

## BURNOUT: EL SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO EN EL ÁMBITO DE LA PRÁCTICA MÉDICA.

Lic. Patricio J. Navarro Pizzurno  
Miembro del Departamento de Servicios Médicos de Noble A.R.P.

### DEFINICIÓN E HISTORIA: ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE BURNOUT?

El burnout o “síndrome de estar quemado por el trabajo” (SQT) fue descrito por el médico psiquiatra Herbert Freudenberger en la primera mitad de la década del '70 <sup>(1)</sup>. Si bien inicialmente no lo definió con tal nombre, dicho cuadro psicopatológico fue observado por él mismo en los colegas de la clínica de salud mental neoyorquina donde se desempeñaba. Particularmente, Freudenberger reparó que muchos de los voluntarios y profesionales que trabajaban en la recuperación de pacientes toxicómanos, presentaban una serie de síntomas psicofísicos evidentes y notables cuando el trabajo con dichos pacientes se extendía en el tiempo (en promedio, un año). La sintomatología observada se caracterizaba por un progresivo agotamiento, así como también por evidentes signos de anhedonia, desinterés por el entorno laboral e incluso agresividad velada o manifiesta hacia los pacientes en tratamiento. Estos observables constituían la respuesta individual a lo que en ese entonces conceptualizó como un ambiente laboral estresor, caracterizado por una sobrecarga de responsabilidades y una demanda excesiva de energía y compromiso afectivo hacia el trabajo a realizar.

Poco tiempo después, en el año 1976, la psicóloga e investigadora Christina Maslach agrupó las conductas observadas por Freudenberger y otros investigadores bajo el nombre de burnout, término que ya había sido utilizado tanto en el ámbito jurídico - legal (como pérdida de interés por el trabajo) como en el de la farmacología e investigación clínica (refiriéndose en este caso a la sintomatología observable tras el uso crónico de determinadas drogas)<sup>(2)</sup>. Maslach y colaboradores determinaron entonces tres aspectos axiales en el síndrome de burnout, que perdura-

rían en el tiempo y que son al día de hoy considerados como distintivos del cuadro:

1. El cansancio emocional y físico; se observa un progresivo agotamiento, falta de entusiasmo, anhedonia, desmotivación generalizada y sensación de escasez de recursos para acometer las tareas y responsabilidades del puesto de trabajo.
2. La despersonalización; la cual constituye en parte una consecuencia del punto previo y retroalimenta al mismo. Se caracteriza por el trato indiferente y “cosificación” de las relaciones humanas (pacientes, colegas, clientes, etc.). La persona aquejada por el síndrome de burnout trata a las personas de su entorno con una manifiesta distancia emocional, cínicamente y en forma deshumanizada, como respuesta defensiva patológica ante el contexto asfixiante y demandante del trabajo que está llevando a cabo.
3. La falta de realización profesional y personal en el trabajo; como corolario de las dos dimensiones antedichas. Esta instancia implica un claro sentimiento de inadecuación al trabajo y conlleva una serie de valoraciones negativas hacia la propia persona, destacándose la sensación de falta de capacidad técnica y conocimientos, la inseguridad ante tareas y responsabilidades que anteriormente se desarrollaban sin mayores dificultades y la profunda insatisfacción respecto del desarrollo, crecimiento y expectativas laborales a futuro.

