

BURNOUT DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS AFECTADAS DE DEMENCIA Y SUS FAMILIARES.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.

Juan Luis Santamaría Moncalvillo

Se realiza una revisión descriptiva de la problemática del burnout en los profesionales que trabajan en la asistencia a personas mayores con demencia. Se asume que los factores que pueden provocar el burnout o “quemado” provienen de las tres fuentes con quién el profesional realiza un contrato, considerado este en su dimensión más psicológica: el mayor, afectado de síndrome demencial; su cuidador principal y familia; y la propia organización donde trabaja. Otros aspectos que se revisan son las teorías explicativas más al uso del burnout, y las variables más frecuentemente estudiadas (personalidad del profesional, apoyo social, resiliencia, clima laboral, etc.) llegando a la conclusión de que el burnout es un problema de causalidad multidimensional. Posteriormente, se describen más en profundidad algunos procesos psicológicos característicos del burnout (despersonalización, retroflexión, identificación proyectiva,...) finalizando con propuestas para la prevención e intervención del burnout en estos profesionales.

1. INTRODUCCIÓN

Si bien hay trabajos que abordan el problema del *burnout* en el contexto del cuidado profesional a personas mayores, he encontrado ciertas limitaciones en la aproximación psicológica y en la especificidad del cuidado y atención, a personas mayores con demencia y a sus familiares. Hay que tener en cuenta que el foco de sufrimiento en el profesional no estará limitado únicamente a la relación con el usuario demente. Si bien, la problemática de la demencia es el núcleo y origen fundamental del problema que abordamos.

El contrato del profesional es un contrato como mínimo a tres bandas, con tres vértices si nos imaginamos un triángulo. Por un lado, están los usuarios, por otro la familia y/o cuidador principal y por otro la institución u organización institucional de cuidados.

Por un lado, el contrato de cuidados con el mayor afectado de demencia implica favorecer su bienestar físico y psíquico en una situación de extrema vulnerabilidad y fragilidad. Por otro, implica también la atención solícita y empática con la familia y/o la cuidadora o cuidador principal, en un complejo proceso de delegación de cuidados. Finalmente, el profesional tendrá que ajustarse y negociar continuamente con la manera en que la institución aborda el sufrimiento; con sus normas, reglas, modelos de funcionamiento, etc. Todas y cada una de ellas tienen un impacto psicológico en el profesional.



2. PROBLEMÁTICA EN LOS MAYORES AFECTADOS DE DEMENCIA.

Gran parte del desgaste o “quemado” que sufren los cuidadores familiares y/o profesionales proviene de lo que se conoce en psicogeriatría como “Síntomas Psicológicos y Conductuales en la Demencia” (SPCD). Otra parte, proviene de los síntomas cognitivos, y otra del duelo global que significa la vivencia de la retrogénesis (Reisberg, B. 1984) o involución en la persona con demencia.

Los síntomas psicológicos y conductuales son una serie de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el estado de ánimo y la conducta que pueden presentarse en las personas con demencia constituyendo parte de la expresión de la enfermedad (tabla 1). Producen gran impacto en la calidad de vida del paciente y del cuidador, y son motivo frecuente de claudicación familiar e institucionalización.

Tabla 1. Clasificación de los síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia (SPCD). Alonso, H., Barral ,A., Rodríguez,(2017).

Trastornos conductuales	Alteraciones de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad motora (deambulación errática y/o otra actividad motora no explicada por necesidades básicas y/u otro SPCD), actividad inapropiada. • Agitación, inquietud. • Vocalizaciones repetidas (sonido o expresión vocal), molesta, no relacionada con cambios en el paciente o entorno. Repetición actos, quejas y preguntas. • Abulia cognitiva (reducción del contenido del pensamiento y la iniciativa espontánea). • Negación al baño, vestido, etc.
	Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; resistencia a la ayuda necesaria.
	Trastornos del apetito	<ul style="list-style-type: none"> • Negación a comer, apetito elevado, comidas “raras”, hiperoralidad.
	Trastornos del sueño/vigilia	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del ciclo fisiológico de sueño/vigilia, insomnio, sueño fragmentado.
	Conducta social inapropiada/desinhibición	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas, alteración comportamiento sexual.

