

“SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS”.

En Búsqueda de una Identidad Propia.

Autor: Dra. Luciana María Póvolo.

Tutor: Dra. Elsa Wolfberg.

Año de Ingreso a la carrera: 2008.

Año de presentación: 2013.

Autoridades:

Asociación de Psiquiatras Argentinos.



Instituto Superior de Formación de Posgrado.

Director del Instituto: Prof. Dr. Manuel Suarez Richards.

Subdirector del Instituto: Dr. Rodolfo Zaratiegui.

Coordinador de Carreras del Instituto: Dr. Juan Cristóbal Tenconi.

Director de la Carrera Metropolitana: Dr. Alejandro Ferreira.

Subdirector de la Carrera Metropolitana: Dr. Hugo Carrol.

Secretaria Académica de la Carrera Metropolitana: Dra. Adriana Fernández Busse.

Índice General.

1. Introducción.
2. ¿Qué es el Síndrome de Burnout?
 - 2.1. Desarrollo Histórico del Síndrome de Burnout.
 - 2.2. Definición del Síndrome de Burnout.
 - 2.3. Modelos explicativos.
 - 2.3.1. Psicología clínica: considera al burnout como un estado.
 - 2.3.2. Psicología social: basada en la teoría sociocognotativa del yo.
 - 2.3.3. Psicología de las organizaciones: basada en las teorías del estrés laboral.
 - 2.4. Factores de riesgo y precursores de enfermedad.
 - 2.4.1. Estadísticas.
 - 2.4.2. Factores de riesgo.
 - 2.4.2.1. Individuales.
 - 2.4.2.2. Grupales.
 - 2.4.2.3. Sociales.
 - 2.4.3. Precursores de enfermedad.
 - 2.5. Fases del Síndrome de Burnout.
 - 2.6. Consecuencias del Burnout.
 - 2.6.1. La erosión del compromiso.
 - 2.6.2. La erosión de las emociones.
 - 2.6.3. Problemas de ajuste entre la persona y el trabajo.
 - 2.6.4. Problemas para la organización.
3. Entrecruzamiento del Burnout con Otros Cuadros Emergentes en el Campo Laboral.
 - 3.1. Mobbing.
 - 3.2. Desgaste por Empatía.

- 3.3. Karoshi.
- 4. Malestares Percibidos y Recursos Funcionales/Disfuncionales Interpuestos.
 - 4.1. Problemas que Perciben los Profesionales de la Salud.
 - 4.1.1. Personales.
 - 4.1.2. Institucionales.
 - 4.1.2.1. Ambiente de trabajo desfavorable.
 - 4.1.2.2. Condiciones de trabajo desfavorables.
 - 4.1.3. Organizacionales.
 - 4.1.4. Sociales.
 - 4.1.5. Problemáticas de género.
 - 4.1.6. Conflictos intergeneracionales.
 - 4.2. Situaciones que los Profesionales de la Salud no Perciben Como Problemas.
 - 4.3. Recursos Funcionales y Disfuncionales.
- 5. Modalidades Defensivas en el Trabajo Medico y Recursos Protectores.
 - 5.1. Factores Protectores.
 - 5.1.1. Recursos subjetivos.
 - 5.1.2. Recursos corporales.
- 6. Instrumentos de Evaluación.
 - 6.1. Maslach Burnout Inventory (MBI).
 - 6.2. Burnout Según los Manuales Diagnósticos: DSM IV y CIE-10.
- 7. Algunas Respuestas al Burnout.
 - 7.1. Una Propuesta Terapéutica Diferente.
 - 7.2. ¿Se Puede Tratar?
 - 7.2.1. Prevalencia de medicación en burnout.
- 8. Marco Normativo.

8.1. Antecedentes en la Argentina.

8.2. Leyes Laborales Relacionadas con el Trabajador Médico.

8.2.1. Ley 24557 de riesgos del trabajo.

8.2.2. Ley 19.587 de higiene y seguridad en el trabajo.

8.2.3. Ley no 2.578 de prevención, detección precoz y rehabilitación del síndrome de desgaste laboral crónico.

8.2.4. Ley 17132 de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración (nacional).

8.2.5. Ley 1225 de violencia laboral.

8.2.6. Ley 13168 de violencia laboral (provincia de Buenos Aires).

9. Resumen y Conclusiones.

9.1. Resumen.

9.2. Conclusiones.

10. Referencias Bibliográficas.

Índice de Tablas.

1. Psicología clínica.	17
2. Psicología social.	18
3. Psicología de las organizaciones.	18
4. Precusores de enfermedad.	28
5. Recursos funcionales.	41
6. Recursos disfuncionales.	41
7. Maslach burnout Inventory (versión Moreno, Oliver y Aragonese 1991).	52

1. Introducción.

Lipko y Dumeynieu (2004), expresa:

Coraza, capas de cebolla... el patólogo oye el silencio y el dolor a través de un preparado. El anestesista siente el latido de un corazón en paro. El experto se escuda en alguna estadística.

La rutina biológica, la mecánica del examen, los silencios, el dolor, nuestras necesidades y el mundo en el que estamos insertos me hacen sentir un octopus gigante con muchos brazos, tironeado por mi sed de conocimiento, mi hambre de dar y recibir ternura, mi ignorancia progresiva, buscando...

Búsqueda inasible de un saber, un conocer y el poder reconocer mi padecer y el padecer de mis compañeros de aventuras (p. 15).

Vivimos inmersos en una sociedad donde el desánimo, la incertidumbre, la desesperanza, el canibalismo económico y el malestar, se reflejan de manera insoslayable en nuestra práctica médica. Comenzamos a percatarnos de que formamos parte de un sistema laboral caracterizado por la precariedad de la tarea, la avidez de las empresas buscando el negocio a costa de nuestros ideales, la amenaza legal, la violencia, la burocratización y la pérdida de la valoración social del médico. Quien dejó de ser esa especie de hechicero, mago, semidiós, respetado, independiente y omnipotente, para convertirse gradualmente en un trabajador proletariado. A quien se le han ido cercenando derechos adquiridos, atentando contra su autoestima y su bienestar, llevándole a padecer cada vez con mayor frecuencia enfermedades de carácter laboral.

El trabajo es salud, sin embargo, para muchos médicos el desgaste que implica el ejercicio cotidiano de la profesión desmorona aquella aseveración. Cuidar la salud de los demás es una actividad que, más allá de ser gratificante, en la práctica muchas veces termina siendo desgastante, amenazando incluso la salud de los profesionales. Wolfberg, afirma a La Nación, (2009): "No todos los problemas mentales tienen sus raíces allá lejos y hace tiempo. Por mejor tránsito de aquellos días de niñez y adolescencia, ciertas condiciones adversas o disfuncionales laborales generan nuevas patologías. El trabajo puede ser una fuente de enfermedad" (p. 16).

En los últimos años se incrementó de forma alarmante la cantidad de profesionales de la salud, entre ellos los médicos, colectivo profesional que nos ocupa en el presente trabajo, que experimenta, extenuación emocional, desapego del paciente, insatisfacción y bajo rendimiento laboral, síntomas principales del Síndrome de Burnout

o Síndrome del quemado. Mal de este siglo, se ha convertido en un problema generalizado en la mayoría de los países incluyendo Argentina.

Este cuadro de agotamiento psicofísico, fue diagnosticado por primera vez por el Dr. Freudenberg en 1974 entre los voluntarios del programa de una clínica para toxicómanos en Nueva York. Hoy se ha ampliado su campo e incluye no solo a los profesionales de la salud, sino a todos aquellos que realizan un trabajo relacionado con la prestación de un servicio a personas, las llamadas “helping professions” (profesiones de servicio de salud, justicia, educación). Siendo objeto de investigaciones cada vez más frecuentes.

El Burnout, se ha convertido en un grave problema de salud pública, desatendido por las políticas de salud. Solo si se empieza a tratar como una enfermedad laboral se podrá diagnosticar y prevenir.

Entre las razones que justifican la realización del presente trabajo, no solo nos motivó el incesante incremento de este síndrome en la población médica, sino también la alarmante sensación de que la frecuente vivencia de malestar está siendo incluida como una variable natural propia de la vida profesional, un malestar al que nos deberíamos acostumbrar, naturalizándose, sin que los afectados busquen modos de plantearse y plantear caminos para mejorar, aliviar o cambiar sus condiciones de trabajo y sus relaciones, mutuas, con los pacientes, con sus jefes y con la institución.

Además, la falta de concientización acerca de la morbilidad psíquica y somática por parte de los médicos es preocupante. En la revista del diario La Nación, del 19 de agosto de 2012, Finkelsztejn, director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano, en relación a las enfermedades más comunes dentro de la comunidad médica, señala la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la adicción a psicofármacos y el estrés crónico. Agrega el alto índice de automedicación, alcoholismo, depresión y trastornos de ansiedad generalizada. Un dato ensombrece aún más el escenario de los médicos: Iermolli, quien dirige el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas, agrega en la nota, que el suicidio es de cuatro a seis veces más frecuente entre los médicos en relación a la población general.

Habiendo argumentado las razones que impulsan este trabajo, podemos enunciar los siguientes objetivos a alcanzar:

❖ Describir el Síndrome de Burnout en los profesionales médicos, realizando un breve recorrido por su desarrollo histórico, definición, factores de riesgo, modelos explicativos, etapas del síndrome, precursores de enfermedad y consecuencias.

❖ Describir el MBI (Maslach burnout inventory), como principal Instrumento de evaluación y conocer acerca de diversas estrategias terapéuticas.

❖ Señalar posibles recursos protectores y recomendaciones para que los protagonistas puedan ser agentes activos en el cuidado de su propia salud y no meros portadores pasivos de condiciones desfavorables.

❖ Reflexionar y alertar acerca de los riesgos en la salud psicofísica, y en consecuencia, en la calidad de vida de los profesionales de la salud, específicamente los médicos.

❖ Aportar nociones acerca de los significados que los profesionales conceden a su práctica laboral, así como malestares y satisfacciones que resultan de la misma.

❖ Diferenciar el síndrome de Burnout, de otras patologías ocupacionales emergentes, especialmente del Desgaste por Empatía o Estrés Traumático secundario.

❖ Destacar la importancia del conocimiento de las modalidades defensivas específicas que inadvertidamente adoptan los profesionales, para reflexionar acerca de su utilidad o quizás su transformación.

❖ Investigar acerca del marco normativo existente en nuestro país. Es decir el contexto legal y reglamentario adoptado frente a los riesgos del trabajo profesional.

La metodología utilizada es de recolección de los datos, a través del procedimiento de rastreo bibliográfico de publicaciones de autores que han aportado a esta temática, y el aporte de los trabajos y la orientación bibliográfica de la Directora de la Tesina.

La búsqueda bibliográfica ha sido realizada tanto en medios gráficos como virtuales: publicaciones en revistas científicas, diarios, libros sobre la especialidad y páginas web científicas, como IntraMed.

Sintetizando, podemos enunciar los objetivos primario y secundario que orientaron el presente trabajo.

❖ **Objetivo primario** de este trabajo:

Aportar y propender a la necesidad de darle entidad al cuadro de burnout, sacarlo de la invisibilidad frente a las autoridades, y que se diagnostique y se trate.

Contribuir a impulsar la necesidad e importancia de la inclusión del Síndrome de Burnout, como enfermedad laboral con entidad propia en los manuales diagnósticos vigentes (CIE 11 y DSMV). El Burnout debe ser considerado como una enfermedad profesional severa y epidemiológicamente extendida, debe ser estudiada y medida cuantitativamente en todo el país, ya que las estadísticas son parciales y dispersas.

❖ **Objetivo secundario:** la prevención.

Del presente trabajo, se espera lograr un alerta y nivel de conciencia suficiente, por parte de los médicos, como para revertir los mecanismos de defensa disfuncionales y activar recursos preventivos y protectores, en lo individual y sobre todo a nivel grupal en forma de grupos de reflexión en los diferentes lugares de trabajo.

2. ¿Qué es el Síndrome de Burnout?

El estado de salud de los médicos y su agotador estilo de vida no son problemas locales, la tendencia se da en todo el mundo. El problema, según rastrean los investigadores, parece activarse en la facultad de medicina. Según se pudo leer en la revista La Nación del 19 de agosto de 2012, la Argentina junto con México y Colombia encabeza el ranking de países con mayor cantidad de médicos que sufren Burnout, según mostró un estudio realizado por IntraMed.

El estilo de vida de los médicos es perjudicial para su salud. En ellos el umbral del dolor está modificado por la cercanía a la enfermedad y la muerte. Es común la automedicación, la consulta de pasillo y la falta de historias clínicas, señala Flichtentrei, director de contenidos de IntraMed.

2.1. Desarrollo Histórico del Síndrome de Burnout.

El término “Burn out” procede del inglés y se traduce en castellano por “estar quemado”. A mediados del año 1974 el psiquiatra Herbert Freudenberger describió el síndrome Burnout, aunque no con tal nombre, como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de instituciones cuyo objeto de trabajo son personas.

El psiquiatra trabajaba en una clínica de Nueva York y observó como la gran mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en un periodo determinado, generalmente un año, sufrían de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

Freudenberger (citado en Pérez-Camacho 2007-2008) lo definió “Como una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (p.42).

En el mismo año (1974), la psicóloga social Cristina Maslach, utilizó el término Burn out, empleado hasta entonces por los abogados californianos, para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. Determinó que los afectados sufrían “sobrecarga emocional” o Síndrome de Burnout. Maslach (citada en Pérez-Camacho 2007-2008), lo

definió: “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas” (p. 42).

Maslach (1976) estudió lo que denominaba “pérdida de responsabilidad profesional”, así desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Para Maslach el síndrome de Burnout se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores que prestan servicio al público.

En 1986, Maslach y Jackson, (citado en Pérez-Camacho 2007-2008), lo define como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas” (p.42).

En 1988, Pines y Aronson, (citado en Pérez-Camacho 2007-2008), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales” (p. 42). Brill, (citado por Pérez-Camacho), lo entiende como un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa.

La literatura nos ofrece al menos diecisiete denominaciones diferentes en castellano para el fenómeno, aunque algunas presentan gran semejanza. Considerando ese grado de similitud, las denominaciones pueden ser clasificadas en tres grupos.

Un primer grupo recogería las denominaciones que toman como referencia para la denominación en castellano el termino original anglosajón burn out. Dentro de este grupo, encontramos:

- ✓ Síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiro, 1997).
- ✓ Síndrome de estar quemado en el trabajo (Salanova et al., 2000).
- ✓ Síndrome de quemarse en el trabajo (Guillen y Santamaría, 1999; Manasero, 2000).
- ✓ Síndrome de estar quemado (Da Silva et al, 1999).
- ✓ Síndrome del quemado (Chacón et al., 1999).
- ✓ Estar quemado (Olmeda et al., 2002).

- ✓ Quemazón profesional (Aluja, 1997).

Un segundo grupo, toma aquellas denominaciones que optan por una vía alternativa a la traducción literal.

- ✓ Desgaste psicológico por el trabajo (García, Sáez y Lior, 2000).
- ✓ Desgaste ocupacional (López, 1996).
- ✓ Desgaste profesional (Aron et al., 2000).
- ✓ Agotamiento profesional (Belloch et al., 2000).
- ✓ Síndrome de cansancio profesional (Belloch et al., 2000).

Finalmente, un tercer grupo, tomaría aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral.

- ✓ Estrés crónico laboral asistencial (Manzano, 2001).
- ✓ Estrés laboral asistencial (Arranz, Torres, Cancio y Hernández, 1999).
- ✓ Estrés profesional (Aluja, 1997).
- ✓ Estrés laboral (Fuertes et al., 1997; García et al., 1999).

