



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Desgaste por empatía en médicos de familia

Nombre: María Noel Beare Shepard

Tutor: Prof. Adj. Mag. Luis Gonçalvez Boggio

Montevideo, Julio de 2018.

Agradecimientos

En reconocimiento a aquellos que dedican sus vidas profesionales a entender el sufrimiento humano, eliminar el dolor, erradicar el padecimiento y el malestar, curar la enfermedad, y mejorar el bienestar físico, mental, y social de los seres humanos.

Mi mayor agradecimiento a todos quienes cooperaron, en especial, los médicos que se interesaron en la temática, brindando un valioso aporte, desde su experiencia y sentir, confiando en que quizás estén colaborando con lo que pueda ser el inicio de una apertura a mejorar el cuidado de su salud.

A Vicente, mi “médico de cabecera”, por quien siento profunda admiración y aprecio; con quien mantuvimos largas charlas referente a todo lo que involucra ser el médico referente, así como los costes que conlleva la noble tarea del “cuidar”, y lo “solos” que se encuentran, en cuanto a cuidado refiere, en el ejercicio de su profesión.

A Luis, mi tutor, quien me brindó la posibilidad de trabajar juntos, en un tema de interés en común.

A mi madre, pilar fundamental en mi vida, quien me transmitió valores como la fortaleza, perseverancia y serenidad para obtener resultados exitosos en todo lo que emprenda con convicción y determinación.

A mi marido, que me brindó su apoyo en todo momento y supo comprender el extenso tiempo dedicado durante el transcurso de mi formación.

A todos aquellos lectores en quienes despierte el interés

Muchas Gracias

:

Índice

1	Resumen	1
2	Introducción.....	2
3	Medicina Familiar.....	4
3.1	Evolución de la Medicina Familiar	4
3.2	Surgimiento del médico de familia	6
3.3	¿Quién es el médico de familia?	7
4	El contacto humano desde la atención primaria y la atención paliativa	11
4.1	Relación médico-paciente.....	13
4.2	Concepto de Empatía.....	14
4.3	Importancia de la empatía en la relación médico-paciente	16
5	Estrés laboral: un enfoque desde la profesión médica.....	17
5.1	Conceptualizaciones acerca del estrés laboral	19
5.2	Repercusiones del estrés en la salud del médico	20
5.2.1	Burnout: un enemigo silencioso de la salud	22
5.2.2	Traumatización Vicaria.....	26
5.2.3	Desgaste por Empatía	28
6	Trabajo de campo en carácter de micro investigación.....	33
7	Análisis de las entrevistas.....	35
8	Conclusiones	38
8.1	A modo de recomendación.....	39
9	Referencias Bibliográficas	41

1 Resumen

El propósito de la presente monografía es la revisión teórica, análisis y sistematización referente a los factores de riesgo a los que están expuestos los médicos de familia y la consecuente repercusión sobre su salud y bienestar laboral.

Se realiza un recorrido a través del desarrollo histórico de la figura del médico de cabecera, siendo éste la puerta de entrada al servicio de atención primaria de la salud, continuando hasta el surgimiento de la novel aparición del médico de familia proporcionando cuidado integral y longitudinal a los individuos, familias y comunidades.

Se aborda el concepto de compromiso empático en la relación médico-paciente como herramienta favorecedora en el estrecho vínculo que se establece entre ambos, teniendo en cuenta que el médico tiene la noble tarea de ayudar y acompañar al paciente hasta el final de la vida, siendo sostén fundamental a la hora de brindar apoyo humano tanto al enfermo en estado terminal como a su familia.

Se destaca el concepto de estrés laboral, dada su exposición a altas demandas emocionales así como exigencias institucionales que muchas veces no condicen con los recursos de dichos trabajadores.

Se pondrá especial énfasis en el concepto de Desgaste por Empatía, dado el alto riesgo de vulnerabilidad que conlleva el coste de asistir empáticamente a poblaciones traumatizadas o sufrientes.

Será también de interés profundizar en los conceptos de Burnout y Traumatización Vicaria, por ser contenidos temáticos de relevancia para el desarrollo de la presente monografía.

Palabras clave: Médico de Familia - Desgaste por empatía - Burnout - Estrés Laboral

2 Introducción

El presente trabajo propone abordar una temática que ha cobrado gran importancia en las últimas décadas. La medicina como disciplina humana se ve afectada por los cambios que acompañan el proceso social e histórico y la relevancia del estrés laboral médico es una constatación creciente que puede conllevar a un incremento del desgaste de dicho profesional.

El médico de familia se posiciona en un lugar de privilegio para ayudar a sus pacientes, dada la relación longitudinal así como la proximidad humana que mantiene, lo que le posibilita conocer el historial, entorno y línea familiar de los mismos. Su tarea supone aptitud y actitud, es decir, no solamente disponer del conocimiento de habilidades y técnicas, sino el saber cuidar, comprender las necesidades del paciente en procura de mantener su bienestar cuando se encuentra sano e intentar restablecer la salud cuando adviene una enfermedad.

La relación médico-paciente es la piedra angular de la atención médica, basándose en un vínculo de confianza mutua, fundado en una interacción empática, en donde el profesional se coloca en el lugar del paciente, mientras que éste se entrega y confía en su proceder.

La elección del tema se produce por interés personal en el mismo, producto de vivenciar desde mi niñez la relevancia que tuvo siempre el médico de familia, quien se fue convirtiendo en referente y amigo, siendo una persona de una calidad humana especial y transmitiendo el gusto por su vocación de servicio. Cuando se lo consultaba, el solo ingreso del médico en el domicilio, generaba una sensación de bálsamo para todos, así como advertir que se estaba en “buenas manos”.

En el transcurrir de la vida, frente a eventos adversos en la salud, dicha figura fue cobrando mayor trascendencia, acompañando, orientando y sosteniendo al entorno familiar. Luego de haber mantenido diversas charlas con mi médico de familia, surgió la inquietud de indagar desde la perspectiva de su involucramiento con experiencias penosas de pacientes, y los efectos negativos que puede acarrear el estar en contacto en forma prolongada con el sufrimiento de personas allegadas.

Dicho profesional puede quedar expuesto a padecer elevados niveles de estrés emocional, lo cual puede desencadenar, en algún momento de su trayectoria laboral, la aparición del Síndrome de Desgaste por Empatía. Se procura trabajar sobre el mencionado concepto, entendiendo que es una problemática de interés actual y con escasos estudios realizados, la cual afecta a aquellos profesionales de la salud encargados de asistir empáticamente a otros. Se busca visibilizar una realidad que concierne específicamente a quienes trabajan con la finalidad de aliviar el sufrimiento humano, quedando expuestos a un alto grado de vulnerabilidad que puede conducir a experimentar profundos efectos psicológicos.

Por lo anteriormente referido, es de relevancia poder ahondar en la figura del médico de familia desde su condición humana, y cómo puede verse afectado por diversos estresores que lo aquejan, induciéndolo a transitar un proceso silencioso y progresivo de deterioro en donde el profesional muchas veces no es consciente del mismo. Siguiendo esta línea, cabe mencionar al Síndrome de Burnout, que se origina producto de sufrir la presencia de estrés laboral prolongado, siendo el apoyo social fundamental para paliar su desenlace.

Asimismo, la propia historia de traumas no resueltos del trabajador que asiste, puede propiciar a que éstos sean activados al escuchar relatos y vivencias donde el dolor, así como el sufrimiento, se manifiestan con intensidad, conllevando al profesional a interiorizar dicha aflicción y sufrir traumas vicariantes; derivando en síntomas físicos, emocionales y de comportamiento que interfieren con su vida profesional y personal.

Es de interés realizar una aproximación a la etapa de pacientes en fase terminal, en donde el médico se torna pilar primordial para el doliente y su entorno familiar, apuntando a preservar la calidad de vida, haciendo uso de sus conocimientos clínicos, pero mayormente de su sentido común, humanismo y capacidad empática. En este sentido, interesa considerar el impacto emocional que puede incidir en dicho profesional, frente a la inminencia de la muerte del paciente, dado el componente afectivo gestado en el vínculo empático, producto de la relación biunívoca sostenida en el tiempo.

Este trabajo pretende, mediante un acercamiento a bibliografía apropiada, apoyado en un trabajo de campo en carácter de micro investigación, en donde se entrevista a trece

médicos de familia; dar cuenta de la incidencia del desgaste por empatía y su posible correlación entre burnout y traumatización vicaria.

Se aportarán fragmentos obtenidos en las entrevistas realizadas, considerando que son un importante instrumento en cuando a vivencias se trata.

Se estima a través de la presente monografía generar insumos académicos que motiven a realizar investigaciones más exhaustivas de la temática, así como lograr generar en quienes lo lean, conciencia de la importancia de implementar estrategias que fomenten el cuidado de dichos profesionales, apuntando a mejorar la calidad de vida y, consecuentemente, la calidad asistencial brindada.

En lo personal, y como futura profesional de la salud mental, considero que pueda ser un disparador para continuar en la construcción de un nuevo paradigma que contemple una manera diferente de pensar en relación a la salud y enfermedad, donde el que cuida y ayuda, necesita incluirse como parte de lo cuidado.

3 Medicina Familiar

3.1 Evolución de la Medicina Familiar

“(…) La medicina está en estado de permanente adaptación a circunstancias cambiantes del paciente, del propio médico y del entorno cultural y científico, en un devenir histórico que en el último siglo ha sido vertiginoso (...). No obstante ello, desde el ángulo práctico, la medicina se ha caracterizado por mantener un único objetivo hasta ahora: la ayuda al prójimo, la constante «k» específica de su naturaleza.”

Álvaro Díaz Berenguer (2010)

En el primer tercio del siglo XX los médicos ocuparon un lugar de relevancia en el mundo occidental, siendo quienes asistían para mantener la salud física y moral de los pacientes. Se le denominaba “médico de cabecera”, y siguiendo las palabras de Roncoletta, Levites, Mónaco y González-Blasco (2009) era “alguien que se consultaba para todo, que estaba como el libro de cabecera, *siempre a la mano*” (p.4). Era quien intervenía no solo en asistir cuando a problemas médicos se refería, sino también como asesor y consejero, siendo un

elemento adicional de la dinámica familiar. Al respecto, De Mattos (1993), realiza la siguiente evocación “aparte de un intelecto, era una memoria y una red de sentidos” (Citado en Barrán, et al., 1993, p.70).

A lo largo del tiempo, la imagen del médico fue asociada con la de un héroe, quien dispone de conocimientos, sabiduría y valentía que lo avalan para ganar la batalla de la muerte, y “derrotar al monstruo de la enfermedad”. Asimismo, Díaz Berenguer (2010), manifiesta que los médicos “cumplen con un mandato social; su destino es curar y en ellos se tiene puesta la esperanza” (pp.48-49).

Sin embargo, el vínculo existente en la relación médico-paciente se fue viendo opacado, por la aparición de las instituciones de asistencia colectiva. El médico pasó de tener una responsabilidad protagónica e individualizada, a ser funcional.

El ejercicio de la medicina se fue despersonalizando, y como bien menciona De Mattos (1993) “Parece lejano, por no decir perimido, aquel tiempo en el que todo el cuerpo de un paciente estaba bajo la supervisión y asistencia de un único médico (...) Se ha fragmentado en tantas vías como especializaciones médicas reconoce una sociedad” (Citado en Barrán et al., p.76).

Para Rodríguez Nebot (2005), “con el advenimiento del Estado moderno hay una suerte de profesionalización y medicalización del Estado” (...) “el Estado se apropia de la salud y aparece como garante de la salud total” (p.63).

En este camino, bien señala García, C. (1972):

(...) se puede incluso hablar de un modo de producción de servicios de salud artesanal y otro burocrático. El modo artesanal está caracterizado porque los agentes (los médicos) dominan todo el proceso de atención y son dueños de los medios de diagnóstico y tratamiento. En el modo burocrático, los agentes pierden el control del proceso total y aparece el hospital, como súper-institución que coordina y dirige el proceso de atención y es propietaria de los medios de diagnóstico y tratamiento. (Citado en Portillo, J., 1995, p.6)

En el devenir del proceso de integración mundial capitalista, cabe señalar que se desplazó la figura de dicho profesional por la preponderancia del institucionalismo de la medicina, en donde la ciencia pasa a ser un instrumento a merced de los intereses económicos que el capitalismo impone. Por ende, lo acontecido en la medicina uruguaya, no es ajeno a lo sucedido en el resto del mundo.

