

## BIOÉTICA

# EL AUTOCUIDADO, UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA

(Rev GPU 2013; 9; 1: 85-90)

Sandra Oltra<sup>1</sup>

La concepción actual de la ética nos llama a tomar conciencia acerca de la responsabilidad de la dirección de nuestras acciones, así como de las consecuencias derivadas de ellas. Los profesionales de la salud, como agentes de cuidado directo de las personas, se ven especialmente llamados a procurar no sólo la prevención de daño sino también el ofrecimiento de una atención de calidad y excelencia (1-5).

La relación clínica es una relación entre personas; el paciente, su familia y el personal de salud. El paciente espera del profesional su experticia técnica, pero además su disposición humana. En tanto el profesional, en su deseo de satisfacer esta demanda, puede verse sobreexigido emocionalmente frente al dolor y las expectativas de su paciente, exponiéndolo al riesgo de desarrollar importantes niveles de estrés y desgaste asociado a esta demanda de ayuda, lo que atentaría directamente contra la posibilidad de procurar una relación clínica de calidad (6-8).

En esta línea se ha descrito el Autocuidado como una alternativa eficaz ante la prevención del desgaste emocional asociado a la labor profesional (6, 9-12), acción que iría en beneficio de la responsabilidad ética de ofrecer una atención de excelencia tanto en lo técnico como en lo humano.

## CONTEXTO

Los cambios acontecidos en el área de la salud durante los últimos años nos indican que si bien se han alcanzado avances impensados en cuanto a tecnologías y saber científico, este crecimiento ha atentado en contra de la relación entre el profesional y su paciente.

El aumento de la tecnología, la institucionalización de los cuidados en salud, la alta demanda y presión asistencial así como la permanente exigencia de actualización técnica, ponen al profesional de la salud en una situación de alta tensión en su labor. Tensión que estará sometida, además, a la convivencia con el sufrimiento

y la vulnerabilidad de sus pacientes y familias. En este contexto es posible percibir la frustración que generan tanto en los profesionales como en sus pacientes las dificultades para establecer una relación cercana y confiable, “nunca en la historia se ha ofrecido una medicina más eficiente y nunca ha habido tanta frustración y desconfianza” (1).

Si bien la persona del paciente ha ido adquiriendo cada vez más protagonismo y voz en la relación clínica, se hace imprescindible, por lo tanto, enfocarse también en quien ofrece el servicio, la persona del profesional, sus necesidades o dificultades en este nuevo entorno, muchas veces adverso.

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica Infanto-juvenil, Hospital Luis Calvo Mackenna, Clínica Alemana de Santiago, Magister© en bioética UDD.

“La relación de ayuda desgasta, y si no se sabe manejar muy bien, hace que los cuidadores tengan que abandonar su rol activo y convertirse en sujetos pasivos, necesitados ellos también de cuidados” (13).

## CONCEPTO DE RELACIÓN CLÍNICA

En una época en que la intervención en salud se encuentra mediada por diversos actores, es necesario acercarse a una dimensión distinta de la tradicional relación médico-paciente. Si bien esta última mantiene el valor intrínseco de conformar una relación única, irrepetible e irremplazable, ha debido ir cediendo espacios para la integración de otros profesionales en virtud de los cambios en el campo de la medicina. “La relación clínica ha tenido que irse ampliando en estas últimas décadas, hasta dar cabida a todos los profesionales de la salud que intervienen en el acto clínico y participan en la atención y el cuidado al paciente” (14). Serán, entonces, todos los profesionales involucrados en el acto clínico quienes se relacionarán con el paciente y definirán los contornos de esta interacción.

El bioeticista Mark Siegler (citado en Lazaro, 2006) ha realizado un recorrido temporal estableciendo que la era del paternalismo (o era del médico) se habría extendido desde el año 500 a.C. hasta el año 1965. Le sucedería la era de la autonomía (o era del paciente) consolidada con los “derechos del paciente” que reconoce la capacidad y competencia de los enfermos a tomar decisiones referidas a su cuerpo de acuerdo con sus valores e ideologías. Esta toma de decisiones supone un diálogo con el equipo de salud, particularmente con el médico, y la decisión final es el resultado de un proceso de comunicación e información, en ciertas ocasiones no exento de conflictos, en el que se ajustan la información técnica ofrecida por el equipo de salud y las creencias, proyectos, valores y deseos del paciente. Este camino de toma de decisiones en el que se establece una nueva forma de relación clínica se cristaliza en el “consentimiento informado” (15).