El número de denominaciones se puede extender a diecinueve al incluir la denominación “Síndrome del empleado” ofrecida en la página web de la universidad de California y la denominación “enfermedad de Tomas o síndrome de Tomas” (Meeroff, 1997; Mingote y Pérez, 1999; Tarela, 2002).

El Burnout es consecuencia de la exposición a estresores laborales, es decir una consecuencia sobre la salud en la persona que se deriva del trabajo. Para ello es preciso que se den intercambios relacionales intensos y duraderos de trabajador-clientes, trabajador-pacientes o trabajador-usuarios. Esta respuesta se caracteriza más en trabajos de servicios humanos de ayuda. No obstante se ha identificado también en otros profesionales como directivos, deportistas, entrenadores, etc.

La comunidad científica acepta conceptualmente el planteamiento empírico de la tridimensionalidad del síndrome, Maslach y Jackson, (citado en Pérez-Camacho 2007-2008), que se sintomatiza en cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Vidal y Benito (2012), plantea el Burnout como la consecuencia de haber soportado situaciones estresantes a lo largo del tiempo, es decir como resultado final de

un estrés crónico en el contexto de relaciones interpersonales con alto grado de demanda y compromiso emocional en un entorno con conflictividad de grado diverso. Por lo tanto, es hoy considerado como un cuadro de estrés laboral propio de las profesiones de servicio, entre ellas las referidas a la salud, que se manifiesta con características bien definidas: a-Agotamiento emocional: disminución y/o pérdida de recursos emocionales; b-Despersonalización o deshumanización: desarrollo de actitudes negativas, como insensibilidad o cinismo hacia los pacientes; c-Falta de realización personal: tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, vivencias de insuficiencia profesional, autoestima baja; d-Síntomas físicos de estrés: cansancio, malestar general, hipertensión arterial, etc.

2.2. Definición del Síndrome de Burnout.

Producto del trabajo de Maslach, Schaufeli y Leiter, (citado en Salanova y Llorens, 2008), hoy en día se ha obtenido un concepto más refinado del Burnout, contando con una buena aceptación dentro de la comunidad académica y científica. Este concepto se deriva del análisis factorial de los resultados que obtuvieron Maslach y Jackson, por medio de la amplia aplicación en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory o MBI (Arthur, 1990; Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999).

También se ha aclarado que esta patología sería producto del estrés y que tendería a no aparecer de forma instantánea, sino que respondería a un proceso continuo, de ahí que es un cuadro de estrés crónico (Maslach et al. 2001; Cordes y Dougherty, 1993).

Así se lo define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” Maslach y et al., (citado en Salanova y Llorens, 2008). Estos se detallan a continuación:

❖ Agotamiento Emocional:

El Agotamiento Emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con

sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1993).

Según Maslach y Leiter (1997) las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo.

Pese a que en un comienzo se define el síntoma en términos puramente emocionales, en 1997 Maslach y Leiter, amplían su definición, incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo.

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

❖ Despersonalización:

La dimensión de Despersonalización o Cinismo da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante emocionalmente, es una conducta defensiva espontánea e involuntaria. (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Se refiere a la “deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Cordes y Dougherty, 1993).

El Cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de crisis. Maslach y Leiter (1997) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante,

sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían estrictamente por las reglas, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja.

Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach et al. 2001). Este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas.

Vidal y Benito (2012), considera que en la relación médico-paciente, la empatía forma parte de la competencia comunicacional, que a su vez integra la competencia clínica. Considerándola como una herramienta y/o como una estrategia a implementar con una finalidad terapéutica y que por lo tanto puede ser entrenada y enseñada por los profesionales de la salud. Pero al mismo tiempo, agrega, que el Burnout no había sido relacionado con la empatía originalmente, aunque en algunos trabajos aparecen observaciones en las cuales se habla de que el contagio emocional del paciente al médico aumenta la vulnerabilidad del mismo al desarrollo del síndrome.

Es necesario trabajar con los profesionales para estimularlos a construir mejores defensas frente al estar abrumados, ya que con la desafectivización del vínculo con el paciente, en ambos se bloquea el intercambio afectivo, que es lo que le da sentido al trabajo y por consiguiente empobrece y afecta a ambos.

❖ Realización personal:

La dimensión de falta de Realización Personal alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Maslach y et al. 1997; Halbesleben y et al. 2004). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach y et al. 1997).

Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima.

En cuanto a la definición de sus dimensiones Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) plantean que:

- ✓ El componente de estar Agotado Emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el Burnout.
- ✓ El componente de Despersonalización o Cinismo representa la dimensión del contexto interpersonal del Burnout.
- ✓ El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del Burnout.

La definición del Burnout por medio de sus factores o dimensiones, tal y como lo proponen Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), es la base para la mayoría de los trabajos sobre el tema, ya sea para aportar evidencia o rebatir el constructo.

Hay un amplio consenso en que el Burnout se desarrolla y persiste mayormente en el contexto de trabajo (Maslach et al. 2001) e independiente del tipo de ocupación, siempre que las demandas del trabajo sean altas y los recursos del trabajo limitados, dado que tales condiciones negativas conducen al agotamiento de la energía y minan la motivación de los empleados. A su vez, se acepta el hecho que el síndrome sería una respuesta final a fuentes de estrés, por lo que se le atribuye un curso crónico, siendo un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización .

2.3. Modelos Explicativos.

Desde que en 1974 Freudenberguer describió el síndrome, diferentes autores han elaborado teorías explicativas de este fenómeno. Dos perspectivas generales se han venido desarrollando: la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial.

La perspectiva clínica entiende al Burnout como un estado al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece. La perspectiva psicosocial lo considera un proceso, que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. La diferencia entre ambos enfoques es clara ya que el primero analiza el problema en tanto estado personal y el segundo lo analiza en tanto proceso dinámico, producto de la interacción entre varios factores.

El presente trabajo se basa en el marco referencial que propone el abordaje psicosocial y en especial sigue la línea desarrollada por Maslach y Jackson en 1981. Si bien estos autores comenzaron a estudiar el Burnout como “estado”, fueron comprobando la necesidad de considerarlo en tanto “proceso”.

Siendo que los distintos modelos explicativos del síndrome del Burnout parten de marcos teóricos más amplios, tales como: la psicología social, la psicología clínica y la psicología de las organizaciones. A continuación presentamos un cuadro que resume en forma cronológica, las propuestas más conocidas.

2.3.1. psicología clínica: considera al burnout como un estado.

Tabla (1): psicología clínica. Fuente: (Tonon, 2003).

Autor	Año	Conceptualización.
2 Freudenberguer	1974	Estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables.
Fischer	1983	Estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima.

2.3.2. psicología social: basada en la teoría sociocognotativa del yo.

Tabla (2): psicología social. Fuente: (Tonon, 2003).

Autor	Año	Conceptualización.
Harrison	1983	Las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a las demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no la dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que asimismo, retroalimenta negativamente su motivación para ayudar.
Pines y Alonso	1988	Proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su trabajo, que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental; sentimientos de inutilidad, impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima.

2.3.3. Psicología de las organizaciones: basada en las teorías del estrés laboral.

Considera los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas para dar respuesta. Aplicada a todas las profesiones.

Tabla (3): psicología de las organizaciones. Fuente: (Tonon, 2003).

Autor	Año	Conceptualización
Golembiensi	1983	El estrés laboral está generado por la sobrecarga laboral o por la denominada “pobreza de rol”, que es su antítesis. Ambas situaciones producen en la persona: pérdida de autonomía, disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga.

2.4. Factores de riesgo y precursores de enfermedad.

2.4.1. estadísticas.

Los residentes parecen ser la población de más riesgo por su omisión de autocuidado en cuanto a darse tiempos para comer, dormir, descansar, y si no se les marca no perciben su ansiedad. Descuidan cuerpo y hábitos.

Según un estudio elaborado con residentes de primer y tercer año de la Unidad Docente de la ciudad de Barcelona, hecho público en las IX Jornadas de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña en 2009, publicado en IntraMed: la mitad de los médicos empiezan a sufrir el síndrome del burnout o de "estar quemado" durante el período de residencia, justo al inicio de su carrera profesional. La investigación, realizada sobre una muestra de 61 médicos residentes, constata que el 51,7% de los médicos que respondieron el test que mide el burnout, dieron positivo en alguno de los aspectos característicos de este síndrome, como son el cansancio emocional, la realización personal y la despersonalización. El coordinador del estudio, Richard Riel, puso de relieve que estos síntomas se manifiestan tanto entre los médicos que se encuentran en su primer año como entre los médicos de tercer año, incluso más entre los noveles.

Según un artículo de Medline, publicado en IntraMed en 2010: una campaña en Estados Unidos intenta limitar los horarios de trabajo de los médicos. Aseguran que los turnos típicos de treinta horas se deberían recortar a 16 para evitar errores médicos.

La fatiga también puede ser devastadora para los médicos y causar accidentes automovilísticos, pinchazos mortales con agujas o escalpelos, depresión y efectos perjudiciales en el sistema reproductor para las residentes. Al respecto, según se pudo leer en la revista del diario La Nación, del 19 de agosto de 2012, Flichtentrei, señala: “Esta científicamente comprobado que, a partir de la hora 12 de una guardia, disminuye brutalmente la eficacia y la habilidad manual, la tasa de error aumenta y la atención se dispersa” (p. 22).

Intramed publicó en junio de 2013, una encuesta online y anónima, con la siguiente pregunta: ¿Cuál es su opinión acerca del sistema de guardias médicas de 24 hs? Con el propósito de conocer las opiniones de los médicos acerca del sistema de guardias de 24 hs. ¿Es seguro, correcto, saludable? ¿Pone en riesgo la salud de los

profesionales y la seguridad de los pacientes? ¿Qué debería hacerse al respecto? ¿Hay alternativas posibles? Las respuestas fueron las siguientes: 13,4%: Se debe mantener (24 hs); 85,9%: se debe modificar y un 0,7%: no contesta, de un total de 10290 participantes.

Siguiendo con las estadísticas, IntraMed en 2008 publica:

✓ El 57.35% de los médicos encuestados ha sido agredido verbal o físicamente alguna vez.

✓ Quienes practican especialidades quirúrgicas, de emergencias, psiquiatría o pediatría resultaron los más agredidos.

✓ Los más jóvenes son más agredidos que los mayores de 40 años de edad.

✓ Entre el 36 y el 40% de los médicos refiere sentirse “quemado” o con Síndrome de Burnout.

✓ El 27% de los médicos encuestados consume psicofármacos.

✓ El 78% de los médicos encuestados admite que las condiciones laborales han deteriorado en alguna medida su situación familiar.

✓ El 84% considera que las condiciones laborales han deteriorado su situación personal.

✓ El 57% de los médicos refiere dormir 6 hs o menos al día.

✓ El 72% refiere trabajar más de 50 hs semanales.

✓ El 60% se ha planteado alguna vez cambiar de profesión.

✓ El 62% de los encuestados considera que la profesión no cumple con sus expectativas.

Pero...

✓ El 70% considera que volvería a elegir la profesión de médico.

Podemos deducir de los datos estadísticos precedentes, que todos los factores mencionados, tales, como horas de trabajo, violencia, fatiga, etc., pueden llevar a sufrir Burnout, tanto en jóvenes médicos, como en mayores.

En abril del año 2009, durante el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA, se cursó una encuesta sobre condiciones de trabajo y de salud a 722 psiquiatras asistentes a este congreso. La misma fue facilitada por la Dra. Elsa Wolfberg, Presidenta Honoraria del capítulo de Psiquiatría Preventiva de APSA.

La encuesta fue diseñada a partir de una experiencia de trece años en la temática del desgaste ocupacional del personal de salud, desde el Capítulo de Psiquiatría Preventiva de APSA. En esos trece años se trabajó con diversos equipos de médicos, residentes y enfermeros de hospitales de la ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires y surgió que éstos padecían un alto tenor de burnout y violencia laboral.

Por esta razón la Comisión Directiva de APSA y el Capítulo de Psiquiatría Preventiva decidieron estudiar en esta oportunidad a una parte de los psiquiatras asistentes al XXV Congreso, a efectos de que conociendo el cuadro de situación, se puedan elaborar medidas preventivas y promotoras de salud para los colegas.

Se evaluaron los siguientes aspectos:

- ✓ Datos laborales y económicos.
- ✓ Instancias gremiales, institucionales, jurídicas.
- ✓ Trabajo con pacientes.
- ✓ Vida personal/vida profesional.
- ✓ Violencia laboral.
- ✓ Estado de salud y su cuidado.
- ✓ Ejercicio profesional, según género.
- ✓ ¿Qué esperan los colegas de APSA?

Se pudieron obtener los siguientes resultados:

Los ingresos promedio son de 6205 \$, la mitad gana entre 3 y 7 mil pesos, un 30% gana por arriba de 7.000\$ y un 21% por debajo de 3000\$. La correlación edad/ingresos da una importante proporción(63%) de menores de 30 años que ganan promedio 2.893\$, mientras que a medida que aumenta la edad, aumentan los ingresos, ya que en el otro extremo de edad, de más de 50 años, el promedio es de 7.086\$.

El promedio de horas de trabajo semanal es de 42,3, lo que daría un promedio de unas 8 horas diarias de lunes a viernes. Más de la mitad trabaja de 31 a 50 hs, y un 25 % trabaja más de 50 hs por semana. Si se mira por edades, la franja de edad que en mayor proporción trabaja más de 50 hs semanales (un 55%) corresponde a los que tienen entre 31 y 50 años.

En promedio sólo un 32, 5% trabaja en lo individual privado y sólo un 13% trabaja exclusivamente en lo estatal. Los jóvenes trabajan prevalentemente a nivel

estatal solamente y los mayores en privado individual. La franja intermedia se reparte entre estas y otras opciones combinadas, ya que mientras un 55,5% tiene un solo trabajo, los restantes tienen entre dos y tres trabajos con la sobrecarga y el desgaste que eso supone. El trabajo estatal solamente en el 13% de los encuestados, permite la hipótesis de que no cubre las necesidades ni las expectativas de los psiquiatras y los lleva en el porcentaje restante, a un doble empleo y hasta a un triple empleo: estatal, privado individual y privado prepago. Ser un profesional taxi atenta contra su salud y expone a situación de estrés por sobrecarga.

Por otra parte, trabajo estatal hace el 36% de los que tienen hasta 30 años, bajando a la sexta parte, 6,1%, en los mayores de 50 años. O sea, los profesionales de más experiencia salen del marco estatal y dejan los lugares de docencia y transmisión hacia los más jóvenes, dado que el Estado no estimula ni retiene a sus profesionales formados.

La situación laboral evidencia que un 67% es trabajador fijo y un 24% es contratado, un 9% es fijo y contratado, ó sea que un tercio de la población encuestada trabaja bajo contrato sin los beneficios sociales de un trabajo fijo.

Sólo una pequeña proporción conoce alguna instancia gremial ó la busca. Más de la mitad ni tiene ni busca respaldo gremial, está aún en el mito de la “profesión liberal”, no advierten que en general son trabajadores que no están encuadrados en las normativas y derechos que les corresponden.

Cuanta más edad tienen, más conocen alguna instancia a la que apelar en caso de problemas de trabajo. Los que sólo trabajan para el estado ó sólo en privado son los que menos enterados están. El desamparo institucional sea por desinterés, por ignorancia ó inexistencia de instituciones, es grande, y más aún en los jóvenes y en las mujeres, confirmado por los datos de las pocas instituciones que conocen a las que apelar en caso de problemas de trabajo: colegio de médicos (19%), médicos municipales (4,3%), APSA (5%), entidades gubernamentales 3,7%, gremio 6,5%, jefes 1,5% y seguro 1,9%.

Explorando el conocimiento que tienen de leyes que protejan a los trabajadores de la salud, aparece una baja proporción de colegas que dice tener conocimiento de leyes laborales, pero a la hora de mencionarlas, el 25 % que dice conocer leyes laborales,

menciona las siguientes: ley de ejercicio Profesional, un 4%; ley laboral 17132, un 3.6%; ley del Ejercicio de la Medicina, un 1,5%; ley de salud mental, un 1.5%; Gobierno de la Ciudad de Bs. Aires, 1%; Código Civil y Penal, un 0.8%; Mala Praxis, un 0.6%. En realidad, conocen poco y nada, no parecen haberse interesado, por falta de conciencia de necesitarlas como trabajadores. Sigue en pie el mito del profesional liberal.

La mitad de los jóvenes no tiene tiempo suficiente para atender a cada paciente satisfactoriamente, lo cual sobrecarga y hace deficiente el vínculo con éste. Los consultorios en los que trabajan adolecen de ruido y falta de espacio, sobre todo donde atienden los jóvenes, los contratados, los estatales y las mujeres. Son además insuficientes.

El 80% de los mayores de 50 años tiene más confort, consultorios más limpios, suficientes, espaciosos, luminosos y silenciosos, probablemente por la práctica privada de la profesión y por su antigüedad en las instituciones.

La satisfacción en su trabajo, es muy alta, arriba del 90%, al igual que es alto el reconocimiento que reciben, que proviene de los pacientes en un 70%, de los compañeros en un 45% y de los jefes en un 30%. Los vínculos con los pares son muy importantes.

A la vez el tipo de reconocimiento es sobre todo interpersonal en un 74 %, científico en un 50% en varones y un 33 % en mujeres y material en un 45% en varones y 30% en mujeres.

Lo que más lamentan es privarse por su trabajo del tiempo para estar con su familia y con amigos. En orden decreciente, lamentan tener menos tiempo para el deporte, distracciones, el cuidado personal, vacaciones y viajes, el tener tiempo libre, para el estudio, para descanso y sueño, para el arte, la salud física. El estudio y la investigación están en un 7º lugar de importancia de lo que sienten que se privan, pero en las respuestas de cómo usan su tiempo libre, está en un 2º lugar de importancia, lo que significa que se ven obligados a correr otras prioridades para dedicarle tiempo a la formación.

Si se sienten angustiados por problemas de trabajo, acuden a los compañeros en primer lugar y esto señala la importancia de los vínculos de colaboración (30%). En 2º

lugar a los analistas, que ocupan posiblemente el lugar del adulto significativo o figura de apego para afrontar la angustia y, por supuesto, el pensar en cómo resolver el problema. En tercer lugar son consultados los amigos, la pareja y por último la familia.

En relación a violencia laboral: Uno de cada cinco colegas, si trabaja para el Estado o tiene dos trabajos (fijo y contratado), sufre de violencia laboral semanal.

Uno de cada diez en cualquiera de las condiciones laborales restantes, padece también violencia laboral semanal. Las situaciones de violencia en el último año durante la tarea asistencial les ocurren más frecuentemente a los jóvenes que a los mayores, en cualquier caso es un ingrediente estresante y perturbador para su salud ocupacional.

Con respecto a su salud, más de la mitad de los colegas no tiene servicio de salud laboral en su lugar de trabajo, no reciben chequeos preocupacionales ni periódicos, ni otros procedimientos preventivos. Las instituciones transgreden las leyes de Riesgos y de Higiene y Seguridad en el Trabajo, que protegen la salud de los trabajadores.

Por otra parte, de los controles preventivos que realizan por cuenta propia, más de la mitad no se hace chequeo clínicos (edad promedio: 47 años) y sólo un tercio de mujeres se hace chequeos ginecológicos periódicos. Escasa conducta preventiva consigo mismos.

En cuanto al estado de salud: un 59% no menciona síntomas, sólo un 10% los tiene, un 16% menciona enfermedades y un 15% síntomas y enfermedades. Las que mencionan son: hipertensión en un 11,8% de los varones y un 6,8% de mujeres, un 5,5% de mujeres tiene hipotiroidismo y fatiga, diabetes 3,4% varones y 2% mujeres, migrañas 1% y afecciones cardiológicas 2,5% en varones y 1,5% en mujeres. Como la hipertensión suele ser silenciosa y más de la mitad no se chequea, es posible que el bajo índice de hipertensión sea inexacto, como también la ausencia de toda enfermedad en el 70%.

Son cifras no realistas, sea porque no mencionan lo que les pasa ó porque lo ignoran; lo cierto es que las cifras habituales en la población de los factores de riesgo cardiovascular en Buenos Aires en 2008 han sido:

Hipertensión: (mayor de 140/90): 29%; hipercolesterolemia: 18,7%; diabetes: 6,2%; obesidad: 19,7% y síndrome metabólico: 16,7%.

El 46% fuma (mujeres: 54%, varones 37.5%, Jóvenes un 60%). Según el Ministerio de Salud de la Nación, el 33% de la población adulta fuma; los psiquiatras están muy por arriba y devienen población de riesgo si además sumamos la escasez de controles preventivos.

Es marcada la asimetría respecto a la responsabilidad objetiva y subjetiva sobre las tareas domésticas y familiares. Mientras un 24% de mujeres son las principales responsables de estas tareas, y hace la mayor parte, solo un 3% de varones lo es. A la luz de estos resultados, sobre las mujeres mayoritariamente descansa la responsabilidad subjetiva y objetiva de las tareas domésticas y la vida familiar.

Los ingresos promedio mensuales (en pesos) por género, revelan que las mujeres ganan un promedio de 5050\$, los varones un promedio de 7.631%, ó sea que los varones ganan un 50% más. ¿Por qué? Se exploró por distintas variables: horas de trabajo según género (promedio mujeres: 40.2 horas semanales, promedio hombres: 44.0 horas semanales). La diferencia no es proporcional a la cantidad de horas. En cuanto a cinco factores asociados al ingreso, tales como antigüedad, lugar de trabajo, situación laboral y cobro a término, las mujeres están siempre en la peor situación, es decir, tienen menos antigüedad, trabajan menos horas semanales, trabajan más en el Estado, trabajan más por contrato y no cobran a término. Anulando los efectos de estos cinco factores se observa que el mismo sigue marcando la diferencia, es decir: a igual antigüedad las mujeres ganan menos que los hombres, etc. Parece ser que las mujeres ganan menos por ser mujeres.

Esto puede esconder factores asociados culturalmente al género que no estaban previstos en este estudio, por ejemplo el cuidado de la casa y la familia que las obliga a faltar más, a no estar tan concentradas sólo en el trabajo, etc. Es necesario seguir investigando.

En cuanto a que esperan los colegas de APSA, esperan: cursos: 66%, asesoramiento en temas de pacientes: 42.2%, consultoría acerca de temas laborales: 30%, pertenencia: 7%, (no respondieron un 17%). La representación de APSA fue variada, es vista en primer lugar como una entidad docente y científica y en segundo lugar se espera que sea un lugar de consulta para cuestiones asistenciales y laborales.

Como podemos observar, las opiniones de los colegas de APSA, reflejan lo que esperan los médicos en general de sus lugares de trabajo, ya sea instituciones privadas o del ámbito estatal. Es decir, sentirse contenidos, respaldados y asesorados tanto a nivel legal, como en su formación académica.

Los datos fueron extraídos, como se menciono anteriormente, de la encuesta realizada a los asistentes al XXV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA y fueron facilitados por la Dra. Elsa Wolfberg, directora de la tesina.

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias que podemos encuadrarlas como factores de riesgo para padecer Burnout.

2.4.2. factores de riesgo.

2.4.2.1. individuales.

- ✓ La falta de regulación de la empatía y la cantidad de trabajo posible.
- ✓ Las necesidades insatisfechas de reconocimiento o déficit de autoestima y por consiguiente de realimentación motivacional.
- ✓ Tanto la falta de una relación interpersonal con el paciente, como lo opuesto: la sobre involucración y la sobrecarga emocional, privan al profesional de procesar sus experiencias internas y lo dejan expuesto a una vulnerabilidad a contraer síntomas psíquicos y somáticos.
- ✓ La dificultad de redimensionar lo posible dentro de los ideales: la contradicción de ejercer una profesión humanística en un marco burocrático y mercantilista, lleva a una diferencia entre expectativas y realidad. Generando un alto grado de insatisfacción y frustración.
- ✓ El desconocimiento de las patologías emergentes en el campo laboral de las profesiones de servicio, y la consiguiente falta de insight de la necesidad de protegerse frente a padecimientos derivados de la sobrecarga y desmoralización que sobrevienen cuando se descrea de poder vencer los obstáculos y las inequidades que se desprenden del sufrimiento de los pacientes.

2.4.2.2. grupales.

- ✓ Conflictos con pares y con jefes. Líderes con autoridad insuficiente o abusiva.

2.4.2.3. sociales.

- ✓ El imaginario que supone que una profesión es un sacerdocio: renuncia a la propia vida, supuesto sostén económico asegurado y exigencia de infalibilidad.
- ✓ Precarización del trabajo.
- ✓ Exceso de trabajo y sobreocupación: “trabajo después del trabajo”. La suma del exceso y la precarización se potencian en angustia.
- ✓ Judicialización y psiquiatrización de la miseria.
- ✓ Remuneración insuficiente.
- ✓ No aplicación de los principios ergonómicos: adecuar la tarea al trabajador, en tiempos y espacios adecuados.
- ✓ Ausencia o distorsión de los Servicios de Salud para trabajadores (Convenio 161 OIT).
- ✓ Violencia física y/o verbal.
- ✓ Mobbing: acoso moral.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998), afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, pero no se sabe por qué no se los considera como trabajadores que necesiten una particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. En general la norma está dispuesta a proteger a los pacientes y luego en menor medida al personal de salud. Lo que significa que han de ser los mismos profesionales de la salud quienes provean a su autocuidado.

Entre los profesionales de la salud los efectos del estrés empiezan por malestares triviales y cotidianos que constituyen “precursores de enfermedad” y es importante diagnosticarlos a tiempo ya que suelen “naturalizarse”, pasando a formar parte de un modo de vida.

Son efectos del Burnout incipiente y se caracterizan por disfunciones de sistemas mentales y /o físicos, que aun no son causa de enfermedad, pero que si persisten, lo serán.

2.4.3. precursores de enfermedad.

Tabla (4): precursores de enfermedad. Fuente: (Wolfberg, 2003).

Precusores de enfermedad

Síntomas físicos

- Palpitaciones, sensación de que el corazón late con fuerza, de forma irregular o rápidamente.
- Dolor y opresión en el pecho.
- Indigestión y distensión abdominal por gases.
- Micciones frecuentes.
- Impotencia o falta de libido.
- Alteración del ritmo menstrual.
- Sensaciones de hormigueo en brazos y piernas.
- Tensión muscular, a menudo dolor en la nuca o en la parte baja de la espalda.
- Cefalea persistente, con frecuencia comenzando en la nuca y extendiéndose hacia adelante sobre la cabeza
- Migraña.
- Erupciones cutáneas.
- Sensación de tener un bulto en la garganta.
- Diplopía y dificultad para enfocar los ojos.

Síntomas afectivos

- Cambios de humor excesivo y rápido.
- Preocupación excesiva por cosas que no merecen la pena.
- Incapacidad de sentir compasión por otras personas.
- Interés excesivo por la salud física.
- Introversión y soñar despierto.
- Sensación de cansancio y falta de concentración.
- Aumento de la irritabilidad y la angustia.

Síntomas de comportamiento

- Indecisión y descontento injustificado.
- Aumento del ausentismo y demora en recuperarse de accidentes y enfermedades.
- Tendencia a sufrir accidentes y descuido en la conducción de vehículos
- Trabajo ineficaz, chapucero y uso de subterfugios para evitarlo.
- Aumento del tabaquismo.
- Aumento del consumo de alcohol.
- Aumento de la dependencia de drogas: tranquilizantes y somníferos.
- Exceso de comida, menos comúnmente, pérdida del apetito.
- Cambios en la forma de dormir: dificultad para quedarse dormido y cansancio al despertar.
- Disminución de la calidad y la cantidad de trabajo.

Hablar de emociones es hablar del cuerpo. Negri (citado en Wolfberg, 2003), agrega:

Tenemos encarnada nuestra herramienta de trabajo, la herramienta son los afectos, la empatía. A causa de la sobrecarga emocional, el organismo entra en un estado de alerta que desencadena una tensión emocional constante e intensa. La percepción de amenaza se establece cuando la persona identifica que las herramientas con las que cuenta no son suficientes para manejar dicha situación (p. 272).

Sumado a los síntomas que figuran en la tabla precedente. Es importante agregar que los altos niveles crónicos de ansiedad experimentados en estas profesiones, afectan la actividad cerebral en su funcionamiento neocortical y en el hipocampo, disminuyendo la memoria y las habilidades racionales para su vida y su trabajo.

Los hábitos disfuncionales: fumar, beber, una mala dieta y sueño insuficiente, facilitan consecuencias del estrés. Hay desregulación del eje HHA (hipotálamo-

hipofiso-adrenal) en más y en menos, dando disfunciones de casi todos los sistemas, y al cronificarse, enfermedades cardiovasculares, digestivas y cáncer.

2.5. Fases del Síndrome de Burnout.

El Burnout es un proceso interaccionista entre las características del entorno laboral y de orden personal que cursa en forma crónica (Maslach y Leiter, 1997). El Burnout es un mecanismo particular de afrontamiento al estrés laboral y que a medida que se hace crónico y fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, manifiesta el síndrome. Es por ello que el síndrome tiene un curso insidioso que avanza en gravedad, arrojando en las fases finales, los peores resultados de desempeño (Grau y Chacón, 1998).

Actualmente se proponen varias etapas: al principio, las demandas laborales exceden a los recursos materiales y humanos de los profesionales. A consecuencia de ello, hay un sobreesfuerzo en que el sujeto manifestaría signos de ansiedad, fatiga, irritabilidad, así como una reducción de las metas laborales, disminución de la responsabilidad personal y descenso en el altruismo profesional. Así mismo, se produciría un cambio de actitudes tales como distanciamiento emocional, deseo de huida, cinismo y rigidez.

Es así como en etapas tempranas las personas se sienten fatigadas, física, mental y emocionalmente, y tienen intensas emociones de frustración, aburrimiento y desilusión. Presentan síntomas de tensión tales como aumento de consumo de alcohol, cafeína y nicotina, cambios en los hábitos del sueño y alimentación, aislamiento de otras personas, disminución del contacto ocular, ánimo caído e irritabilidad.

Cuando progresa, el Burnout comienza a afectar los hábitos de trabajo. Las personas acostumbradas a realizar trabajos de alta calidad, ya no tiene ganas de hacerlo y buscan “atajos para lograrlo”. Esto comienza a minar la autoestima del trabajador y puede acarrear sentimientos de culpa. Trabajadores afectados llegan tarde y salen temprano y la productividad decae. Las reacciones emocionales contribuyen a un endurecimiento psicológico y a una defensa frente al medio. Estos trabajadores se vuelven aislados, evitando contacto con compañeros de trabajo y supervisores. Se vuelven cada vez más hostiles, irritados y deprimidos, siendo el ánimo de pesimismo

muy predominante. Se ha observado que pueden sufrir síntomas de tensión, tales como fatiga crónica, dolor de cabeza, lumbago, sequedad de la boca y garganta, dificultades para tragar, estreñimiento, problemas a la piel, constipación, dolores de pecho, palpitaciones o tic nerviosos.