En este sentido, Rodríguez Nebot (1993), puntualiza que:

(...) el desarrollo de la medicina en el Uruguay es desigual y combinado. Nos encontramos con tecnología de punta en algunos sectores y el panorama sanitario a nivel estatal deja mucho que desear. Los propios médicos viven esta situación contradictoria sometidos a una práctica esquizofrenizante. Con serias repercusiones en la parte afectiva de los propios agentes de salud. Nuestro héroe se nos transforma o en cínico y escéptico, o en un cruzado, con la antorcha en la mano. (Citado en Barrán et al., 1993, p.45)

Roncoletta, et al. (2009), hacen hincapié en la necesidad de la presencia de ese “profesional que idealizamos como médico centralizador de cuidados, que sea capaz de coordinar el equipo de salud, cuidar al enfermo, relacionarse con la familia, tomar decisiones” (...) “en los momentos clave” (pp.79-80). Los mencionados autores agregan que dicho perfil quizá haya sido modificado, pero de hecho “no ha disminuido su necesidad. Probablemente (...) ha aumentado sensiblemente” (p.80).

3.2 Surgimiento del médico de familia

Haciendo mención al artículo descrito por Kemayd Rotta (2007), sobre la medicina familiar en Uruguay, alude a la creación del cargo de médico de familia en 1987, a partir de la Ley 15903, comprendida en el artículo 270 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay. Anteriormente, se ejercía una medicina integral desde el primer nivel de atención, en donde el médico general se colocaba en un lugar de privilegio en lo concerniente a la atención de personas y comunidades. La autora continúa narrando acerca del avance de la medicina familiar, siendo en el año 2001, que obtuvo el reconocimiento como especialidad médica, por parte de la Facultad de Medicina; para finalmente en el año 2004, lograr el cambio de denominación, del Departamento de Docencia en Comunidad, a Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria. Es preciso puntualizar que el reconocimiento de la legitimidad de dicha especialización, ha sido producto de extensos y complejos procesos, siendo Uruguay el último país de América que accedió a darle reconocimiento como especialidad.

Asimismo, Ciríacos (2006) señala que la medicina familiar emerge por la necesidad de paliar el descontento de la población en relación a los servicios de salud, así como la

tendencia de la “inminente extinción del médico de cabecera” (p.50). La autora destaca el hecho de apuntar a brindar un servicio de salud competente y sostenible, ubicando al médico de familia “en el epicentro de la solución de necesidades de reformas estructurales de un sistema de salud con serias dificultades de sustentabilidad a mediano plazo” (Citado en Coria, López, Sutton & Rosas, 2006, p.50).

Touya, expone por su parte, que se debe accionar para lograr una fortificación del médico de familia, consolidando un abordaje integral, apuntando a la eficacia en la resolución del 95 % de los problemas de salud. Para ello, avala que la figura de dicho profesional debe ser revalorada, y enfatiza en la importancia de su rol, colocándolo como “director de orquesta del equipo de salud” (Citado en Martínez, 2008, párr. 5).

3.3 ¿Quién es el médico de familia?

Los pacientes (...) nos preguntan ¿Doctor, y cuál es su especialidad? “Somos especialistas en personas”-respondemos. La sonrisa, de ambas partes, confirma que estamos entendiéndonos.

Roncoletta, et.al. (2009)

Al hablar de médico de familia cabe referirse a una simple y clara definición, según lo sintetiza González Blasco (2004) “el médico de familia no es el médico de su estómago, ni de su depresión, ni de su diabetes, ni de su artrosis. Cuida de todas estas cosas, pero es algo más. Es...su médico” (p.31).

De igual modo, Hojat (2012) expresa que “los médicos son como un camaleón para adaptarse a las circunstancias. Tratar a un paciente con neumonía es diferente a evaluar a alguien con dolor abdominal de origen incierto” (p. XVIII). Sin embargo, su gran capacidad de adaptación es producto de la comunicación fluida así como de su aptitud para centrarse en la persona cuando enferma, y no en la enfermedad que aqueja a la persona. Roncoletta, et.al. (2009), agrega que “los profesores de medicina de familia americanos lo han llegado a definir como *adaptive creature*, un ser que se adapta. Y no es poco el alcance de esa expresión y el compromiso que implica” (p.82).

Incluso, muchas veces a la hora de tomar decisiones de alta complejidad, se ve en la necesidad de efectuar la tarea de mediador entre el paciente y los familiares. Al decir de

Balint (1961) “el médico se ve obligado a ser el árbitro de una complicada situación concreta (...)” (p.101). En forma adicional, dicho autor expone que “el médico adquiere gradualmente un capital muy valioso”, aludiendo también al hecho de que esta adquisición “se trata de una esfera de conocimiento de extraordinaria importancia, descuidada por la ciencia médica” (p.103). Balint (1961), da cuenta de la importancia del vínculo médico-paciente, el cual se afianza gradualmente, producto de una atención longitudinal proporcionada a la persona, así como a los miembros de su familia, a menudo a varias generaciones, permitiéndole acceder a conocer un cúmulo de detalles. En este sentido, se le confiere al médico una posición privilegiada, con una visión integral a la hora de brindar una adecuada atención, prevención y promoción de la salud.

La organización mundial de médicos de familia (WONCA), define dicha especialidad médica como la proveedora de cuidados globales de salud al individuo, la familia y la comunidad (Levcovitz, Antonioli, Sánchez & Fernández Galeano, 2011). Se orienta a trabajar con el individuo como persona que piensa, siente y padece, desde una perspectiva científica y humanística, así como con su entorno familiar, considerando a la familia como la célula del entramado social.

Cabe señalar un extracto de entrevista, en donde una doctora en medicina, al historizar su tránsito en la profesión, relata que elegir medicina de familia, le permitió ver “al paciente todo sin sectorizarse, es una especialización amplia (...)” (Citado en Silveira, 2008, p.107).

En sintonía con lo mencionado, relata una médica de familia:

Al elegir la especialización de medicina familiar y comunitaria, me permitió romper con algunos límites que me generaban angustia, como el no saber que sucedió con el paciente luego de atenderlo, por ejemplo en emergencia, donde la atención se brinda en ese momento puntual. Dicha especialización te permite ver al paciente con una amplitud mayor, y tiene una de las herramientas más lindas, que es la longitudinalidad. La atención se centra en la persona, no importa si está en el hospital, en la casa, o en la policlínica; no importa qué edad tiene ni que órgano está afectado, el foco es la persona. (Comunicación personal, 4 de Junio de 2018)

En este camino, señala Otegui, citado por Martínez (1998), que la aspiración debe ser atender a los pacientes en su casa antes que dentro de un hospital, y agrega que “el médico debe ser alguien que ayude a la gente cuando está sana y con quien el paciente pueda compartir la posibilidad de curarse si está enfermo” (s.f.). Según palabras de un

médico, refirió a que su elección en la especialización de medicina familiar, si bien fue casual, nunca más la abandonó, y expresa que “ahí estaba lo que quería ser, el médico de toda la familia, de todos los procesos salud-enfermedad que recorre una persona y su familia” (Comunicación personal 21 de febrero de 2018).

En consonancia con lo mencionado, en una suerte de evocación, Bayce (1993) ilustra la figura del médico de familia:

Acompañado de su cartera con los adminículos científicos de su labor percibida como mágica por los pacientes, tomaba el té con delicatesen, observaba, auscultaba, examinaba y demás a los enfermos o en situación de riesgo tales, recetaba generalmente asquerosas medicinas (...) era mirado con veneración (...) amparado en el aura sagrada de su científicidad, derramaba sus admoniciones y consejos morales (...). (Citado en Barrán et al., 1993, p.219)

La mencionada descripción permite entrever que en el acto médico de dicho profesional hay un consentimiento por parte del paciente y su entorno familiar para ingresar en el recinto de su intimidad. Sin duda, la visita domiciliaria permite afianzar, en mayor medida, el vínculo y la confianza mutua, en donde el médico transmite al paciente “la seguridad de que no va a ser abandonado, ni física ni emocionalmente, por sus cuidadores y seres queridos” (Colmenarejo, 2004, p.39). Agregan también, Roncoletta, et al. (2009), que “las visitas médicas tienen un carácter más terapéutico que diagnóstico” (p.86).

Marañón, doctor y humanista, relata su sentir referente a las vivencias de su profesión:

Como médico tuve que pisar por primera vez en centenas de hogares desconocidos y nunca, puedo afirmarlo con certeza, llamé a una puerta sin emoción. Cada casa es un mundo, diferente del mundo exterior; y en cualquier parte puede nuestra alma encontrar una faceta nueva para su vida y, tal vez, para su destino. Siempre pensé esto mientras deslizaba mis pies con unción, tuvieran o no barro, en la estera del umbral que nos prepara para la intimidad. (Citado en Roncoletta, et al., 2009, p.86)

Según Bermejo (2013), permite entrever que la salud no solo tiene que ver con la biología sino que se debe “cultivar la sabiduría del corazón”, y en este sentido la medicina familiar se enfoca en ahondar más allá de lo físico, interiorizándose en la esfera de lo emocional. “Muchas veces el relato del paciente es un libro abierto para el diagnóstico. Y en todos los casos, la escucha es terapéutica” (Soler & Raurich, 2015, pp.13-14).

Bello (2017), describe con suma sutileza, lo que envuelve la figura del médico de familia:

(...) no lleva el estetoscopio colgado del cuello, lo tiene guardado en la valija del auto y lo saca cuando llega al domicilio del paciente. Allí le toma la presión, lo ausculta, pero sobre todo le pregunta cómo está. (...) escucha. Cuando el paciente hace una pausa, aconseja, y se ofrece a dar la mano. Al mismo tiempo observa, observa mucho. Mira en dónde duermen las familias, cómo se calientan en invierno, si tienen humedad en las paredes. Cuando le surgen dudas, interrumpe y pregunta. Visita a visita, el médico se sumerge cada vez más en la realidad de sus pacientes y forma parte de ella. (Párr.5)

Acorde con lo indagado por Bello (2017), hay aproximadamente quinientos médicos de familia ejerciendo en Uruguay, cifra que no alcanza para cubrir las demandas. Si bien es una especialidad la cual parece ser elegida por entera vocación, como lo expresa con orgullo una doctora entrevistada, quien a su vez resalta que lo que se genera en la relación médico-paciente es muy preciado, por lo que no lo cambiaría por nada; sin embargo, parece ser poco atractiva, por no tener tanto prestigio y remuneración como lo tiene un neurocirujano, a modo de ejemplo.

Lo manifestado por una doctora en medicina refleja con claridad lo que sucede con dicha especialidad

Yo quiero que llegue el día que los médicos de familia lo hagan no solo por ser militantes o por la gratificación, sino porque les resulte atractivo. El altruismo se lo podemos pedir, pero hasta ahí nomás, porque no todo el mundo quiere ser altruista, y hacer Medicina Familiar y Comunitaria por salvar al mundo (que ojalá lo hiciéramos todos), pero la realidad es que las necesidades del sistema de salud, solo con altruismo, no se van a solucionar. (Comunicación personal, 4 de Junio de 2018)

Es una especialidad que no tiene el merecido reconocimiento, ya que por pertenecer al primer nivel de atención en la salud, en donde el uso de la tecnología no es lo que prima, se la equipara, injusta y erróneamente, a ser de baja complejidad. Sin embargo, el médico de familia es el referente por excelencia de cada paciente, de su familia y su comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad, con todo lo que ello involucra. A saber, es quien conoce las diferentes realidades, tantas como pacientes atiende. Al decir de Soler y Raurich (2015) "Cada paciente es un mundo, con "los problemas de salud y las enfermedades con sus tratamientos, su situación personal, familiar y social, sus valores, creencias y expectativas, su cultura y sus costumbres" (p.13).

4 El contacto humano desde la atención primaria y la atención paliativa

“Tenía que dar la tristísima noticia a una mamá que su hijito (...) se iba a morir. Dije la consabida frase “ya no hay nada que hacer” a lo que la mamá me contestó: “sí hay por hacer”. “¿Qué puedo hacer?” le pregunté, y con lágrimas en los ojos, me dijo: “Doctor, ¿me puede abrazar?”

Francisco Maglio (s.f)

Generalmente se asocia al médico intensivista, con un profesional de alta jerarquía por utilizar tecnología de punta y asumir responsabilidades que involucran riesgos inmediatos para el paciente. Es quien resucita, y puede evitar la muerte aplicando sofisticada tecnología. En esta área el contacto con el paciente es más mecánico, donde prima el tecnicismo, y muchas veces, se cosifica al paciente, ocasionando en el profesional un alejamiento de los sentimientos del paciente, del contacto humano.