Trastornos psicológicos	Alteraciones afectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (temor o sentimiento de pérdida de control). • Irritabilidad (impaciencia, intolerancia, cambios de humor, etc.). • Síntomas depresivos (tristeza, anhedonia, falta de esperanza, sentimiento de ser una carga, etc.), depresión mayor. • Labilidad emocional. • Hipertimia (afectividad excesiva, verborrea, desproporción entre los sentimientos de alegría y el entorno o situación). • Euforia: humor anormalmente elevado o inapropiado.
	Alteración del pensamiento, delirios y trastornos de identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias erróneas o falsas interpretaciones (le han robado lo que no encuentra) o identificaciones (el cuidador es un extraño, las personas de la televisión están en la casa, no reconoce la vivienda). • Delirios de robo, de abandono o perjuicio, delirios paranoides, desconfianza, la pareja es infiel. • Fabulaciones falsas de su pasado.
	Ilusiones y alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones) de tipo visual, auditivo, olfatorias, táctiles, etc.).
	Apatía	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés, motivación, emoción o preocupación.

Alrededor del 68-90% de las personas con demencia pueden presentar algún SPCD. Los más frecuentes son: la apatía, la depresión, la agitación/agresividad y la ansiedad. La mayoría de los pacientes presenta varios SPCD. Pueden aparecer en cualquier etapa de la demencia. Su frecuencia e intensidad varía según el grado de deterioro cognitivo. Así, la ansiedad, la irritabilidad/labilidad o los trastornos de sueño y apetito, son más frecuentes en las fases leves-moderadas de la demencia; mientras que la apatía, la agitación/agresión, la deambulación errante y los errores de identificación, aumentan al empeorar el deterioro cognitivo. Los delirios, la depresión y la hiperactividad motora son los síntomas más duraderos (en más del 50% de los casos persisten tras 18 meses de seguimiento). En pacientes institucionalizados, los SPCD más frecuentes son la apatía, seguido por agitación-agresividad y delirios.

Según el tipo de demencia también hay mayor presencia de uno u otro SPCD. Por ejemplo, aparece más depresión en la demencia vascular y en la secundaria asociada a la demencia - Parkinson, mientras que los delirios, la depresión y alucinaciones son más frecuentes en la demencia con cuerpos de Lewy. En las demencias tipo Alzheimer pueden aparecer estas manifestaciones de forma más heterogénea.

Además de los SPCD, los denominados “Síntomas Cognitivos” (SC) son también foco de sufrimiento en los enfermos, y de desgaste en los cuidadores. Estos significan alteraciones de la memoria, que van desde olvidos leves al inicio de la enfermedad, a muy graves en las últimas fases, además de progresivas alteraciones en las demás modalidades de memoria. A ello le tenemos que sumar el deterioro progresivo de las funciones cognitivas que se expresan en otros síntomas neuropsicológicos: déficit de atención (aproxexia), deterioro del lenguaje y de la comprensión hablada y escrita (afasias, alexia), dificultad progresiva en el reconocimiento de personas, lugares y objetos (agnosias), alteraciones en la coordinación compleja y simple de movimientos (apraxias) y progresivo deterioro de las funciones ejecutivas.

Todas estas alteraciones significan que nos vamos a encontrar con disfunciones que tienen como consecuencia la dependencia en menor o mayor grado para las actividades de la vida diaria, tanto instrumentales (cocinar, manejar dinero, usar transportes, etc.) como básicas (comer, caminar, asearse, control de esfínteres, etc.).

La duración del síndrome demencial oscilará desde meses hasta años; en función de la edad de inicio, del tipo de enfermedad que la cause (Parkinson, Alzheimer, vascular, etc.) y de otras variables de salud de la persona afectada. La larga duración y la complejidad de los síntomas expresados influirán en la génesis del *burnout* o “quemado” del cuidador principal.

3. EL QUEMADO DE CUIDADOR PRINCIPAL.

Respecto a los cuidadores principales se han descrito una serie de fases (Pérez, 1996), que ni aparecen en todos los casos ni se dan en el orden señalado, pero que podemos resumirlas en: fase de perplejidad, de impotencia, de dualidad o ambivalencia; de adaptación o resignación; de cansancio y soledad, claudicación y finalmente, de vacío o liberación al fallecer el paciente. Un cuidador quemado está expuesto a desarrollar posteriormente un duelo complicado.