El burnout en tanto cuadro psicopatológico surge a consecuencia de las características socio-psicológicas de la posmodernidad y el “espíritu de los tiempos” que define la concepción actual del trabajo<sup>(3)</sup>. En este contexto, comparte una etiología similar con otras entidades nosológicas. Entre estas se destacan el karoshi<sup>(4)</sup> (término japonés que remite a la muerte por exceso de trabajo, principalmente debido a ataques cardíacos o

1 Freudenberger, H. Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it, Bantam Books. Nueva York, 1980.

2 Maslach, C. MBI: The Maslach Burnout Inventory, Consulting Psychologists Press. Palo Alto, 1996.

3 Anderson, P. Los orígenes de la postmodernidad, Anagrama. Madrid, 2000.

4 Griffiths, D. Japan's workaholic culture, BBC News Online. Londres, 2007.

o accidentes cerebro-vasculares) y el mobbing<sup>(5)</sup> (definido como el acoso psicológico en el trabajo). Es importante destacar que dichos cuadros son diferentes entre sí, y difieren además de las concepciones de estrés definidas por el DSM-IV-TR<sup>(6)</sup>. De hecho, dicho manual no incluye el burnout en su clasificación de trastornos mentales. Sin embargo, la correlación existente entre estos cuadros psicopatológicos sirve para graficar el factor cultural que se observa en el surgimiento del burnout como enfermedad laboral.

### ETIOLOGÍA DEL BURNOUT. PREVALENCIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y LA PRÁCTICA MÉDICA.

En la etiología del burnout, se observan como factores predisponentes principales los siguientes:

1. El ejercicio de una profesión asistencial y/o educativa. Si bien estudios recientes asocian la aparición del burnout a todo tipo de profesiones e incluso a jóvenes en etapas de formación académica<sup>(7)</sup>, los trabajos que conllevan relacionarse con personas en vínculos asimétricos de ayuda y/o dependencia (policías, docentes, bomberos, etc.) muestran una mayor prevalencia, particularmente aquellos desarrollados en el ámbito médico y de cuidado de la salud en general (médicos, enfermeras, psicoterapeutas, etc.).
2. En lo referente a la cultura organizacional donde se haya inserto el individuo, se destacan como factores predisponentes los llamados "puestos de trabajo tóxicos" (aquellos realizados en horarios marginales, en condiciones edilicias insatisfactorias, mal remunerados, etc.), el clima de trabajo negativo, la falta de apoyo de la instituciones asistenciales ante las condiciones de trabajo adversas, la falta de reconocimiento y las jornadas de trabajo mayores a 8 horas diarias<sup>(8)</sup>.
3. En el aspecto individual, más allá de la profesión ejercida, los estudios realizados hasta el momento no muestra correlaciones unívocas o estadísticamente significativas en relación a cuestiones de género u otras variables. Si bien existe cierto acuerdo en relación a características de perfil psicológico (personalidad "tipo A", tendencia a la psicopatosis, cuadros de

sobreadaptación excesiva al medio, antecedentes de estrés), el hecho de que los resultados obtenidos en este grupo de variables no sean absolutamente consistentes sugiere un predominio de los factores descritos en los párrafos precedentes en la causalidad del burnout.

El burnout, además de los indicadores ya señalados, suele correlacionar positivamente con una serie de padecimientos psicofísicos, entre los que se cuentan: trastornos del proceso digestivo y patologías gastrointestinales (colon irritable, úlcera péptica, etc.), trastornos del sueño, patologías de la alimentación, H.T.A., así como también irascibilidad, trastornos del estado de ánimo, pérdida de interés en actividades sociales, déficits atencionales, pérdida de memoria y deterioro de las funciones cognitivas.

Diversos estudios demuestran la alta prevalencia del "síndrome de estar quemado" en el ámbito de los agentes de salud en general y el de los médicos en particular.

Recientemente, Jean Wallace, Jane Lemaire y William Ghali<sup>(9)(10)</sup>, de los departamentos de sociología y medicina de la Universidad de Calgary, publicaron los resultados obtenidos en el estudio del burnout en médicos, tomando como base las investigaciones realizadas en los últimos quince años a nivel mundial. De este relevamiento se desprenden los siguientes indicadores:

- Entre el 25% y el 60% de los médicos reconoce sufrir síntomas propios del burnout. En España y Latinoamérica, hasta un 36,3% de los médicos asevera sufrir dicho cuadro psicopatológico.
- Dentro de los estudios recabados, uno de ellos afirma que el 17% de los residentes médicos califica su salud mental como "pobre"; dicho porcentaje duplica al de la media observada dentro de la población no-médica.
- El índice de suicidios dentro de la población médica es seis veces mayor a los valores para dicho índice dentro de la población no-médica.
- El 12% de los médicos desarrollarán algún tipo de trastorno por abuso de sustancias en el transcurso de su vida profesional.

