



CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

Directorio SOCHIMEF

En el Modelo de Atención con enfoque familiar y comunitario, cuyo desarrollo se promueve desde mediados de la década del 90, resulta fundamental abordar aspectos de la satisfacción de quienes son los encargados de proveer servicios de calidad: *los trabajadores de la salud*, miembros de los distintos equipos de los Centros de Salud de Atención Primaria.

Diseñar estrategias de desarrollo y cuidado de los equipos de salud familiar, a fin de que puedan llevar a cabo su trabajo en las mejores condiciones posible, es un factor determinante para una implementación exitosa del Modelo de Atención con enfoque familiar y comunitario.

El aspecto más relevante del cambio de Modelo se sitúa a nivel de procesos internos de los profesionales de la salud, quienes deben integrar las distintas dimensiones del ser humano en pro de una comprensión más integral y de un abordaje acorde.

Entrar al mundo biopsicosocial del otro sin las herramientas que lo hagan posible, significa exponerse a la fatiga, a la despersonalización, al no logro, y también a la frustración de los usuarios, que verán más diagnósticos, pero no más ayuda. El cambio en la forma de aproximación al proceso salud enfermedad pasa fundamentalmente por la introducción de lo sistémico en el “pensar” y en el “hacer” de los trabajadores de la salud y esto requiere de un acompañamiento planificado del desarrollo y cuidado de los equipos.

En otro ámbito, las estrategias organizacionales y estructurales, que facilitan la aproximación y operacionalización del Modelo de Salud Familiar, inciden en las dinámicas de los equipos, equipos que muchas veces tienen conflictos interpersonales o están insertos en escenarios con climas laborales adversos. Se precisa, en función de este aspecto, dotar a los equipos de espacios armónicos que hagan la tarea más fructífera.

Ha sido descrito abundantemente el riesgo para la salud (estrés laboral, depresión, burn out, trastornos ansiosos, etc.), al no abordar de manera planificada el cuidado de personas que trabajan cuidando a otros (1, 2, 3).

Entre los factores de riesgo de Burn Out se han descrito los siguientes (4):

Factores relacionados con el trabajo clínico:

- Contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte: el estar de manera permanente escuchando el sufrimiento de las otras personas genera a la larga ansiedad. Existen a su vez algunos factores que hacen a algunas personas más vulnerables que otras, entre otros, tener o no formación y habilidades de comunicación interpersonal, manejo del modelo biopsicosocial, etc.
- Cambio de las expectativas sociales sobre la salud: tiene que ver con la mayor conciencia de los derechos de las personas en desequilibrio con los deberes, pero también a veces con un incremento en las expectativas a las que no siempre es posible responder.
- Problemas en el manejo cotidiano de la consulta: lidiar cada día con la diversidad de temas, tipologías de personalidades, casos de familias, problemas administrativos, etc. se puede transformar para

un profesional en una tarea difícil de sobrellevar. Aún más, si existe un tiempo insuficiente para la consulta con cada paciente.

- Manejo de la incertidumbre: gran parte de las decisiones clínicas iniciales se toman con datos incompletos e imprecisos, especialmente en atención primaria y en salud familiar y salud mental. Aprender a vivir con la incertidumbre es una tarea que requiere adiestramiento y apoyo.
- Percepción de falta de apoyo laboral: sentimiento de que los administradores están más (o sólo) preocupados de los pacientes que de los trabajadores. Se incluye además la preocupación sobre las denuncias de los pacientes, en especial para los médicos.
- Falta de promoción interna e inseguridad en el trabajo: en muchos casos, y en especial los médicos, trabajan sin contratos, por lo que no tienen carrera funcionaria y se mantienen en condiciones laborales inseguras.

Factores dependientes de condiciones individuales

- Personalidad: personas inseguras, autoexigentes, con dificultad para adherirse a equipos de trabajos.
- Formación profesional individualista, orientada al logro personal y no al del equipo de trabajo o al de la organización.

Factores relacionados con el puesto de trabajo y la organización:

- Condiciones del entorno físico, infraestructura: ruido, mala iluminación, malos olores, falta de espacio
- Burocratización, papeleos, cantidad de trámites administrativos que dificultan el tiempo de contacto con los usuarios.
- Aspectos organizativos: turnos, tiempo destinado al trabajo en equipo, facilidad para las reuniones, etc.
- Déficit de recursos.