Durante todo este proceso citado puede observarse la existencia intercalada de fases de esperanza, seguidas o precedidas por otras de desánimo. En las fases de perplejidad, culpabilidad e impotencia está claramente disminuida la capacidad para tomar decisiones. Por ello, es necesario que el cuidador haga un planteamiento objetivo de la realidad para poder enfrentarse correctamente a los problemas y aportar soluciones. Una de las primeras quejas de los cuidadores es el estrés emocional que tienen que soportar durante el largo proceso del diagnóstico y posteriormente, la inadecuada comprensión de la naturaleza progresiva de la enfermedad que conlleva una negación de la enfermedad y más tarde, un profundo sentido de pérdida y tristeza cuando la enfermedad progresa.

El cuidador se siente desbordado por el problema. La salida puede ser no aceptar el proceso ante la falta de perspectivas de resolución o la incertidumbre sobre su futuro. Esto genera gran ansiedad y depresión, que al asociarse al cansancio y agotamiento físico que conlleva el cuidado de estos pacientes, la falta de colaboración y apoyo social que agrava la resolución del problema, desencadena el denominado síndrome del cuidador, que con frecuencia desemboca en la “residencialización” del mayor, afectado de demencia. El cuidador quemado llegará a la residencia con dificultades para delegar los cuidados de su familiar porque experimentará además, sentimientos de culpa y de vergüenza.

4. PROBLEMÁTICA Y DIFICULTADES EN LAS ORGANIZACIONES RESIDENCIALES.

El primer problema con que se encuentran los profesionales que trabajan en la atención directa de las residencias, son las elevadas cargas de trabajo a las que con frecuencia están sometidos, ya que los ratios de personal por residente están muy ajustados a la baja por las instituciones públicas que regulan los permisos de funcionamiento de los centros, con el fin de facilitar la viabilidad económica de unos servicios indispensables para la sociedad. De esta problemática se deriva también el escaso reconocimiento social de los profesionales dedicados a “cuidar viejos” y “limpiar culos”, además de los bajos sueldos en las residencias privadas, que son mayoría en nuestro entorno.

Esto tiene varias consecuencias. Por un lado, el alto nivel de rotación entre los profesionales, sobre todo de enfermeras. Por otro, la alta cualificación y capacitación profesional que se requiere para atender a estas personas afectadas de una problemática muy compleja, contrasta con el escaso reconocimiento que mencionamos arriba y por ende, la escasa cualificación y capacitación real en muchos casos. Lo que explica las altas tasas de baja laboral y absentismo entre gerocultoras y/o auxiliares de geriatría.

Otro problema es la convivencia con diversos modelos de gestión y atención. Paternalistas unos, herencia del origen religioso, puesto que históricamente fueron las órdenes religiosas quienes crearon las residencias. Y otros, de gestión moderna, donde la buena imagen y el modelo ideal de gestión contrastan con la realidad insuficiente de los recursos que pueden desplegar. Realidad que también frustra y desgasta a los profesionales.

El sector cuenta además con una gran diversidad de modelos de centros en función de su tamaño y tipología de gestión, que tiene aspectos positivos en unos sentidos y negativos por otros. Las residencias grandes cuentan con más recursos técnicos y profesionales, pero están más limitadas en la personalización y gestión de espacios hogareños.

5. EL “BURNOUT” O QUEMADO PROFESIONAL.

El término del síndrome de *burnout* se introduce en 1974 por el psiquiatra psicoanalista norteamericano Freudenberger que lo define como: “El agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Maslach en los años setenta, desarrolla una línea de investigación centrada en los procesos emocionales que surgen de las relaciones interpersonales con los propios clientes. En 1976, Maslach define el *burnout* como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”, y da a conocer este término de forma pública en 1977 dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), que fue traducido al español como «síndrome del estrés laboral asistencial».

La definición operacional que goza de mayor aceptación en el estudio e investigación del *burnout* es, sin duda, el modelo de tres componentes desarrollado por Maslach (cansancio o agotamiento emocional, despersonalización-deshumanización (cinismo) y reducción de la autorrealización personal/reducción del sentimiento de logro personal). Para evaluar estos componentes diseñaron el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que es el instrumento más utilizado para evaluar el *burnout* en personal sanitario e incluido en la mayoría de los trabajos de investigación.

Otro concepto fundamental es el grado de satisfacción laboral que los profesionales presentan. Esta se define como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto.