5 Piñuel, Iñaki. Mobbing, el estado de la cuestión, Gestión. Barcelona, 2000.

6 DSM-IV-TR, Ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2002.

7 Salanova, M. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout, Papeles del Psicólogo, Vol. 29 (1). Castellón, 2008.

8 Bernstein, J. Síndrome de desgaste profesional, Vº Congreso de la F.A.M.F. y G., Iº Congreso de CIMF- WONCA Iberoamericana, Mesa Redonda sobre "Salud y trabajo: Burnout y Mobbing"

9 "Médicos sanos, pacientes sanos", en [www.colegiomedicocasanare.org](http://www.colegiomedicocasanare.org). Casanare, 2009.

10 Wallace, J. et al. Physician Wellness: a missing quality indicator, The Lancet, Volume 374, Issue 9702. Nueva York, 2009.

el transcurso de su vida profesional.

En el ámbito específico de los médicos y personal sanitario de Hispanoamérica y España, se destaca el estudio de 2007 realizado por Armand Grau et al. Dicha investigación<sup>(11)</sup> se realizó sobre una muestra de 11.530 profesionales de la salud. Se utilizó como técnica de evaluación el M.B.I. – Maslach Burnout Inventory, cuestionario desarrollado por Christina Maslach en la década del '80<sup>(12)</sup>, el cual constituye una de las herramientas más eficaces y de uso generalizado en el estudio y valoración de la sintomatología del burnout. De dicho estudio se desprenden distintos indicadores, entre los cuales se destacan:

- Los países con mayor prevalencia de burnout en profesionales residentes son España y Argentina, con valores de 14,9% y 14,4% respectivamente.
- Dentro de las distintas profesiones del ámbito de la salud, medicina (12,1%) y enfermería (7,2%) obtuvieron los mayores índices de prevalencia. Las profesiones menos afectadas fueron psicología, odontología y nutrición, con valores inferiores al 6%.
- Los médicos que trabajan en urgencias y los internistas mostraron la mayor prevalencia: 17% en el caso de los primeros y 15,5% en el caso del segundo grupo.

Estudios realizados específicamente en Argentina arrojan datos de vital importancia a la hora de valorar la relevancia del burnout en los profesionales médicos y del ámbito sanitario. Si bien dichos estudios en general corresponden a muestras de menor tamaño, los resultados obtenidos no dejan de ser significativos. Entre otros indicadores, resaltan los sigs.:

- Estudios llevados a cabo en el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2004 por C. Catsicaris et al<sup>(13)</sup>, estimaron una prevalencia de burnout de 19,59% en residentes de dicha institución, sin variaciones significativas según género, edad y años de residencia, así como tampoco respecto a residencias quirúrgicas o clínicas.
- Una investigación realizada en Septiembre del 2005 el Hospital J.R. Gómez de Santa

Lucía<sup>(14)</sup>, Prov. de Corrientes, utilizando el C.B.B. - Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno – Jiménez (sobre la base del M.B.I.) en una muestra de 15 trabajadores del Hospital (médicos y enfermeros) arrojó una prevalencia de burnout del 73,3%, siendo del 100% en el caso de los médicos y del 63,6% en los enfermeros; la despersonalización es el síntoma con mayor puntuación.