En las etapas finales del Burnout, los trabajadores experimentan un sentimiento irreversible de desvinculación o desapego y una pérdida total del interés en su trabajo. La autoestima es muy baja y los sentimientos hacia el trabajo son totalmente negativos, así mismo el ausentismo se vuelve un problema frecuente.

A estas alturas, la única solución es el cambio de trabajo. Las defensas de estas personas se encuentran desgastadas, sobreviniendo la indefensión. Aunque aparentemente contradictorio, los trabajadores que llegan a las etapas finales del Burnout son usualmente personas muy responsivas a los demás y los compañeros de trabajo los tienden a buscar para lograr apoyo, dado que son personas siempre disponibles que recogen y absorben las quejas de los otros. No obstante, al llegar a las etapas finales se observa un cambio de actitud y distanciamiento, que va deteriorando los vínculos interpersonales dentro de la empresa.

2.6. Consecuencias del Burnout.

El Burnout tiene consecuencias importantes para el individuo y la organización y puede ser altamente costoso para los profesionales y las instituciones. Cuando no se sabe de la existencia ni las características del Burnout, las jefaturas de las personas pueden caer en el error de identificar el síndrome con sus consecuencias finales y no saber reconocer indicadores individuales y organizacionales (por ejemplo un clima hostil y relacionarlo con la mala calidad de servicio) previos a las consecuencias finales del Burnout de sus trabajadores (Grau y Chacón, 1998).

Por otra parte, Maslach y Leiter (1997), sostienen que cada persona expresaría el Burnout de un modo particular, sin embargo muestra tres efectos en común que son:

2.6.1. La erosión del compromiso.

Lo que antes era importante y significativo, se vuelve desagradable, insatisfactorio y carente de significado. Al inicio de un trabajo, las personas se sienten energéticas y dispuestas a comprometer tiempo y esfuerzo en él. En general, tienen muy buenos

resultados en su evaluación de desempeño, es decir, comienzan sin síntomas de Burnout (Maslach y Leiter, 1997).

Según los autores, energía, eficacia y compromiso, son la cara opuesta del Burnout. La energía se convierte en fatiga, el compromiso en cinismo y la efectividad en ineffectividad y sensación de no lograr lo propuesto (Maslach y Leiter, 1997).

2.6.2. La erosión de las emociones.

Maslach y Leiter (1997) afirman que los sentimientos positivos de entusiasmo, dedicación, seguridad y goce en el trabajo, se convierten en enojo, ansiedad y depresión, ante un cuadro de Burnout. La erosión de las emociones se manifiesta como frustración y enojo, ya que no se logran alcanzar las metas personales y profesionales.

Esto se debe a que se percibe una carencia de control sobre el trabajo y no se tienen los recursos necesarios para desempeñarse satisfactoriamente. El enojo también se experimenta ante el trato percibido como injusto y según los autores, los sentimientos de enojo facilitan la rigidización de las personas (menos abiertas a alternativas) y de su estilo para realizar las tareas. La hostilidad también es resultado de la percepción de una falta de valoración del trabajo, es decir, sin retroalimentación positiva, siendo así amenazada la autoestima (Maslach y Leiter, 1997).

Por otra parte, cuando las personas expresan estas reacciones emocionales negativas se deterioran las relaciones sociales en el interior del trabajo. Las conversaciones se cargan con hostilidad e irritación, por lo que pueden reducirse solamente a temas operativos de trabajo. También el trabajo en equipo se desintegra, ya que la hostilidad lleva a que los miembros se distancien y tiendan a evitar en especial a aquellas personas que sufren Burnout. Este aislamiento también evita que las personas busquen apoyo emocional en otros, comenzando así una espiral descendente que lleva a las fases finales del Burnout (Maslach y Leiter, 1997).

El rol de las emociones en la organización es considerado como esencial al trabajo y generalmente sólo es definido en términos de habilidades y resultados. Así las emociones deben ser consideradas como centrales en la vida de los empleados y por ende muy relevantes para la organización.

Finalmente, la expresión de emociones tiene importantes efectos sobre la motivación en el trabajo, calidad de trabajo y relaciones con colegas (Maslach y Leiter, 1997).

2.6.3. Problemas de ajuste entre la persona y el trabajo.

Para Maslach y Leiter (1997) los problemas de desajuste entre lo que la persona espera y las expectativas del trabajo son un signo de que los trabajadores padecen Burnout. Esto sería producto de un clima laboral hostil entre los compañeros de trabajo, lo que generalmente es atribuido a problemas personales y corresponden a personas que son etiquetadas como “irracionales”, por lo que el Burnout es visiblemente padecido por él (hostilidad, desmotivación, enfermedades), tendiéndose a responsabilizar a los individuos más que a la organización, debido al desajuste, por lo general se despiden al empleado.

Otra consecuencia del Burnout:

2.6.4. Problemas para la organización.

Según afirma Gil-Monte y Peiro (1997), el deterioro de la calidad del trabajo con las personas es quizás, la repercusión más grave del Burnout sobre la organización. No obstante, el síndrome tiene efectos sobre la estructura de la organización como en sus procesos y se tiende a manifestar, usualmente, en forma de elevada rotación por desvinculación de la institución, pérdida de la eficacia y eficiencia, implantación inadecuada de políticas, conflictos entre los miembros de la organización, ausentismo, agrega Cordes y Dougherthy (1993), desmedido aumento de licencias médicas por variadas enfermedades, tales como problemas gástricos, lumbares, reacciones del sistema inmune, perturbaciones de embarazo, entre otros, que derivan en un alto costo para estas organizaciones.

Entre otras, se menciona el "presentismo", como inverso del ausentismo, y se manifiesta en la asistencia del trabajador aún cuando se encuentra enfermo, dado que los trabajadores sienten que han de estar presentes en su puesto de trabajo porque, en caso contrario, podrían perderlo, en especial cuando hay reducciones de personal en la empresa. Esto lleva a que efectivamente trabajan más horas, aunque no generen un producto o servicio de calidad (Acevedo, 2000).

Edelwich et al. (citado en Grau y Chacón, 1998) señalan que otra consecuencia importante a considerar es que se ha observado que el Burnout puede "contagiarse" a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral, por lo que puede constituirse en una verdadera epidemia que finalmente puede hacer peligrar la existencia de la organización.

Finalmente, cabe señalar que además de ser relevantes las consecuencias del Burnout para la organización, estas se tienden a extender mas allá de ella, afectando a toda la sociedad (Grau y Chacón, 1998).

3. Entrecruzamiento del Burnout con Otros Cuadros Emergentes en el Campo Laboral.

Los médicos, los educadores, el personal de justicia, son grupos que administran el distres psicosocial, y cuando fallan las ideologías defensivas funcionales, no es de extrañar que aparezcan en esas personas, en particular en los últimos años, diferentes cuadros que es preciso diferenciar del Burnout. Sin embargo, “El desgaste por empatía”, descrito por Figley en la década del 80, comparte con el Burnout un entrecruzamiento particular.

3.1. Mobbing.

No es infrecuente que cuando se habla de estrés laboral, se mencione el Acoso laboral, Moral o Mobbing, que Heinz Leyman, psicólogo alemán, en 1986 describió como “las consecuencias psíquicas de la exposición a un comportamiento hostil prolongado por parte de los superiores o de los compañeros de trabajo” (citado en Vidal y Benito, 2013).

Se trata de situaciones de violencia psicológica extrema que tienen lugar en el ámbito laboral, de modo sistemático y sostenido en el tiempo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación y soporte social de la víctima, su reputación y su autoestima.

Es una situación de hostigamiento y acoso intencional por parte de quien lo ejerce que constituye un importantísimo estrés laboral y una de las “experiencias más devastadoras que puede sufrir un ser humano” Schuster (citado en Vidal y Benito, 2013).

El Mobbing puede llegar a infringir un daño emocional extremo, puede conducir a cuadros patológicos psíquicos y físicos severos e incapacitantes e incluso culminar con suicidio.

Pero también destruye al grupo en el que se instala, ya que deteriora el entramado de las actitudes prosociales básicas del ser humano, la empatía, el altruismo, la solidaridad, la generosidad, la cooperación para el desarrollo individual y grupal.

Si bien en las instituciones y grupos de trabajo existen situaciones de violencia que puede ser manifiesta o estar sutilmente implementada, no todas ellas se

diagnostican como Mobbing y si bien es cierto que ninguna de las situaciones de violencia en las instituciones debe minimizarse, también lo es que debemos ser cuidadosos cuando realizamos diagnósticos psicosociales de tal gravedad.

3.2. Desgaste por Empatía.

En la década del 80, un grupo de autores encabezado por C. Figley, se ocupó de un cuadro psicológico agudo, que aparecía entre los rescatistas, que tenía prácticamente las mismas características psicosemiológicas del Trastorno por Estrés Postraumático, al que llamó Fatiga por Compasión, que otros denominaron Estrés Secundario o Estrés Vicario, porque lo padecían las personas que asistían a los sujetos primariamente traumatizados.

Vidal y Benito, 2012, nos invita a pensar, que dejando de lado otros factores relacionados a la tarea que podrían influir, el profesional de la salud se estresa por el padecimiento del paciente, porque lo acompaña simpáticamente (se compadece de él) y/o lo comprende empáticamente (comparte su emoción) y no está preparado para elaborar la carga emocional que esto le representa. Por esta razón, muchos de los que estudiaron este cuadro, lo denominaron Fatiga por Compasión o desgaste por Empatía.

Aunque tiene antecedentes previos, se terminó de conceptualizar en la década del 90, con dos publicaciones muy importantes: la realizada por Joinson y la de Figley, quien trabajaba en este tema desde la década del 80.

Figley (citado en Vidal y Benito, 2012), definió la Fatiga por Compasión como:

Un estado de tensión o preocupación por el trauma acumulativo de los clientes que se manifiesta de una o más formas: re-experienciación del evento traumático, evitación de los recuerdos del evento, activación persistente, combinados con los efectos agregados del estrés acumulado (burnout) (p. 36).

En la fatiga por compasión, el cuadro clínico puede estar constituido por síntomas similares al Burnout, con sensación de cansancio, de estar exhausto, frustrado y enojado con la actividad profesional, pudiendo desarrollarse también una depresión o una sintomatología más relacionada al trauma que, entonces, según algunos autores, como Stamm (citado en Vidal y Benito, 2012), correspondería denominar Estrés Traumático Secundario y sería parecido al Trastorno por Estrés Postraumático, con el cual compartiría la sintomatología, salvo que el estresor no es primario en este caso, sino

secundario. Es decir que para estos autores, la fatiga por Compasión puede presentarse como Burnout o como Estrés Secundario.

En la actualidad se tiende a utilizar todas las denominaciones, como equivalentes, aunque parecería que fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía son percibidas como más amigables (Vidal y Benito, 2012).

Se ha encontrado, que este síndrome aparece entre los que atienden pacientes con problemas diversos, entre ellos los profesionales de la salud mental, sobre todo los que atienden situaciones más dramáticas y complejas, como la marginalidad, la drogadicción, el abuso infantil, etc.

Wolfberg (2003), respecto al Desgaste por empatía, señala: “que es el resultado acumulativo del estrés traumático secundario (resultante del trabajo con personas en situaciones traumáticas), del estrés traumático primario y del burnout, en la vida de una persona con profesión de servicio” (p. 271).

Cabe señalar, que el Burnout, es un cuadro de estrés crónico, mientras que el Desgaste por empatía se trataría de un estrés agudo.

Posteriormente Stamm y Figley (citado en Vidal y Benito, 2013), postularon un concepto que llamaron “Satisfacción por Compasión”, como la sensación de bienestar que percibe el profesional de la salud, al asistir a los pacientes, vinculada a la actitud compasiva y empática, al altruismo y la solidaridad, que posibilitan cumplir con el objetivo de ayudar al otro y que son actitudes pro sociales humanas básicas que sostienen la gregariedad, característica esencial de nuestra especie.

3.3. Karoshi.

Muerte súbita en el trabajo, fenómeno descrito y estudiado en Japón (citado en Wolfberg, 2003).

4. Malestares Percibidos y Recursos Funcionales/Disfuncionales Interpuestos.

Es importante conocer como los mismos actores sienten, piensan y actúan respecto a sus necesidades de salud laboral y personal. Es escasa la publicación de trabajos, acerca de los emergentes subjetivos de los profesionales, la percepción y registro (consciente o inconsciente) de sus malestares y con qué recursos los afrontan.

Miembros del capítulo de Psiquiatría Preventiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), llevo a cabo, durante los años 2002 y 2003, una investigación descriptiva y cualitativa, con 133 profesionales de la salud de distintos hospitales de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, acerca de los malestares percibidos y expresados por ellos y los recursos, tanto funcionales como disfuncionales, con los que se protegen. El proyecto estuvo a cargo de la Dra. Wolfberg y se publicó en Vertex (2005).

Los datos se obtuvieron de interacciones en reuniones grupales, entre los participantes y los coordinadores.

Creemos pertinente, citar algunos de los resultados arrojados por esta investigación, a modo de intentar reflejar desde la perspectiva de los propios protagonistas, el grado de percepción de sus malestares y los recursos que interponen.

4.1. Problemas que Perciben los Profesionales de la Salud.

4.1.1. personales. Ansiedad, poco tiempo para el esparcimiento, poco reconocimiento de los propios cambios (residentes).

4.1.2. institucionales.

4.1.2.1. ambiente de trabajo desfavorable. Por falta o déficit permanente o transitorio de insumos, planta física inadecuada y/o deficiencias en la bioseguridad. Estos problemas despiertan dos tipos de reacciones: por un lado impotencia, rabia y desmotivación, y por el otro, alianza grupal frente a ellos. Es decir respuestas reactivas y productivas.

4.1.2.2. condiciones de trabajo desfavorables. En los residentes podemos señalar; el cansancio en las guardias, la excesiva cantidad de horas de trabajo asistencial y su utilización como fuerza de trabajo sin marco legal adecuado. Además, sienten por un lado desamparo docente y a la vez, se sienten exigidos por el hospital, (doble mensaje).

Mientras que los médicos de planta, manifiestan: intensa sobrecarga laboral (peyorativamente llamados “médicos taxi”), ausencia de escala de valores de recompensas y sanciones adecuadas, falta de incentivo económico, burocracia y exceso de papelería estadístico, situaciones jurídicas de exposición y desprotección, que ocasionan estrés médico-legal.

4.1.3. organizacionales. En los residentes: falta de organización del tiempo para comer y para descansar, se ven obligados a utilizar los tiempos libres para completar Historias Clínicas, lo que no vuelve ergonómico su trabajo. En los médicos de planta: Ausencia de liderazgo y vacío de poder (jefes ordenadores/no ordenadores), representación del jefe como objeto único, que debe resolver todos los problemas, aislamiento entre pares, ausencia del concepto de equipo, carencia de una estrategia general para toda la institución.

4.1.4. sociales. Falta de solidaridad, violencia, falta de reconocimiento social, preocupación por el futuro laboral por miedo al desempleo; especialmente en residentes.

4.1.5. problemáticas de género. Madres fatigadas por tener que ocuparse de sus hijos al final de una larga jornada laboral; discriminación por ser mujeres y hacer uso de licencias previstas para el género; denuncia de que la Residencia no contempla la maternidad.

4.1.6. conflictos intergeneracionales. Dificultad de integración entre Residentes y médicos mayores; los Residentes desestiman la enseñanza que reciben de los mayores; algunos mayores tienen reticencias para enseñar técnicas específicas a médicos más jóvenes (sin embargo el hospital recibe un pago por grupo de estudiantes rotantes provenientes de Universidades privadas y nada de ese dinero va a los médicos docentes. Tampoco perciben pago por enseñar a los Residentes).