En consecuencia, abordar el tema del recurso humano es central, para el éxito del Modelo de Salud Familiar en desarrollo; se requiere formar y cuidar al equipo, en esencia, formarlo para que no equivoque el sentido del cambio y cuidarlo para que transite con seguridad y alegría en este desafío.

Definiciones de cuidar:

Según Aranda Otero (5) la ética del cuidado se fundamenta en la dialéctica fragilidad – responsabilidad.

Pero ¿qué significa cuidar y cómo se ejecuta esta acción?, El cuidar, ¿es un comportamiento social que colabora en “modelar” una forma relacional amorosa, no conflictiva, nutridora?

La palabra cuidar en el diccionario de la Real Academia de la lengua se explica como “poner interés y esmero en la ejecución de algo”, “asistir a alguien que lo necesita”, “guardar, proteger, conservar”, “dedicarse una persona a una cosa”.

Referencias al cuidar aparecen ligadas al rol de la enfermera y también a lo ético, en cuanto influencia en el bienestar de las personas.

M. Consuelo Santa Cruz Caicedo, en *la Ética del Cuidado expresa acerca del cuidar que es el “mantenimiento de la vida y la salud o*



de lo que las hace posible”, y agrega, “al referirnos al cuidado, entramos directamente en el terreno de lo moral y de lo ético”. En una mirada de lo deseable expresa: “el ideal de cuidado es el bienestar del hombre, permitiéndole crecer como ser, cuidarse de forma integral, cuidar su entorno y su medio ambiente”, considerando, por lo tanto, que es “toda acción que contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y los grupos”, o...” aquello que promueve y fomenta la vida y la salud.” (6)

Este concepto es contrario al sentido tradicional paternalista del cuidar, para transformarlo en una interacción que ayuda al otro a ser como persona.

En el mismo sentido Paulo Freire expresa: “cuidando de ti, tengo la obligación moral de enseñarte a cuidar de ti mismo, a menos que yo quiera mantenerte en la dependencia de mi saber, de mi poder; lo que sería al revés de la propia definición del cuidar.” (6)

Un aspecto relevante destaca que, en la ética del cuidado es preciso considerar aquellos cuidados habituales, frecuentes, continuos, que sin ser los que más llaman la atención por lo dramático (“el aborto, la eutanasia”), requieren ser lo mejor, porque constituyen el requerimiento del diario vivir de nuestros usuarios.

Respecto a lo anterior Antonio Aranda dice: “cuidar significa reconocer, activamente, en el otro su dignidad y su diferencia.” (5) **“En el quehacer diario, en la vida corriente de los cuidados, se debe introducir una legítima y necesaria aspiración a la excelencia. Cuidar desde la excelencia supone ser fiel a los bienes internos de la profesión, traspasando los mínimos de la beneficencia y la justicia”.**

Cuidar desde la excelencia significa preguntarse “con la curiosidad del principiante” qué es aquello que los usuarios necesitan, qué es aquello que esperan de la interacción, para dar siempre lo mejor de quien cuida.

“Todo trabajador debe aspirar a la excelencia; en nuestro caso a una ética de máximos, no exigida sólo legalmente, sino además demandada, moralmente y en conciencia, a título individual.” (Aranda Otero).

Pero el que cuida desde la excelencia también necesita **cuidarse y ser cuidado.**

CUIDADO DE LOS TRABAJADORES/EQUIPO:

Los equipos de Salud Familiar son equipos que establecen relaciones continuas con sus familias a cargo y tienen la responsabilidad del cuidado de largo plazo. Entendido así, son equipos que cuidan y necesitan ser cuidados.

El cuidado de los equipos es el conjunto de acciones efectuadas por los administradores e instituciones, en pro de la salud de sus trabajadores. Se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que hagan sentir a los trabajadores una preocupación por su salud y bienestar en general.

El autocuidado es el conjunto de acciones que cada trabajador y los equipos efectúan por sí mismos, para preservar o recuperar su salud. El autocuidado se ha definido como “las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas” (De Friese, 1989) (7) o “la práctica de actividades que los propios individuos,

inician y desarrollan en su propio beneficio, en la mantención de su vida, salud y bienestar” (Orem, 1930).

El cuidado y autocuidado de los Equipos de Salud debe ser abordado de manera sistemática y como preocupación desde las políticas del Ministerio de Salud, con claros elementos orientadores al Gestor de Red y a los Administradores Municipales a través de las Orientaciones Programáticas.