Maglio (2013), citando a Benjamin (s.f), narra que “en terapia intensiva los enfermos a veces mueren con “hambre de piel”, refiriéndose a la carencia de recibir una mirada acogedora, una sonrisa o un cálido apretón de manos. Asimismo, Maglio (1996) agrega:

Siempre, con un mensaje de esperanza, las palabras serán un bálsamo. Pero a veces las palabras no alcanzan, entonces están nuestras manos, esas manos “vencedoras del silencio” (...) el efecto sanador de nuestra propia presencia, que el paciente “sienta” que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irreplicable de persona-persona, que estamos en su misma “sintonía corporal”. (párr.19)

Sin embargo, es en el nivel de atención primaria donde se vive la cercanía con la realidad humana de los pacientes, en donde el médico responde al llamado de sus pacientes, con su respuesta técnica y humana. La diferencia con un especialista focal radica en que el médico de familia trata al paciente desde que está sano y cuando surge la enfermedad, es una mera prolongación de dicho tratamiento (Balint, 1961).

Haciendo mención al extracto de una entrevista realizada, se aprecia el énfasis colocado en el factor humano, en la etapa final de la vida de sus pacientes “es preferible estar cerca, aunque sea doloroso ver morir a quien conocemos y atendemos desde hace años, porque de esa forma nosotros nos quedamos tranquilos que el objetivo primordial del acto médico, que es aliviar y acompañar, se cumplió” (Comunicación personal, 22 de Diciembre de 2017).

Los cuidados paliativos tienen como finalidad preservar la calidad de vida, de la manera más digna que sea posible, hasta el momento final. Se trata de brindar una atención adecuada e integral al paciente, incluyendo a la familia así como su entorno, ya sea en el hospital o en la casa. Parte de la buena práctica médica en la atención paliativa, es el acompañamiento de su médico de familia, y en este sentido, es de consideración hacer referencia a lo expresado por el mencionado doctor en medicina durante la entrevista realizada:

Hace más de veinte años se formó la Unidad de Cuidados Paliativos. Solicitamos que se nos permitiera continuar con la atención y seguimiento de pacientes en fase terminal, a pesar de que dichos pacientes recibieran la visita de los integrantes del servicio de Cuidados Paliativos. Esa fue una época en la que la dinámica era otra, con más comunicación. (Comunicación personal, 22 de Diciembre de 2017)

Al respecto, puntualiza Hojat (2012) “la presencia del médico es de especial apoyo cuando se ha establecido una relación empática entre el médico y el paciente” (p.25). En el curso del tránsito de la etapa terminal, las personas anhelan la compañía de sus seres queridos, de sus afectos, y la presencia de su médico de referencia, quien pasa a ser un interlocutor de sus incertidumbres y esperanzas, dando estabilidad al caos que la enfermedad suscita. En sintonía con lo expresado, Díaz Berenguer (2010), citando a Milmaniene (2003), señala que todo sujeto que sufre, busca “atenuar el sentimiento de soledad e indefensión que la enfermedad, como metáfora parcial y anticipada de la muerte, despierta en el núcleo del ser” (p.137).

Reconletta, et al. (2009) considera que el médico debe ser el coordinador, y como tal, le compete orientar a la familia del paciente para que “continúe siendo sencillamente familia, y no que desempeñe otras funciones para las cuales no está preparada, técnica ni psicológicamente” (p.87). Dicho autor reflexiona acerca de la importancia del trabajo en equipo, especialmente en instancias de tránsito de una enfermedad terminal, tanto del equipo sanitario como de la familia del paciente, sosteniendo que:

Cuando hay sintonía y se palpa el esfuerzo conjunto – todos dando lo mejor que tienen por el enfermo – se evitan muchos desgastes aunque la situación sea de tensión, los nervios estén a flor de piel, y se dialogue habitualmente con el dolor y la pérdida. (pp.87-88)

4.1 Relación médico-paciente

“Muchos enfermos se curan solamente con la satisfacción de un médico que los escucha”.

Hipócrates (Siglo V a.C.)

Hablar de relación médico-paciente, es hacer alusión a una relación humana, en donde el médico es consciente de que tiene que velar por la calidad de vida de sus pacientes, haciendo su mayor esfuerzo en mejorar el estado de los mismos; promoviendo actitudes que prologuen la vida, evitando la enfermedad o curándola. Portes (s.f.), citado en Rovira (2009), define dicha relación como “el encuentro entre una confianza y una conciencia” (p.17). Asimismo, una doctora entrevistada, describe la relevancia del vínculo empático que se establece en la relación médico de familia- paciente, en similitud a lo que representa el bisturí para el cirujano; siendo ambas herramientas sustanciales para las respectivas especialidades (Comunicación persona, 4 de Junio de 2018).

Según narra Hojat (2012), la relación entre el apego madre-hijo, presenta semejanzas con la relación médico-paciente. El niño precisa la protección de la madre para subsistir, y cuando sufre, el apego se incrementa en busca de su cercanía. En similitud, el paciente, en situaciones de aflicción busca instintivamente ayuda en la “figura protectora” de su médico, lo cual se vincula, de un modo inconsciente, a la relación de apego inicial mencionada.

Se conforma un vínculo de alianza, al decir de Berenstein (2008) “en donde la relación se basa en compromisos recíprocos entre las personas” (p.108). En consonancia, detalla Balint (1961) que “la singular relación establecida entre médico-paciente se basa en la mutua satisfacción y frustración, la cual denominó “compañía de crédito recíproco” (p.102). Es decir, que se trata de una relación vincular que involucra un gran compromiso empático y una retroalimentación recíproca, como lo expone Maglio (2014), al citar a Entralgo (1990) “es el encuentro entre dos menesterosos, dos necesitados, uno que quiere curar y otro que quiere que lo curen” (parr.1).

En dicho vínculo, cuando se establece una empatía, componente esencial en la diada médico-paciente, en donde el profesional se coloca “en los zapatos del paciente” para poder ver más allá del padecimiento, logrando así una mejor comprensión de los sentimientos, emociones e inquietudes del mismo; los efectos en las relaciones interpersonales son

altamente positivos. En similitud, señala Maglio (2001), citando a Miguel de Unamuno "el equilibrio es estar con el paciente sin ser el paciente" (p.446).

En este navegar, Díaz Berenguer (2010), nos relata acerca de la relación médico-paciente:

(...) es una relación humana particular, en la que ronda la muerte y el sufrimiento de una manera más o menos descubierta. La percepción de la muerte abarca a ambos integrantes de ese dúo: al paciente porque le amenaza directamente como individuo particular, y al médico porque le compromete de dos maneras: por un lado la imposición interior de la lucha contra ese monstruo invisible (...) acción propia del «sanador» identificada en su vestidura, en su máscara, el manto blanco de su profesión, pero por otra parte porque se identifica con su paciente. (p.32)

En este sentido, Rodríguez Nebot (1993), destaca la complejidad intrínseca en la relación médico-paciente, teniendo el médico la ardua tarea de lidiar con el dolor ajeno y el propio. No obstante, señala "es algo del orden de lo no elaborado y que reelabora permanentemente en cada contacto que tiene con sus pacientes" (Citado en Barrán et al., p.42).

Al respecto, la investigación por parte de las instituciones médicas es escasa, tal vez porque construir una relación clínica compasiva donde haya un compromiso de cuidado a los profesionales que asisten en la salud, no sea lo que prima en la actualidad; en un modelo industrial donde se prioriza la productividad. Al decir de Berenguer, Turnes, Aguilar, Sanguinetti y Martinotti (2015) "una medicina que transforma al sujeto en objeto, a la comunicación en interacción mecánica, y a la medicina en "máquina de producir salud" (p.28).

4.2 Concepto de Empatía

"La empatía es un componente crucial del ser humano y una característica esencial de los buenos médicos".

Hojat (2012)

Tomando la definición de Carl Rogers (1959) referente al concepto de empatía, citado por Mohammed Hojat (2012), expone que es una capacidad de "percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuese la otra persona pero sin

perder al condición de **como si jamás**". Rogers (1975), plantea que la vivencia de la empatía es como: "entrar al mundo perceptual privado de otra persona y estar completamente cómodo en él" (p.4).

Cabe señalar que el término empatía ha tenido muchas acepciones, no obstante, Muñoz y Chavez (2013), manifiestan que Davis (1980), destacó que la esencia de la empatía se cimienta tanto de elementos cognitivos como emocionales, infiriendo que es multidimensional. En esta línea, Davis (1980); Eisenberg y Strayer (1987), aportan que:

El componente afectivo de la empatía es un sentimiento vicario o compartido, frente a la experiencia emocional de otra persona; esto puede llevar a sentimientos y conductas positivas como la compasión y el altruismo, o a experiencias emocionales negativas, como la angustia y la aversión. (Citado en Muñoz & Chaves, 2013, p.126)

Siguiendo el aporte de Gerdes y Senegal (2009), citado en López, Arán y Richaud (2014), manifiestan que "ser empático implica experimentar un afecto que se observa o se infiere en otro individuo, procesarlo cognitivamente y realizar una acción voluntaria en consecuencia, es decir, una acción basada en la respuesta afectiva y el procesamiento cognitivo" (p.43). Hojat (2012), contribuye desde su planteo, citando a Decety et.al. (2004), que "el despertar emocional generado por los sentimientos de dolor y sufrimiento ajenos requiere regulación y control para que ocurra el entendimiento empático" (p.58).

Es de interés mencionar que en la actualidad, se han realizado hallazgos que han aportado a la comprensión de los mecanismos neurológicos que están involucrados en la empatía humana. Según Gallese (2001), citado en Hojat (2012), explica que "recientemente, la empatía ha sido descrita como un mecanismo de cotejo neural constituido por un sistema de neuronas espejo en el cerebro que nos permite colocarnos en los zapatos mentales de los demás" (p.6). Complementando lo dicho, Gallese (2003), plantea que "las sensaciones y emociones de los demás también pueden ser empatizadas, y por tanto, implícitamente comprendidas, mediante un mecanismo de cotejo en espejo" (p.176).

Giacomo Rizzolatti comenzó a desarrollar el concepto de neuronas espejo en 1996, a raíz de un descubrimiento fortuito, mientras estudiaba el cerebro de los monos. Las neuronas espejo son fundamentalmente neuronas motoras y se activan frente a acciones, aunque también tienen características sensoriales. Las áreas con neuronas espejo, contribuyen a entender las emociones por medio de cierto modo de imitación interna. Al

decir de López, Arán y Richaud (2014) “se trata de una especie de contagio que permite percibir de modo automático el estado de otra persona” (p.46). Bermejo (2016), manifiesta por su parte, que “de algún modo, vibra en mí lo que siente otra persona, y cuando las emociones a las que una persona se expone son de profundo sufrimiento, el impacto es evidente” (p.2).

Es decir, que el sistema de neuronas espejo ejerce un quehacer preponderante en el entendimiento empático, facultando a los seres humanos a desarrollar valiosas experiencias intersubjetivas. Como señala Locaboni (2009) “las neuronas espejo nos brindan, por primera vez en la historia, una explicación neurofisiológica plausible de las formas complejas de cognición e interacción sociales” (p.15).

Tomando lo expresando por Levasseur y Vance (1993) “la empatía no es una experiencia psicológica o emocional, ni un salto psíquico hacia el interior de la mente de otra persona, sino una apertura y un respeto hacia otro como persona” (citado en Hojat, 2012, p.5).

4.3 Importancia de la empatía en la relación médico-paciente

Sueño con el día en que los profesionales de la salud seamos capaces de oír el significado de la lágrima que corre por la mejilla del paciente....hace ruido, se puede escuchar su significado”.

Bermejo (2013)

Iglesias (2009) manifiesta que “se puede ser médico sólo con el dominio de la ciencia, pero la verdadera esencia de la profesión es llegar a ser experto en el difícil arte de comprender al hombre” (p.333). La elección de ser médico de familia se ve mayormente influenciada por la vocación de servicio, de ayuda, como factor preponderante, entendiendo la definición de ayuda ,según lo expuesto por Cibanal (2001), como “un intercambio entre dos seres humanos (...) uno de los interlocutores, el profesional, va a captar las necesidades del paciente, con el fin de ayudarlo a encontrar otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación actual” (citado en Salamanca, 2015, p.2). En dicho intercambio, tanto el médico como el paciente, pueden obtener un saludable beneficio mediante el compromiso empático establecido. Como señala Hojat (2012) “la empatía en la atención al paciente es bidireccional, y afecta tanto al médico como al paciente” (p.112). En este punto, dicho autor enfatiza que las investigaciones realizadas acerca de los efectos

benéficos de la empatía, se han orientado hacia lo que al paciente concierne, mientras que ha habido cierto descuido en lo que atañe al médico. Sin embargo, los médicos, como seres humanos vulnerables, también enferman, aunque muchas veces minimizan los síntomas y son reticentes a buscar asistencia médica, atribuyendo a “la bata blanca una suerte de escudo protector contra las enfermedades” (Albújar, 2015, p.164).