4.2. Situaciones que los Profesionales de la Salud no Perciben Como Problemas.

❖ Cada especialidad se instituye “endogámicamente” como cofradía, con la consecuencia del aislamiento y la sub-utilización de otras instancias institucionales.

❖ No perciben que diversos conflictos son resultantes de factores institucionales que recaen sobre ellos generando enemistades.

❖ Naturalizan el malestar, conviven con él dejando de advertirlo y, por ende, no tratando de encontrar alivio. Se sobre adaptan gradualmente a sus condiciones de trabajo adversas, aboliendo la alarma.

❖ Estructuras organizacionales anacrónicas: por ejemplo el hecho de que en un servicio de cirugía no haya médicos clínicos o que las historias clínicas no estén elaboradas y completas.

❖ Inadecuación de los modos organizacionales a las nuevas situaciones institucionales que se plantean tanto frente a la cantidad como a la calidad de la actual población atendida.

❖ Al no comunicarse entre sí los médicos pueden provocar sobre prestaciones.

❖ Violencia de la que no se puede hablar.

❖ Falta de espacios para hablar de estos temas, que entonces circulan por los pasillos.

❖ Ineficiencia: no registro o no lectura de la Historia Clínica del paciente.

❖ Dificultad para aceptar la autoridad (sobre todo por parte de los Residentes).

❖ Ni los Residentes ni los médicos de planta o los concurrentes conocen que tengan Obra Social ni legislación alguna que se haga cargo de la prevención y tratamiento de sus riesgos y sus afecciones surgidos de las condiciones laborales.

4.3. Recursos Funcionales y Disfuncionales.

Dentro de los recursos que los profesionales de la salud utilizan frente a esos problemas, se pueden señalar recursos funcionales y disfuncionales reflejados en las siguientes tablas.

Tabla (5): recursos funcionales. Fuente: (Wolfberg, 2005).

Recursos funcionales:

- Agrupamiento.
- Trabajo en equipo.
- Encuentros sociales dentro y fuera del Hospital.
- Cierta disociación útil.
- “Válvulas de escape”: vacaciones, salidas grupales, viajes, vínculos, aprendizajes, afectos.

Tabla (6): recursos disfuncionales. Fuente: (Wolfberg, 2005).

Recursos disfuncionales:

- Marginación y automarginación (aislamiento).
- Enojo con resentimiento.
- Despersonalización del vínculo con el paciente.
- Escisión y renegación de los sentimientos y sensaciones corporales.
- Culpa por lo que no hacen, tanto en el hospital como con sus hijos después del trabajo (mas presente en Residentes mujeres).
- Falta de organización para aliviar la sobrecarga.
- Transgresiones como auto defensa frente a situaciones críticas tales como la muerte de pacientes.

5. Modalidades Defensivas en el Trabajo Médico y Recursos Protectores.

La implementación activa de mecanismos de defensa individuales y otros que se construyen colectivamente apuntan a negar peligros, fuentes de sufrimiento. Se han descrito estrategias colectivas en operadores de conducción de industrias químicas, agentes de mantenimientos de centrales nucleares, obreros de la construcción, trabajadores sociales, médicos, cirujanos, gerentes. Los médicos construyen defensas colectivas, tales como renegación, disociación del cansancio, hambre y salud y la práctica de hábitos paliativos (tabaco, alcohol, etc.) que los protege de una angustia aun mayor pero que a su vez los expone. Llevándolos a adicciones, como en el caso de las defensas conductuales, o como las defensas psíquicas inadecuadas (inconsciente), que los expone a no asumir sus dificultades laborales y los deja indefensos frente al Burnout. Y cabe hacerse la pregunta: ¿es conveniente intentar modificar estas defensas, sin antes proveer condiciones de trabajo más protectoras?

Empecemos por dilucidar los elementos que organizan la **renegación** de los médicos, de manera que el dato sensorial perceptivo del propio padecimiento queda omitido (Wolfberg 2003).

Estos elementos son de orden externo e interno:

❖ De orden externo:

- ✓ Los medios no relacionan la sobrecarga de pacientes, con riesgo de salud de los profesionales.
- ✓ La sociedad espera invulnerabilidad de los médicos.
- ✓ El rol hegemónico de los médicos frente a los demás agentes de salud, los sobre-exige aun más.
- ✓ Existe una supuesta extraterritorialidad del trabajo profesional llamado liberal y en consecuencia ausencia de medidas protectoras legales para el trabajo inmaterial.
- ✓ El médico resulta fácilmente explotable, principalmente el Residente y el estudiante en internado rotatorio, que se convierten en “mano de obra barata”. Los hospitales y clínicas ahorran mucho dinero con ellos.
- ✓ A las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) no les conviene incluir nuevas enfermedades o accidentes profesionales.

✓ Las empresas prepagas de salud y los hospitales no tienen límites en relación a lo que esperan de sus médicos, pero tampoco tienen responsabilidad sobre su salud mental, ni sobre los trastornos de su salud somática.

✓ Precarización laboral e insuficiente retribución económica.

✓ Escasa cantidad de horas de sueño en Residentes y estudiantes, con el riesgo de accidentes y disfunciones de la salud y también en profesionales mayores con el agregado de depresiones, adicciones y enfermedades severas.

❖ De orden interno:

✓ La no ligadura de la percepción a la representación, por estrés traumático secundario.

✓ La idealización del poder reparatorio de la profesión, el viejo paradigma del médico patriarcal y todopoderoso.

✓ La renegación de la percepción y creencia, apoyada en los factores externos, de que pueden enfermarse o que ya se enfermaron.

✓ El efecto de la omnipotencia impuesta como un “deber” y disfrutada o codificada como un poder.

Se nos ha formado con el ideal de curar y vencer con altruismo la muerte; pero no se nos formó para contestar preguntas existenciales, ni para sostener y contener a personas sufrientes, a lo largo de interminables jornadas, perseguidos por el fantasma de lo legal y atravesados por la violencia y la burocracia administrativa. Existe una distancia abismal entre el grandioso médico liberal, que no tiene que dar cuenta a nadie y puede tomar libremente sus decisiones, atendiendo a sus pacientes en tiempo y forma de manera independiente y el actual médico-operario que es tomado como mano de obra barata, exigiéndole que atienda en forma mecánica y robotizada, llevando a redefinir el término paciente por el de cliente y al del médico, por el de prestador de servicios, desvirtuándose la dignidad del acto médico.

Para poder enfrentar todo ese sufrimiento, adoptamos nuestra primera defensa, la idealización, o mejor llamada **autoidealización**, ya que surge no solo por parte del paciente sino del mismo médico.

La figura del médico ha perdido gran parte de la valoración social que le aportaba intensa motivación y entusiasmo por la tarea, alimentada por la representación social de ejercer una profesión sumamente estimada, admirada y dignificada. Cuando esto no

ocurre, el médico desarrolla mas omnipotencia para tratar de reparar su autoestima lesionada, cayendo en vivencias de extenuación y desaliento; esto es el preámbulo del Burnout. Siendo, la **omnipotencia**, otra de las defensas disfuncionales, adoptada por los médicos.

Los médicos tienen la tendencia de disociar la mente del cuerpo, y el cuerpo del contexto, no solo en el paciente, sino también en sí mismos, convirtiéndose en una mente sin cuerpo ni emociones, sobreadaptados, alexitímicos y descontextualizados de las dificultades. Los avances tecnológicos contribuyen a burocratizar una parte considerable de la práctica clínica, favoreciendo la renegación y **disociación**, resultando, esta última en otra de las defensas disfuncionales adoptadas por los médicos. Con el objetivo de no sufrir, no enterarse de los riesgos, como los obreros de la construcción; mantener la defensa contra la noción de límites, como los pilotos de caza; y apurar aún más el paso, como las telefonistas.

Además del sufrimiento que resulta de la organización del trabajo, muchas veces es mas empobrecedor, la extrema forma de internalizar los mandatos y expectativas sociales, cuya expresión máxima esta en el reemplazo de la voluntad del sujeto por la del objeto (paciente, institución, jefes). A esto llamamos **alienación** y constituye otra de las modalidades defensivas disfuncionales, que hacen que el médico termine por confundir los propios deseos, con la exhortación laboral que toma el lugar de su propio arbitrio. Bloqueando el libre acomodamiento del modo de trabajo, en función de las necesidades de su economía psicosomática.

Estos mecanismos de defensa, consumen gran parte de la energía del trabajo, lo que produce fatiga y eso resulta parte integrante del trabajo.

Dejours 1990, psicoanalista francés, analiza los procedimientos defensivos específicos en función de cada tipo de organización del trabajo. Resaltando las defensas construidas por los grupos de trabajadores. A las que denomino, “defensas colectivas”, que fueron particularmente estudiadas en la construcción y en los pilotos de caza, entre los ejemplos que elegimos destacar en este trabajo. Estas defensas fueron elaboradas para luchar contra las diferentes formas de sufrimiento y sobre todo contra el miedo que resulta del trabajo.

Se pueden proponer algunas características acerca de lo que es una ideología defensiva.

En primer lugar, tiene como objetivo principal enmascarar, contener y ocultar una ansiedad especialmente grave. Otro aspecto, es que se trata de un mecanismo de defensa elaborado por un grupo social particular, es decir que es específico de grupo. En tercer lugar, es que está dirigida, no contra una angustia resultante de conflictos intrapsíquicos de naturaleza mental, sino que está destinada a luchar contra un peligro y un riesgo real. En cuarto lugar, para ser operativa, debe obtener la participación de todos los interesados. Aquel que no contribuye o que no comparte el contenido de la ideología defensiva es tarde o temprano excluido. En quinto lugar, para ser funcional, debe estar dotada de una cierta coherencia, lo que supone hacer adaptaciones relativamente rígidas con la realidad con el riesgo de que aparezcan consecuencias más o menos graves en el aspecto práctico y concreto. Finalmente, la ideología defensiva tiene siempre un carácter vital, fundamental y necesario. Siendo tan inevitable como la realidad misma, se torna obligatoria. Ella reemplaza los mecanismos de defensa individuales y los pone fuera de combate. La participación en la ideología defensiva colectiva, exige acallar estos mecanismos de defensa que únicamente justifican su existencia frente a conflictos de orden mental, los cuales solo pueden aparecer cuando está asegurado un mínimo control de la realidad peligrosa.

En el caso de los obreros de la construcción, se observa una particular resistencia a las consignas de seguridad, una especie de pseudo-inconciencia del peligro. Conocen el riesgo y lo sienten a flor de piel en su vida cotidiana. La vivencia de la ansiedad existe efectivamente, pero solo aparece en la superficie en contadas ocasiones. Es que la ansiedad se encuentra contenida por los sistemas defensivos. Estos son absolutamente necesarios, a tal punto de que si la ansiedad no es neutralizada de ese modo, se les haría imposible seguir trabajando. El miedo es una causa importante de inadaptación profesional en la construcción. Pero solo debe aparecer invertido, incluso fuera del trabajo, a través de síntomas medicalizados de la ansiedad: cefaleas, vértigos, impotencias funcionales diversas, a manera de signos de micro protesta social que sería útil poder escuchar y descifrar.

Conjurar el riesgo exige sacrificios y testimonios más convincentes. Tal es así, que los obreros agregan al riesgo del trabajo los riesgos derivados de los grandes

esfuerzos personales y de verdaderos concursos de habilidad y valentía. Compiten entre ellos, pero al hacerlo, todo ocurre como si fueran ellos los que crearan el riesgo y no fuera el peligro lo que abate sobre ellos independientemente de su voluntad. Crear la situación o agravarla, es ser dueño de ella, portando un valor simbólico que contiene la iniciativa y el dominio de los trabajadores sobre el peligro y no lo contrario.

Los obreros no quieren que les hagamos acordar de aquello que tan costosamente buscan conjurar. El rechazo y las resistencias, son una conducta deliberada, que apunta a soportar un riesgo que por su gravedad no sería plenamente atenuado con medidas irrisorias de seguridad.

Cuando estos procedimientos defensivos sirven de base a la construcción de un sistema de valores, que llevan a promover la defensa como un fin en sí mismo, transformando la defensa en deseo, ocultando así su vocación principal de defensa contra el sufrimiento, entonces ya no se trata de una defensa colectiva, sino una ideología defensiva del oficio.

La ideología defensiva tiene además un valor funcional con respecto a la productividad, garantizándola. De forma tal que el sufrimiento puede volverse un instrumento de explotación y de rendimiento, siendo uno de los aspectos más insólitos y curiosos.

Posee también un valor con respecto a los obreros que no participan en el trabajo. Si un obrero no alcanza a retomar la ideología defensiva de la construcción por su propia cuenta, si no renuncia a su timorata posición con respecto al grupo. Tarde o temprano será eliminado. De esta forma, el grupo opera una verdadera selección que garantiza el valor operacional de cada obrero, pero además se defendió contra la ansiedad que viene a reactivar a nivel individual y colectivo los propósitos y los comportamientos del “miedoso”. Esta es la importancia de la ideología de defensa en la continuidad del trabajo.

Podemos citar otro ritual que realizan los obreros, llamado “el bautismo” de los jóvenes obreros. Siendo objeto de una verdadera prueba de ingreso: se lo “abuchea”, se le exige ciertas performances físicas, se lo observa, se lo somete a la prueba de la ideología defensiva. Si sale victorioso, se lo acepta como uno más, al mismo tiempo que

él retoma por su propia cuenta los elementos que constituyen la defensa colectiva. Si no soporta ese clima, debe desistir, cosa que ocurre a veces.

La ideología defensiva, es entonces funcional a nivel del grupo, de su cohesión, de su coraje, lo es también a nivel del trabajo; es la garantía de la productividad.

En la profesión médica encontramos cierta semejanza con ello. Desde primer año se templa a los estudiantes por medio del contacto con los cadáveres, una especie de “bautismo” de iniciación a manera de una intensa desensibilización frente al miedo y el horror, que causa la muerte y la mutilación. Así mismo, los bautismos de guardia, donde las bromas agresivas y las burlas, ponen a prueba la resistencia del joven médico. Buscando la iniciación en la temeridad y a quien no sobreviva, los colegas se encargan de hacerle saber que no sirve. También estas vacunas garantizan la productividad, por miedo a la crítica y el rechazo. Al igual que los obreros de la construcción, se aprenden defensas de negación frente al dolor, al miedo, al cansancio, al sufrimiento.

En la aviación de caza, es la explotación de una locura muy específica la que permite encontrar los hombres capaces de lanzarse hacia un desafío mortal contra los elementos de la naturaleza. El deseo de volar condensa las aspiraciones de ser todopoderoso, de superación y de liberación con relación a los límites humanos. Volar solo, es una situación muy valorada por los pilotos de caza, representa el supremo placer, donde el piloto se entrega al gozo narcisista. En esos instantes se logra una verdadera reconciliación entre el yo adulto y las aspiraciones arcaicas del ideal del yo, fuente de un sentimiento de bienestar, de victoria y de exaltación. El ideal del yo quedado convertido en el principal motor de la actividad profesional: si es capaz de despreciar el peligro que afronta cada día, es porque el piloto es guiado por aspiraciones orientadas hacia la superación de sí mismo. El ideal del yo tiene también otra función en la vida del piloto de caza: su pertenencia al grupo de pilotos, al escuadrón. Otra característica es que la transgresión permanente que supone ese trabajo no acarrea ninguna culpabilidad.

La agresividad es muy valorada, es una exigencia fundamental del oficio, y en el caso contrario conduce inevitablemente a la incapacidad psíquica del piloto a volar.

La moderación necesaria de las aspiraciones del ideal del yo está asegurada por el apoyo exterior que se expresa por medio de las necesidades de la realidad, de la disciplina y de lo prohibido, es decir del súper yo.