Existirían al menos 4 ámbitos a ser cubiertos para un cuidado sistemático de los equipos:

1.- CAPACITACIÓN EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROPIAS DEL ROL: habilidades técnicas y habilidades comunicacionales que permitan a los profesionales abordar la tarea, maximizando sus posibilidades terapéuticas y el afrontamiento exitoso de las situaciones que el trabajo en APS determina.

2.- ABORDAJE PREVENTIVO DEL IMPACTO DEL ROL EN LAS EMOCIONES Y EN LA CONDUCTA: desarrollo de habilidades que favorezca la relajación, el manejo del estrés y la comprensión y manejo de los procesos internos que viven los terapeutas.

3.- RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS INTRAEQUIPO: Si bien es cierto que esta tarea compete fundamentalmente a los líderes, quienes no deben soslayar la responsabilidad que les cabe en este ámbito, los miembros del equipo precisan disponer de herramientas para solucionar sus diferencias.

4.- DESARROLLO DE SENTIDO DE CUERPO DEL EQUIPO: oportunidades de espacios de entretención (convivencias, celebraciones de ritos, fechas clave, etc.) no relacionados con la tarea, pero que fortalecen la relación de equipo.

A continuación desarrollaremos algunos conceptos e ideas relacionadas con los 4 ámbitos anteriores:

1.- DESARROLLO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS Y COMUNICACIONALES PROPIAS DEL ROL:

Los equipos que atienden poblaciones vulnerables están diariamente en contacto con el sufrimiento humano en su sentido más amplio. El Modelo de salud familiar impulsa a introducir la multidimensionalidad en la comprensión y abordaje de los problemas, poniendo como exigencia a los equipos, el reconocimiento de esta realidad como contribuyente a un mejor diagnóstico. Esta tarea introduce un primer elemento de riesgo a la salud de los equipos. No es que sea una nueva realidad, pero no se exigía abordarla, podía ser desatendida y escondida en las respuestas a los ámbitos biológicos.

Entonces un primer ámbito de cuidado de los equipos es el análisis de las competencias requeridas para asumir la tarea propuesta.

Comprendiendo esta “Ética del cuidado” y teniendo en consideración la necesidad de humanizar la praxis, se entiende que una atención de excelencia *exige utilizar la relación terapéutica como “auténtica tecnología de punta para la dinámica de los cuidados” (8).* Pero también entendiendo que la habilidad comunicacional se transforma en una herramienta moduladora de conflictos al favorecer una mejor relación con los usuarios.

La incorporación de conocimientos, habilidades y destrezas relacionales, supone un entrenamiento sistemático y una supervisión que retroalimente explícitamente los avances o dificultades, ya que no necesariamente poseemos estas habilidades como condición



natural. Lamentablemente esta “tecnología” no ha sido incorporada como enseñanza aprendizaje de manera regular, sino sólo tardíamente en algunos currículos de Escuelas de Medicina y de otras profesiones de la salud.

Entre las competencias necesarias se encuentran al menos:

- **Diagnosticar integralmente las necesidades de salud de su población consultante**
- **Abordar los problemas con enfoque de ciclo vital**
- **Interactuar de manera armónica con el equipo de salud para el análisis y planificación de los cuidados individuales y/o familiares, de la población a cargo.**
- **Utilizar herramientas de comunicación efectiva en la interacción con la población consultante, sus familias y comunidad.**
- **Trabajar con las familias los problemas de salud que requieran un abordaje amplio.**

Consecuente con lo anterior es preciso diseñar un programa de desarrollo de las competencias requeridas. Con esto se dotará a los equipos de las herramientas que le permitan el abordaje biopsicosocial. Las habilidades comunicacionales, desde la perspectiva del “mejor hacer” para establecer relaciones nutritivas con los usuarios, se constituyen en **factores protectores de la salud de los equipos de salud.**

Entre las habilidades comunicacionales necesarias a desarrollar y/o reforzar están:

- **Escucha activa**
- **Reflexividad**
- **Empatía**
- **Asertividad**
- **Confrontación**
- **Ser y ayudar a ser específicos**

Los valores que están detrás de estas habilidades son la amabilidad, el respeto, la tolerancia, la no discriminación.

Todo lo anterior ayudará a:

- Permitir el flujo de ideas sin enjuiciar.
- Cuestionar y flexibilizar las propias creencias.
- Ayudar a redefinir situaciones.
- Observar los mensajes no verbales.
- Observar y analizar las emociones que surgen en la relación
- Ayudar a clarificar situaciones problema
- Ayudar a reconocer y aceptar las emociones despertadas por circunstancias perturbadoras.
- Respetar el derecho de los individuos a decidir.
- Ayudar a la toma de decisiones respetando la escala de valores del otro.
- Potenciar los recursos personales y capacidad de autodeterminación.

Estrategias para mejorar las habilidades de comunicación en los equipos:

- Uno de los cambios relevantes es la incorporación de estos contenidos en los currículos de las carreras de la salud para desarrollar las habilidades desde la formación de pre grado.
- Los profesionales en práctica pueden incrementar sus habilidades mediante talleres que utilizan técnicas de juego de roles, con o sin pacientes simulados, las que permiten un aprendizaje vivencial de dichas habilidades. Cuando estas técnicas son grabadas es posible además que los profesionales puedan autoanalizar sus propias actitudes de manera de ejercer la crítica sobre su manera de relacionarse.

- La existencia en los Centros de Salud de salas con espejos bidireccionales ayuda a la práctica observada por tutores, que pueden hacer correcciones mediante citófonos y colaborar en el mejoramiento de las destrezas durante el ejercicio de la entrevista, con la autorización de los usuarios. Requiere de sistemas de altoparlante de bajo costo.
- Diseñar mecanismos de observación para una adecuada retroalimentación de los miembros del equipo, quienes debieran mutuamente criticar sus formas relacionales, para mejorar progresivamente su habilidad de comunicación. Desarrollar la “presencia reflexiva y atenta”, usando la expresión de Ronald Epstein. Ser consciente de la capacidad de mejorar.

2.- ABORDAJE PREVENTIVO DEL IMPACTO DEL ROL EN LAS EMOCIONES Y EN LA CONDUCTA:

El rol de los equipos relacionado con el abordaje del sufrimiento humano puede generar en los profesionales, distintas emociones y conductas disfuncionales que deterioren su salud mental y alteren su potencial terapéutico. Los principales efectos son: cuadros ansiosos, estrés, burn out, depresión, reactivación de trastornos funcionales del colon o de otras patologías (asma, hipertensión arterial, etc.).

Las acciones al respecto pueden ser:

- Talleres de prevención y manejo del estrés.
- Creación de grupos de auto reflexión tipo grupos Balint (9), cuyo funcionamiento aborda las emociones, reacciones, conductas que surgen en los profesionales a causa de la interacción con los pacientes. La discusión se centra no en la resolución del caso clínico sino en el análisis de los sentimientos y reacciones de los profesionales y está destinado a mejorar la interacción. Generalmente requiere de un tutor que guíe la discusión.

4.- DESARROLLO DE SENTIDO DE CUERPO DEL EQUIPO:

Independiente del desarrollo técnico y humano del equipo, es necesario otorgar un valor especial a la generación de oportunidades de interacción de los miembros del equipo en instancias distintas a lo laboral y que cubran intereses estrictamente sociales: celebraciones de fechas importantes, convivencias, paseos, etc. Estas actividades pueden parecer lejanas al rol, pero se constituyen en espacios relevantes de crecimiento afectivo, aspecto que puede incrementar el compromiso por la tarea.

AUTOCUIDADO (10,11):

Como se dijo anteriormente el autocuidado es el conjunto de acciones que las personas realizan para su propio cuidado. La primera responsabilidad del cuidado está a nivel de las mismas personas en riesgo.

Entre las acciones de autoprotección están:

- Alimentación saludable: darse tiempo para una alimentación sana, evitando ayunos y en espacios para tal efecto.
- Actividades de recreación: deportes, juegos, bailes, lectura, cine, música, etc.
- No contaminar los espacios de recreación con el trabajo. Evitar conversaciones de trabajo en ambientes de relax, familiares, etc., a menos que ellas sean buscando apoyo a situaciones difíciles. Evitar la saturación de las redes de apoyo con temas en que los otros no pueden ayudar.
- Evitar la sobre responsabilización sobre hechos y personas, delimitando lo que es posible de lo que no lo es, lo que está en el rol y lo que no lo está. Lo anterior no implica falta de compasión. Es compasión por uno mismo.
- Registro oportuno y visibilización de los malestares: no negar lo que ocurre con sus emociones, síntomas, signos es un paso relevante para la pesquisa y tratamiento oportunos.



SISTEMATIZACIÓN DE LAS SUGERENCIAS PARA ABORDAR EL CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LOS EQUIPOS (11):

Los Programas de Cuidado de los equipos y Autocuidado debieran tener al menos los siguientes objetivos:

- Promover la salud mental de los equipos de salud, en el marco de la estrategia de cuidado continuo.
- Prevenir la aparición de daños a la salud mediante la detección precoz de signos de estrés y su manejo sistemático.
- Promover el autocuidado integral de los integrantes del equipo.

Estrategias de intervención individuales:

- Fomento de adecuada alimentación, ejercicio y descanso.
- Entrenamiento en la solución de problemas, en la asertividad y en el manejo del tiempo.
- Implementación de prácticas de relajación, parar y desconectar en pequeños descansos a lo largo de la jornada laboral.
- Fortalecer los vínculos interpersonales y la asociatividad.

Estrategias de intervención grupales:

- Capacitación en habilidades de comunicación interpersonal, que disminuya las probabilidades de conflicto y favorezca las relaciones respetuosas, con afecto, entre usuarios y equipos.
- Formación de espacios tipo grupos Balint, ya descritos anteriormente.
- Adiestramiento en "pensamiento sistémico" de manera de ayudar a los equipos a operacionalizar el modelo biopsicosocial a la práctica cotidiana, lo que facilita el manejo de los problemas psicosociales (disminuye la probabilidad de burn out).

Estrategias de intervención organizacionales:

- Proteger espacios de trabajo en equipo que permitan la reflexión y el crecimiento grupal en clima de respeto y tolerancia: Fomentar el trabajo colaborativo multidisciplinario valorando el aporte de cada uno en su real dimensión.
- Desburocratizar el sistema de manera de asegurar el mejor tiempo de contacto profesional usuario, eliminando en la medida de lo posible los trámites administrativos que tensionan la relación y estresan a los profesionales, sin incidir en la práctica en una mejor calidad de atención ni un mejor nivel de salud.
- Disminuir al máximo los contratos a honorarios para asegurar la estabilidad laboral.
- Evitar tensionar la relación equipos - usuarios por un aumento exagerado de las expectativas de los usuarios y sin considerar un equilibrio entre deberes y derechos. Fomentar el desarrollo de la Participación Social como elemento de acercamiento.

CONCLUSIONES:

Las personas que trabajan cuidando a otros están expuestas a un mayor desgaste emocional y a sufrir patologías de su salud mental tales como: estrés laboral, trastornos ansiosos, síndrome de Burn Out, depresión, etc.

El pensar sistémico requiere de un profundo cambio del recurso humano que debe ser abordado de manera planificada y cuidada.

El desarrollo, cuidado y autocuidado de los equipos es factor clave en la consolidación del cambio de Modelo. Las habilidades de comunicación pueden constituirse en un factor protector de los mismos. La relación terapéutica se transforma en una "auténtica tecnología de punta para la dinámica de los cuidados.

Existen estrategias individuales, grupales y organizacionales para abordar el cuidado y autocuidado de los equipos de APS, que tienen

distintos grados de complejidad de implementación, y que son alternativas realistas de implementar en la APS, sin que requieran necesariamente recursos adicionales importantes, en comparación al beneficio que significan.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan en violencia. Arón A.M.; Llanos, M.T. Año 20, nº 1 – 2, p 5-15
2. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/mec246gh/Lectura3a.doc>
3. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [online]. 2004, vol.18, suppl.2, pp. 83-92. ISSN 0213-9111. García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada y Maroto-Navarro, Gracia.
4. El Síndrome Burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos ¿Cuál es la prevalencia del Burnout autorreportado entre profesionales de la salud? Un estudio realizado por IntraMed y el Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida, Universidad de Girona, España. Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230, N.º 2 - Marzo-Abril 2009.
5. "Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E." Virgen de la Paz de Ronda. D. Antonio Aranda Otero.
6. Ética del Cuidado. M. Consuelo Santa Cruz Caicedo www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articulos%20opinion/La%20etica%20del%20cuidado.htm
8. www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/factores.pdf
9. http://es.wikipedia.org/wiki/Michael_Balint
10. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos2 (Universidad de Almería, España)
11. Fortalecimiento del Autocuidado como estrategia para la Atención primaria de Salud. OPS. 2006