que sucede y su angustia, no solo no resuelve ningún problema, sino que puede incluso repercutir en la calidad profesional del trabajo que realizan. Tienen que aprender a empatizar con los enfermos, ponerse en su lugar, sin llegar a sobreimplicarse cuando termina su jornada de trabajo; los problemas sanitarios, en general, deben quedarse en el hospital.

2) No son omnipotentes, sino humanos y limitados. Deben tratar de preocuparse sólo por aquellas cosas que esté en su mano cambiar; no por las que no dependen de su habilidad, conocimientos o deseos. Es preciso que asuman que lo que depende de ellos ya lo están llevando a cabo.

3) La ansiedad y los estados depresivos que ven con frecuencia en los pacientes son normales en una persona que se encuentra en una situación de este tipo.

4) La posible agresividad de algunos pacientes normalmente no va dirigida contra ellos sino contra la imprevista y anormal situación de adversidad en que se encuentran.

Para combatir y prevenir el *burn-out* es necesario conocer las respuestas del comportamiento humano y las estrategias del autocontrol. Para ello planteamos los objetivos siguientes:

- 1) Describir los niveles de respuesta del comportamiento humano.
- 2) Describir las principales respuestas cognitivas, psicológicas y motoras del personal sanitario.
- 3) Proveer al personal sanitario de estrategias de autocontrol.

NIVELES DE RESPUESTA DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

Todo comportamiento humano está constituido por tres niveles de respuesta:

1) *Nivel cognitivo*: hace referencia a los pensamientos que están mediatisados por la situación que rodea a la persona y a la interpretación que la misma hace de esa situación.

2) *Nivel fisiológico*: son sensaciones que la persona experimenta a nivel físico.

3) *Nivel motor*: es la conducta observable o lo que la persona hace.

Estos tres niveles de respuesta se encuentran interrelacionados, de forma que lo que una persona piensa influye en lo que se siente y en lo que hace.

Existen situaciones que son especialmente generadoras de alteraciones emocionales en el personal sanitario; entre las más frecuentes destacan:

- 1) Comunicación de resultados positivos de la prueba de VIH.
- 2) Toma de decisiones terapéuticas.
- 3) Comunicación de diagnósticos graves.
- 4) Presión de la familia o allegados del paciente.
- 5) Negación del paciente a seguir prescripciones terapéuticas.
- 6) Ingresos hospitalarios.
- 7) Deterioro y pérdida de la imagen física (Kaposi).
- 8) Comportamientos agresivos de los pacientes hacia el personal sanitario.
- 9) Abandono de la familia y falta de recursos sociales.
- 10) Atención en fases avanzadas.
- 11) *Exitus letalis* de pacientes jóvenes, etc...

NIVELES DE RESPUESTA EN EL PERSONAL SANITARIO

- 1) *Respuestas cognitivas*:
- a) Inundación del problema.

- b) Temor al contagio.
 - c) Ideas de indefensión.
 - d) Cambios en el sentido de la vida.
 - e) Soledad en la toma de decisiones y abordajes.
- 2) *Respuestas fisiológicas*:
- a) Sensaciones puntuales de ansiedad.
 - b) Fatiga y cansancio.
 - c) Cefaleas tensionales.
 - d) Tensión muscular.
- 3) *Respuestas motoras*:
- a) Respuestas de evitación y escape.
 - b) Cambios en los comportamientos de riesgo.

ESTRATEGIAS DE AUTOCONTROL PARA EL PACIENTE SANITARIO

Tomando como base las alteraciones emocionales en los profesionales vamos a definir diferentes técnicas que permitirán modificar dichas respuestas, tanto a nivel cognitivo, fisiológico como motor.