De acuerdo con las características de esta “nueva medicina” se podría suponer que la intimidad del vínculo que involucra la relación clínica ha ido desapareciendo ante la ampliación del universo de interacción y de las nuevas dinámicas relacionales. De algún modo así ha sido. Es por ello que actualmente una de las grandes preocupaciones tanto a nivel de la formación de los profesionales como de la práctica médica habla de la llamada “deshumanización de la medicina” y las consecuencias de ello en la calidad de atención y la satisfacción del quehacer tanto en los pacientes como en el equipo de salud. Hay quienes incluso han propuesto

que “la relación médico-paciente se encuentra enferma de gravedad” (2).

No obstante, es incuestionable que el impacto de la enfermedad y el enfrentamiento al dolor y sufrimiento crean un espacio inestimable que da lugar a una realidad que sólo pueden compartir, en esta crítica circunstancia, quienes sufren y quienes son testigos de ese dolor, y a su vez responsables del cuidado y/o alivio del sufriente.

Es en esta realidad colmada de incertidumbre, miedo, padecimiento y tensión en la que se da el encuentro entre personas, más allá de los lineamientos administrativos y de las gestiones burocráticas; este espacio de tan difícil definición es el que pone a prueba los más íntimos valores así como los más profundos cuestionamientos existenciales. Y es, a su vez, el lugar en que se puede generar una auténtica atmósfera de confianza, lealtad, fe, comprensión y respeto que han sido y siguen siendo los fundamentos de la auténtica medicina (4).

## CALIDAD, EXCELENCIA Y PROFESIONALISMO

No es azaroso que se haya afirmado que los profesionales de la salud, quienes conviven a diario con la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre tanto clínica como ética, posean características peculiares, coherentes con una forma de vida y con la vocación de servicio.

Desde la corriente de la ética de la virtud se ha abordado el concepto de “virtuosismo” como el sistema de valores que posee una persona para un buen desempeño, tanto desde lo técnico como desde lo moral. Se entiende, así, que para hacer “algo bien” se debe, además de contar con los conocimientos y la técnica, poseer las condiciones personales y morales que permitan esa posibilidad. “La virtuosidad técnica es condición de posibilidad de virtud moral” (16). Siguiendo las palabras de Diego Gracia, “El hombre bueno es el hombre excelente, y la búsqueda de la excelencia es y debe ser la máxima aspiración humana”.

Desde la misma corriente de pensamiento más recientemente se ha planteado el concepto de “profesionalismo” orientado a responder el verdadero sentido de la profesión, a partir de lo cual se describe la medicina como “una vocación en la cual los conocimientos y habilidades de los profesionales se ponen al servicio de las personas afectadas en su salud, en una relación de mutuo respeto” (1).

Se espera, por tanto, ciertas características del profesional que van más allá de su experticia técnica, las que tienen que ver con sus valores y virtudes, incluso su espiritualidad (17); en fin, con lo más humano de sí

mismo. Y estas características en el contexto de la relación clínica se traducen en ser capaz de escuchar al otro fomentando el diálogo, la empatía, inspirar confianza, ser sensible a las necesidades físicas y emocionales del paciente, etc., todas manifestaciones de su integridad personal que llevan a su profesión al nivel de excelencia y a una forma de vida (3).