La angustia fundamental del piloto de caza sería la de un ser limitado. Esta angustia de los límites se ubica en el centro de su vida mental, de sus elecciones, de su orientación, a tal punto que su vida profesional aparece como una respuesta. Cuando el desafía las fuerzas de la naturaleza, en realidad se está desafiando a sí mismo, y es en ese enfrentamiento y sobre todo en el éxito, que llega a superar su angustia. Es por eso que valoriza sobre todas las cosas su condición de piloto solitario, situación que a cualquier otra estructura de personalidad le parecería como algo temible e insostenible.

Todos los pilotos de caza operacionales presentan características psicológicas estandarizadas. Contiene tal vez un germen de locura, que es útil para osar desafiar la muerte cada día. Toda variación respecto de ese modelo conduce irremediamente a una descalificación, a un traslado o a un accidente. La pregunta, es si el cuerpo de piloto de caza al igual que su locura, no es racionalmente explotada por los que lo dirigen.

Encontramos similitudes, con la profesión médica, especialmente, algunas especialidades que se ejercen, como los riesgosos vuelos de caza, por la angustia de los límites de la vida. Como podría ser el caso de la cirugía, la oncología, la terapia intensiva, que conviven muy de cerca con la muerte, desafiándola día a día, con una templanza muy particular.

Finalmente mencionamos brevemente el caso de las operadoras telefónicas, que deben sostener un ritmo veloz y eficiente y que son controladas a menudo y sin saber ellas, en qué momento. Su defensa frente a esta exigencia es trabajar cada vez más rápido, hasta la extenuación. Esto también aumenta la productividad.

Lo que es explotado por la organización del trabajo no es el sufrimiento en sí mismo, sino más bien los mecanismos de defensa desplegados contra ese sufrimiento.

En el caso de las operadoras telefónicas, el sufrimiento proviene de la organización del trabajo robotizante, expulsando el propio deseo del sujeto. La frustración y la agresividad que resultan, así como la tensión y el nerviosismo son específicamente explotados para aumentar el ritmo de producción, sin que el sujeto lo advierta.

Nuevamente podemos señalar similitudes de estos modos defensivos con el taylorismo, así como también con el caso de médicos de empresas prepagas o clínicas privadas, donde se les exige que atiendan la mayor cantidad de pacientes en el menor tiempo posible, a lo largo de interminables jornadas, ejerciendo un sutil y tenso control sobre ellos.

Si la principal función de los sistemas defensivos es la de aliviar el sufrimiento, su poder de ocultamiento se vuelve contra sus propios creadores. Por su eficacia frente al equilibrio mental, las estrategias defensivas se oponen a una evolución que podría conducir a una estabilidad de un nivel menos mediocre.

Dejours 1990, sintetiza que solo a partir de un doble movimiento; de transformación de la organización del trabajo por una parte y de disolución de los sistemas defensivos por otra, que puede nacer una evolución de la relación salud mental-trabajo.

La regulación de las ideologías defensivas disfuncionales es posible a través de la activación de factores protectores para el estrés (Wolfberg 2003).

5.1. Factores Protectores.

5.1.1. recursos subjetivos.

✓ Es necesario un compromiso medido con la tarea para extraer de ella algo de placer.

✓ Fomentar la creatividad.

✓ Negociar con la institución que siempre representa la exigencia.

✓ Evitar la ansiedad, porque esta se contagia y altera la capacidad de pensar.

✓ Distinguir cuando lo mucho es demasiado.

✓ Saber relajarse para volver a sí, además posibilita reducir la ansiedad (la empatía tiende a sacar de sí, es necesario estar con el otro y también consigo).

✓ Activar formas de reconocimiento recíproco (este es un salario libidinal, un pago simbólico que contrarresta la sensación de quedar consumido por la tarea, la institución o los pacientes).

✓ Pertenecer a grupos (está demostrado que la pertenencia a grupos baja la incidencia de enfermedad coronaria).

✓ Redimensionar defensas (valorarse no es lo mismo que idealizarse, tener potencia no es igual a tener omnipotencia, tener límites no es arruinar la tarea, conectar consigo no es derrumbarse, es regularse mejor).

✓ Resubjetivizarse (conectar con la autonomía posible, entendida como la capacidad de resistir presiones sociales y regular las conductas desde la propia interioridad y no desde las expectativas de los otros). Equivale a desalienarse.

✓ Encontrar placer en el trabajo, tomar las cosas con humor y astucia, permitirse recreos.

✓ Buscar apoyo social de los pares. Armar una red.

La relación red social/salud muestra que la interacción social incrementa la fortaleza y disminuye la morbilidad de los individuos. Es un elemento protector y salutogénico.

5.1.2. recursos corporales.

✓ No aceptar el malestar como algo natural.

✓ Cuidar y conectarse con el propio cuerpo.

✓ Practicar actividad corporal.

✓ Alimentarse adecuadamente.

✓ Controlar periódicamente la TA, el colesterol, etc.

✓ Cumplir con los exámenes preventivos periódicos (ginecológicos, urológicos).

✓ Sueño adecuado y descanso.

✓ Corregir los hábitos dañinos de automedicación, consumo excesivo de alcohol, tabaco, etc.

Y, todo lo que permita expresarse, cuidarse y reconocerse en los demás.

6. Instrumentos de Evaluación.

Si bien el eje de este trabajo no es profundizar en las herramientas diagnósticas existentes, no podemos dejar de hacer mención al Maslach Burnout Inventory (MBI).

6.1. Maslach Burnout Inventory (MBI).

Hay numerosos cuestionarios para evaluar Burnout, no todos gozan de confiabilidad entre los expertos. El instrumento de evaluación más clásico y conocido es el Maslach Burnout Inventory (MBI) constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, Maslach y Jackson, (citado en Tonon, 2003).

En castellano se han elaborado otras escalas siguiendo el modelo del MBI. Uno de ellos es el conocido cuestionario Breve de Burnout (CBB) hecho por Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997).

El MBI en sus diversas versiones como se vio es el cuestionario más utilizado, es autoadministrado y se realiza en 15 a 20 minutos en total. Cada ítem es evaluado en intensidad y frecuencia.

En la última edición del Manual, Maslach, Jackson y Leiter, 1996 se presentan tres versiones del MBI: MBI-HSS (profesionales de la salud), MBI-ES (profesionales de la educación), y MBI- GS (versión general, mas reciente, para profesiones no asistenciales).

Una de ellas el MBI-HSS (MBI-Human Service Survery) está preparado para evaluar la frecuencia con que los profesionales presentan: percepción de baja realización personal (8 ítems), el agotamiento emocional (9 ítems) y la despersonalización (5 ítems). Las escalas se miden de 0 a 6.

El MBI puede presentar algunas debilidades psicométricas fuera del contexto demográfico en el que fue creado y por eso surgen cuestionarios en español, como los que ya se mencionaron de Moreno. Existen también algunas versiones adaptadas a contextos particulares. A continuación se adjunta, una versión en castellano del MBI.

Tabla (7): Maslach burnout Inventory (versión Moreno, Oliver y Aragoneses 1991). Fuente: Gil Monte y Peiro, 1997.

0 (nunca) 4 (Una vez al mes) 5 (Pocas veces a la semana)
 1 (Pocas veces) 3 (Unas pocas veces al mes) 6 (Todos los días)
 2 (Una vez al mes o menos)

1. Me siento emocionalmente agotado en el trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente lo que dicen los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

6.2. Burnout Según los Manuales Diagnósticos: DSM IV y CIE-10.

Muchos autores coinciden cuando tratan de encuadrar el síndrome con el sistema categorial DSM-IV en considerar al Burnout como un trastorno adaptativo.

Según el DSM-IV el Trastorno Adaptativo se caracteriza por el desarrollo de síntomas emocionales y comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable.

Según este criterio en la categorización del DSM-IV sería considerado de la siguiente manera: Trastorno Adaptativo No especificado Crónico.

Pero según algunos autores (Gil-Monte, 2005), las características del síndrome de quemarse por el trabajo no se terminan de encuadrar en ningún apartado del DSM IV. Por lo que sugieren su inclusión en el manual diagnóstico DSM como patología con entidad propia.

En lo que respecta a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el burnout es una enfermedad descrita, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial (Psico.mx, 2013).

Cabe indicar, que en algunos países europeos a los pacientes con Burnout se les diagnostica con el síndrome de Neurastenia (CIE-10, código F 48.0) siempre que sus síntomas estén asociados al trabajo, en concordancia con la lógica de planteamientos presentes en algunas investigaciones, quienes la vinculan con el Síndrome de Burnout, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental (Psicosystem, 2012). También, al igual que en el DSM IV, se podría encuadrar en la categoría de trastornos de adaptación (F 43.2, CIE-10).

Podemos señalar otros ítems diagnósticos en los que se podría encuadrar el Burnout, aunque de manera imparcial:

- ✓ (Z56.3) Problemas relacionados con horario estresante de trabajo.
- ✓ (Z56.4) Problemas relacionados con desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo.
- ✓ (Z56.5) Problemas relacionados con el trabajo incompatible.

- ✓ (Z56.6) Otros problemas de tensión física o mental relacionadas con el trabajo.
- ✓ (Z56.7) Otros problemas y los no especificados relacionados con el empleo.
- ✓ (Z57) Exposición a factores de riesgo ocupacional.
- ✓ (Z58) Problemas relacionados con el ambiente físico.
- ✓ (Z73.2) Problemas relacionados con la falta de relajación y descanso.
- ✓ (Z73.3) Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte.

Debido a que estas posibilidades de diagnóstico no terminan de recoger las características del burnout en toda su amplitud, es sumamente acertado recomendar su inclusión tanto en el manual diagnóstico DSM-IV como en la CIE-10 como una patología laboral con entidad propia.

7. Algunas Respuestas al Burnout.

Para afrontar el síndrome del Burnout podemos identificar distintos tipos de estrategias.

Una de las propuestas, para dar respuesta al síndrome de burnout, se basa en el apoyo social en el trabajo. Martínez, García y Maya (citado en Tonon, 2003), definen: “Entendemos por apoyo social, todo proceso de transición interpersonal proveniente de los recursos sociales naturales o redes sociales de pertenencia que potencian y favorecen el bienestar de los agentes implicados” (p. 46).

El apoyo social protege a las personas de los efectos adversos sobre el estado de ánimo y funcionamiento psicológico, facilitando los procesos de afrontamiento y adaptación y reduciendo así las posibilidades de enfermedad física y/o mental.

Las redes sociales conforman el principal sistema de apoyo natural que tiene una persona, de allí que la familia sea considerada la primera red. En lo que respecta al espacio laboral, es importante diferenciar la red de apoyo que conforman los otros miembros de la organización con quienes el profesional comparte el espacio de trabajo, de los amigos con quienes pudiera contar.

La aparición del síndrome de burnout en uno o más de los miembros del equipo de trabajo, remite a considerar no solamente la situación individual de esa persona, sino la situación del equipo como un todo.

La posibilidad de prevenir casos futuros, se encuentra en estrecha relación con la posibilidad de trabajar a partir del apoyo social, los casos detectados. Es así, como el abordaje del problema nos lleva a revisar la modalidad de trabajo cotidiano. El rediseño de tareas, el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, el contar con momentos de descanso en el trabajo, el hecho de fijarse objetivos reales y posibles en el desarrollo de las tareas cotidianas, el aumento de la competencia profesional a partir del desarrollo de la capacitación, son algunas de las propuestas, Gil monte y Peiro (citado en Tonon, 2003).

El apoyo social en el trabajo aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás, Gil Monte y Peiro (citado en Tonon, 2003). Este apoyo puede

provenir de diferentes fuentes: los compañeros de equipo, los grupos informales y hasta los jefes.

Los grupos de apoyo social que pudieran organizarse en el ámbito laboral como respuesta al problema del Burnout, tienen como objetivos la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de cada uno de los profesionales miembros del grupo y el mejoramiento del ambiente de trabajo a partir de facilitar el desarrollo de las tareas cotidianas. En ellos se discuten los problemas relacionados con el entorno laboral, pero no así los problemas personales de cada uno de los participantes; es importante no confundir este encuadre con el de un grupo terapéutico.

Maya Jariego (citado en Tonon, 2003), define el apoyo social como "...una fuente de sustento psicológico básico, un recurso de afrontamiento y un inhibidor del estrés" (p. 51).

Wolfberg 2005, plantea la necesidad de contar con instancias grupales regulares y estables de reunión del personal de salud, coordinadas por personal idóneo, a fin de tratar los problemas que lo afectan.

Entre las funciones de los grupos de reflexión, se señalan:

- ✓ Mayor conciencia de las condiciones de trabajo.
- ✓ Mejorar los canales de comunicación.
- ✓ Revisar las imágenes ideales acerca de la profesión.
- ✓ Poner en acto el reconocimiento de las subjetividades.
- ✓ Jerarquizar el valor y el poder de la palabra.
- ✓ Activar vínculos y redes interpersonales.
- ✓ Activar los recursos de autocuidado de la salud.

Wolfberg 2005, agrega además de las instancias grupales, una serie de medidas a considerar:

- ❖ Redimensionar el plantel de profesionales para la creciente población a atender y aumentar los salarios para eliminar el "profesional taxi".
- ❖ Eliminar los abusos y/o las distorsiones horarias con los residentes.
- ❖ Generar modalidades individuales y grupales de reconocimiento. Instituir premios, por ej., al compañerismo, a la mejor Historia Clínica, al mejor ateneo.

❖ Concientizar acerca de la necesidad del conocimiento del marco legal de las condiciones de trabajo del personal de salud y hacer un estudio para evaluar la sobrecarga que causa accidentes y burnout. Cumplir con las leyes de protección al trabajador.

❖ Capacitar a los miembros de los Servicios para trabajar en equipo y a los jefes para liderar.

❖ Incrementar el personal docente pago para los Residentes.

❖ Capacitar a los médicos, para establecer una mejor distancia emocional y física con los pacientes a los efectos de manejar su ansiedad.

❖ Relevar síntomas corporales y psíquicos y generar dispositivos de auto y hetero cuidado.

❖ Alertar sobre las medidas preventivas para la salud del personal.

Finalmente, cabe citar una serie de medidas preventivas y promotoras de la salud de los colegas, surgidas de la investigación sobre “Condiciones de Trabajo y de salud” efectuada por medio de una encuesta a 722 psiquiatras asistentes al XXV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA, 2009, cuyos resultados fueron detallados previamente en el presente trabajo.

❖ Crear una Comisión Interdisciplinaria de Salud Laboral Profesional, dependiente de la comisión directiva de APSA conformada por: psiquiatras formados en trastornos de salud derivados de la práctica laboral y su prevención, abogados laboralistas y otros asesores.

❖ Plantear ante las entidades asistenciales el pago a término, además de aumentar los salarios y honorarios, especialmente a los psiquiatras jóvenes, mujeres y contratados.

❖ Lanzar a través de la página Web de APSA y de instructivos periódicos a los socios una campaña de erradicación de la violencia en el trabajo (uno de cada diez la padece en forma semanal), con pautas a implementar tanto a nivel institucional como grupal e individual.

❖ Estimular en las instituciones asistenciales reuniones periódicas grupales de reflexión previstas a partir del consenso con las direcciones, en los lugares de trabajo, a efectos de generar recursos colectivos de prevención y afrontamiento de la violencia laboral y el burnout.

❖ Dado que subsiste el mito del profesional liberal, fuera de marcos laborales regulatorios, establecidos por ley y defendidos gremialmente, es necesario preparar para el ejercicio real de la profesión a los profesionales en el pre-grado y post-grado. A tal fin se aconseja comunicar estas recomendaciones a Universidades, Carreras de Post-grado y Hospitales.

