



Universidad de San Andrés

Escuela de Administración y Negocios

Maestría en Gestión y Dirección de Recursos Humanos

**Análisis e intervenciones sobre la cultura organizacional de un
centro de salud a partir de la detección del síndrome de
Burnout en sus residentes**

Maestrando: Federico Martín Nuñez

DNI: 24.042.375

Directora: Marcela Zangaro

Universidad de
San Andrés

Buenos Aires, 20 diciembre de 2021

Índice

1. Resumen Ejecutivo	3
2. Introducción	5
2.1. Problemática a abordar	5
2.2. Presentación de la organización.....	7
2.3. Preguntas y objetivo central del trabajo	9
3. Marco Conceptual	10
3.1. Síndrome de <i>burnout</i> concepto y definición	10
3.1.1. Diferenciación entre <i>burnout</i> y otros conceptos.....	13
3.1.2. Estudios del burnout desde el punto de vista organizacional	14
3.1.3. Etapas del <i>burnout</i>	16
3.1.4. Población especialmente en riesgo de padecerlo y sus características	18
3.1.5. Efectos del <i>burnout</i> sobre las personas y las organizaciones.	21
3.2. Relación trabajo – esfuerzo y requerimientos	24
3.2.1. El trabajo como operador de la salud y su relación con el placer y el sufrimiento	25
3.2.2. Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo – (CyMAT)	26
3.2.2.1. La dificultad en el reconocimiento de la causalidad de las patologías generadas por las CyMAT	28
3.2.3. Riesgos Psicosociales en el Trabajo – (RPST)	30
3.2.3.1. Indicadores y consecuencias de los RPST en las empresas y organizaciones	32
3.2.3.2. Los determinantes de los factores de RPST	35
3.2.3.3. Posibles afrontamientos o tratamientos de los RPST	36
3.2.3.4. Principales factores de riesgos psicosociales en el trabajo.....	38
3.2.3.5. Variables que moderan o incrementan el impacto de los factores de RPST, a nivel del individuo y de las organizaciones.....	41
3.3. Contexto en el que se inscriben los RPST: la cultura organizacional	42
3.3.1. La cultura y sus características.....	42
3.4. La cultura en las organizaciones médicas: el Modelo Médico Hegemónico (MMH).....	47
3.4.1. Definición del Modelo Médico Hegemónico y principales características: biologismo y ahistoricidad.....	47
3.4.2. Características del entrenamiento profesional de los y las médicas que inciden en la aparición del <i>burnout</i>	50
3.4.3. El MMH y la enfermedad en el proceso laboral	51

3.4.4. El trabajador y la trabajadora como sujetos cosificados u objetos de investigación.....	52
3.4.5. Las residencias médicas como una subcultura	53
4. Investigación de campo	56
4.1.1 Cuestionario: Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI)	57
4.1.2. Observación participante en reuniones con los directivos de la organización	73
4.1.3. Focus groups	84
4.1.3.1. Etapas del Burnout.....	100
4.1.3.2. Características culturales	100
4. Conclusiones	106
5. Recomendaciones para la acción.....	114
6. Referencias Bibliográficas	120
7. Anexos:	123
7.1. Anexo 1: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	123
7.2. Anexo 2: Diagrama de Gantt – Plan de Acción.....	124



1. Resumen Ejecutivo

La presencia del *burnout* es cada vez más común en los distintos contextos laborales y se encuentra especialmente relacionada con la atención directa de clientes o pacientes tal como es reflejado en el rubro salud. Desde hace al menos cuatro años una prestigiosa institución médica registra la existencia del síndrome de *burnout* en sus residentes, problemática que preocupa a las autoridades de la organización. Por este motivo han administrado un reconocido cuestionario destinado específicamente a constatar la existencia de dicho síndrome, a partir de cuyos resultados corroboraron que la mayoría de su población de residentes presenta *burnout*.