Algunos autores (Ortega, C. López, F. 2004) proponen un modelo funcional explicativo que contempla la influencia de las distintas variables tradicionalmente estudiadas para abordar el problema. Variables antecedentes: apoyo social, las personas con mayor apoyo y relación social estarían más protegidas; las personas, características específicas del trabajo (contacto directo o no con el sufrimiento y la muerte), características generales del trabajo (nivel de sobrecarga, turnos, clima laboral) y variables sociodemográficas (sexo, edad, historia previa de afrontamiento). Como variables moduladoras proponen la exposición en el tiempo y las creencias, sentimientos sobre las propias habilidades y capacidades en el trabajo. En consecuencia, en función del estilo de afrontamiento se dará una Aceptación de las condiciones experimentadas versus Evitación, y Control de eventos internos negativos y aversivos, y el resultado será o el trabajo bien hecho o el síndrome de *burnout*.

Además de estos modelos, la investigación se ha centrado también en el estudio de la personalidad, de dimensiones tales como: *locus* de control, patrón A-B, sentido de coherencia, autoeficacia, neuroticismo, esperanza, humor, autoestima, etc.

Un concepto que se ha incluido en el estudio del *burnout* desde la psicología positiva y que se centra en los aspectos positivos de afrontamiento frente a los negativos es la resiliencia (Csikszentmihalyi, 1999; Seligman, 2000) y el *engagement* (compromiso, fuerza y energía laboral) como constructo opuesto al *burnout* (Maslach, 2001), (Schaufeli, Salanova, González, Romá y Bakker, 2002).

La aproximación más común al problema concluye que el *burnout* es un constructo multidimensional donde influyen factores contextuales (tipo de trabajo, clima laboral, características organizacionales,...) y personales (sexo, edad, estilo de afrontamiento, resiliencia-*engagement*, apoyo social, historia laboral, etc.).

6. EL BURNOUT DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS MAYORES AFECTADAS DE SÍNDROME DEMENCIAL.

En nuestro entorno solo hemos encontrado dos trabajos que estudian el *burnout* en profesionales de geriatría en general. Uno que contempla la influencia de variables demográficas y psicológicas, con un peso importante de los modelos positivistas. Otro, de los mismos autores, que se centra en las dimensiones de la resiliencia (Menezes, V. Fernández, B. Hernández, L. Ramos, F y Contador, I., 2006) definida como la capacidad de sobre-

ponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido con éxito, además de desarrollar competencia social, académica y vocacional; pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave. Estos autores proponen cuestiones importantes de cara a la intervención del problema como son las estrategias de autocuidado, el trabajo emocional y el remodelamiento constructivo.

Otros dos trabajos más específicos se centran en los profesionales que trabajan en psicogeriatría. El primero (Sarabia, C. San Millán, S. Morales, L, Clemente, V. 2016) estudia la relación entre el *burnout* y la calidad de vida profesional (carga, soporte y apoyo directivo, recursos, motivación, etc.) en trabajadores de dos residencias psicogeriatricas de tamaño medio, y concluye que hay una alta relación entre el estrés y la calidad de vida profesional, especialmente atendiendo a la carga de trabajo en el ámbito de las demencias. Otro trabajo se centra en unidades hospitalarias geriátricas y paliativas (Bujalance, 2001) obteniendo similares resultados; si bien, las enfermeras geriátricas frente a otros profesionales (médicos, auxiliares, celadores, etc.), son las que mayor *burnout* e insatisfacción laboral presentan.

6.1 SUFRIMIENTO EMOCIONAL Y MECANISMOS DE PROTECCIÓN.

El concepto en sí y el vocablo del sufrimiento es impactante *per se*. “Hablar del sufrimiento no es sufrir, al igual que hablar de la muerte no es morir, aunque las palabras nos trasladan del preconsciente a la conciencia del aquí y ahora de nuestra vulnerabilidad”. El sufrimiento es una experiencia subjetiva que nos sitúa por encima de nuestras posibilidades (Cassell, 1982) y polariza la personalidad, y en el caso de la demencia este fenómeno incluye a los familiares y profesionales. Esta respuesta de polarización de la personalidad implica la activación de los mecanismos de afrontamiento que tienen como función paliar la experiencia del dolor psíquico.