En este sentido, desde el planteo de Hojat (2012) “las relaciones médico-pacientes satisfactorias, fortalecidas por la empatía, pueden reducir el estrés profesional y contribuyen positivamente al bienestar del médico” (p.113). Dicho autor manifiesta también que “debido a que los médicos perciben las relaciones empáticas con pacientes como conexiones interpersonales significativas, esas relaciones pueden servir como un amortiguador contra la insatisfacción con el sistema de atención a la salud y el agotamiento profesional” (Hojat, 2012, p.113). En esta línea, se infiere que cuando la relación médico-paciente es beneficiosa, en palabras de Zuger (2004) “sirve como un remedio para el estrés de una profesión demandante” (citado en Hojat, 2012, p.113).

5 Estrés laboral: un enfoque desde la profesión médica

Éstos son los deberes de un médico: primero...curar su mente y ayudarse a sí mismo antes de ayudar a nadie.

Epitafio de un Médico Ateniense, 2 AD.

La profesión médica es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral, consecuencia de un ritmo de vida acelerado, presionado por elevadas exigencias con el fin de lograr resultados favorables. Dicha profesión es identificada con el solemne compromiso y responsabilidad de velar por la vida del ser humano, por ende, muchas veces está presente la sensación de “no haber hecho lo suficiente”, o de haber podido proceder de otra manera en pos de ayudar a salvar la vida del paciente, vivenciándolo como un fracaso que conlleva a un sentimiento de culpabilidad.

Como lo exponen Adán y Pérez (1999):

El médico es una persona normal y corriente que tiene los mismos problemas que sus semejantes (defectos, limitaciones, conflictos psicológicos comunes, etc.), y, por otra parte, asume las responsabilidades propias de su profesión, siendo objeto de enormes exigencias de resultados en su lucha contra el dolor y la enfermedad. Muchas veces, comparte el

sufrimiento del enfermo y de su familia y se expone a la angustia que suscita la muerte real, sin contar con la suficiente competencia psicosocial para afrontar tales demandas de trabajo emocional y apoyo psicoterápico. (p.XVI)

Adán y Pérez (1999), también señalan que “el estrés laboral del médico resulta de la acumulación de estresores asociados al desempeño de su profesión cuando las demandas laborales sobrepasan los recursos de afrontamiento disponibles” (p.25).

Continuando con el aporte de Adán y Pérez (1999):

El estrés laboral del médico ha sido atribuido a varios factores como el grado de complejidad y dificultad de su tarea, los conflictos en las relaciones asistenciales, las guardias médicas, la toma de decisiones, la sobrecarga asistencial, la incertidumbre inherente al método clínico, los riesgos de toda intervención instrumental, los resultados negativos no esperados, el riesgo de demandas por mala práctica, así como la insuficiencia de estímulos económicos y profesionales. (p. XVII)

Si bien gran parte de los médicos sienten satisfacción por ejercer su profesión, frecuentemente, no pueden evadir el padecer de estrés laboral, naturalizando el estrés como “parte intrínseca de la práctica médica” (McCue, 1982 citado en Silveira, 2008, p.40). Las fortalezas se apoyan en el vínculo generado con los pacientes, así como el afán y esmero en poder ayudarles a mejorar en lo que a calidad de vida se refiere; en tanto que la alta presión asistencial se vincula con un aspecto altamente negativo.

Silveira (2008), expone que las investigaciones relacionadas con el estrés laboral en los médicos son escasas, siendo exploradas en el ámbito ocupacional. Según Sutherland y Cooper (1990), citado en Silveira (2008), en estudios realizados en médicos generales, expusieron que dichos profesionales manifestaron: “no tener capacidad de control sobre los acontecimientos que les afectaban en sus trabajos” (p.39). Asimismo, Silveira (2008), cita a Revicki y May (1983), quienes asocian el estrés laboral del médico con “frustraciones relacionadas con el trabajo, donde los médicos funcionan en una atmósfera de estrés tanto agudo como crónico” (p.40).

Diversos estudios evidencian que los elevados índices de alcoholismo, adicción a las drogas, problemas maritales, depresión, suicidio, así como también el alto grado de morbi-mortalidad por accidentes de tránsito, enfermedad vascular y cirrosis hepática, existentes en los médicos, es mayor en proporción a los niveles de la población general (Adán & Pérez, 1999).

Adán y Pérez (1999), agregan que “los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados” (p.47), repercutiendo en forma negativa en el estado de salud de los mismos. Asimismo, en las entrevistas realizadas a médicos de familia, se evidencia la necesidad de priorizar una suerte de entrenamiento referente a los problemas emocionales, más allá de su entrenamiento como médicos, a modo de ser provistos de apoyo socio-emocional, así como de orientación; para conformar mecanismos de afrontamiento funcional con el fin de mitigar el estrés laboral y los probables efectos sobre la salud del facultativo.

5.1 Conceptualizaciones acerca del estrés laboral

El estrés laboral es un fenómeno cada vez más frecuente, siendo considerado como la enfermedad del siglo XXI. Las primeras interpretaciones médicas del estrés surgieron de la noción que define al organismo como un sistema responsable de conservar el equilibrio interior, a través de mecanismos de respuesta. Los estímulos que distorsionan dicho equilibrio dinámico u homeostasis, se denominan estresores, encargados de generar respuestas de estrés, las cuales “estarán condicionadas tanto por los estresores como por las características del sujeto, sus recursos y sus vulnerabilidades” (Dubourdieu, 2008, p.55).

Como señala Dubourdieu (2008)

El estrés deviene de la vivencia de una amenaza para la seguridad del sujeto, sea ésta de origen externo o interno, ante la cual al sentirse sin recursos para afrontarla y no poder implementar mecanismos de elaboración psíquica, se quedará expuesto a una situación de tensión y ansiedad. (p.62)

Lo que lleva a que el estímulo sea estresante va a variar de acuerdo a las características de la persona que está expuesta, pudiendo recrudecer o amortiguar su efecto. “Se requiere tanto la condición del estímulo estresante como el de una persona vulnerable para generar la reacción de estrés” (Lazarus, 1999, p.65).

Pavón (2004), diferencia el concepto de desafío y estrés, enfatizando la importancia del desafío en el trabajo, como componente estimulador y saludable, equiparándolo al estrés positivo, también llamado “eustrés”, ya que actúa como agente vigorizante tanto a nivel físico como psicológico. En la misma línea, Seyle (1952), manifiesta que el estrés no puede evadirse, ya que existe una demanda de energía por el solo hecho de estar vivo, siendo necesario para sobrellevar las exigencias del diario vivir. El eustrés contribuye a lograr

paliar las situaciones generadoras de tensión, adoptando una respuesta adaptativa que permitirá alcanzar los objetivos propuestos. Sin embargo, cuando la experiencia de estrés es excesiva, y no se logra un resultado satisfactorio, se genera una respuesta disfuncional, denominada “distrés”, ocasionando repercusiones negativas, tanto a nivel físico como psicológico.

Bermann (1990), citado en Silveira (2008), refiere al concepto de estrés como elemento central en la sociedad contemporánea, asociado a las progresivas alteraciones psicopatológicas que se manifiestan tanto en el ámbito laboral como en la vida cotidiana. Como señalan Muñoz y Casique (2016) “la persona que padece estrés laboral presenta manifestaciones tanto en el ámbito fisiológico y psicológico, así como en el orden social y organizacional (...) al no ser manejado con conocimiento científico, el estrés laboral podrá convertirse en un padecimiento crónico-degenerativo” (p.143).

El grado de vulnerabilidad o de resistencia al estrés que se vea manifestado en cada persona, va a estar supeditado, según indican Mingote y Pérez (1999) a “factores biológicos, como el grado de reactividad al estrés; factores cognitivos, como el pesimismo y el perfeccionismo; factores psicológicos de personalidad; y, por supuesto factores ambientales, como la exposición a varios estresores a la vez” (p.8). Si a los factores mencionados, le adicionamos el no percibir un adecuado apoyo social, los efectos nocivos pueden acentuarse aún más.

5.2 Repercusiones del estrés en la salud del médico

En su búsqueda de la libertad Ícaro corría un riesgo.

Si volaba demasiado bajo, la espuma del mar podría mojar sus alas y sería incapaz de volar, si lo hacía demasiado alto, el calor del sol derretiría la cera que mantenía unidas las plumas y caería al agua.

A pesar de las advertencias de su padre Dédalo, Ícaro ascendió demasiado alto, sin ajustar los objetivos a sus recursos y a sus limitaciones personales.

Gálvez, Moreno y Mingote (2009)

La profesión del médico lleva implícita elevadas tensiones emocionales y un gran involucramiento que implica una notoria responsabilidad, ya que el brindar apoyo, así como el cuidar de otras personas, significa una ardua tarea, con riesgos psicosociales para quien la realiza (Gómez, 2004).

A fin de que el profesional logre desarrollar un buen desempeño, debe de tener un grado de implicancia considerado, evitando el exceso de involucramiento, así como la falta del mismo. Gonçalvez Boggio (2009), da cuenta de que las implicaciones se encuentran siempre presentes, siendo “condición estructural de la institución (p.7).” En la misma línea, dicho autor, agrega que la implicación es la “herramienta que posibilita una distancia operativa y funcional con los usuarios y la institución” (p.7), y teniendo conciencia de la misma, se puede evitar incurrir en un hiper-involucramiento, siendo así desbordado por las excesivas demandas, o de lo contrario, caer en un hiper-distanciamiento, en cuyo caso la atención se torna distante y fría.

Resulta paradójico como dichos facultativos, consagrados a mejorar la salud de los demás, en un alto porcentaje, fallan en proteger la suya. “Solo la mitad de los médicos se muestran dispuestos a buscar ayuda profesional si llegaran a desarrollar una enfermedad mental” (Hassan et al., 2009 citado en Mingote, Crespo, Hernández, Navío & García, 2013, p.185). Hay cierta resistencia por parte de los médicos en buscar ayuda profesional por temor a que su tarea profesional se vea comprometida o perjudicada, así como al estigma social, lo que conlleva a sufrir, a padecer en silencio. Como narra Bruguera (2003) “la inhibición para pedir ayuda, la auto-prescripción, las consultas de “pasillo” son algunas de las actitudes equivocadas que muchos médicos adoptan” (p.27). El resultado puede ser altamente negativo, derivando en evoluciones clínicas de mayor complejidad y con un pronóstico comprometido.

Según expone Jaume Padrós (2010):

De forma quizás inconsciente, la sociedad ha ignorado la vulnerabilidad de los médicos ante la enfermedad y, en consecuencia, en el subconsciente colectivo de los médicos se ha instalado esa sensación que les hace difícil en muchas ocasiones asumir su condición de pacientes cuando la enfermedad hace mella en ellos. (p.12)

El mencionado autor manifiesta que la profesión del médico se encuentra entre las primeras cinco profesiones con mayor morbilidad mental, habiendo casi un 30 % de la población médica con síntomas psiquiátricos, no siendo correctamente atendidos en términos de salud (Padrós, 2017).

Al decir de Gálvez et al. (2009):

La medicina se suele representar mediante el Bastón de Esculapio y en ocasiones se le añade una forma alada para representar la diligencia del médico en el ejercicio de sus

funciones, que como el casco alado de Hermes, representaría la máxima de *curare tuto, cito et jacunde* (curar todo, pronto y plazeramente). Sin embargo, igual que en el caso de Ícaro, las alas se pueden quemar. (p.4)

Silveira (2008), citando a Revicky y May, quienes realizaron una investigación a médicos a través de la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP, 1979), revelan la vulnerabilidad de dichos facultativos al estrés. La mencionada temática, si bien es poco abarcada en el país, tiene una importancia significativa, puesto que detectando el estrés en una etapa inicial, se puede prevenir el desgaste y consecuente deterioro, evitando su cronicidad y posible derivación en patologías de alto riesgo.

Marulanda (2007), resalta la definición que es mencionada en el “Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés”, del Ministerio de Protección Social, como “aquellas en las que las reacciones de estrés, bien sea por su persistencia o por su intensidad, activan el mecanismo fisiopatológico de una enfermedad” (p.37).

Según expone Flórez (2001), refiriéndose a la alta incidencia del estrés laboral en España, ha llevado a considerarlo como accidente de trabajo, ya que produce en el trabajador un menoscabo psicológico o físico, influyendo considerablemente en su desarrollo funcional.