- Otro estudio realizado en Noviembre del 2006 en médicos y enfermeros del Hospital de San Luis del Palmar<sup>(15)</sup> de la misma provincia, dio por resultado una afectación global del 72%, discriminada en 55% en médicos y 81% en enfermeros. El síntoma con mayor puntuación fue también la despersonalización, y se utilizó la misma herramienta diagnóstica señalada en el caso anterior, sobre una muestra de 25 profesionales.
- Sondeos y estudios de similares características llevados a cabo mediante encuestas administradas a profesionales médicos de las ciudades de Santa Fé y Rosario<sup>(16)</sup>, Prov. de Sta. Fé, arrojan datos congruentes con los antedichos. En este estudio particular, sobresale el sig. dato: el 76% de la población de muestra presentó sintomatología propia del burnout, en un grado moderado, grave o extremo.
- Otro estudio<sup>(17)</sup>, utilizando el M.B.I. nuevamente y tomando como muestra 76 residentes de la zona sanitaria V de la Prov. de Bs. As. arrojó una prevalencia del 28,95%. Se observa además en los resultados obtenidos una significativa correlación entre lo antedicho y el consumo de psicofármacos, puntualmente de ansiolíticos.
- Una investigación realizada sobre una muestra de 72 médicos de guardia de hospitales generales de la Prov. de San Luis<sup>(18)</sup>, utilizando una vez más el M.B.I. como herramienta diagnóstica, confirmó lo señalado respecto a la prevalencia de la despersonalización como síntoma principal.
- Finalmente, otra investigación realizada por Y. Dieringer<sup>(19)</sup> indica una prevalencia

11 Grau, A. et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario iberoamericano y español, Rev. Esp. Salud Pública, Vol. 83, Nº 2. Madrid, 2009.

12 Maslach, C. y Jackson, S.E. Maslach Burnout Inventory, Consulting Psychologists Press. Palo Alto, 1986.

13 Catsicaris, C. et al. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica, Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 105, Nº 3. Buenos Aires, 2007.

14 Reyes, M. et al. El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucía, Corrientes, Argentina, Rev. De Posgrado de la VI Cátedra de Medicina de la UNNE, Nº 167, Mar. 2007. Corrientes, 2007.

15 Encinas, C. et al. El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital de la localidad de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina, Rev. De Posgrado de la VI Cátedra de Medicina de la UNNE, Nº 174, Oct. 2007. Corrientes, 2007.

16 Oberlin, E. Frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en profesionales médicos, Rev. Médica de Rosario, Nº 73. Rosario, 2007.

17 Sanchez, E. et al. Necesidad de medicación en función de la presencia de burnout, Trabajo de investigación ganador del 1º premio Poster APSA 2009 en el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos auspiciado por la World Psychiatric Association, Abril de 2009, Mar del Plata, Argentina.

18 Albanesi de Nasetta, S. Burnout en guardias médicas, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XIV, Vol.11, Nº 3. San Luis, 2004.

19 Dieringer Y. El Síndrome de Burnout y su impacto en residentes de salud de la provincia de Misiones. Tesis de Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Inédita, citado en Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 105, Nº3. Buenos Aires, 2007.

del 16% en los residentes de hospitales de la Prov. de Misiones, discriminado en 52% de alto nivel de cansancio emocional, 52% de alto nivel de despersonalización y 23% de bajo nivel de realización personal.

Los estudios citados supra y otros de similares características refrendan y reflejan, con distinta gravedad, la magnitud del problema y su implicancia en la salud psicofísica del médico. Quizás sea importante tener en cuenta, en este sentido, el impactante y contundente dato de que en la Argentina la expectativa de vida de los médicos es en promedio de 57 años. Promedio que, por cierto, queda muy por debajo del de la población general, el cual es de 75 años<sup>(20)</sup>.

Algunos de los datos reflejados en las investigaciones citadas son especialmente sobresalientes. El primero de ellos es el que refiere a la segmentación por prevalencia en los grupos, y que confirma lo señalado en el presente artículo: si bien no hay diferencias significativas según el género, si las hay en lo que respecta a la edad en el caso de los médicos. Los profesionales más afectados suelen ser aquellos más jóvenes, entre 30 y 45 años.