Ahora vamos a centrarnos en un proceso poco conocido por los profesionales, incluso de la clínica psicológica, y muy relevante por su capacidad para describir fenómenos no conscientes de sufrimiento que se manifiestan en los procesos de relación. Me refiero a la identificación proyectiva (Díaz-Benjumea, 2013)

Si bien la proyección es un mecanismo inconsciente, donde colocamos a otras personas, afectos y emociones dolorosas que no podemos integrar o asumir como propios, la identificación proyectiva es también un proceso psicológico inconsciente mediante el cual percibimos en nosotros mismos como profesionales, las emociones que otros no pueden sentir por disociación protectora del dolor. Lo relevante es que no admite señales de sufrimiento en ningún polo de la relación. Es decir, el sufrimiento del otro lo percibimos y

se asienta en nosotros sin que nos demos cuenta, porque el otro no lo vivencia relacionamente, a diferencia del sufrimiento expresado mediante el impacto emocional, bien sea a través del enfado, la tristeza o el miedo.

La identificación proyectiva es el proceso por el cual de manera silente, sin darnos cuenta, el sufrimiento que está ahí, pero no se actúa, ni se expresa, nos infecta como si fuese un virus, que incuba en nuestro organismo silenciosamente, hasta que aparecen los síntomas de la infección, en forma de apatía, desmotivación con un fondo de invisible tristeza.

Lo mejor para ilustrar esto es mediante un ejemplo: una cuidadora profesional sensible y abierta al contacto, está en interlocución en la siguiente escena: La hija o esposa de un enfermo con demencia está siendo tratada por este enfermo como si fuese otra persona, y este familiar dirigiéndose a la cuidadora, le dice con cierto humor: “Fíjate, me está hablando como si fuese su hermana, últimamente le da por ahí, me confunde con su hermana...”.

¿Qué ocurre en el profesional cuando presencia y es tomado como testigo en escenas de “dolor no sentido, disociado y silencioso”? En cada una de ellas, la identificación proyectiva resuena con el efecto de la desvitalización. Una desvitalización que inunda el cuerpo sin causa conscientemente conocida.

Cuando los familiares cuentan sus duras historias más o menos traumáticas con una alta disociación de los sentimientos, desprovistas de emoción como en el ejemplo anterior, donde la hija comparte con ausencia de matiz emocional un hecho que implica pérdidas dolorosas, percibimos una sensación de sueño o incluso aburrimiento que perdura aún después de un tiempo. Es el contagio del virus del dolor transmitido por osmosis relacional.

Se conocen poco los mecanismos de la identificación proyectiva, posiblemente están implicadas al igual que en otros procesos empáticos, las neuronas espejo. Su consideración explica fenómenos que no pueden ser explicados por otros procesos y de los que hay que diferenciar, por ejemplo, las reacciones contratransferenciales.

Con todo esto, los profesionales se exponen a un dolor que como mínimo nos contagia invisiblemente cuando esta disociado, o que cuando es manifiesto y no existe la posibilidad de ser compartido y/o recogido por otra persona sensible, reaccionamos desde la retroflexión; donde el dolor vivido y no expresado se aferra al cuerpo, manifestándose en forma de contracturas y/ o dolores físicos. Estas experiencias cuando son continuadas nos producen desensibilización o el desapego como protección del trauma continuado, que nos terminan por hacer insensibles al dolor de los enfermos y las familias. La consecuencia es la falta de implicación como una forma de evitar el sufrimiento no tolerable pero con resultados funestos de cara a cubrir las necesidades relacionales y emocionales de los

mayores y sus familias.

Otra defensa es el desplazamiento del dolor en forma de rabia a las relaciones con compañeros, superiores o la institución como una forma de distracción y desculpabilización ante la sensación de impotencia e ineficacia para afrontar el sufrimiento en nuestro quehacer profesional. Todos estos mecanismos defensivos descritos ampliamente en la literatura (Perls Hefferline, y Goodman, P. 1951), (Freud A, 1979) se despliegan como protecciones ante el dolor que supone el deterioro y la pérdida del mayor enfermo y del duelo de los familiares.

Los profesionales vivirán consecuentemente la proyección del duelo por los seres queridos del enfermo demente, si no en todas, en gran parte de las fases que este duelo implica. Un duelo que es anticipado por darse en vida del “familiar perdido” (Pascual y Santamaria, 2009) tiene tintes de lo que conocemos por duelos desautorizados (Doka, 1989). El duelo desautorizado, no tiene la autorización social para expresar todo el dolor que implica la ausencia definitiva del ser querido. La realidad es que este dolor del familiar nos llega anticipadamente en todas sus fases (Parkes, 1983). La evitación o negación se expresará desplazando el dolor en forma de rabia hacia el exterior: “*Las instituciones y los profesionales sois insensibles, ineficaces o inhumanos*”. O la propia negación de la enfermedad. La fase de la conexión e integración con el dolor será menos conflictiva, pero requerirá de la implicación del profesional para que evolucione hacia la recolocación psicológica del ser querido ausente.