Silveira (2008), señala con relación al desgaste psíquico, citando a Gatto (2000), que “los médicos tienen dificultad en reconocer que pueden verse afectados, otros lo reconocen como una enfermedad real y, por último, otros lo reconocen muy tarde” (p.52).

En el ámbito laboral sanitario, existen trastornos contemporáneos derivados de situaciones estresantes, así como traumáticas, que se producen en el ejercicio del rol profesional; activando mecanismos generadores de estrés, que comprometen la calidad de vida del facultativo. Los trastornos más notorios registrados al asistir a profesionales que se desempeñan en actividades clínicas, son el burnout, trauma vicario y desgaste por empatía (Gonçalves Boggio, 2010).

5.2.1 Burnout: un enemigo silencioso de la salud

Falsificada lumbre que hace alarde de zarza ardiente y de punzante espina; hoguera que no alumbra ni ilumina; tizón que me envenena mientras arde.

El Síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral sostenido en el tiempo cuya característica principal describe un estado progresivo de agotamiento físico y mental, que resulta del involucramiento del trabajador en sucesos laborales emocionalmente demandantes por un tiempo prolongado.

Freudenberger (1974), lo definió como “estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el efecto esperado” (citado en Gálvez et al., 2009, p.7). Como resultado, se produce un trastorno adaptativo, producto del agotamiento y desgaste de los recursos psicológicos para poder afrontar las demandas en el ámbito laboral, derivando en síntomas conductuales, afectivo-emocionales, físicos, motivacionales y cognitivos. Como detallan Gálvez et al. (2009) “cuando los sujetos perciben, de manera continuada, que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollan sentimientos de desgaste profesional” (p.11).

Según lo ilustran Aubert y De Gaulejac (1993), citando a Freudenberger (1985):

Las personas a veces sufren incendios, al igual que los inmuebles. Bajo el efecto de la tensión que produce la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos acaban por consumirse como si estuvieran bajo la acción de las llamas, dejando tan sólo un inmenso vacío en el interior, aun cuando la apariencia externa parezca más o menos intacta. (p.141)

Cristina Maslach (1976), desde la perspectiva de la psicología social, realiza su aporte sosteniendo que en el mencionado síndrome intervienen tanto características personales como las propias del entorno laboral. Es así, que será definido como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, el cual indica la pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo; la despersonalización, que refiere al desarrollo de actitudes negativas, cinismo hacia los clientes y usuarios; así como una disminución de la realización personal, que apunta a una tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo, denotando una baja autoestima profesional. Maslach y Leiter (1997), aluden al desgaste profesional como “el índice de desajuste entre lo que la gente es y lo que ellos tienen que hacer. Representa una erosión de valores, dignidad, espíritu y una erosión del alma humana” (p.17).

Asimismo, Etzioni (1987), describe dicho síndrome como:

Un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin apenas señales manifiestas, y que evoluciona casi siempre de forma larvada hasta que hace eclosión repentina e inesperadamente, como experiencia devastadora de agotamiento personal, y sin que se pueda relacionar con ninguna situación estresante particular (...) los mini-estresores o desajustes menores no causan alarma. Por eso el proceso de erosión puede continuar mucho tiempo sin ser detectado. (Citado en Mingote & Pérez, 1999, p.45)

Berenguer (2010), refiere al sentido que el trabajo debe tener para que pueda ser placentero, y expone que muchas veces “la pérdida de sentido (...) surge de la falta de agradecimiento, de la falta de consideración de las personas, de las exigencias desmedidas; desembocando así, en el burnout” (pp.104-105). También cabe mencionar la creciente carga burocrática que ocupa tiempo del médico, como ser la elaboración de informes, recetas, certificados, siendo así el personal administrativo, un soporte neurálgico para dinamizar y aprovechar el tiempo que el médico dispone para brindar a sus pacientes en la consulta (Gálvez et al., 2009).

Según Maglio, Blajeroff y Dabas (2003):

El profesional de la salud (...) es una bisagra entre la demanda institucional burocratizada y mercantilizada y el sufrimiento del paciente que se mantiene empeñosamente resistente a todo intento de despersonalización. Entre estas dos partes que tironean se encuentra el profesional de la salud, que necesita dar respuesta (...). (p.3)

El Síndrome de Burnout ha ido en aumento, siendo subestimado y, por ende, no dándole el grado de importancia debida, en ocasiones considerando que es un tema inherente a los empleados y no de la institución; o simplemente haciendo caso omiso de dicha problemática. Si durante el proceso de desgaste se hiciesen notorias, heridas físicas o casos de muerte inminente, seguramente se le prestaría mayor atención, “(...) pero la erosión de las emociones así como la desilusión que sufren los trabajadores no parece preocupar a nadie” (citado en El-Sahili, 2015, p 45). Cabe señalar también, según Gálvez, et al. (2009), que un factor que puede influir negativamente, acentuando la prevalencia de dicho síndrome, es “la posible naturaleza contagiosa del desgaste profesional, estableciendo analogías con los procesos infecciosos entre los profesionales (*staff infection*, según Edelweich & Brodsky, 1980, o *burnout virus*, según Bakker, et al., 1998)” (p.42).

Frecuentemente, se cree que los médicos son inmunes al estrés amenazador, sin tener en cuenta que, al decir de Baptista (2006), “el superman de la bata blanca también es un

ser humano” (p.75); sin reconocer, que dicha profesión lleva incorporado un grado intrínseco de exigencia emocional, intelectual y de actitud (Arias & Juárez, 2012). Conforme a la perspectiva de Puelles (2009), se considera “exigencia emocional de trabajo, a la fortaleza emocional, o destreza para manejar distintas emociones, que requiere una tarea profesional” (p.178). Alude también, a la carga emocional de trabajo, como “el coste emocional en el que se incurre al tratar de afrontar las demandas emocionales de la tarea, contextos y eventos propios (en los que la tarea se desarrolla)” (p.178). Según lo explicita la mencionada autora, “un mal manejo de la emoción, perjudica la actuación profesional y puede constituir la “gota” que desborde la estructura psíquica del trabajador” (p.176).

Tonon (2010), establece por su parte, que el profesional que experimenta dicho síndrome, a veces puede distinguir lo que le está ocurriendo, pero en otras ocasiones no acontece así, por lo que “el peligro aumenta dado que el proceso puede cristalizarse” (p.40).

Como señalan González, Simó, Domínguez y Gervás (2004):

Lo que realmente motiva al profesional es la sensación de que su trabajo tiene sentido, está bien hecho y es útil para los pacientes. La desmotivación, el absentismo psíquico y el burnout acecharán cuando algunas de estas tres cosas no se cumplan en la medida de las expectativas del profesional. (Citado en Gálvez et al., 2009, p.100)

Cabe destacar que un alto porcentaje de estudios realizados indican que, a mayor edad, la incidencia del Síndrome de Burnout es más leve. El agotamiento emocional, en médicos con menor antigüedad en el ejercicio de la profesión, es más acentuado en comparación con aquellos médicos que tienen una trayectoria considerable; lo cual podría dar un indicio de que el profesional va adquiriendo experiencia y utilizando estrategias de afrontamiento que le permiten desarrollar mejor prevención y, consecuentemente, menor riesgo existente de padecer burnout (Gálvez et al., 2009). Así lo expresa, en una entrevista realizada, una doctora en medicina, durante el transcurso del primer año de ejercicio de la profesión:

Me costó decidirme porque me pesaba mucho la carga de responsabilidad que conlleva ser médico, fue en lo que más dudé, si estaba preparada o no para enfrentarme a situaciones en donde tomar ciertas decisiones, pudieran afectar tanto a otras personas. Nunca pensé en la carga emocional que tenemos, que ahora ejerciendo, me doy cuenta que es mucha. (Comunicación personal, 8 de marzo de 2018)

Se genera un incremento de la preocupación, cuando se reconoce que dicho síndrome también afecta a estudiantes que se encuentran finalizando la carrera de medicina, así

como a médicos recién egresados. (Aranda et al., 2003; Dyrbye, Thomas & Shanafelt., 2006 citado en Arias & Juárez, 2012).

5.2.2 Traumatización Vicaria

*El trabajo debe ser significativo para el trabajador.
Luego, paradójicamente, el trabajo por sí mismo es parte del
antídoto para la traumatización vicaria.*

Saakvitne y Pearlman (1996)

En el marco de una creciente vulnerabilidad social y precariedad profesional, no se puede obviar el hecho de que los profesionales que asisten diariamente, en estrecha relación con el sufrimiento humano, no están exentos de desarrollar el síndrome de estrés traumático secundario. La implicación emocional del médico de familia, como garante de brindar el mayor apoyo humano a pacientes que atraviesan situaciones difíciles, muchas veces traumáticas, puede ocasionar, un tipo de traumatización por impacto acumulativo. Dichas vivencias, en donde el sufrimiento se manifiesta con intensidad, puede llevar a interiorizar el dolor, éste puede combinarse con algunas de sus propias experiencias traumáticas no resueltas; al decir de Campos, Cardona, Cuartero y Cañas (2014) “resonancias emocionales que se ligan a nuestra propia historia” (p.3); conduciendo a una serie de síntomas físicos, emocionales y de comportamiento, que pueden interferir con su vida profesional y personal.

Según Perry (2014), se utiliza el término trauma vicario para referirse “al impacto traumático en aquellos que sienten la intensidad del evento traumático a través de otra persona” (p.12). Asimismo, dicho autor agrega:

Muchos profesionales han tenido alguna pérdida personal o incluso la experiencia traumática en su vida (por ejemplo, pérdida de un miembro de la familia, la muerte de un amigo cercano). Hasta cierto punto, el dolor de la experiencia puede ser “re-activada”. Por lo tanto, cuando los profesionales trabajan con un individuo que ha sufrido un trauma similar, la experiencia suele provocar recuerdos dolorosos de su propio trauma. (p.13)

Conforme lo detalla Parada (2009), la traumatización vicaria “es una transformación de la experiencia interna, personal e idiosincrásica del profesional como resultado de la involucración empática con experiencias traumáticas (...)” (p.591), de las personas a las cuales se asiste. Se caracteriza por emerger de forma inesperada, sin muchos signos de

alerta previa, producto de la reiteración de un estado a lo largo del tiempo, que acarrea secuelas que se van acumulando y perdurando en el tiempo. Martorell (2014), detalla que el trauma vicario tiende a concebirse “más como una reacción a acontecimientos concretos, que a un proceso” (p. 4).

Rivillas (2015), establece por su parte que:

La traumatización vicaria se plantea como un efecto esponja, el cual (...) el profesional, absorbe la sintomatología y sufrimientos de la víctima con la que trabaja y los reproduce en su propia persona, convirtiéndose en cierto modo en una víctima indirecta del caso en el que trabaje, volviéndose en muchos casos híper-sensibles antes otras situaciones parecidas (...). (p.4)

Las condiciones que dan lugar a la aparición del trauma vicario en un profesional de la ayuda, son creadas por el férreo deseo de ayudar, conjuntamente con el compromiso empático gestado y afianzado en el vínculo con los pacientes. “(...) Es una consecuencia humana del conocer, preocuparse, y de enfrentar la realidad del trauma” (Saakvitne & Pearlman, 1996, p. 25).

En este sentido, Martorell (2014), citando a Armayones (2007), lo describe como:

El efecto de experimentar, vivenciar, de vivir la angustia, el dolor, el miedo y cualquier otra emoción negativa de las que viven las personas a las que se está ayudando, es la exposición secundaria al trauma y la implicación emocional de las experiencias traumáticas de los usuarios. (p.4)

Al comenzar a ejercer, el médico, impregnado de su vocación de servicio, puede haber vivenciado expectativas un tanto idealistas e ingenuas en relación al ayudar a curar, a mejorar la calidad de vida y obtener logros a corto plazo. Generalmente no se está preparado para la “cuota de peaje” que dicha profesión conlleva (Saakvitne & Pearlman, 1996).

Es así, que una doctora entrevistada, expresa que “depende del profesional, del trabajo interior que tenga cultivado, de cómo encare la medicina, de cómo encare lo que hace” (Comunicación personal, 21 de marzo de 2018). En consonancia con dichas palabras, Vila (2010), señala que “los cambios que se dan ante la traumatización vicaria son únicos para cada profesional y dependen de su personalidad, estilo defensivo y recursos propios” (citado en Martorell, 2014, p.5).

Campos (2015), citando a Sabo (2006), enfatiza en la relevancia del impacto que la traumatización vicaria puede suscitar en el profesional, alterando su perspectiva de concebir la vida, sus creencias, su límite de tolerancia, así como las relaciones con su entorno social. Se entiende que este tipo de estrés laboral, a diferencia de otros, ocasiona una “transformación en el sistema de creencias personales y profesionales” (p.113).