El segundo de ellos remite a aquellos factores "facilitadores" del burnout en médicos. Los dos estresores que se destacan, por amplísimo margen en algunos casos, son la percepción y/o sentimiento de estar "socialmente desprotegidos" y el riesgo de mala praxis<sup>(21)(22)</sup>.

En relación a este último elemento, se produce una situación de "patrón autosustentable" o un bucle de retroalimentación<sup>(23)</sup>. Este tipo de esquemas resulta típico desde el punto de vista psicológico en muchas patologías mentales. En el caso específico del burnout en médicos, el riesgo de mala praxis constituye un factor causal (genera estrés en el ámbito laboral y personal) pero a su vez puede resultar una consecuencia. Es decir, el médico expuesto al burnout, por las características intrínsecas de esta afección psíquica, se encuentra más propenso a cometer errores y por ende verse involucrado en situaciones profesionales de riesgo médico y mala praxis. El temor a esto último puede haber sido un factor causal y termina siendo una consecuencia, en un círculo de causa y efecto que se cierra sobre sí mismo.

## FACTORES PROTECTORES Y HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN.

Sin lugar a dudas, la prevención y tratamiento del síndrome de burnout requiere un enfoque plural, abarcativo y transdisciplinario. La etiología de dicha afección, como ya se ha señalado, encuentra raigambre en factores individuales, organizacionales y socio-culturales. Algunos de ellos, tales como la cultura del trabajo contemporánea, claramente escapan al campo de acción del médico o profesional de la salud afectado. Es decir, no es una variable que pueda ser atacada y contrarrestada por un esquema de prevención realista y eficaz en el corto y mediano plazo por aquellos que sufren el hecho de sentirse "quemados" en el trabajo. Por otra parte, las características organizacionales e institucionales del sistema de salud, en el caso argentino particularmente, parecen correr la misma suerte que el factor previo. Nuevamente, la prevención y las acciones que puedan tomarse para minimizar estos factores parecerían a priori requerir de tiempos de implementación y ejecución que no resultan ajustados a la urgencia cotidiana del que padece burnout.

Por tal motivo, el hincapié estará puesto, en este caso particular, en aquellas medidas individuales y grupales que estén al alcance del médico, que puedan hallarse dentro del "círculo de influencia" del mismo. Posiblemente algunas de ellas no requieran mayor complejidad en su ejecución, siendo el principal obstáculo cierta reticencia observada tradicionalmente en los médicos a reconocer y afrontar sus propios padecimientos<sup>(24)</sup>. El hecho de darse cuenta a tiempo y reconocer con suficiente anticipación la sintomatología del burnout constituye como en todo cuadro patológico y/o de sufrimiento un elemento determinante para la pronta y efectiva resolución del mismo. Dicho esto, las principales acciones de prevención<sup>(25)</sup> son:

- Lograr, en la medida de lo posible, un adecuado balance entre el tiempo dedicado a actividades laborales, particularmente las de carácter asistencial, y el tiempo destinado a actividades recreativas, familiares y/o sociales. Poder orientar el trabajo a hacerlo mejor y no a hacer más. Es parte de la responsabilidad profesional y de la ética del profesional de la salud saber "retirarse a tiempo" de aquellas situaciones laborales en las que se reconoce estresado y también lo es aprender a decir "no" a las exigencias del contexto laboral que exceden las propias capacidades, expectativas y anhelos.

20 Chattah, C. Uno de cada diez médicos es demandado por mala praxis, Diario La Nación del día 26 de Octubre de 2000. Buenos Aires, 2000.