Control cognitivo

- 1) Pensamientos alternativos incompatibles: con el SIDA o los afectados fuera del ámbito laboral.
- 2) Eliminar errores de información.
- 3) Paraguas emocional: apoyar a los afectados sin sobreimplicarse.
- 4) Reestructuración cognitiva: dirigida a romper la idea de "calidad de vida", "cantidad de vida".
- 5) Desechar juicios de valor: sobre la forma de vida de los pacientes.
- 6) Autorrefuerzo: autoadministrar mensajes y refuerzos positivos.
- 7) Autoestima: valorar la importancia de la labor profesional para la vida de los pacientes.

Control fisiológico

- 1) Ejercicios de respiración.
- 2) Entrenamiento en relajación.

Control de las respuestas motoras

- 1) Incrementar las respuestas de acercamiento a los afectados (habilidades de comunicación y consejo).
- 2) Adoptar sistemáticamente las medidas preventivas.
- 3) Búsqueda de información en fuentes científicas.
- 4) Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles en la Comunidad.
- 5) Proponer la toma de decisiones conjuntamente con el resto del equipo.
- 6) Disminuir las verbalizaciones sobre los afectados fuera del entorno laboral.
- 7) Incrementar las actividades gratificantes fuera del horario laboral.
- 8) Mejorar las habilidades sociales para:
 - a) Decir no.
 - b) Recibir críticas y abordaje de la hostilidad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bayés R. Sida y Psicología. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud Clínica. 133-140.

Faura I, Vendrell T. Síndrome de Burn Out, enfermería, grupo de alto riesgo. Rol de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol S.A., 1988: 116.

García Huete E. Alteraciones emocionales en el SIDA. Intervención en grupos poblacionales. Cuadernos de Salud: SIDA 97-117.

Gutiérrez León MA, Pitti González CT. Estrategias de autocontrol. Programa de prevención del SIDA. Santa Cruz de Tenerife. 1992.

Kalimo Raija, et al. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización mundial de la salud, Ginebra, 1988.

La calidad de vida de los profesionales sanitarios "quemarse en el trabajo" Capítulo 12 de Psicología social de la salud. 188-205.

La Torre Postigo JM. Estres psicosocial y su afrontamiento. Psicología social de la Salud. Capítulo 3.

Sastre España J. Atención integral al paciente VIH/SIDA. Derrotar prejuicios y reivindicar la solidaridad. 8.

Segura F, Chapinal O, Sasal M, Cervantes M, Osul C, Serra J, Bescós P. Necesidad del equipo asistencial. Guía práctica del SIDA. Capítulo 23. 488-490.

La evolución de los planes de estudio en Enfermería y el VIH/SIDA

MR7.5 A.M. Laguna Pérez.

Escuela Universitaria de Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante. Alicante.

Ciertamente, las enfermeras, hasta ahora, no hemos sido por lo general un grupo de gran empuje social, ni con iniciativa a la hora de integrarnos en el conjunto de los trabajadores que atienden la salud. Hemos ocupado un lugar más bien secundario, a la zaga de otros profesionales más emprendedores y más cualificados (M Mompart). Sin embargo, el próximo siglo en general y enfermedades de una índole tan particular como el VIH/SIDA nos plantean no sólo una meta en salud, sino un desafío para todos los que a ella nos dedicamos; la Enfermería tiene que responder a ese reto, ocupar su lugar de responsabilidad y preparar la profesión para afrontar el futuro.

Haciendo un repaso de la trayectoria histórica de la Enfermería, podemos comprobar que aunque hayan cambiado sus formas de actuar, persiste siempre su finalidad básica, la que le da la razón de ser y que, en definitiva, la define como grupo coherente profesionalizado: me refiero a la Enfermería como responsable de los cuidados. Pero en estos momentos nos encontramos llamados a reflexionar, junto con los demás trabajadores de la salud, con la intención de adelantarnos con razonables previsiones de futuro para conseguir que éste sea, en realidad, más saludable, feliz y productivo para todos. En este objetivo es necesario reconocer el papel de la salud pública.

La estrategia de la OMS en 1981 para conseguir el objetivo de salud para todos fijó las metas: a) promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud, b) prevención de las enfermedades evitables y c) establecimientos de servicios de rehabilitación y de salud; y también los principios sobre los