Van Dernoot y Burk (2009), narran la vivencia de su propia traumatización vicaria, en el desarrollo de su libro, cuyo foco es el lograr un buen autocuidado, cuando de profesiones de ayuda se trata:

Finalmente puede entender que mi exposición hacia el trauma de otras personas, cambió en mí a niveles fundamentales. Ocurrió una osmosis: absorbí y acumulé trauma al punto que se volvió parte de mí, por lo que mi visión del mundo ha cambiado. (p.3)

La dimensión histórica de cada profesional cobra gran importancia en cuanto al trauma vicario refiere, ya que cuanto más consciente se es de las propias áreas de conflicto o traumas no resueltos, así como de otros factores deletéreos que puedan afectar su integridad psíquica, la capacidad de resiliencia será más eficaz.

5.2.3 Desgaste por Empatía

“De algún modo, vibra en mí lo que siente otra persona, y cuando las emociones a las que una persona se expone son de profundo sufrimiento, el impacto es evidente”.

Bermejo (2013)

El trabajo profesional cuyo epicentro es el ser humano, y el objetivo primordial es aliviar su sufrimiento, lleva implícito instintivamente, asimilar información cargada de un contenido emocional importante y, a menudo, puede involucrar absorber el sufrimiento per se. (Figley, 1995).

Acinas (2012), manifiesta que “los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir, no solo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales, que les produce su trabajo con el sufrimiento” (p.8). La medicina familiar, está comprendida dentro de las profesiones de servicio, y por ende, supone que “el profesional desarrolle un grado de contacto y compromiso con sus pacientes

(...)", por el cual llegar a "identificarse con los estados de ánimo de éstos". (Redondo, Depaoli & D'Onofrio, 2011 citado en Gonçalves Boggio, 2009, pp. 27-28).

Desgaste por Empatía, o también denominado Fatiga por Compasión, es un concepto contemporáneo, que ha germinado en el campo del estudio del trauma, siendo Figley y Stamm, los mayores eruditos en el tema. Usualmente, se lo asocia al estrés traumático secundario, específicamente al "coste de cuidar" y empatizar con el dolor emocional de los otros. (Figley, 2002). Siguiendo a Cuartero, Riera y Casado (2016), quien cita a Lynch y Lobo (2012), explican el concepto de Fatiga por Compasión como "el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo lo que ello evoca" (p.1). En contraposición, la Satisfacción por Compasión, se encuentra relacionada a "la recompensa positiva de cuidar" (Smart, et al., 2014 citado en Cuartero, et al., 2016, p.1). Si bien ambos conceptos son opuestos, están íntimamente relacionados, ya que mientras uno genera satisfacción por el trabajo realizado, el otro deriva del desgaste ocasionado por la labor de asistir, cuidar y ayudar al prójimo. Siguiendo a Figley (2002), sostiene la hipótesis que existe un balance entre ambos conceptos. Dicho autor se apoya en consecutivas discusiones mantenidas con profesionales de la ayuda, en donde muchos alegaron estar en pleno conocimiento de padecer desgaste por empatía, y sin embargo, también expresaron que a pesar de ello, estaban a gusto con el trabajo que realizaban, ya que el ayudar a quienes lo necesitan, produce un efecto "redentor". Se trata entonces, al decir de Bride, Radey y Figley (2007), de "contrabalancear el desequilibrio estructural que siempre existirá entre satisfacción y fatiga (...)" (Citado en Campos, et al., 2017, p.133).

Complementando lo recién expuesto, Mathieu (2012) puntualiza que:

Paradójicamente, aquellos profesionales de la ayuda que están "quemados", desgastados, fatigados y traumatizados tienden a trabajar cada vez más, y más esforzadamente. Como resultado, continúan yendo en un camino que los puede conducir a padecer serias dificultades tanto físicas como psicológicas, tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, sufrimiento crónico, así como otras afecciones relacionadas al estrés, e incluso cometer suicidio. (pp.8-9)

Figley (2002), sostiene que cuando se combina el Síndrome de Desgaste por Empatía con el Síndrome de Burnout, se torna inevitable el advenimiento de los efectos negativos y, por ende, se desvanece toda creencia de que es posible lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes. Al respecto, manifiesta una doctora en medicina, al ser entrevistada:

Si bien el factor tiempo en el ejercicio de la profesión puede ser un aliado para los facultativos, ayudando a fortalecer la empatía y a conocer sus propios límites en pos de lograr un mejor cuidado de sí mismo, las condiciones laborales deben acompañar favorablemente dicho proceso, de lo contrario, se puede tornar en algo más complejo, desencadenando la eclosión del burnout. (Comunicación personal, 4 de Junio de 2018)

Según lo expresado por Mathieu (2012), cuando las condiciones del lugar de trabajo son tóxicas, es altamente probable que las consecuencias puedan derivar en desencadenar desgaste por empatía, traumatización vicaria o burnout.

Gonçalves Boggio (2010), menciona que “los profesionales que se encuentran en íntima relación con el sufrimiento humano, y tienen que empatizar permanentemente con dicho sufrimiento y con situaciones traumáticas perturbadoras, son especialmente vulnerables al desgaste por empatía” (p.275). La respuesta empática va generando un estrés acumulado y residual, que puede predisponer a que dicho síndrome se manifieste. Si bien la capacidad empática brinda al profesional una mayor apertura para comprender el mundo interno del paciente, así como la posibilidad de potenciar el vínculo entre ambos, en forma simultánea, puede perjudicarlo debido a su alta exposición al sufrimiento diario, predisponiéndolo a padecer el síndrome de desgaste por empatía. Como bien lo señala Rothschild (2008), citado en Cuartero, et al. (2016), “incluso el profesional más preparado y entrenado es vulnerable al hecho de ser conmovido por sus clientes” (p.2). En este sentido, Mathieu (2012), expone que diversas investigaciones realizadas, muestran que aquellos profesionales más involucrados en el afán de cuidar, son los que resultan más afectados por el Síndrome de Fatiga por Compasión. Dicha autora agrega que los que ejercen este tipo de profesiones, generalmente viven en la “zona amarilla” en la cual prevalecen muchas señales de advertencia o alarma, pero la mayoría de las veces, son desatendidas.

Rothschild (2006) explica la diferencia entre “entender” y “sentir” el dolor de una persona a la que se asiste. El entendimiento es necesario para poder ayudar, sin embargo, el sentimiento de compasión por aquel que sufre, puede mutar en Fatiga por Compasión, tornándose así en un obstáculo para el profesional. Si bien es esencial la presencia de la empatía, operando como tejido conectivo en la relación médico-paciente, potenciando la intuición, y complementando el bagaje teórico del facultativo, no obstante, puede generar serios inconvenientes si no se controla debidamente. En profesiones como la medicina familiar, en donde el vínculo empático es la herramienta medular en pos de desarrollar una buena práctica médica, paradójicamente, el profesional puede verse afectado en forma

adversa, al ser potenciada su vulnerabilidad emocional, debido al gran compromiso y esfuerzo invertidos en el cuidado de “sus pacientes”. Así, un médico entrevistado, refiriéndose al ejercicio de su profesión, expresa que “involucra una demanda emocional muy grande; ya sea por generar demasiada empatía, o por intentar no ser tan empático”. (Comunicación personal, 13 de Mayo de 2018). En sintonía con lo mencionado, Mathieu (2012), señala que el mayor desafío para un profesional de la ayuda, es poder establecer límites, de forma tal que no sea un “rescatador” de todo el que esté a su alrededor. En este sentido, cabe destacar que el mero hecho de brindar asistencia a personas que ese encuentran vulnerables, muchas veces sufriendo, puede conllevar al advenimiento del Síndrome de Desgaste por Empatía, “producto de la experiencia de hacerse cargo, empáticamente, del malestar del otro, estando solo presente en las profesiones relacionadas con las relaciones de ayuda” (Jacobson, Rothschild, Mriza & Shapiro, 2013; Stamm, 2002 citado en Campos, et al., 2017, p.129).

Campos, Cardona y Cuartero (2017), tomando a Acinas (2012) y Rothschild (2006), plantean que la fatiga por compasión “es la consecuencia natural, predecible, tratable y paliable de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos (p.129)”. Cuando se opta por ejercer una profesión que implica ayudar al prójimo, implícitamente se cuenta con dicha vocación, así como con un grado de empatía elevado (Showalter, 2010 citado en Cuartero, et al., 2016). Contar con la posibilidad de ayudar a las personas que lo necesitan, genera una gran satisfacción laboral, y al mismo tiempo, lleva aparejado el coste de cuidar. Mathieu (2012), entiende que toda persona que se desempeña en actividades de asistencia sanitaria, cuidando y ayudando a quienes lo necesitan, desarrolla inevitablemente, cierto monto de desgaste por empatía. No obstante, Figley denominó Fatiga por Compasión, como el “desorden que afecta a aquellos que hacen bien su trabajo” (citado en Mathieu, 2012, p.9).

En este sentido, señala una doctora en medicina familiar, durante una entrevista:

En nuestra especialidad tenemos que poner mucho esfuerzo en el cuidado de cómo nos comunicamos, cómo transmitimos, cómo acompañamos, cómo demostramos empatía, y en cómo nos vinculamos de forma tal que podamos comprender lo que le sucede a nuestros pacientes, conectándonos con su malestar, para poder fortalecer al otro (...) No podemos permitirnos el no tener ganas de hablar con los pacientes (...). Nunca podemos no mirar a

la persona a los ojos, no desarrollar una entrevista sin generar empatía, es la base, entonces ya de por sí, tiene un desgaste emocional importante. (Comunicación personal, 4 de Junio de 2018)

Al decir de Campos y Cardona (2017), “comprender lo que les sucede a nuestros pacientes, entender los significados de sus situaciones y vincularnos a su malestar, genera dolor en el profesional. En otros términos, vincularse, duele” (Citado en Campos, et al., p. 123). En la misma línea, al ser entrevistado, un médico de familia expresa “es imposible aconsejar, tomar decisiones (...) sin que genere una carga emocional importante. Permanentemente evaluamos lo que hicimos, si hubiéramos podido proceder diferente. Es difícil evitar pensar en aquellos pacientes que evolucionaron mal sin que vuelvan reiteradamente a nuestro pensamiento”. (Comunicación personal, 22 de Diciembre de 2017).

Como señala Campos, et al. (2017), el Síndrome de Desgaste por Empatía puede manifestarse “como un proceso agudo, súbito e inmediato tras una relación de ayuda con un cliente” (p.127). En concordancia, Mathieu (2012), señala que el nivel de desgaste por empatía que un cuidador puede vivenciar, puede declinar de un día para el otro, cuando sobreviene una sobrecarga de trabajo, viéndose expuesto a casos complejos donde la demanda es aún mayor. Asimismo, Campos, et al. (2017), señala que “como fenómeno inherente al proceso de ayuda, (...) no es prevenible” (p.132), no obstante, “puede y debe paliarse de forma consiente” (p.134). Para ello, la puesta en práctica de herramientas que ayuden al autocuidado, así como estrategias que permitan lograr un adecuado manejo del estrés, contribuyen a enriquecer la capacidad para reconocer las propias señales de alerta, y por ende, disminuir el impacto del desgaste por empatía.

Al respecto, Campos (2015), agrega que dicho síndrome supone un estado de agotamiento emocional, “con sentimientos de indefensión, aislamiento, confusión y represión de emociones” (p.108). No obstante, dicho autor destaca que el inicio es brusco, pero una vez identificado, “su mitigación es algo más rápida que en el burnout, cuya presentación y descenso es mucho más lento. En la Fatiga por Compasión hay una tasa de recuperación de los síntomas mucho mayor que en el burnout” (p.137).

Mathieu (2012), sostiene que, “no desarrollamos Fatiga por Compasión porque hicimos algo mal; la desarrollamos porque nos ocupamos de cuidar, o porque solíamos hacerlo” (p. 9).

6 Trabajo de campo en carácter de micro investigación

Con el fin de realizar un mayor aporte a la monografía, se realizó un trabajo de campo en carácter de micro investigación, entrevistando a trece (13) médicos de familia. Se parte de las hipótesis formuladas en conjunto con el docente tutor:

- ¿Tienen los médicos de familia herramientas para prevenir el Desgaste por Empatía a lo largo de los años en el ejercicio de la profesión?
- ¿Incide el Burnout, asociado a la falta de soporte institucional para el buen desarrollo del ejercicio de la profesión, en la génesis, el desarrollo y la intensificación del Desgaste por Empatía y Traumatización Vicaria?