21 Reyes, M. Op. cit.

22 Encinas, C. Op. cit.

23 O'Connor, J. Introducción al pensamiento sistémico, Urano Ed. Barcelona, 1998.

24 Flórez Lozano, J. Salud mental del médico. Prevención y control del burnout, Salud Global, Año III, Nº 2. Madrid, 2003.

25 Colombo, D. y Muruaga, M. El burnout puede terminar con su vida...¿Cómo evitarlo?, Sección "Capital humano" en [www.materiabiz.com](http://www.materiabiz.com)

- Mantener un vínculo adecuado de trabajo con los pares y superiores, donde prime la comunicación eficaz y fluida. Así como el “efecto de contagio”<sup>(26)</sup> en el burnout está estudiado y comprobado, también lo está la contracara de éste. La claridad en los roles dentro de las instituciones asistenciales, la mejora en la administración del tiempo, la creación de espacios de debate para compartir y poner en común las experiencias en el trato con el paciente, forman parte, entre otras, de las posibles medidas que fortalecen la cohesión y sinergia del equipo. Como se señaló supra, el sentirse “socialmente desprotegidos”, aislados y sin soporte afectivo-emocional representa uno de los dos factores más importantes en la causalidad del burnout. Por tal motivo, el equipo de trabajo, cuando funciona adecuadamente, constituye una herramienta de inapreciable valor para contrarrestar su aparición.

- Establecer metas y objetivos de trabajo cotidiano, en el día a día del trabajo asistencial, que sean realistas y factibles. Evitar la excesiva sobrecarga de la agenda diaria de actividades laborales. El sentimiento de “poder hacer (bien) el trabajo” es uno de los elementos axiales en la percepción de autorrealización en el trabajo. Poder destinar tiempo a la capacitación, formación y actualización permanente y regular (y no esporádica e intensiva) resulta de vital importancia a tal fin.

El punto antedicho, acerca de la “autoeficacia” y el sentido de capacidad profesional, se vincula manifiestamente con el concepto de engagement<sup>(27)</sup>. Este término, de difícil traducción al castellano, remite (en un escueto resumen) a un estilo de compromiso y vinculación saludable con el trabajo, e históricamente ha estado ligado al concepto de burnout como su antítesis conceptual<sup>(28)</sup>. El engagement en el trabajo se logra mediante una relación positiva con el mismo. Lo significativo, en este sentido, es que el mismo trabajo o tarea que puede generar burnout puede también dar lugar al engagement. Es decir, es de vital importancia la actitud y enfoque personal mediante el cual se valoran las situaciones adversas del contexto laboral.

El médico engaged percibe su trabajo como desafiante y no como asfixiante. Los factores estresores de su práctica asistencial cotidiana

son entendidos como un reto a sus capacidades profesionales, y no como un factor desmotivador asfixiante. El engagement implica poder “apropiarse” del trabajo, valorando las circunstancias adversas que este presenta como un terreno donde poner en juego el vigor, la dedicación y la absorción (entendiendo esta última como concentración y foco en las tareas). Estos tres elementos constituyen la tríada fundamental del engagement<sup>(29)</sup>, y remiten a “invertir la carga”, en el vínculo con el trabajo asistencial, tomando control del mismo y valorándolo como un ámbito limitado en el tiempo y el espacio donde el médico puede encontrar un espacio de disfrute y desafío a su práctica profesional.

### EL CONCEPTO DE RESILIENCIA. A MODO DE CONCLUSIÓN.

Los puntos antedichos acerca de las acciones y herramientas para contrarrestar el burnout en el ámbito médico posiblemente puedan englobarse e integrarse, a modo de cierre, bajo el concepto de resiliencia.

Este es un término utilizado en francés y español en el ámbito de la ingeniería<sup>(30)</sup> y se utiliza para describir la capacidad de volver a su forma original en aquellos materiales que han sido sometidos a presiones deformantes. En el ámbito de la psicología y las ciencias sociales, el término resiliencia se ha traspolado a la capacidad de las personas para desarrollarse positivamente y en salud en contextos y condiciones de vida adversas. La persona (y por ende, el médico) resiliente es aquella que puede sobreponerse a los embates y presiones destructivas del medio, reformulando el mismo de manera positiva y logrando no solo la mera supervivencia, sino la realización personal y profesional.