La consecuencia de la desconsideración de todos estos procesos es lo que definimos como la máscara social del *burnout* o quemado donde aparecen las manifestaciones conocidas: Evitación, ansiedad asociada al desempeño, depresión y enfado.

7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

En primer lugar, creemos que con estos profesionales es importante abordar la clarificación del sentido que tiene su quehacer profesional y que este, sea recordado periódicamente.

Cuestiones como: ¿Tiene sentido para mí acompañar a estas personas y familiares que sufren? ¿Tiene sentido este trabajo con la demencia (ausencia de mente) donde se compromete mi cuerpo, mis afectos y mis emociones? Si la respuesta es sí, el siguiente paso es asumir los riesgos como sugieren Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (1997). El profesional tiene la opción de controlar el propio ambiente y asumir que existen ciertos límites en su trabajo que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las

claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello nos impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos.

La segunda cuestión será que los profesionales tengan claras sus otras potencialidades como seres humanos. Que sepan, que pueden hacer otras cosas profesionalmente. La finalidad de la actualización de sus potencialidades es la confirmación de que su opción para cuidar o atender personas con demencia es una opción libremente elegida. No es, ni debe ser, una opción de sacrificada supervivencia laboral. Con estas preguntas nos estamos planteando cuestiones que facilitarán el desarrollo del *engagement* o compromiso laboral como “antídoto” del *burnout*.

7.1 CUIDADO DE LAS CONDICIONES LABORALES

- Fomentar la participación en la toma de decisiones. La asistencia a las personas con demencia requiere de la toma de decisiones continuada debido a los cambios inevitables que conlleva esta problemática.

- Planificar horarios flexibles. Se debería dar más oportunidades en la elección de los turnos.

- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo. Esto incluye que las cuidadoras puedan relacionarse con garantías de privacidad e intimidad con los mayores y su familia.

- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma. Los gerentes de las residencias deben impulsar acciones formativas prácticas y realistas.

- Asignación de tareas - grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación positiva de su ejecución. Los planes de cuidado individualizados solo son una herramienta útil si el profesional asume con garantía que dispone de tiempo y conocimiento para realizarlo. La asignación de la persona cuidadora de referencia ha dado muy buen resultado de cara a aumentar la satisfacción laboral y la eficacia del cuidado con los mayores que sufren demencia.

7.2 CUIDADOS PSÍQUICOS.

La disponibilidad en los equipos de trabajo de un grupo de apoyo emocional semanal, o mínimo quincenal, donde el facilitador puede ser un profesional de la plantilla que disponga de habilidades relacionales y competencias emocionales suficientes; que facilite un espacio privado y protegido donde se trabaje la sensibilización y la expresión de las

emociones. Donde se pueda recoger y validar la experiencia, unas veces difícil, dolorosa y frustrante; Otras, gratificante y llena de los éxitos de cuidar bien a los enfermos y a sus familias: reconocimiento.

Brindar un espacio especial a los duelos. Los profesionales de la psicogeriatría tienen que ser conscientes de cómo les afectan las pérdidas y la muerte de los mayores que han cuidado, y tener un espacio para elaborar los sentimientos, tanto positivos como negativos, que han experimentado en la relación con el mayor y sus familias. Ayudarles además a conocer y responder a los duelos tanto de los mayores (muerte de otros compañeros, sus propias pérdidas) como de sus familiares.

Otra propuesta es que el equipo técnico interdisciplinar reciba supervisión dirigida por un profesional experto. Con una periodicidad al menos mensual, que el equipo disponga de ayuda para identificar y manejar procesos como los arriba descritos, además de detectar reacciones contratransferenciales que puedan dañar o limitar las relaciones de cuidado. La supervisión además, tiene como finalidad formar y capacitar a los profesionales en el manejo relacional y, dar soporte emocional a los participantes en el grupo supervisado.

Una opción intermedia es combinar lo anterior con la formación en habilidades relacionales, con el mayor demente, y ayudarles a implementar estrategias de abordaje de los SCD, SPCD que estén provistos de contacto interpersonal y de sentido regresivo-evolutivo (Feil, 1962); ya que habitualmente se enseñan estas estrategias de forma despersonalizada, y muy centradas en la conducta y el ambiente.