Para realizar la micro investigación se realizaron entrevistas personales, aprovechando el beneficio que ofrece dicha modalidad; a saber, el contar con la espontaneidad de los entrevistados a la hora de responder, permitiendo así recabar información de suma utilidad.

Archenti, Marradi y Piovani (2007), refieren a la entrevista como una forma singular de encuentro, que posibilitan obtener determinada información, en el marco de una investigación. Al decir de Meneses (2011), “La entrevista, en el marco de la investigación social, consiste en un intercambio oral entre dos o más personas con el propósito de alcanzar una mayor comprensión del objeto de estudio, desde la perspectiva de las personas entrevistadas” (p.34). En este sentido, Ruiz y Ispizua (1989), entienden que en la entrevista “el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados, sus perspectivas e interpretaciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo” (p.126).

Las entrevistas fueron en profundidad y semi-estructuradas, de forma que cada entrevistado tuviese igual estímulo, respetando la redacción, así como el orden de las preguntas, con el fin de lograr un contexto equivalente.

A continuación se transcriben las preguntas realizadas al personal médico, a través de las cuales se tratará de verificar, o no, las hipótesis enunciadas.

- 1) ¿Qué factores incidieron en su elección vocacional?
- 2) ¿Siente que el trabajo que desempeña involucra una demanda emocional importante?
- 3) ¿Considera que hay un equilibrio entre su vida profesional y personal?
- 4) ¿Las expectativas en lo que fue su elección vocacional y cómo se desarrolla su actividad, fueron lo esperado o dista de ello?
- 5) ¿Usted discrimina los conceptos de: Desgaste por Empatía, Burnout y Trauma Vicario? ¿Cómo cree que se interrelacionan?

Entendiendo por concepto de:

A) Desgaste por Empatía (o también llamado Fatiga por Compasión):

Se trata de un cuadro agudo, un estado de extrema tensión y preocupación con el sufrimiento de aquellos a los que se les ayuda, hasta el grado de que es traumatizante para el que facilita la ayuda. De tal forma, que la persona que presta ayuda, se ve traumatizada o sufre, a través de sus propios esfuerzos por empatizar y ser compasiva.

B) Burnout:

Es un tipo de estrés laboral prolongado que consta de un estado progresivo de agotamiento físico y mental, al involucrarse el trabajador en situaciones laborales emocionalmente demandantes por un tiempo prolongado. Es un proceso de desgaste en donde el idealismo inicial comienza a disminuir por falta de logros, falta de soportes y de reconocimientos institucionales, agravándose esta situación en función del aumento de las exigencias institucionales, falta de expectativas de solución, caída salarial y desprotección en el mundo laboral.

C) Trauma Vicario:

La escucha de relatos y de vivencias donde el dolor y el sufrimiento de los pacientes se manifiestan con intensidad, puede llevar a que los profesionales de la salud comiencen a interiorizar el dolor, y éste se combine con algunas de sus propias experiencias traumáticas. Esto puede conducir a una serie de síntomas físicos, emocionales y de comportamiento que interfieren con su vida personal y profesional.

- 6) ¿Cómo previene el desgaste por empatía asociado a estar trabajando con personas que están padeciendo una enfermedad terminal? ¿Cómo se cuida?
- 7) ¿Considera que el desgaste por empatía incide con el correr de los años?

- 8) ¿Cómo entiende que interviene la organización de la institución en la que usted trabaja en la prevención del desgaste profesional?
- 9) ¿Usted trabaja en equipo o en forma individual?
- 10) ¿Considera que el tiempo dedicado en la consulta es apropiado?
- 11) ¿Considera necesario la presencia de un departamento que brinde apoyo psicológico o algún tipo de espacio para tratar el tema del desgaste profesional?

7 Análisis de las entrevistas

En esta sección se analizarán las respuestas a las entrevistas realizadas al personal médico, con el fin de extraer posibles conductas comunes, tendencias, conclusiones y divergencias con las hipótesis planteadas.

Realizando un estudio de las respuestas obtenidas, podemos detectar que existen en todos los entrevistados herramientas para prevenir el desgaste por empatía, a excepción de uno (1) de los profesionales, el cual manifiesta que no tiene estrategia de prevención. Los doce (12) médicos restantes alegan recurrir a métodos o actividades para prevenir dicho desgaste. Se podría clasificar dichas herramientas en las siguientes categorías:

- **Interacción entre los colegas a fin de compartir opiniones y experiencias.**

El trabajo en equipo resonó fuerte en todas las respuestas, manifestando la importancia del mismo como soporte, alivio de la carga emocional, así como instancia de encuentro donde poder intercambiar opiniones o evacuar inquietudes referentes a casos de alta complejidad. También, una respuesta resaltó que si bien el equipo existe, no hay planificación del mismo; por lo que se buscó formar un equipo de apoyo intersectorial, a través de redes sociales creadas por los propios profesionales, y funciona en forma fluida, responsable, a modo de soporte. Asimismo, también se le da un significado de utilidad para “cargar las baterías” y lograr un mejor rendimiento laboral.
- **Contención familiar.**

De varias respuestas vertidas, se desprende que el núcleo familiar es un espacio de contención, que brinda la posibilidad de distenderse, dialogar, así como de poder abstraerse de los problemas cotidianos del trabajo.

➤ **Actividades recreativas**

Coinciden la mayor parte de los entrevistados, en la necesidad de realizar actividades recreativas como una forma de cuidar su salud y contribuir a mantener un equilibrio entre su vida personal y laboral. Son diversas las actividades mencionadas, tales como: practicar deporte (correr, natación, tenis), bailar tango, jugar al truco, ir a catas de vino, cultivar orquídeas, cuidar de la huerta orgánica, cocinar, leer, así como escribir cuentos, ir al cine o al teatro, y reunirse con amigos.

➤ **Terapia psicológica**

Para algunos de los entrevistados, la terapia psicológica se consideró como herramienta fundamental para poder sobrellevar los casos que conllevan mucho sufrimiento, y poder así prevenir un desgaste nocivo para la salud, que pudiese obstaculizar o deteriorar su desempeño profesional. No obstante, también se destacó la importancia de tener presente los traumas de la propia historia personal y poder trabajar en ellos, para afrontar los relatos de pacientes, contando con una mayor fortaleza.

➤ **Desconexión**

Un (1) entrevistado mencionó que ha ejercitado el ponerse límites, al finalizar su horario laboral, realiza lo que denomina un “bloqueo mental”, entendiéndose como una forma de desconexión. Se trata de un esfuerzo consciente con el fin de desprenderse de los pensamientos asociados a casos complejos de pacientes, en pos de poner un límite entre el desarrollo de la actividad laboral y la personal. Dicha herramienta fue denominada por Maslach (1982), como “proceso de descompresión”, realizando un paralelismo con los buzos que descienden a altas profundidades y reciben una inmensa presión, para luego, descomprimirse antes de emerger a la superficie. Es así, que al finalizar la jornada laboral, se puede lograr un distanciamiento de la atmósfera de “presión emocional”, para ingresar al ámbito de la vida personal.

➤ **Informarse y capacitarse**

Fue resaltado en una (1) respuesta, la imperiosa necesidad de la formación cuaternaria como herramienta preventiva central en pos de la seguridad del paciente, y del quehacer cotidiano del profesional. Asimismo, en dos respuestas se

remarcó la importancia de capacitarse en medicina paliativa, apuntando a una mejor formación, fortalecimiento y protección del médico.

En base a las respuestas obtenidas referentes a las preguntas 5, 7 y 8, se puede vislumbrar que los conceptos de Burnout, Desgaste por Empatía y Traumatización Vicaria son conocidos en cuanto a su naturaleza refiere; no así por su denominación el concepto de Traumatización Vicaria, en el cual coincidentemente todos dejaron entrever no haber escuchado anteriormente dicha terminología. En cuanto al término Desgaste por Empatía, en su gran mayoría, tenían conocimiento del mismo, y en lo que a Burnout refiere, todas las respuestas, sin excepción, denotaron gran conocimiento y preocupación por su repercusión.

Se encontró que los trece (13) médicos entrevistados aludieron una posible correlación de los tres conceptos mencionados. Existen puntos de convergencia en cuanto a que si bien se trata de distintos tipos de síndromes, todos son consecuencia, en mayor o menor medida, de los efectos causados por el estrés laboral; repercutiendo en un incremento del desgaste emocional, y por ende, siendo perjudiciales para la salud del profesional.

Se evidenció, en nueve (9) profesionales entrevistados, en una franja de 3 a 35 años en ejercicio de la profesión, la no incidencia del desgaste por empatía con el correr de los años. Se hizo alusión, por parte de los entrevistados, a la experiencia adquirida con el tiempo, como aliados para encontrar las herramientas necesarias para un apropiado manejo de la empatía, así como lograr una mejor prevención a posibles manifestaciones del estrés laboral.

En el total de las respuestas vertidas, se dejó en claro la ausencia de apoyo a los profesionales de la salud, por parte de las respectivas instituciones en donde desempeñan el ejercicio de la profesión, siendo notorio el reclamo, de forma cuasi agónica, en pos de una pronta mejora. En este sentido, si formamos dos grupos, uno de ellos comprendido por los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito privado, y el otro grupo integrado por los que trabajan en el ámbito público, no se evidencia a través de lo expresado en las respuestas, que exista una diferencia en cuanto al cuidado o estrategia de intervención dirigida a paliar los efectos del desgaste profesional, por parte de las instituciones. Se debe tener en cuenta que estos resultados no son estadísticamente significativos, ya que el "n" muestral es muy bajo (n=13). Sería conveniente realizar una investigación en profundidad, elevando el número de entrevistados de la población médica, a fin de obtener resultados de significancia estadística.

Es interesante destacar que diez (10) de los médicos entrevistados, alegaron en forma categórica, que el burnout conlleva gran responsabilidad en la incidencia de la génesis y, posterior desarrollo, del desgaste por empatía y, al mismo tiempo o en menor medida, de la traumatización vicaria. Se dejó explícito que la incidencia del burnout puede afectar negativamente la resiliencia de los trabajadores, vulnerando su capacidad empática, y dejándolos expuestos a desencadenar el Síndrome de Desgaste por Empatía, afectando en gran medida, el vínculo en la relación médico-paciente. Asimismo, se enfatizó en la necesidad de reforzar el autocuidado, autorregular sus emociones, con el fin de mantener saludable la herramienta empática, así como también estar mejor preparados para afrontar los estresores laborales cotidianos.

Cabe mencionar, que cuatro (4) de los médicos entrevistados tendieron a expresar que hay una predisposición a padecer desgaste por empatía y/o traumatización vicaria, por el solo hecho de estar en contacto con el sufrimiento humano, lo cual puede provocar un “quiebre” a nivel emocional, generando un alto grado de vulnerabilidad y desprotección, quedando expuestos al alcance de un mal aún mayor, como es considerado ser, el burnout.

8 Conclusiones

Si bien el estrés es inherente a las profesiones de la salud, se infiere que en bajos niveles no sería dañino para la salud del profesional. Sin embargo, luego del recorrido bibliográfico realizado, así como las comunicaciones personales mantenidas con médicos de familia, se evidencia que el estrés laboral y sus posibles repercusiones, es un tema que preocupa y afecta a dichos profesionales.

Se enfatizó en la necesidad de “cuidarse para cuidar”, así como también se denotó la imperiosa necesidad de ser “cuidados” por las instituciones en donde desempeñan el ejercicio de la profesión. Se pudo constatar, en forma notoria y coincidente, la demanda de los profesionales referente a la falta de contención, así como el hecho de trabajar “muy en solitario”, lo cual los deja muy expuestos, reduciendo las posibilidades de lidiar con los efectos nocivos del estrés laboral.

Teniendo en cuenta que el médico de familia es el primer contacto que se tiene en el primer nivel de atención, realizando un abordaje integral de los pacientes a lo largo de la vida, se debería considerar su relevancia dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Un factor a resaltar de dicha especialidad, es que son quienes van a acompañar siempre, especialmente cuando no sea posible recuperar ni reparar la salud.

La especialidad de Medicina Familiar es un colectivo de riesgo, en lo que a demandas emocionales se refiere, y asimismo, le confiere una alta presión asistencial, lo cual puede repercutir sobre su salud y, por ende, en el sistema sanitario en general, así como en el bienestar social.