“La transformación que ha sufrido la sanidad en las últimas décadas está exigiendo un cambio profundo en el modo de concebir la responsabilidad ética del personal sanitario” (18). Con estas palabras el profesor Diego Gracia nos sitúa frente al nuevo escenario de la atención en salud, si bien la labor asistencial de los profesionales los obliga al ejercicio responsable, lo que implica evitar las imprudencias, estar capacitados y en ello evitar el daño a los pacientes. Todo esto se enmarca en la ética de mínimos, y este propósito se ha cumplido desde la composición del juramento Hipocrático hasta nuestros días, velando por ello los códigos de ética médica y deontología profesional. Sin embargo, los conceptos “calidad” y “excelencia” se han ido insertando con fuerza en las nuevas políticas de salud, aunque aún como parte de una ética de máximos, pero con la intención clara de estandarizarse como un estilo de atención en salud (5, 7, 12, 19, 20).

Siguiendo a Diego Gracia (2000): “Quien no cumple los mínimos es negligente; los máximos apuntan a algo más elevado, a la excelencia. La relación sanitaria, en tanto que relación profesional, no puede ser maleficiente, pero tiene que aspirar a más, a ser benéfico”.

Begoña Román (2011), a su vez, indica: “La ética en la atención al paciente tiene por objetivo fundamental la calidad en la atención, pero como se trata de ética, la calidad no se puede imponer. Si bien se nos puede obligar a hacer algo, nadie nos puede obligar a querer hacerlo. Algo similar ocurre con la calidad y la excelencia ética: para hacerlo bien, para atender excelentemente al paciente, hay que quererlo hacer; la excelencia no se puede imponer”. Es por ello imprescindible, agrega, involucrar al profesional en ello, contando con su motivación, vocación y placer.

Sin embargo, Rosselot (1999) afirma que “no existe atenuante para que al acto médico no se le exija cumplimiento de esta calidad en el más alto nivel posible”; y más tarde agrega: “La calidad, en tales casos, constituye un valor ético cuya cautela corresponde a quien lo otorga para garantía del derecho de quien lo demanda” (Rosselot, 2000).

De acuerdo con estos análisis pareciera que la calidad en la atención debe ser exigible; sin embargo, la excelencia es una aspiración desde los requerimientos de la ética actual en cuanto a la atención de pacientes.

Rosselot (2000) indica que en cuanto a la manifestación de calidad en la práctica, lo que más impacta al paciente es el trato que recibe: “a los usuarios interesa que se les preste atención oportuna, rápida, eficiente y suficiente; todo ello en una atmósfera de cordialidad y deferencia indicadora de la consideración que se da a su persona” (8). Lo que nos sugiere que tanto desde los más tradicionales hasta los más actuales paradigmas de atención, resultaría ser el mismo vínculo, la misma intimidad y el mismo encuentro humano la base de la percepción de “calidad” y el argumento de la “excelencia”.

Bajo estas nuevas y antiguas exigencias o aspiraciones, la base de la percepción de calidad siguen siendo los componentes de la Relación Clínica, la que indefectiblemente está mediada por las personas involucradas en ella, desde donde la persona del profesional tiene un rol irremplazable. Pero, ¿es posible realizar todas esas conductas de excelencia en la relación clínica? ¿Es posible manejar todo ello en la interacción con un otro? ¿Puede ocurrir así, donde hay tanto dolor humano? ¿Es posible que el profesional no se perturbe emocionalmente en esas interacciones y en la búsqueda de la excelencia?

## DESGASTE PROFESIONAL: BURN OUT

En la relación de ayuda se entretiene todo lo que conforma a la persona (10), en el servicio a otros, en la demanda de ayuda, en los procesos de vinculación que se producen al interior de una relación clínica, en la necesidad de ser eficiente y muchas veces en la impotencia, la “persona profesional” es la que se encuentra con la “persona paciente” y este encuentro es quizás de los más sensibles, íntimos y profundos, ya que son las historias, valores, ideologías y modos de enfrentamiento existencial los que se encuentran o desencuentran. Y todo este proceso lleva asociado un riesgo para quien se enfrenta diariamente y en múltiples circunstancias a la exposición de sus expectativas y sus limitaciones.

El profesor Diego Gracia en su ponencia *Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios* (2000), expone de modo explícito: “La medicina está en contacto con lo más problemático del ser humano, el fracaso, el dolor, la enfermedad, la finitud, la muerte. Manejar estas dimensiones sin gran desgaste exige no sólo madurez técnica, psicológica y ética, sino también humana, existencial. El médico ha de ser una persona muy sana espiritual o existencialmente, so pena de no poder ayudar a los demás en esos trances tan críticos”.

Actualmente se utiliza el término “Burn Out” para describir las consecuencias del proceso de ayuda y cuidado. Existen múltiples estudios referidos al tema (6, 9,

10, 21, 22), y su definición ha ido evolucionando según los autores y la evidencia. El término Burn Out suele traducirse al castellano como "Síndrome de desgaste profesional".

El primer autor en acuñar el término y ofrecer una definición es Freudenberg, quien lo define como "Un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado a la devoción de una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas" (Freudenberg 1974, en Aaron 2004) y considera el Burn Out como una reacción a la exposición constante a la tensión emocional que implica el trabajo en ámbitos principalmente asistenciales que se da en personas con una fuerte vocación de servicio

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981) redefinen este síndrome como "una respuesta a un estrés emocional cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar".

Esta respuesta se caracterizaría por: un sentimiento de desgaste o agotamiento emocional, actitudes deshumanizadas llegando a la despersonalización en el trato con los demás y disminución o falta de sentido de realización personal. Se presentarían, además, síntomas conductuales, somáticos, interaccionales, así como síntomas psicológicos, impacto en la vida espiritual e intensos sentimientos de ineficacia y desesperanza (6, 9, 21, 22).

En 1994 Filgueira Bouza (citado en Barrionuevo, 2011) ofrece una nueva definición: "Es un síndrome de agotamiento físico y emocional que afecta a los profesionales de servicios humanos generando una incapacidad laboral y sentimientos de impotencia para enfrentarse a la tarea. Sus manifestaciones más significativas son el desarrollo de una imagen negativa de sí mismo y, frente al trabajo, falta de interés por los usuarios del servicio, que proviene del estrés desencadenado por la dedicación laboral en condiciones de trabajo deficientes y del contacto con determinados elementos contextuales del entorno laboral, y como consecuencia de los altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas aptitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas".

La clasificación internacional europea de la salud mental CIE-10 ubica este síndrome como: problemas para afrontar la vida, falta de relajación o tiempo libre. Y la clasificación americana DSM-IV, como problemas de adaptación (21).

De todas las definiciones revisadas se desprende que uno de los principales síntomas tiene relación con el impacto en la relación clínica. Como afirma

Aarón (2004), "El trabajo clínico comienza a presentar problemas como excesivo distanciamiento de los pacientes, hostilidad, apresuramiento del diagnóstico y tratamiento". En esta línea los fenómenos de "fatiga de compasión" o "desgaste por empatía" han sido considerados como una forma de Burn Out o como una consecuencia del mismo (9).

Por su parte, Norambuena (2006) afirma que el síndrome de desgaste profesional actualmente estaría representando un problema social y de salud pública, ya que al estar asociado a un inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo dañaría la calidad de vida de la persona que lo padece disminuyendo su calidad asistencial.

De este modo, se deduce que este conjunto de síntomas, definido, revisado y descrito como Síndrome de Burn Out, podría actuar como una grave amenaza al cimiento de la actividad profesional en salud; *la relación clínica*, y por lo tanto afectar la calidad de la atención de aquel profesional dedicado, disciplinado y prolijo exponiéndolo a ser dañado precisamente por aquello que lo hace competente: su vocación y pasión por el servicio.

## AUTOCUIDADO

Para hablar de autocuidado es imprescindible el reconocimiento de estar en riesgo, y reconocer la situación de riesgo es a su vez aceptar la condición de vulnerabilidad. "El término vulnerabilidad encierra una gran complejidad. Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano" (24).

Tomando las palabras de Lydia Feito (2007), "El ser humano es, por tanto, vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar, de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral. La vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica sino también a la historia del individuo en relación con otros, al daño derivado de la relación con otros".

Todos los sentimientos que afloran al ser testigos del dolor, el sufrimiento, la muerte, la impotencia y la desesperanza, son manifestaciones de nuestra vulnerabilidad y los profesionales abocados a la tarea de servicio, por tanto, deben reconocer en primera instancia esta condición de ser vulnerables para poder desarrollar estrategias que permitan mitigar los efectos de su labor.

De acuerdo con ello, y parafraseando al profesor Juan Pablo Beca (2004): "El médico, y todo profesional de la salud, necesita tener incorporadas, como carácter o virtudes personales ciertas condiciones de valores, equilibrio y salud mental para ser capaz de ayudar a otros en sus propios procesos de curación".

Según la evidencia, una de las estrategias descritas para amortiguar las consecuencias de la labor profesional, del desgaste emocional y del ya expuesto Síndrome de Burn Out es la práctica del Autocuidado (6, 9-12).

El concepto de Autocuidado tiene su origen en la salud pública, y más específicamente desde la práctica de la enfermería. Según Orem (citado en Morales, 2003) Autocuidado se define como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario”. El Autocuidado, por tanto, “no es una actitud azarosa ni improvisada sino que una función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan deliberadamente con el objeto de mantener su salud y bienestar” (6).

Se han descrito variadas estrategias de Autocuidado que van desde aquellas centradas en la persona del profesional (6, 10, 11), en el fortalecimiento de los equipos de trabajo (6), en la responsabilidad de las instituciones para ofrecer condiciones que minimicen los riesgos en los profesionales así como espacios de contención garantizados para los trabajadores (6, 11, 12, 22, 26), y las estrategias centradas en la formación de profesionales de la salud en temas dedicados al reconocimiento del desgaste en su labor, así como en el entrenamiento de habilidades relacionales para el mejor desempeño en la práctica asistencial (1, 9, 13, 22).

Las estrategias centradas en la persona del profesional aluden principalmente a la posibilidad de visualizar oportunamente los malestares y síntomas de agotamiento emocional, así como la descompresión o vaciamiento, que se refiere a la oportunidad de compartir con los pares y el equipo las emociones asociadas a la carga de trabajo cotidiano, la mantención de redes de apoyo personales y protección de áreas libres de temas laborales.

Si bien todas las estrategias descritas son alternativas viables tanto en la prevención como en la intervención del Burn Out, para que sean efectivas se requiere que la persona sea capaz de reconocerse como un ser vulnerable, en riesgo de ser afectada emocionalmente por su trabajo y su dedicación, y en ello sea capaz también de encontrar las mejores herramientas para su cuidado personal, y esto es parte ineludible de su responsabilidad.

## RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL AUTOCUIDADO

“... la frase “médico, cúrate a ti mismo” ha comenzado a tener un nuevo significado, el de cuida de ti mismo, atrévete a ser autónomo, a tener cuidado de ti mismo

y no endosar sobre los demás lo que son obligaciones tuyas” (13).

La exposición a la fragilidad de la vida, a las obligaciones profesionales, a las experiencias de limitación e impotencia requieren una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano y surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables. El reconocimiento de esta vulnerabilidad ha llevado a la afirmación de la existencia de un compromiso moral denominado “responsabilidad”, y que es la clave ética de nuestro tiempo (27, 28). Es así como tanto la fragilidad como la vulnerabilidad exigen de los profesionales un gran compromiso, no sólo técnico sino también ético (13) que demanda del reconocimiento y dedicación a su propia persona, como agente central del cuidado de otros, en la valoración de los procesos individuales y la posibilidad de generar estrategias que le permitan hacer frente a las exigencias de su labor, en la búsqueda de la mejor práctica y el logro de la excelencia.

Según Gálvez (2008), también sería una responsabilidad de autocuidado exigir a las instituciones de salud que velen por el cuidado de los profesionales, como una responsabilidad social ya que de no proveer los mecanismos protectores y correctores se verían vulnerados los derechos de los pacientes a una atención de calidad.

La responsabilidad profesional conlleva este compromiso en el logro de la excelencia, y así como asevera Lydia Feito (2007), “la búsqueda de la excelencia es una exigencia ética”.

## CONSIDERACIONES FINALES

El sentido primero y último de la labor de servicio implica responsabilidad con el otro que sufre, pero además con sí mismo. Para educar la responsabilidad del paciente sobre su salud es imprescindible reconocer los propios estados de necesidad. Si no es de este modo no podría concebirse la tarea de cuidar de otros en estado de vulnerabilidad si el propio profesional se encuentra emocionalmente vulnerable.

¿Qué pasa entonces con el interés, la pasión vocacional, la práctica, la técnica, la deliberación, en un contexto de desmotivación y desesperanza?

Es por ello que la propuesta de este artículo radica en tomar en consideración el compromiso ético del quehacer profesional en cuanto a la atención de pacientes y en cuanto a sí mismo. Lo que implica un trascendental primer paso; la reflexión sobre el reconocimiento de la condición de vulnerabilidad y los potenciales riesgos a los que se encuentra expuesto por su

labor, y en segundo término aceptar la responsabilidad individual del propio cuidado, con el objeto de proteger y cautelar la indemnidad personal tanto en beneficio de su bienestar como de su responsabilidad ética en la búsqueda de la excelencia profesional.

## REFERENCIAS

1. Beca JP. El sentido de las profesiones de la salud. Rev Academia S. V. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2006; 1
2. Jinich H. La Relación médico-paciente. Medicina Universitaria. UCSD Medical Center, División de Gastroenterología, San Diego, California 2002; 4(14): 36-42
3. Jinich H. El paciente y su médico. Ed. Alfil, México, 2006
4. Mardomingo MJ. El vínculo con el paciente como clave del arte de curar. Seminario sobre Relación medico-paciente en pediatría. Madrid, 2008
5. Rosselot E. El derecho a una atención médica de buena calidad. Rev Méd Chile 2000; 128(12): 1385-1388
6. Aarón AM, Llanos MT. Cuidar a los que cuidan. Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares 2004; 20(1-2): 5-15
7. Rosselot E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la Medicina. Rev Méd Chile 1999; 127(11): 75-83
8. Rosselot E. Derechos del paciente, en el marco de calidad de la atención médica. Rev Méd Chile 2000; 128(8): 904-910
9. Bascuñán ML. La persona del médico y su propio cuidado. Rev GPU 2008; 4(3): 320-325
10. León CA. Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enfermer 2007; 23(1): 1-8
11. Morales G, Pérez J, Menares M. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Rev de Psicología de la Universidad de Chile 2003; XII(1): 9-25
12. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva 2000; 11(3): 136-41
13. Gracia D. Medice Cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo CXXI. Cuaderno Primero, 2004
14. Gracia D. La relación clínica, en Bioética Clínica. El Buho; San José de Bogotá, Colombia, 1998
15. Lazaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra 2006; 29(3): 7-17
16. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En: Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Serie Publicaciones, 2000
17. Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los Cuidados 2008; 1(1)
18. Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. En: VV.AA. La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada. Fundación de Ciencias de la Salud/Editorial Doce Calles, Madrid, 1994
19. Burbinski B, Naser MA. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. Arch Argent Pediatr 1999; 97(1): 43-46
20. Román B. Ética y atención al paciente. SE AUS Documento de clases magister, 2011
21. Barrionuevo O. Identificar: cuáles son las diferencias y similitudes del Burn out, con el estrés laboral. Primer simposio virtual del dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor, 2001
22. Norambuena X. Síndrome de Burnout: una alerta. Reumatología 2006; 22(4): 147-154
23. Maslash C, Jackson S. Maslash Burnout Inventory. Consulting Psychologist Press, California, 1981
24. Feito L. Vulnerabilidad. Anales del sistema sanitario de Navarra 2007; 30(Supl 3): 7-22
25. Beca JP. Médico, cúrate a ti mismo. <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2004/10/médico.pdf>
26. Gálvez A, Martínez Ques AA. Evidencias y Seguridad. Cura te ipsum. Evidentia 2008; 5(20)
27. Feito L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enfermería clínica. 2005; 15(3): 167-74
28. Turoldo F, Barilan M. The Concept of Responsibility: Three Stages in Its Evolution within Bioethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2008; 17: 114-123