En cualquier caso, toda propuesta de higiene psíquica para los profesionales que trabajan con la demencia debe contemplar la higiene física. Sin olvidar las palabras del escritor Jose Luis Sampedro: "Mi cuerpo soy yo". Debemos animar a mantener contacto frecuente con el agua en sus múltiples maneras (ducha, piscina, SPA) y, realizar ejercicio físico aeróbico moderado y recibir masajes. Estas medidas físicas facilitan el drenaje bioquímico de las emociones tóxicas.

Para finalizar, subrayar que la intervención será exitosa tanto en cuanto logre un buen diagnóstico y satisfacción de las necesidades relacionales (Erskine, 1999) de los profesionales. Los grupos de apoyo y/o supervisión han de ser vividos como un espacio emocional seguro, donde existan figuras de las que depender, en quienes apoyarse, y en quienes confiar en caso de necesitarlo. Hablamos de interdependencia saludable donde el líder acompañe y facilite que los miembros se respeten, se cuiden y satisfagan sus necesidades relacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, H., BARRAL, A., RODRÍGUEZ,(2017): www.fisterra.com/guias-clinicas/sintomas-psicologicos-conductuales-paciente-con-demencia-intervenciones-no-farmacologicas
- ARRANZ, P., BARBERO, J., BARRETO, P. y BAYÉS, R. (1997). *Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario*. En L. M. Torres (ed.), *Medicina del dolor* (pp. 389-396). Barcelona: Masson. 39-645.
- BUJALANCE, J. VILLANUEVA, F. GUERRERO, S. CONEJO, J. GONZÁLEZ, V. SEPÚLVEDA, A. CASTRO, S. MARTÍN, I. (2001) *Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos*. *Rev Esp Geriatr Gerontol* Vol. 36(1) 32-40
- CASELL E.J. (1982). *The nature of suffering and the goals in medicine*. *N. Engl. J. Med.*; 106, 6.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1999). *If we are so rich, why aren't we happy?* *American Psychologist*, Vol 54(10), 821-827.
- DÍAZBENJUMEA, M^a Dolores J. (2013). *La identificación proyectiva. Actualización desde una perspectiva relacional*. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (1), 98-142. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]
- DOKA, k.J., (1989) *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*, Lexington, MA. Lexington Books.
- ERSKINE, R.(1999). *Beyond empathy. A therapy of contact in reallionship*. New York. Brunner/Mazzel,1999.
- FEIL, N (2002) *Validación. Un método para ayudar a personas mayores desorientadas*. Herder. Barcelona.
- FREUD, A. (1979). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30, 159-165
- MASLACH, C. y JACKSON, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B. y LEITER, M. (2001). *Job burnout*. *Annual Review of Psychology*, 59, 379-422.
- MENEZES, V. FERNÁNDEZ, B. HERNÁNDEZ, L. RAMOS, F. CONTADOR, I. (2006). *Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos*. *Psicothema* Vol 18 (4) 791-796.
- ORTEGA, C., LÓPEZ, F. (2004). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectiva*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol 4. (1).137-160.
- PARKES, C.M. y R.S. WEISS, (1983) *Recovery from bereavement*. New York, NY, Basic Books.
- PASCUAL, A. SANTAMARÍA, JL. (2009) *Proceso de duelo en familiares y cuidadores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.. doi:10.1016/j.regg.2009.05.012.
- PÉREZ., J. ABANTO A, J. LABARTA M. (1996) *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)*. *Revista de Atención Primaria*; 18:194-202.

- PERLS, F.S., HEFFERLINE, R., y GOODMAN, P. (1951) *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human personality*. New York: Julian.
- REISBERG, B. (1984) *Alzheimer's disease: Stages of cognitive decline*. American Journal of Nursing.
- SARABIA, C. SAN MILLÁN, S. MORALES, L, CLEMENTE, V. (2016). *Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora del clima laboral*. Gerokomos. Vol 27 (2). 48-52.
- SCHAUFELI, W.B., SALANOVA, M., GONZÁLEZ-ROMÁ, V., y BAKKER, A.B. (2002). *The measurement of burnout and engagement: A confirmative analytic approach*. Journal of Happiness Studies, 3, 71-92.
- SELIGMAN, M. y CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55, 5-14.

JUAN LUIS SANTAMARÍA MONCALVILLO

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta Certificado IIPA. Máster en Gerontología Psicosocial

jlsantamaria06@gmail.com