Es apremiante el poder implementar estrategias de intervención, para poder amortiguar los efectos adversos que repercuten sobre los profesionales de la salud. El trabajo en equipo, debidamente planificado, es una herramienta vital, a fin de poder tener una mirada interdisciplinaria, así como un espacio de contención para “desahogar” sus propias emociones. Sin duda, ayudaría cuantiosamente a regular sus recursos emocionales, fortalecer la capacidad empática, para poder así, estar más protegidos y batallar con mejores herramientas, tanto al desgaste por empatía, a la traumatización vicaria, como al tan “temido” burnout. Sería aconsejable entonces, fomentar la cultura de trabajo en equipo, así como llevar a cabo la experiencia de los Grupos Balint, tema que fue conversado con una de las entrevistadas. Como bien lo explica Holguin y Fernandez (2001), “el grupo Balint permite una confrontación entre iguales, y una puesta en común de todas las experiencias difíciles, incluso las más dolorosas, lo que ayuda a su elaboración y asimilación por parte del médico, que descubre que su caso no es único” (citado en Gálvez, et al.,2009, p.202).

“Seguir con la idea de que la medicina se basa en la ciencia y en el humanismo. Esta asociación es eterna, pero no existe por sí misma, necesita constante renovación”.

Karl Jaspers

8.1 A modo de recomendación

Con el objetivo de continuar profundizando en la temática, se debería considerar para una futura instancia, incrementar el número de entrevistados, a fin de realizar una investigación más profunda y representativa a nivel Nacional. Al contar con una población más amplia, se podría discriminar por categorías según las diferentes especializaciones

médicas, a fin de obtener una correlación estadística de mayor validez. De esta manera, se podría ahondar en incrementar el conocimiento respecto a cuáles serían las especializaciones que pueden ser más proclives a ser afectadas por el Síndrome de Desgaste por Empatía.

Los grupos serían armados en base a las especializaciones seleccionadas, rango de edad, sexo, antigüedad en el ejercicio de la profesión, cantidad de horas semanales trabajadas, así como ámbito laboral (público o privado).

Se suministraría la Escala de Agotamiento por Empatía (ESAPE), con el propósito de “obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006 citado en Vizziano, 2016, p.13).

A partir de la comunicación personal mantenida con una doctora en medicina familiar, se consideró la posibilidad de gestionar un proyecto de investigación interdisciplinario, mediante el cual se lleve a cabo una medición del Desgaste por Empatía en Médicos de Familia. Iniciativa motivada por el docente tutor, Luis Gonçalvez Boggio, a ser llevada a cabo mediante una coparticipación en forma conjunta entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología.

Sería interesante, teniendo en cuenta que en Facultad de Psicología no se ha realizado aún una investigación en la temática mencionada, poder llevar a cabo mediciones de Desgaste por Empatía y Burnout, a través de las respectivas escalas, ESAPE (Escala de Agotamiento por Empatía) y MBI (Maslach Burnout Inventory), a fin de poder correlacionar ambas mediciones. Cabe mencionar que no se incluiría medición de Traumatización Vicaria, ya que no se ha encontrado una medición empírica que mida dicho trastorno, a través del extenso recorrido bibliográfico realizado.

9 Referencias Bibliográficas

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2 (4).1-22. Recuperado de:
http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Albújar, P. (2015). Cuando el médico es el paciente. *Acta médica peruana* ,32 (3), 164-168. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n3/a06v32n3.pdf>
- Archenti, N., Marrandi, A. & Piovani, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires. Ed. Emecé
- Arias, F. & Juarez, A. (2012). *Agotamiento profesional y estrés*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Baptista, H. (2006). Cuando el exceso de trabajo agota. *Médica Sur*. 13 (2), 75-77. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/medsur/ms-2006/ms062f.pdf>
- Barrán, J.P., Bayce, R., Cheroni, A., De Mattos, T., Labisch, A., Moreira, H., ... Viñar, M. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Bello, C. (11 de noviembre de 2017). Médicos rurales: una atención personalizada que se parece a la amistad. *El Observador*. Recuperado de:
<https://www.elobservador.com.uy/medicos-rurales-una-atencion-personalizada-que-se-parece-la-amistad-n1140736>
- Berenstein, I. (2008). *Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bermejo, J. (Centro de Humanización de la Salud) (2013). La sabiduría del corazón.

Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=T5KRfMHbeMA>

Bermejo, J. (2016). Y a ti, ¿quién te cuida? Recuperado de https://www.josecarlosbermejo.es/wpcontent/uploads/2018/04/y_a_ti_quien_te_cuida.pdf

Berro, G. (2009). La relación médico-paciente (RMP) y su actual encuadre legal. *Revista Biomedicina*. Recuperado de http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_larelacionmedicopaciente.pdf

Bruguera, E. (2003). Mesa redonda 1. La salud de los médicos. El médico enfermo. *Semergen* 29 (1), 17-28. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Downloads/13051361_S300_es.pdf

Campos, J., Cardona, J. & Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* (24), 119-136. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72150/6/Alternativas_24_07.pdf

Campos, J., Cardona, J., Cuartero, M. & Cañas, A. (2014). La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado. 1-13. Recuperado de <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/Fatiga-por-compasi%C3%B3n-en-la-pr%C3%A1ctica-del-voluntariado.pdf>

Campos, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura*. (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura. Badajoz.

Colmenarejo, J.C. (2004). Mesa redonda 4. Morir sin sufrir. *Semergen. Revista española de medicina de familia*, 30, 39-45. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13066287-S300>

- Coria, A., López, H., Sutton, A. & Rosas, R. (2006). La medicina familiar en Iberoamérica: una reflexión histórica, 9 (2), 48-51. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062b.pdf>
- Cuartero, M., Riera, J. & Casado, T. (2016). La fatiga por compasión: consecuencia de trabajar con personas que sufren. 1-5. Recuperado de <http://congresos.um.es/jdoctorado/jdoctorado2016/paper/viewFile/50331/22541>
- Díaz Berenguer, A. (2010). *El narcisismo en la medicina contemporánea*. Montevideo: Trilce.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa. Psiconeuroinmunoendocrinología*. Montevideo: Psicolibros - Wasala.
- El Sahili, L. (2015). *Burnout. Consecuencias y soluciones*. México: Manual Moderno.
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Routledge.
- Figley, C. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. Nueva York: Routledge.
- Flórez, J. (2001). *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. Barcelona: Astra Zeneca.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180. Recuperado de <http://old.unipr.it/arpa/mirror/pubs/pdffiles/Gallese/Gallese%20Psychopathology%202003.pdf>
- Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote., J. (2009). *El desgaste profesional del médico*. España: Díaz de Santos.

Gómez, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 41-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019660004.pdf>

Gonçalves Boggio, L. (2009). Informe de actividades y análisis de la intervención realizada por el Lic. Luis Gonçalves Boggio. (1-69) Recuperado de https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/130581/mod_resource/content/2/an%C3%A1lisis%20de%20la%20intervenci%C3%B3n%20mx%20%28cuali%20y%20cuanti%29.pdf

Gonçalves Boggio, L. (2010). *El cuerpo en la psicoterapia*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

González Blasco, P. (2004). Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Archivos de medicina familiar*, 6 (2), 31-33. Recuperado de http://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2004_ago_los_cuatro_pilares_de_la_medicina_de_familia.pdf

Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente*. México: Manual Moderno.

Iglesias, R. (2009). Es necesario e imperioso humanizar la medicina. *Revista Argentina de Cardiología*, 77(4), 333-334. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v77n4/v77n4a16.pdf>

Keymond Rotta, A. (2007). Medicina familiar en Uruguay: hacia un nuevo modelo de atención. *La Medicina Familiar en América Latina*, 39 (8), 443-445. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0212656707709411/1-s2.0-S0212656707709411-main.pdf?_tid=f6803475-6aeb-4562-914e-7f0cdc8e2420&acdnat=1523237035_f32afd1c35dd5908bf3947f0120c65ea

Lacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo*. Madrid: Katz Editores.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción*. Bilabo: Desclée de Brouwer.

- Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D. & Fernández Galeano, M. (2011). Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo:OPS, 49. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud&alias=348-ops-libro-de-aps-2011&Itemid=307
- López, M., Arán, V. & Richaud, M. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32 (1), 37-51. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
- Maglio, F. (1996). Ética médica frente al paciente crítico. *Alcmeon.Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*.5 (2). Recuperado de https://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_05.htm
- Maglio, F. (2001). *Revista Argentina de Cardiología*, 69, 444-447. Recuperado de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/07/1445.pdf>
- Maglio, F. (2014). El “escuchatorio” en la relación médico-paciente. *IntraMed*. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>
- Maglio, F., Blajeroff, N. & Dabas, D. (2003). *Clínica del síndrome del burnout*. Buenos Aires: Femec-onu
- Martínez, A.M. (1998). ¿Se necesitan especialistas en Medicina Familiar? *Revista Noticias S.M.U.*, (91) Recuperado de <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias91/familia.htm>
- Martorell, C. (2014). *Traumatización vicaria y catástrofe: una realidad poco conocida* (Estudios de Grado). Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca.
- Marulanda, I. (2007). *Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

- Maslach, C. (1982). *The cost of caring*. Nueva York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Josey Bass Publishers.
- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook*. Nueva York: Routledge.
- Meneses, J. & Rodríguez, D. (2011). *El cuestionario en la y la entrevista*. Barcelona: Editorial UOC.
- Mingote, J., Crespo, D., Hernández, M., Navío, M. & García, C. (2013). Medicina y seguridad del trabajo. Prevención del suicidio en médicos.59 (231), 176-204. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf>
- Mingote, J. & Pérez, F. (1999). *El estrés del médico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Muñoz, A. & Chaves., L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? 123-143. Recuperado de: <file:///C:/Users/usuariox/Downloads/Dialnet-LaEmpatia-5527454.pdf>
- Muñoz, T. & Casique, L. (2016). Estrés laboral y su efecto biopsicosocial en el cuidado de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 24 (2), 141-144. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162k.pdf>
- Padrós, J. (2010). Del médico enfermo a la salud del médico. *El médico*. (1110), 12-14. Recuperado de <http://www.fgalatea.org/Upload/Documents/2/2/227.pdf>
- Padrós, J. (2017). La tarea de cuidar al que cuida. *Revista del Colegio de Médicos*. (81), 4-9. Recuperado de http://www.colmedicosantafe2.org.ar/images/revista_colegio/revista_colegio_81.pdf
- Parada, E. (2009). *Psicología y emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Pavón, J (2004). *Estrés y trabajo*. Recuperado de https://www.ucongreso.edu.ar/biblioteca/matcatedra/ESTRES_y_TRABAJO.pdf
- Perry, B. (2014). El costo de cuidar. El estrés traumático secundario y el impacto de trabajo con niños de alto riesgo y familias. Recuperado de https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/05/Cost_of_Caring_Secondary_Traumatic_Stress_Spanish_Perry.pdf
- Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 11, 5-18. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf>
- Portillo, J. & Rodríguez Nebot, J. (2005). *Expropiación de la salud*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Puelles, C. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*.9 (1), 171-196. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2009/2009art8.pdf>
- Rivillas, C. (2015). *Visión integradora de la Traumatización Vicaria* (Trabajo final de grado). Universitat de les Illes Balears, Palma.
- Roncoletta, A., Levites, M., Mónaco, C. & González Blasco., P. (2009). Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña. *Archivos en medicina familiar*. 11 (2). 78-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719090005>
- Rothschild, B. (2006). *Help for the Helper. The psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. Nueva York: W.W. Norton.
- Ruiz Olabuénaga, J. & Ispizua, M.A. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de Investigación Cualitativa*. Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto.

- Saakvitne, K. & Pearlman., L. (1996). *Transforming the pain. A workbook on Vicarious Traumatization*. Nueva York: W.W. Norton
- Salamanca, A.B. (2015). Factores relacionados a la conducta de ayuda y su influencia en el ámbito del cuidado enfermero. *Nure investigación: Revista Científica de enfermería* 12 (77), 1-12. Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/681/669>
- Seyle, H. (1952) *The story of the adaption syndrome*. Montreal Acta, Inc. MedicalPublishers.
- Silveira, N. (2003). Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica. Tomo II. Montevideo: Psicolibros – Wasala.
- Silveira, N. (2008). *Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa. Estrés, satisfacción y burnout en médicos y enfermeras del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”*. Montevideo: Psicolibros-Wasala.
- Soler, J. y Raurich, J. (2015). *Comunicación y atención primaria para alumnos de Medicina*. Lérida: Universitat de Lleida
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de burnout*. Buenos Aires: Espacio.
- Van Dernoot, L. & Bursky, C. (2009). *Trauma Stewardship: An Everyday Guide to Caring for Self While Caring for Others*. San Fransisco: Berrett-Koehler.
- Vizziano, M. (2016). *Cuidar a los que cuidan. Prevención del Desgaste por Empatía en el equipo de trabajo del Club de Niños “Los Caminos”, Barros Blancos*. (Trabajo final de Grado). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo.