

# L'acompanyament als professionals que treballen amb les persones que es troben en el procés de morir i amb les seves famílies

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

Helena García-Llana<sup>1</sup> i Rocío Rodríguez-Rey<sup>2</sup>

## Resum

Els professionals que treballen amb persones al final de la seva vida i amb les seves famílies estan exposats a un context laboral en què es duen a terme tasques gens fàcils, com acompanyar els familiars d'un pacient després de la seva mort. En aquest context no és infreqüent que els professionals pateixin conseqüències psicològiques negatives, com el *burnout* o el desgast per empatia. L'objectiu d'aquest article serà exposar els riscos i les oportunitats dels professionals que treballen amb persones que es troben en el procés de morir i les seves famílies i, sobretot, presentar eines que, des de la psicologia clínica i de la salut, puguin minimitzar aquests riscos des d'un enfocament preventiu. En concret ens centrarem en la comunicació i l'autoregulació emocional.

**Paraules clau:** Cures pal·liatives, final de vida, professionals sanitaris, *burnout*, autocura, comunicació, autoregulació emocional, *Mindfulness*.

**Per citar l'article:** GARCÍA-LLANA, Helena i RODRÍGUEZ-REY, Rocío. L'acompanyament als professionals que treballen amb les persones que es troben en el procés de morir i amb les seves famílies. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2017, n. 210, pàgines 115-126. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Doctora en Psicologia Clínica i de la Salut. 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

<sup>2</sup> Doctora en Psicologia Clínica i de la Salut. Universidad Europea de Madrid. Facultad de Ciencias Biomédicas. Departamento de Psicología. Email: 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. Introducció general

Quan es treballa amb éssers humans que pateixen, i especialment quan el treball consisteix a tenir cura i acompanyar a altres persones en moments propers a la mort, no és infreqüent escoltar en els professionals expressions del tipus “estic esgotat”, “no puc més” o fins i tot “ja no puc suportar ni un sol mort més aquesta setmana”. Aquest tipus de verbalitzacions es poden escoltar fins i tot de professionals altament motivats per la seva feina d’ajudar i acompanyar a altres en el seu procés de morir. Estar constantment exposats al sofriment, mostrar empatia cap a l’altre, acceptar incondicionalment el pacient i la seva família i ser un suport per a ells en els seus moments més foscos pot ser un treball tremendament gratificant, però té un cost (ACINAS, 2012).

L’objectiu d’aquest article serà exposar els riscos i oportunitats dels professionals que treballen amb persones que es troben en el procés de morir i les seves famílies i, sobretot, mostrar eines que, des de la psicologia clínica i de la salut, poden ajudar-los a prevenir o minimitzar el patiment associat a l’exercici de l’ajuda.

## 2. Implicacions psicològiques de treballar amb pacients i famílies al final de la vida: riscos i oportunitats

Els professionals de cures pal·liatives estan exposats a un context laboral difícil amb una alta càrrega emocional. Sovint

s'emprenen tasques gens fàcils, com comunicar males notícies o donar suport al facultatiu mentre que aquest lidera el procés comunicatiu, prendre decisions amb implicacions ètiques, escoltar les pors i temors d'una persona al final de la seva vida o acompanyar els familiars en dol. A més, aquests professionals freqüentment se senten escassament preparats per fer la seva feina (CECCARELLI, CASTNER i HARAS, 2008), el que pot incrementar el seu nivell d'estrès i sobrecàrrega (PEREIRA, FONSECA i CARVALHO, 2011).

En absència de les estratègies adequades –algunes de les quals seran exposades en aquest capítol– no és infreqüent que els professionals que treballen en aquest context pateixin conseqüències psicològiques adverses. D'entre totes elles, la més coneguda és el burnout, o “síndrome de l'estrès laboral assistencial” que es defineix com l'experiència d'esgotament emocional i disminució de l'interès en el context laboral, acompanyat d'una falta de realització personal (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001). El professional “cremat” mostra falta d'energia a nivell físic i psicològic, i li és difícil fer bé la seva feina a causa del seu esgotament. Diferents estudis han trobat que patir burnout s'associa amb una disminució de l'efectivitat en el treball (MASLACH et al. 2001) i un descens en la qualitat de la cura que rep el pacient (SHANAFELT et al., 2002), la qual cosa pot tenir efectes irreversibles en el context de la cura al pacient al final de la seva vida. Un recent estudi realitzat va trobar que el 62% dels professionals de pal·liatius va mostrar almenys un símptoma de burnout (KAMAL et al., 2016), un fet que evidencia la seva alta implementació en aquest context particular.

A més del burnout, altres problemes freqüentment constats en aquests professionals són, entre altres, el trauma vitari, que es manifesta en persones que tenen cura d'altres que han experimentat situacions traumàtiques (KEARNEY et al., 2009), el distrés moral, que se sol produir quan els professionals han de prendre o emprendre decisions amb altes implicacions ètiques (Canadian Nurses Association, 2003) i el desgast per empatia o la fatiga de compassió, que es refereix a una disminució en la compassió mostrada, que es relaciona amb haver mostrat compassió repetidament en situacions d'alt impacte emocional unit a una manca de recursos per a gestionar el patiment de l'altre (BENET, ARRANZ i CANCIO, 2011).

Malgrat els riscos, cal destacar que el treball amb persones al final de la seva vida no només presenta ombres, sinó que són moltes més les llums. En aquest context tan complex els professionals tenen una excel·lent oportunitat per mostrar els seus recursos i ajudar a altres en moments difícils. En aquesta línia un terme interessant és el de *satisfacció de compassió*, que es defineix com el goig i la satisfacció de treballar ajudant els altres (BENITO et al., 2011). A més, el fet d'estar constantment

**El professional “cremat” mostra falta d'energia a nivell físic i psicològic, i li és difícil fer bé la seva feina a causa del seu esgotament.**

exposat a la mort pot afavorir en el professional una major estima per la seva pròpia vida, pel seu autèntic sentit, i per les seves relacions amb altres persones. Això és el que es coneix com a *creixement posttraumàtic* (TEDESCHI i CALHOUN, 1995) i passa no només en persones que experimenten malalties o els seus familiars, sinó també en professionals que s'enfronten habitualment amb situacions de final de vida (RODRÍGUEZ-REI et al., 2016).

### 3. Eines per ajudar els professionals que treballen amb persones al final de la seva vida i les seves famílies

#### 3.1. Estratègies interpersonals: Competències comunicatives

En el context de l'atenció al pacient al final de la vida i la seva família, el coneixement de la tecnologia medicobiològica serveix de poc si no es contempen els factors interpersonals de l'acte assistencial com són la comunicació, el suport emocional, o el maneig de situacions difícils (GARCÍA, LINERTOVÁ, MARTÍN, SERRANO i BENÍTEZ, 2009). Tot plegat condueix a la necessitat que els professionals de cures pal·liatives disposin de les competències comunicatives que els permetin tenir cura i acompanyar el pacient i la seva família amb els criteris màxims de qualitat (GARCÍA-LLANA et al., 2010). En aquesta línia s'ha trobat que un procés comunicatiu adequat té múltiples beneficis per al pacient i la seva família, ja que incrementa el nivell de satisfacció (JOOS et al, 1996) i millora la precisió i la rapidesa en el diagnòstic (MARVEL et al., 1999). A més, disposar d'aquestes habilitats és beneficiós per al professional, ja que disminueix el seu risc de patir depressió o burnout (TAYLOR et al., 2005) i millora el seu rendiment i satisfacció (FERNÁNDEZ-BERROCAL, 2010). De fet el principal factor de risc per a l'aparició de burnout que s'ha trobat en una revisió sistemàtica va ser la falta de confiança en les pròpies habilitats de comunicació amb pacients i familiars (PEREIRA et al., 2011).

Tot i la importància de l'adquisició de competències comunicatives adequades, aquestes habilitats són vistes sovint com una cosa que *"es té o no es té"* i que, per tant, no necessita ser ensenyat. A més, es tendeix a pensar que tenir experiència i bones intencions garanteixen una adequada comunicació. En contra d'aquestes creences, existeix evidència sobre que les habilitats comunicatives es poden aprendre mitjançant l'entrenament planificat i la pràctica (COSTA i ARRANZ, 2012). Al cap i a la fi, ningú neix sabent comunicar-se. Perquè, doncs, suposem que cal ensenyar a un professional a aplicar una sedació pal·liativa, i en canvi no cal ensenyar-li a comunicar

una mala notícia quan tots dos aspectes són una part irrenunciable de la seva feina?

Un cop establerta la importància de la comunicació, ens queda per respondre una pregunta: Com ha de ser un procés comunicatiu adequat en aquest context? Per a respondre-ho ens basarem en el protocol de comunicació desenvolupat per Arranz, Costa i Cancio (2000), a partir de l'adaptació de la Guia de Calgary Cambridge per al procés de comunicació en l'entrevista mèdica. Aquest protocol consta de quatre passos:

- 1r. *Preparar la trobada: Parar.* Davant el contacte amb l'altre, el professional pot actuar sense parar-se a pensar, guiats per les seves emocions. Això pot suposar una amenaça per al pacient i per al propi professional. És difícil, però possible, triar com volem actuar. *¿Mogut per impulsos (reactiu), o per valors i objectius (proactiu)?* Respondre de forma proactiva requereix un procés d'autoregulació, aspecte en el qual ens centrarem més endavant.
- 2n. *Establir la relació: Acollir i validar.* Per acollir un pacient seran imprescindibles elements bàsics com presentar-nos, cridar-lo pel seu nom i mantenir una comunicació no verbal que transmeti proximitat (proximitat, mirar als ulls, etc.). Validar implica escoltar, no jutjar i legitimar la perspectiva de l'altre. La validació és crucial perquè el professional tingui capacitat d'influència en el pacient i la seva família. Per exemple, davant d'uns familiars que es neguen a que es retiri el suport vital a un pacient, en un cas en què estaria clínicament indicat, haurem de començar per validar el difícil que ha de ser prendre aquesta decisió (ex. "*Entenc que és una decisió molt difícil...*"). En cas contrari difícilment podrem exercir una influència sobre ells, ni fer que se sentin recolzats.
- 3r. *Explorar la perspectiva del pacient: Preguntar.* En paraules de Costa i Arranz (2012) el sofriment que no s'explora no es pot alleujar. Preguntar és una habilitat clau per a això i per promoure el compromís i l'opció a triar.
- 4t *Acordar la intervenció: presa de decisions compartida (PDC).* En el context de les cures pal·liatives, l'aplicació dels mitjans tècnics mèdics disponibles pot anar acompanyada de conseqüències no desitjades, com una alta incidència d'ingressos hospitalaris. Aquest fet condueix a la necessitat d'un procés de PDC amb el pacient i la seva família que permeti l'adequació de l'esforç terapèutic. Durant aquest procés de PDC és precís tenir present que tan important és la vida com la qualitat de vida, com a valors a considerar. La decisió final dependrà de les prioritats del malalt, analitzades i discutides amb la família i l'equip assistencial.

Com a últim element comunicatiu a destacar, un aspecte essencial en el treball amb persones al final de la seva vida és la comunicació de males notícies. Aquest és un treball difícil, que pot generar ansietat en els professionals i per al qual poden sentir-se insuficientment preparats (Ceccarelli et al., 2008). Atès que la manera en què es transmeti una mala notícia afecta a com és assimilada, és fonamental que els professionals disposin de pautes i entrenament. El protocol més popular per comunicar males notícies és el de Robert Buckman i Kason (1992). L'adaptació realitzada per Arranz, Barbero, Barreto i Bayés (2010) d'aquest protocol consta de set passos: (1) Preparar-se per la situació comunicativa (és a dir, aturar). (2) Establir un context favorable, en un espai tranquil i disposant de temps. (3) Explorar: quant en sap el pacient? (4) Explorar: quant en vol saber? (5) Compartir informació tenint en compte que aquesta ha de ser gradual, comprensible i adaptada a l'estat emocional del pacient. (6) Ser sensible als sentiments i necessitats del pacient i validar-los, i romandre acompanyant-lo, i (7) fer seguiment del procés.

### 3.2. Estratègies personals:

#### 3.2.1. Que són les emocions i per a què serveixen?

Un bon punt de partida per endinsar-nos en l'autoregulació emocional és contestar a la pregunta de què són les emocions:

Les emocions són respostes que sorgeixen quan s'avaluen les situacions com a rellevants per als nostres interessos i ofereixen informació sobre la nostra relació amb l'entorn o sobre la nostra experiència amb nosaltres mateixos (GREENBERG, 2000). Són processos inconscients, molt ràpids, i se solen manifestar en sensacions corporals. Només emergeixen a la consciència d'una manera clara i fan visible el seu significat en la mesura que s'està despert a les pròpies reaccions i la persona es dóna permís per sentir-les. És un procés automàtic que ens actualitza tota la nostra història prèvia d'aprenentatge i ens ajuda a respondre a aquestes situacions importants.

S'activa l'ansietat quan ens sentim amenaçats, s'activa la ira quan ens sentim atacats o ofesos; s'activa la tristesa quan hem de fer front a pèrdues. Totes elles tenen un significat evolutiu molt important i són respostes molt determinades per l'estructura biològica del cervell. L'evolució ens ha dotat d'un sistema que atorga i valora l'entorn donant significats personals als successos i donant-nos claus per triar racionalment el que és més adequat en cada situació i també ens dóna energia per executar la conducta. No oblidem que emoció prové del llatí *movere* (instar a l'acció).

Les emocions són adaptatives o desadaptatives: no són ni "bones" ni "dolentes", ni "positives" ni "negatives". És cert

que n'hi ha algunes de desplaents però si el dolor no ho fos... faríem alguna cosa per cuidar-nos quan el sentíssim? Per citar un altre exemple, encara que pot semblar que l'ansietat és una resposta desadaptativa, si ens situem en un ambient amb depredadors i riscos ens adonem que aquesta resposta ha estat clau per sobreviure. En definitiva, quan les emocions s'escolten i s'accepten, compleixen la seva funció de "senyal" o de "semàfor" regulatiu de les nostres vivències i de la nostra manera d'actuar, es transformen en un aliat important que ens guia.

### 3.2.2. Autoregulació i autocura

En aquest article, es dirà autoregulació al conjunt de processos que el professional executa, d'una manera conscient o inconscient, sobre les seves pròpies respostes per tal de dirigir-les; i anomenarem autocura a aquelles conductes que les persones realitzen per promoure la seva salut i el seu benestar.

Gestionar bé les emocions ens permetrà una veritable trobada amb els pacients. Les habilitats de regulació fisiològica es basen principalment en desenvolupar l'autoconeixement de les pròpies reaccions. En general es tracta de poder prendre consciència de les àrees de tensió corporal (dirigint i centrant l'atenció de l'exterior a l'interior) i reconèixer-les. Un cop reconegudes i captat el seu significat es poden reduir per mitjà d'alguna tècnica respiratòria o de relaxació corporal.

Per tal de gestionar adequadament les emocions del professional, és a dir, sense perjudicar-nos ni que resti afectada negativament la relació amb els altres, se suggereix el següent esquema d'autoregulació (veure taula 1).

**Taula 1. Esquema d'autoregulació**

- a) Estar **despert** a les pròpies emocions i mantenir el canal d'escolta intern sempre connectat. Aprendre a posar nom al que em passa per conèixer què significa.
- b) **Autoacceptació**: És normal que les coses ens afectin. Donar-nos permís per sentir el que se sent alleuja immediatament la tensió i ens permet triar quina conducta emetrem. Sentir-la, identificar-la i després deixar-la anar.
- c) Atenció a com ens parlem a nosaltres mateixos!: El tipus de diàleg, el que s'anomena **autoinstruccions**, influeix en l'amplificació o disminució de la reacció emocional.
- d) **Canalització de les nostres emocions, en funció dels nostres objectius**. Una vegada hem reconegut i entès el que sentim, prenem la decisió d'actuar d'acord a les nostres metes i no pas d'una manera reactiva.

La veritable autoregulació emocional consisteix en la capacitat per entendre i atendre el significat de les emocions pròpies i alienes i, alhora, mantenir la capacitat per dirigir la nostra conducta professional per mitjà de valors i objectius, no per impulsos (ARRANZ, BARBERO, BARRETO i BAYÉS, 2008).

De la mateixa manera que tenim rutines d'autocura física (dutxa, rentat de dents, esmorzar cada matí, etc.) es converteix en urgent incorporar activitats d'autocura emocional que ens ajudin a drenar l'impacte emocional associat a l'exercici d'acompanyar a persones en les fases avançades de la malaltia. El cultiu de les relacions personals i la incorporació d'activitats gratificants fora de l'àmbit laboral són dues de les principals estratègies d'autocura que volem promoure des d'aquí.

### 3.2.3. Algunes tècniques d'origen budista per acompanyar en el sofriment

La paraula "budisme" va ser encunyada a la fi del segle XIX a Occident per aglutinar el conjunt de textos i pràctiques que a Orient es coneixien com les diferents escoles del *Dharma*. L'anàlisi de la ment en el budisme és alhora complex i tremendament sofisticat. Com a pràctica espiritual, el budisme conté nombroses descripcions de la naturalesa de la ment, així com instruccions sobre com refinar-la. Així mateix, és important recordar que en les tradicions orientals budistes es destaca la idea que morir i viure es revelen units, i són l'anvers i revers de la mateixa realitat bàsica. Sogyal Rimpoché (2006) reflexiona de la següent manera sobre el tema de la vida i la mort:

*Des del punt de vista budista, la vida i la mort són un tot únic. La mort és aquell mirall en el qual es reflecteix tot el sentit de la vida... No ens agrada pensar en morir normalment. Preferrim pensar en viure. Per què, doncs, reflexionem sobre la mort? ...T'adones que has de contemplar la teva manera de viure ara quan comences a preparar-te per morir i has d'encarar d'una vegada per totes que hi ha d'autèntic en tu mateix... una unitat, al complet, al moment constitueixen la teva vida i la teva mort.*

(Pàg. 11, 36 i ss.).

En aquest sentit, creiem que les tècniques d'origen budista tenen molt a oferir als professionals que tenen cura de persones que pateixen.

### *Desenvolupament de l'autoconsciència*

Mantenir-se equànime és fonamental per als professionals de la salut, i això passa per observar i cuidar el que pensem i sentim. Per a això, és fonamental estar atents, desenvolupar l'autoconsciència (SHANAFELT, WEST, ZHAO et al., 2005).



Com apunten Benito et al. (2011), la pràctica de l'autoconsciència es refereix a un procés d'una acurada observació del que, moment a moment, es va produint en nosaltres i en el nostre voltant, mentre es manté una actitud oberta, sense judicis, simplement veient el que passa a la realitat. Ser conscients, estar connectats amb la pròpia experiència interna, permet poder triar com volem actuar, en lloc d'utilitzar patrons de conducta reactius i automàtics. Un mètode útil per augmentar l'autoconsciència i la connexió amb un mateix és a través de la meditació (KEARNY, WEININGER, VACHON, HARRINON i MOUNT, 2009).

### **Mindfulness i meditació:**

El *Mindfulness* es pot entendre com una experiència preverbal en la qual s'atén a l'experiència present, amb atenció i consciència, i es fuig d'actituds valoratives o reflexives (KABAT-ZINN, 2007). Pretén que la persona se centri en el moment present d'una manera activa, procurant no interferir ni valorar el que se sent o es percep en cada moment. Com a procediment terapèutic busca, abans de res, que els aspectes emocionals i qualssevol altres processos de caràcter no verbal, siguin acceptats i viscuts en la seva pròpia condició, sense ser evitats ni intentar controlar-los (VALLEJO, 2006). Meditar és trencar completament amb la nostra manera "habitual" de funcionar. En la quietud i el silenci de la meditació tornem a un eix central de consciència que és la nostra naturalesa interior. És un estat sense ambició on no hi ha por ni esperança, on a poc a poc comencem a deixar anar tots aquells conceptes i emocions que ens poden fer patir. La meditació consisteix en un estat de no distracció en el qual podem començar a conèixer la nostra ment per poder-la domar i retornar-la a casa. A la Taula 2 es presenta una mini meditació de 3 minuts.

**Taula 2. Minimeditació de tres minuts**

Pots practicar aquesta meditació en moments desagradables d'estrès o de tensió.

MINUT 1: M'aïllo i centro l'atenció en la respiració, focalitzant-me en l'expiració AQUÍ I ARA.

MINUT 2: Observo tota la meva activitat mental del camp de la consciència (pensaments, emocions i sensacions) com un simple espectador sense involucrar-m'hi.

MINUT 3: Permeto que la meva atenció s'expandeixi per tot el cos, o cap a aquelles parts on sento tensió, malestar o resistència. Respiro sobre aquestes sensacions de tensió suavitzant-les i obrint-les en cada espiració. Provo de dir-me a mi mateix "Tot està bé així, no cal canviar res, sentir-me així està bé".

Adaptat de Miró i Simón (2012)

### *Cultiu de la compassió: fer el bé ens fa feliços*

Singer i Klimecki (2014) afirmen que la compassió es caracteritza per sentiments de calidesa, preocupació i cura de l'altre, així com per una forta motivació de voler millorar el benestar de l'altra persona. D'altra banda Gilbert i Choden (2013) conceben la compassió com un motiu amb capacitat d'"organitzar" la ment i fer que funcioni en una determinada direcció, la de procurar que els éssers vius estiguin deslliurats de sofriment i de les causes del seu sofriment. L'efecte més immediat de l'exercici de la compassió és l'alleujament del sofriment aliè, i aquest alleujament, al seu torn, repercuteix en l'estat d'ànim del professional compassiu, generant alegria, satisfacció i benestar. Per tant, el cultiu de la compassió té una gran rellevància com a antídote de l'estrès laboral assistencial (SIMÓN, 2015), com esmentàvem més amunt en parlar de la *satisfacció de compassió* (BENITO et al., 2011). A la Taula 3, es pot veure l'esquema que fa referència al flux de la compassió.

### Taula 3. El flux de la compassió

1. EMPATIA (cognició i sentiment): sentir i comprendre el sentiment de l'altre.

*El professional connecta amb el patiment d'un pacient al final de la vida que expressa patiment davant un símptoma mal controlat (ie. dolor).*

2. BONDAT AMOROSA (METTHA): tolerància al malestar, suspensió del judici i establiment de la motivació per ajudar.

*El professional dissenya un espai lliure de judici on poder explorar la vivència del pacient i genera un desig genuí d'alleujar el sofriment.*

3. EXECUCIÓ DE L'ACCIÓ COMPASSIVA

*Per exemple, promoure la comunicació assertiva del pacient amb el seu equip mèdic.*

4. ALEGRIA PER HAVER POGUT ALLEUJAR EL PATIMENT DE L'ALTRE: retroalimentació del cercle virtuós de la compassió.

*El professional de l'ajuda connecta amb el desig d'establir un autoreforç positiu. L'emoció d'alegria podria emergir com a conseqüència de deixar-se portar per aquest flux empàtic.*

Adaptat de Simón (2015)

## 4. Conclusions

En aquest article hem posat de manifest els riscos, però també les oportunitats a què s'enfronten en el seu dia a dia els professionals que treballen amb persones que es troben al final de la seva vida. Hem tractat de posar de manifest la importància que aquests professionals disposin de les habilitats i destreses que els permetin una veritable trobada i acompanyament al pacient i la seva família amb el menor cost emocional possible.

A més de les eines exposades, no volem deixar d'expressar que clarificar els valors personals i professionals i viure d'acord amb ells pot ser un motiu de satisfacció i benestar de cara a protegir-nos del sofriment associat a l'exercici de l'ajuda. *Quina classe de professional vols ser? amb quin tipus de valors vols que s'identifiqui la teva pràctica clínica?* No oblidem que les persones que treballen en alguna cosa que té un sentit profund, una missió elevada, resisteixen millor l'adversitat diària. D'altra banda, consolidar la presència d'equips interdisciplinaris com a unitat terapèutica indispensable, així com proveir d'espais per a reunions, perquè els companys es trobin i es comuniquin, pot ajudar a la prevenció del desgast professional.

Per finalitzar aquest article, volem destacar el fet que totes aquestes actuacions han de tenir un enfocament preventiu. Quan abans es pugui entrenar a aquests professionals en aspectes com la comunicació amb el pacient i l'autoregulació emocional, més preparats es trobaran per afrontar les demandes emocionals del seu treball i menor risc tindran de patir les possibles conseqüències negatives associades a les professions d'ajuda que mostràvem a l'inici d'aquest capítol.

## Bibliografia

- 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.

### Bibliografia

- 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 practica 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