El trabajo citado supra refiere cinco elementos que resultan centrales como favorecedores de la capacidad de resiliencia individual.

- El fortalecimiento de las redes sociales de apoyo, siendo las mismas aquellas formadas por “otros significativos” (colegas, amigos, familiares, etc.).

- La construcción de sistemas de significado, entendiendo los mismos como aquellos conjuntos de valores e ideologías que dan sentido al quehacer cotidiano<sup>(31)</sup>.

26 Fidalgo Vega, M. Síndrome de estar quemado en el trabajo o “burnout”, en [www.infogerontologia.com](http://www.infogerontologia.com), basado en las Notas Técnicas de Prevención 704 y 705 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. Madrid, 2008.

27 Salanova, M. Op. Cit.

28 Kahn, W. A. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work, *Academy of Management Journal*. N° 33. 692-724., 1990.

29 Schaufeli, W.B. y Salanova, M. Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. *Managing Social and Ethical Issues in Organizations*, Information Age Publishers. Greenwich, 2007.

30 Wainstein, M. Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones. Eudeba. Buenos Aires, 2000.

31 Frankl, V. Psicoanálisis y existencialismo, Fondo de Cultura Económica. México, 1950.

- En estrecha relación con el engagement, las actitudes tendientes a valorar el contexto inmediato como plausible de control. Fomentar y entrenar(se) en el afrontamiento de situaciones adversas y en el control de los impulsos y respuestas emocionales automáticas. En definitiva, desarrollar herramientas psíquicas para combatir la sensación de indefensión (tan claramente observable en los médicos).

- La autoestima (que si bien puede resultar una verdad de Perogrullo, no deja de ser importante resaltar), y las acciones tendientes a fortalecer la misma.

- Por último, y quizás el factor más simple pero más importante: el sentido del humor. Nuevamente, y en íntima vinculación con lo referido en párrafos anteriores acerca de la "capacidad de apropiarse" del contexto, el humor sirve para resignificar y procesar en forma positiva el mismo, y ayuda a afrontar y no evadirse de situaciones de dolor y/o presión, tan habituales y cotidianas en el ámbito de la salud.

En concordancia con el concepto de resiliencia, y volviendo nuevamente al ámbito del cuidado de la salud, no son casuales las "variables protectoras" que Armand Grau y colaboradores señalan en la vasta investigación realizada acerca del burnout en médicos de Hispanoamérica y España<sup>(32)</sup>. Entre las mismas, se destacan el optimismo frente a la tarea, la percepción de sentirse valorado, la autoestima, y las características de los grupos familiares, entre otras.

A modo de comentario final, es evidente que las condiciones adversas para el desempeño de la práctica médica resultan variables cotidianas, particularmente en el ámbito de las instituciones argentinas. Las mismas constituyen una realidad inobjetable y de impacto cotidiano en el quehacer de los agentes de salud. Pero es inobjetable también, el hecho de que es responsabilidad del médico apropiarse de dicho contexto, y revertirlo en su favor. En esto no solo se pone en juego la salud psicofísica de él mismo, sino también de los pacientes, que recurren al profesional de la salud buscando no solo una "solución técnica" a sus padecimientos, sino muchas veces también un espacio de contención y apoyo psicológico y moral. No hay dudas que es imposible e inviable

brindar esto a terceros si el agente de salud en cuestión no ha encontrado primero para sí mismo dicho espacio de apoyo, contención y realización personal que le permita resignificar y afrontar los embates de su práctica profesional cotidiana.

Puede acceder al informe completo en inglés desde nuestro Blog

32 Grau, A. et al. Op. Cit.