❖ Poner en conocimiento de los colegas, a través de la página Web de APSA, de las Leyes Laborales que los protegen, para que conozcan sus derechos como trabajadores.

❖ Recomendar la organización de mayor oferta de supervisiones clínicas y terapéuticas en los lugares asistenciales.

❖ Instar a la cooperación entre géneros, dada la clara evidencia de la asimetría entre varones y mujeres en sostener tanto en lo objetivo como en lo subjetivo la vida familiar y doméstica.

❖ El estudio y la investigación son sentidos como prioridad muy importante para el que muchos colegas dicen no disponer de tiempo suficiente: se sugiere el incremento de la oferta por parte de APSA, de capacitación online, para facilitar el acceso a éstas, en tiempos posibles y que no vaya en desmedro de tiempos para la familia, la recreación y los amigos.

❖ Lanzar desde la página Web de APSA una campaña de promoción de salud de los profesionales con periódicas informaciones y herramientas a tal fin. Instar a los colegas a implementar medidas preventivas para su salud realizando chequeos periódicos.

❖ Alertar a los colegas sobre el riesgo del uso de ansiolíticos, alcohol y tabaco como aliviadores de la ansiedad laboral.

❖ Armar y ofrecer a los socios, (en condiciones a determinar):

- un programa de promoción de salud, con recursos subjetivos y corporales para manejarse con la ansiedad y el estrés.

- un programa de cesación tabáquica.

7.1. Una Propuesta Terapéutica Diferente.

Maglio, Blajeroff y Dabas 2003, hablan de Burnout Social, ya que el equipo de salud no es una isla, sino que está inmerso en una sociedad. Una sociedad que está viviendo las culturas del desánimo, del desgaste y de la desesperanza, que nos llevan a

sufrir esta problemática. Sintetizando al Burnout en las “3D” (desanimo, desgaste y desesperanza).

Estos autores plantean una innovadora propuesta terapéutica, basada en el concepto de “Organismo Vincular Viviente” (OVV).

El OVV es un instrumento de operativa terapéutica que se edifica en torno a la íntima relación que se establece entre el médico y el paciente. Esa relación establecida a partir del pedido de ayuda de alguien que sufre, si es reconocido por el médico como un signo de fortaleza y salud, se fija en ese encuentro y en ese síntoma saludable el principio de un acontecimiento y sentimiento digno de ser compartido con las personas que elige el consultante. De este modo, se extiende la intimidad originaria a otros, homogeneizando un sentimiento común y ahora compartido. En este pedido, se halla contenida una esperanza y confianza en el profesional. Una relación de empatía establecida y vivida favorablemente por ambos, establece este nuevo campo esperanzador y saludable.

El tratamiento consiste precisamente en hacer extensiva el sentimiento empático contenido en dicha relación a nuevos vínculos en forma de red, ampliando su horizonte de influencia y reconocimiento.

En muchos casos se pasa de la ruptura o fisura y dispersión vincular a la reparación, en una cohesión capaz de regenerar vida y salud tanto anímica como vincular y biológica.

Se constituye, en este acontecimiento vincular, una identificación de ideales y sentimientos que se proyectan desde la relación médico-paciente a todo un mundo vincular posible. Se producen en su seno íntimo muchos cambios, al vincularse todos alrededor de un síntoma saludable. Estos cambios en la trama vincular producen otros muy profundos en el ánimo de todos. Es preciso reparar toda una trama vincular afectada, ya que nadie se cura sólo ni se enferma solo.

Ese campo vincular ampliado, comunica y se comunica a través de un video-salud a un espacio vincular posible. Culmina así un proceso terapéutico y se da origen a otros nuevos, nuevas historias, que se suscitan por emulación. Esas nuevas historia o consultas que se habilitan por la anterior, requieren un tiempo de intervención terapéutica menor que la inicial y su efecto anímico y hasta biológico es mayor. El

acortamiento en el tiempo está determinado por el pedido de ayuda anterior que abrió camino y posibilitó más seguridad y confianza en el nuevo.

De esta manera, se comienza a considerar no solo el tratamiento de un paciente, sino de grupos que se homogenizan construyendo comunidades interpretativas saludables y perdurables.

Se puede observar, en cuanto al contenido y las formas de trabajo, la contrapartida de lo que denominamos Burnout, al hallar y experimentar un entusiasmo por esta forma de operación participativa medico-psicológica cuando es generadora de organismos vinculares vivientes saludables. Esta modalidad de intervención puede ser medida no solo a través de encuestas entre los participantes, sino también, con marcadores biológicos (inmunológicos), posiblemente, en un futuro cercano.

7.2. ¿Se Puede Tratar?

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia de los médicos para admitir ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente (peores pacientes). Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que el resto de los pacientes.

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son, las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Sin embargo no existe ningún tratamiento específico para el síndrome de burnout, ni tampoco una estrategia simple de prevención.

Las terapias que se utilizan van encaminadas a restablecer la salud psicológica del afectado y recuperar el rendimiento laboral y se basan en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. En ocasiones es necesario un breve periodo de baja laboral y en los casos más graves hay que recurrir además, a los fármacos antidepresivos (tratamiento del síntoma). Siendo muchas veces, la única salida el cambio de trabajo.

7.2.1. prevalencia de medicación en burnout.

En el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, se presentó un Trabajo de Investigación sobre “Necesidad de medicación en función de la presencia de burnout” (Sánchez, Papich, Baioni, Deganis, Mazzoglio y Nabar, Naso y Paton Urich, 2009).

Señalan, que dicho cuadro presenta una sintomatología que en principio es medicada paliativamente sin prever las complicaciones, con el objeto de lograr una respuesta a corto plazo pero con el riesgo de generar farmacodependencia, comprometer el rendimiento profesional y la salud, accidentes, mala praxis y otras consecuencias que repercuten en la salud pública.

El objetivo fue establecer la prevalencia de medicación (auto y hetero-administrada) en una población de residentes en relación con su grado de burnout, discriminando la especialidad de los participantes.

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal mediante la implementación de una encuesta estandarizada, normatizada y anónima que incluía el Maslach Burnout Inventory y preguntas de elección múltiple sobre uso de fármacos a 76 residentes de la zona sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires en el período agosto 2008-diciembre 2008.

En la muestra de residentes encuestados se registró alta prevalencia de burnout, la cual resultó directamente proporcional al aumento del consumo de medicación para desarrollar actividades laborales, especialmente en residentes de especialidades quirúrgicas. El grupo farmacológico más utilizado fue el de ansiolíticos, seguido por el consumo de estimulantes.

8. Marco Normativo.

La prevención incluye no solo la autorregulación, las redes y los grupos de reflexión para procesar las problemáticas a nivel individual y del equipo, sino que también exige realizar investigaciones sobre la salud laboral a efectos de crear un marco normativo y de prevención para el burnout.

Wolfberg (2003) lo define: “el marco normativo es el contexto legal y reglamentario adoptado frente a los riesgos del trabajo profesional, donde estén establecidos los derechos del profesional, del empleador, y del Estado en sus derechos, deberes y responsabilidades” (p. 276). En la Argentina a los profesionales de la salud no se les reconoce el burnout como enfermedad profesional. No así en Alemania y Suecia entre otros.

En 1999, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, respaldó el diagnóstico del burnout como enfermedad laboral y causante de periodos de incapacidad temporal, abriendo la puerta para considerar al burnout como accidente laboral. En 2002, un dictamen de un juez de Barcelona otorga estado de invalidez absoluta permanente a una persona con burnout, que llevaba 35 años de ejercicio profesional, declarando en la sentencia, que el burnout o síndrome de estar quemado, es un accidente laboral. Como precedente el Tribunal Supremo de España confirmó previamente que sufrir burnout es causa de accidente laboral. Además el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (2005), ha reconocido que el burnout es un accidente laboral, en una sentencia en la que confirma la incapacidad permanente absoluta concedida a una maestra de Barcelona.

Wolfberg (2003) resalta que “es necesario reconocer legal y sanitariamente una enfermedad psicológica profesional tan severa como el burnout. El primer paso es reconocer que existe. El vacío legal acerca del burnout propicia violaciones a los derechos humanos” (p. 276).

8.1. Antecedentes en la Argentina.

En 2008, la Cámara Laboral de Bariloche, ha considerado al síndrome de desgaste profesional o Burnout, como una enfermedad y ordenó a una Aseguradora de Riesgos de Trabajo (A.R.T.) a cubrir médicamente a esa patología, considerada moderna. Fundamentalmente el fallo en cuestión no cuenta con precedentes en el país.

El caso contempla a una psicóloga y agente de policía de Río Negro, que trabajó dieciocho años, en la fuerza y que comenzó a manifestar síntomas de dicha enfermedad en el 2006.

El Tribunal consideró que las tareas diarias de la mujer, en relación a casos de violencia familiar, abuso sexual a menores, asistencia a los internos, intervención en intentos de suicidio a policías e incluso amenazas, provocaron episodios frecuentes y característicos de la enfermedad.

Según publicaciones tanto en el diario La Nación como en Clarín (Bs As), en mayo de 2008, la comisión médica y los peritajes determinaron la patología. Sin embargo, la ART negó que ésta pudiera ser reconocida como enfermedad laboral, debido a que no se encontraba incluida en el listado de patologías profesionales elaborado por el Poder Ejecutivo nacional, reglamentado mediante la ley de riesgos de trabajo. Ese listado fue aprobado por el decreto 658/96 y restablecido en 2000 en el decreto 1278/00 que, en circunstancias, permite hacer apertura a nuevos casos en el listado de enfermedades. Sin embargo, aún con esta apertura, es dificultoso para los trabajadores cumplir con las exigencias del decreto que en muchos casos es requerido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no tipificó aún la enfermedad como tal, sino que se encuadra en la categoría de agotamiento y problemas laborales.

Según se pudo leer en el diario Clarín en abril de 2012, el burnout o el síndrome del quemado, “la sensación de haber fundido motores”, ya afecta a 1 de cada 3 profesionales que trabajan con personas. Un equipo de psiquiatras argentinos presentará un trabajo científico en el que proponen su inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades, elaborada según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que se lo considere una enfermedad laboral. Según sostiene, Wolfberg (miembro del equipo) el burnout representa un grave problema de salud pública que no es atendido como tal y solo si se lo reconoce como una enfermedad laboral se podrá diagnosticar y prevenir.

El equipo de psiquiatras cree que la valoración en el campo médico, además, desembocaría en el reconocimiento jurídico. De ser contemplado por la Ley de riesgos del trabajo podría abrir el camino a indemnizaciones, por ejemplo, para casos que terminan con una incapacidad transitoria o permanente.

Incluirlo como enfermedad laboral significará que tanto las empresas como el sistema de salud deberán hacerse responsables de que algunos trabajadores se enfermen, agrega Berstein, miembro del equipo de la Asociación de Psiquiatras Argentinos que presentó la propuesta, en el 27° Congreso Argentino de Psiquiatría, 2012. Wolfberg, señala, en la nota a Clarín, en abril de 2012: “Todos saben de qué hablamos pero el burnout está en un limbo”.

Debemos tomar conciencia de la importancia de insistir, que el burnout sea incluido en el listado de enfermedades profesionales. Aunque no sea fácil de circunscribir, es necesario, según señala Wolfberg (2006): Tres Des: Des-silenciar, Des-invisibilizar, Des-naturalizar, ó sea tomar conocimiento para poder diagnosticarla y prevenirla. El primer paso, para que una medida de prevención tenga lugar, es que los destinatarios conozcan y comprendan la importancia de los riesgos.

8.2. Leyes Laborales Relacionadas con el Trabajador Médico.

Es importante que los profesionales médicos, tengan conocimiento de las leyes que desde el nivel legislativo amparan (Wolfberg, 2006).

En nuestro país rige respecto al tema de Salud y Seguridad en el Trabajo dos Leyes Nacionales, de las cuales se desprende toda la estructura normativa, nos referimos a: Ley 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo y Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo (del año 1995, con modificación del 2000). Esta normativa, establece la obligación de contar con un Servicio de Medicina y de Higiene y Seguridad Laboral.

8.2.1. ley 24557 de riesgos del trabajo. Tiene entre sus aspectos destacados: reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo; reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado; promover la recalificación y recolocación de los trabajadores damnificados; promover la negociación colectiva laboral, para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

El ámbito de aplicación de la Ley 24.557 alcanza a: funcionarios y empleados del sector público nacional, provincial y municipal; trabajadores en relación de dependencia del sector privado; personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

Según la presente Ley, las enfermedades profesionales, son aquellas enfermedades que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales comprendidas en el Decreto 658/96. Dicho listado identifica el agente de riesgo, las manifestaciones clínicas y actividades de exposición. Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, podrán ser estudiadas (Decreto 1278/00), para determinar su índole profesional o no (siendo una de las condiciones que para que sea enfermedad profesional no puede haber otra causa más que la exposición al agente de riesgo para poder declararla como tal).

El concepto moderno de enfermedad profesional incluye el daño a la salud que, sin constituir una enfermedad establecida y percibida por el que la sufre, es condición suficiente para otorgar cobertura para la salud del trabajador y no solo compensación a posteriori. Es un reconocimiento de las condiciones de trabajo y se convierte en una herramienta de prevención. Al convertirse la enfermedad profesional en un indicador de condiciones nocivas de trabajo, se hace necesario el diagnóstico precoz de la enfermedad profesional, o sea la capacidad de reconocer los estados preclínicos de la enfermedad profesional. En general estas modificaciones no son percibidas por quienes las sufren y no constituyen síntomas sino que deben buscarse con métodos diagnósticos orientados a su pesquisa.

8.2.2. ley 19.587 de higiene y seguridad en el trabajo. Comprende las normas sanitarias para: proteger la vida; prevenir y eliminar los riesgos; estimular una actitud positiva respecto de la prevención.

Los empleadores y trabajadores comprendidos en el ámbito de la Ley de Riesgos del Trabajo, así como las ART están obligados a adoptar las medidas previstas para prevenir eficazmente los Riesgos del Trabajo. Se deben asumir compromisos para cumplir con las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo (Ley 19587). Se estipula la necesidad de implementar un Plan de Mejoramiento de las condiciones de Higiene y Seguridad que debieron cumplirse en su totalidad al 31 de diciembre de 1998. Actualmente las modificaciones resultantes formaron parte del Plan de Reducción de Siniestralidad (PRS). Las ART controlarán la ejecución de estos planes, y está obligada a denunciar los incumplimientos a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Los trabajadores están cubiertos por leyes que rara vez se aplican a los profesionales de la salud y posiblemente todas las instituciones están en infracción en

cuanto al cuidado de su personal. Aunque estas leyes se aplicaran, el burnout, no está contemplado en el listado de enfermedades del Trabajo. De ahí la importancia de reconocer legal y sanitariamente una enfermedad psicológica profesional tan severa como el burnout (Wolfberg, 2006).

8.2.3. ley no 2.578 de prevención, detección precoz y rehabilitación del síndrome de desgaste laboral crónico. La presente ley tiene por objeto la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A los efectos de esta ley se entiende por Desgaste Laboral Crónico al síndrome de agotamiento físico, emocional y/o intelectual en trabajadores de los efectores de salud que se desempeñan directamente con personas, en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, con manifestaciones a nivel individual y/o colectivo y/o organizacional y/o institucional y la interacción entre las mismas. Se sancionó, el 6 de diciembre de 2007, promulgación: Decreto N° 09/008 del 08/01/2008, publicación en BOCBA en enero de 2008 y en mayo de 2008 se crea la Comisión Técnica de Reglamentación.

8.2.4. ley 17132 de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración (nacional). A los efectos de la presente ley se considera ejercicio de la medicina: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales médicos comprendidos por esta ley. El ejercicio de la medicina sólo se autorizará a médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente. Sanción: 24/01/1967; Promulgación: 24/01/1967; Boletín Oficial 31/01/1967.

Respecto a la violencia en el trabajo, es importante conocer que en diciembre del 2003 la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la ley 1225 contra la violencia laboral en el sector público. En 2004 la Provincia de Buenos Aires sanciona la ley 13.168 de similares características, para el sector público (Wolfberg, 2006). Con

el mismo objeto, existen leyes en las provincias de Tucumán, Jujuy, Misiones y Santa Fe, pero aún no están reglamentadas.

Al hablar de Violencia, cabe citar brevemente algunos datos estadísticos de relevancia. IntraMed, uno de los portales médicos más visitados, ha realizado la mayor encuesta on line conocida sobre una población de médicos acerca de las agresiones sufridas durante el ejercicio de su profesión con información predominantemente de América Latina y, datos provenientes de más de 30.100 profesionales que participaron de la muestra en 2005 (Wolfberg, 2006).

La misma arroja, que el 54,6% de los médicos encuestados reportó haber sufrido algún tipo de agresión durante el ejercicio de su profesión; el 52,4% sufrieron agresiones verbales provenientes de: (pacientes 23%, familiares 29,4%); la edad en la que resultó más frecuente la agresión fue la comprendida entre 30 y 49 años. En el análisis por países, en una muestra con alto predominio de respuestas provenientes de Argentina, se muestra un 20% de exceso de riesgo de recibir agresiones para Argentina respecto de otros países. Finalmente, quienes se dedican a Emergencias muestran un exceso de agresiones respecto de otras especialidades, hecho que se reitera en cada uno de los países analizados.

La violencia ejercida sobre los profesionales, verbal y física, desde el lado de los pacientes, es solo una cara de lo que ocurre, la otra es la violencia ejercida desde los pares, los superiores y la institución.

8.2.5. ley 1225 de violencia laboral. La presente Ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia en el ámbito laboral del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se entiende por violencia laboral las acciones y omisiones de personas o grupo de personas que, en ocasión del ámbito o relación laboral, en forma sistemática y recurrente, atentan contra la dignidad, integridad física, sexual, psicológica y/o social de un trabajador/a, mediante acoso sexual, abusos, abuso de poder, ataques, amenazas, intimidación, amedrentamiento, inequidad salarial, trato discriminatorio, maltrato físico, psicológico y/o social.

Se considerará que la violencia laboral reviste especial gravedad cuando la víctima se encuentre en una situación de particular vulnerabilidad, por razón de su edad,

estado de salud, inferioridad jerárquica, u otra condición análoga. Sanción: 04/12/2003; Promulgación: De hecho del 05/01/2004; Publicación: BOCBA N° 1855 del 12/01/2004.

8.2.6. ley 13168 de violencia laboral (provincia de Buenos Aires). Similares características que la precedente. Promulgación: 27/1/04; publicación: 24/02/04; BO N° 24878.

9. Resumen y Conclusiones.

9.1. Resumen.

Cuidar la salud de los demás es una actividad que, más allá de ser gratificante, en la práctica muchas veces termina siendo desgastante, amenazando incluso la salud de los profesionales. En los últimos años se incrementó de forma alarmante la cantidad de médicos, colectivo profesional que nos ocupa en el presente trabajo, que padecen enfermedades de carácter laboral, como el síndrome de Burnout. Resultado final de un estrés crónico en el contexto de una relación interpersonal con alto grado de demanda y compromiso emocional en un entorno con conflictividad de grado diverso. Se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo. Lo que afecta no solo la calidad de vida de los médicos sino que repercute en su salud psicofísica, al comienzo con disfunciones leves, denominados precursores de enfermedad, que es importante diagnosticarlos a tiempo ya que suelen “naturalizarse”, pasando a formar parte de un modo de vida, que luego pueden tornarse enfermedades severas. La implementación activa de mecanismos de defensa individuales y otros que se construyen colectivamente apuntan a negar peligros, fuentes de sufrimiento. Los médicos construyen defensas colectivas, tales como renegación, disociación del cansancio, hambre y salud y la práctica de hábitos paliativos (tabaco, alcohol, etc.) que los protege de una angustia aún mayor pero que a su vez los expone a no asumir sus dificultades laborales y los deja indefensos frente al Burnout. Es necesario contar con un alerta suficiente como para revertir los mecanismos de defensa disfuncionales y activar recursos preventivos y protectores, en lo individual y sobre todo a nivel grupal, en forma de grupos de reflexión en los lugares de trabajo. Aún no hay marco normativo legal para esta patología. En la Argentina a los profesionales de la salud no se les reconoce el burnout como enfermedad profesional. Por tal motivo es importante que los profesionales médicos, cuenten con el conocimiento de leyes que desde el nivel legislativo amparan.

9.2. Conclusiones.

Un médico ateniense se hizo poner en su epitafio, en el siglo dos antes de Cristo, (citado en Maglio, Blajeroff y Dabas 2003): “el médico debe primero ayudarse a sí mismo, antes que ayudar a los demás” (p. 38).

Los profesionales de la salud somos susceptibles de desarrollar trastornos asociados a estrés ocupacional crónico, como el síndrome de Burnout. Mal de este siglo y desatendido por las políticas públicas. La práctica actual de la profesión, si bien gratificante y motivante en muchos aspectos, es fuente de intenso desgaste en la población médica. Por lo que es necesario pensar que se trata de una población de riesgo, en especial los profesionales más jóvenes, las mujeres y con más de nueve horas de trabajo diario. La insatisfacción, la ansiedad y la fatiga, son algunas de las formas de sufrimiento en el médico.

A juzgar por las estadísticas presentadas, el burnout, debe ser considerado como una enfermedad profesional severa y epidemiológicamente extendida. Es necesario generar un alerta en la población médica. Tenemos entre cuatro a seis veces más suicidios y alcoholismo que la población general, más accidentes de tránsito y más frecuencia de enfermedades cardiovasculares, digestivas y cáncer. Se tiende a naturalizar, a callar, a aislarse, a pensar que no hay nada que hacer, que debemos acostumbrarnos a incorporar ese malestar como parte de nuestro estilo de vida. Ante un cuadro de esta gravedad es un deber ético y profesional, informar, alertar, concientizar, y actuar frente al burnout en los colegas médicos, fruto del contagio emocional y la sobreexigencia interna y externa que nos impone nuestra labor. Cada profesional debe identificar los factores de riesgo presentes en su trabajo y cómo manejarse con su salud ocupacional.

La regulación de las ideologías defensivas disfuncionales es posible a través de la activación de factores protectores para el estrés. Es sabido que el procesamiento de las emociones protege al soma. Poder poner en palabras el sufrimiento, es un primer paso para evitar la sobrecarga interna y el exceso de adaptación. Lo que se calla, el cuerpo encuentra la manera de expresarlo. Podemos prevenir, desarrollando activamente modos de tener una presencia no ansiosa y conductas intencionales y no reactivas. Poder discernir que demandas se pueden cumplir y cuales están más allá de lo posible.

También es necesario incorporar la conducta consciente de autocuidado y autorregulación, tanto en la salud corporal, como en la afectiva y social.

Para que la prevención sea eficaz es necesario activar un umbral de alerta. A partir del cual un grupo se proponga transformar algo de sus condiciones y ambiente de trabajo. Se es más competente en coordinar acciones con otros a partir de una posición de responsabilidad en vez de una postura de víctima. Si no nos cuidamos, no podremos cuidar a los demás.

La prevención incluye no solo la autorregulación, las redes y los grupos de reflexión para procesar las problemáticas a nivel individual y del equipo, sino que también exige realizar investigaciones sobre la salud laboral a efectos de crear un marco normativo y de prevención para el burnout. Con un sentido de realidad debemos elaborar proyectos y propuestas concretas como trabajar en la construcción de un marco normativo que permita reconocer al burnout como enfermedad profesional,

Debemos tomar conciencia de la importancia de insistir que el burnout sea incluido en el listado de enfermedades profesionales. Aunque no sea fácil de circunscribir, es necesario, según señala Wolfberg (2006): Tres Des: Des-silenciar, Des-invisibilizar, Des-naturalizar, ó sea tomar conocimiento para poder diagnosticarla y prevenirla.

Hoy más que nunca es necesario usar, valorar y expandir toda nuestra salud posible, nuestras energías, nuestro ingenio, nuestras capacidades y saberes, nuestra solidaridad y toda nuestra creatividad para construir colectivamente, la mejor salud, bienestar e integridad que seamos capaces. Para finalizar, De Crecento (citado en Maglio, 2003) nos invita a reflexionar: “Las personas somos ángeles con una sola ala, la única forma de volar es abrazándonos” (p. 49).

10. Referencias Bibliográficas.

1. Acebal, M., Carminatti, A., Diaz Arroyo, M., Ferraro, M. & Jonquieres, M. (2012, septiembre/octubre). La violencia en el ámbito de las instituciones de salud. *Boletín Científico. Instituto para el desarrollo humano y la salud de la AMM*, 18(78), 27-31.
2. Acevedo, M. E. (2000). “Estrés y Productividad, Una mirada integradora”.
Extraído de
<http://www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp?IDArticulo=574>
3. Arthur, N. (1990, noviembre-diciembre). La Evaluación de Burnout: Una revisión de tres inventarios de interés para la Investigación y Asesoría. *Diario de Orientación y Desarrollo*, 69 (2), 186-189. Extraído de doi:
10.1002/j.1556-6676.1990.tb01484.x
4. Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4º ed. Revisada). Barcelona, España: Masson.
5. Barrionuevo, O. R. & Rodríguez Muruaga, M. (2000). *Burnout o depresión por desgaste. El nuevo mal del milenio*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.
6. Borrone, R. (2012, enero 2). Relación médico-paciente, en crisis. Extraído de
<http://www.lanacion.com.ar/1437077-relacion-medico-paciente-en-crisis>
7. Cordes, C & Dougherty, T. (1993, October). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*.18 (4), 621-657.
Extraído de
<http://www.jstor.org/stable/258593>

8. Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
9. Espector, E. M. (2012). *Temas de Responsabilidad Profesional en Psiquiatría, I*. Buenos Aires, Argentina: Laboratorios Beta.
10. Gil-Monte, P. R. (2005). *Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Psicología Pirámide.
11. Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). “*Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*”. Madrid, España: Síntesis.
12. Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. [Versión electrónica] *Rev. Anales de Psicología*. 15 (2), 261-268.
13. Grau, J. & Chacon, M. (1998) *Síndrome de quemarse por el trabajo: Una amenaza a los equipos de salud*, Conferencia presentada en la II Jornada de Actualización en Psicología de la salud. Asociación Latinoamericana de Psicología de la salud, Colombia.
14. IntraMed. (2008). *Carta de un medico a otro. Acerca de una profesión en crisis*. Consultado el 2, de octubre, en 2013,
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?com>
15. IntraMed. (2009) *¿Por qué tantos jóvenes médicos quemados? .Crítica situación para muchos estudiantes y residentes de Medicina*. Consultado el 3, de octubre, 2013,
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?com>

16. IntraMed. (2013) *Encuesta: ¿Cuál es su opinión acerca del sistema de guardias médicas de 24hs?* Consultado el 24, de junio, 2013,
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?com>
17. La Nación / Clarín. (2008, Mayo, 19). *El estrés laboral (Burnout) es una enfermedad. Una ART deberá pagar un tratamiento.* Extraído de
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53268>
18. Ley de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, Ley 17132, 1967, BO No 295 (1967, enero, 31).
19. Ley de higiene y seguridad en el trabajo, Ley 19.587, 1972, BO (1972, abril, 28).
20. Ley de prevención, detección precoz y rehabilitación del síndrome de desgaste laboral crónico, Ley 2.578, 2007, BOCBA No 2850, (2008, enero, 15).
21. Ley de riesgos del trabajo, Ley 24557, 1995 (modificada 2000), BO No 28242, (1945, octubre, 4).
22. Ley de violencia laboral de la ciudad de Buenos Aires, Ley 1225, 2003, BOCBA No 1855, (2004, enero, 12).
23. Ley de violencia laboral de la provincia de Buenos Aires, Ley 13168, 2004, BO No 24878, (2004, febrero, 24).
24. Lipko, E., & Dumeynieu, I. (2004). *Patología Laboral del equipo de Salud Mental.* Buenos Aires, Argentina: Lugar.
25. *Loiacono, L.* (s.f.). Consultado el 5 de noviembre, 2013, en
<http://www.alfinal.com/Salud/cie10Z.php>

26. Maglio, F., Blajeroff, N. & Dabas. (2003). *Clínica del síndrome de Burnout: entrecruzamiento cultural entre el desánimo del profesional de la salud y el desánimo social*. Buenos Aires, Argentina: Edición del autor.
27. Mannoni, O. (1997). *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
28. Maslach, C. & Leiter, M.P (1997). *La verdad sobre Burnout: ¿Cómo las organizaciones provocan estrés personal y qué hacer al respecto?* San Francisco, CA: Jossey-Bass.
29. Medlineplus. (2010). Limitar los horarios de trabajo de los médicos. Consultado el 27, de septiembre, 2013, <http://www.intramed.net/contenidover.asp?com>
30. Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Condiciones de empleo y trabajo en el marco de la reforma del sector de salud*, Ginebra, 1998.
31. Palavecino, D. (2009, mayo 2). Psiquiatras, víctimas del estrés laboral. *La Nación*, p. 16.
32. Perez-Camacho, M.D. (2007-2008). Origen y consecuencias en el síndrome del desgaste profesional – Burnout. *Anales de discapacidad y Salud Mental*, 7 & 8(1), 41-54.
33. Perez Zabala, V. (2012, Agosto). ¿Qué le pasa Doctor? *La Nación Revista*, pp. 20-28.
34. Psico.mx (2013, septiembre, 5). Síndrome de Burnout: Estar más que quemado. En *consejos para usuarios*. Extraído de <http://www.psico.mx/articulos/sindrome-de-burnout-estar-mas-que-quemado>.

35. Psicosystem (2012, febrero, 18). *Guía sobre el síndrome de Burnout o el Síndrome de estar quemado profesionalmente*. Extraído de <http://www.psico-system.com/2012/02/guia-sobre-el-sindrome-de-burnout-o-el.html>
36. Salanova, M. & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. [Versión electrónica] *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 59-67.
37. Sánchez, E. d. V., Papich, J. C., Baioni, M., Deganis, N., Mazzoglio y Nabar, M. J., Naso, L., & Paton Urich, M. V. (2009). *Necesidad de medicación en función de la presencia de Burnout*. Extraído de: <http://www.intramed.net/userfiles/file/Ganador%20APSA%202009.pdf>.
38. Sousa Dias, G. (2012, abril 14). *Quiéren incluir al “síndrome del quemado” como enfermedad*. Extraído de http://www.clarin.com/salud/Quiéren-incluir-sindrome-quemado-enfermedad_0_684531620.html
39. Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
40. Vidal y Benito, M.d.C. (2012). *La empatía en la consulta*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
41. Vidal y Benito, M. (2013). El estrés laboral de los Profesionales de la Salud y la Calidad de Vida. *IntraMed Journal*, 2(1). Consultado de http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/239/70

- 42.** Wolfberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XVI, 268-279.
- 43.** Wolfberg, E. (2005). Problemas y recursos de médicos de planta, residentes y enfermeros en el ejercicio de su trabajo hospitalario. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XVI, 5-12.
- 44.** Wolfberg, E. (2006). Violencias laborales en el campo de la salud, distintas formas: por acción, con sordina ó por omisión. Prevención de los riesgos psicosociales y sus consecuencias, en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. *Sistemas Familiares*, (1-2).