Durante 2020 y a partir de que algunos profesionales refirieron explícitamente sentirse “quemados” la institución médica decidió acudir a un profesional de Recursos Humanos externo a la organización, con el objetivo de desarrollar competencias para afrontar al *burnout*.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, si bien un plan de acción destinado a dar respuesta a esta problemática desde un abordaje de Recursos Humanos debe generar competencias en los/las residentes que les permitan sobrellevar las particulares exigencias laborales que demanda el ejercicio de la medicina, especialmente en las instancias iniciales de formación, es necesario contemplar al mismo tiempo que la residencia en sí misma es una subcultura, que necesariamente se encuentra inserta dentro una cultura organizacional, la cual a su vez se encuadra dentro del Modelo Médico Hegemónico.

Por ello, consideramos que desde Recursos Humanos el desafío de la intervención conlleva no solo el desarrollo de competencias para afrontar al *burnout*, tal como fue solicitado por la institución, sino una lectura integral que procure al mismo tiempo fomentar cambios culturales que favorezcan la experiencia laboral/educativa de los/las residentes, dentro de un contexto tan arraigado como lo es el Modelo Médico Hegemónico.

En este Trabajo Final, entonces, se plantea enmarcar la comprensión del síndrome de burnout dentro del Modelo Médico Hegemónico, para proponer un

plan de acción integral. Para ello, no solo se realiza un abordaje teórico al tema, sino que se recolectan datos con el objetivo de registrar los niveles de *burnout* en cada una de las tres sintomatologías que lo componen según los enfoques teóricos relevados. En primer lugar, se utiliza el mismo cuestionario empleado por la organización, con la finalidad de constatar, validar y contrastar los resultados expresados por sus autoridades. En segundo lugar, durante las reuniones con los directivos de la organización, se emplea la metodología observación participante, para detectar las interpretaciones que los mismos poseen en relación con la existencia de dicho síndrome. Posteriormente se implementa una serie de *focus group* para identificar los factores vinculados con las características del trabajo y la cultura de la organización que promueven el *burnout*. A partir del análisis de los datos recolectados se realizan propuestas de intervención en la organización.



2. Introducción

2.1. Problemática a abordar

El ejercicio de profesiones ligadas a la asistencia en instituciones donde existe un alto nivel de demanda y un contacto directo con las personas ha dado origen al estudio del síndrome de *burnout*, también conocido popularmente como “estar quemado”. La profesión médica cumple claramente con estos factores, por lo que se encuentra íntimamente ligada a la aparición de dicho síndrome.

Si bien la práctica de la medicina es socialmente valorada, es frecuente el desconocimiento de los altos niveles de estrés que ella implica. Tal como describen Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), dentro de los principales estresores que conducen a generar este cuadro se encuentran: el nivel de demanda y exigencia que conlleva el trato directo con pacientes y familiares; el posible “fracaso terapéutico” fruto de la naturaleza de la enfermedad o su pronóstico, la confrontación constante con la muerte; el alto volumen de trabajo y de presión a los que los/las profesionales están sometidos; la falta de información necesaria en aquellas organizaciones que presentan un modelo médico jerárquico; reuniones de equipo centradas solamente en aspectos formales o laborales donde hay nulo o poco lugar al mutuo acompañamiento.

En algunas situaciones llegan incluso a presentarse problemáticas agudas. “Dentro de los síntomas destacados en estos profesionales está el abuso de fármacos, alcohol y tabaco, desarrollo de enfermedades coronarias, y tentativas de suicidios” (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991, p.16)

Resulta llamativo que los/las profesionales médicos/as que tienen a cargo velar por la salud de la población corran el riesgo de enfermar a causa de las implicancias que conlleva la atención de pacientes y las características institucionales que suelen darse en los ámbitos de la salud. Aquellos que sanan pueden enfermar por el ejercicio mismo de sus labores asistenciales.

Aproximadamente desde hace cuatro años me desempeño como consultor en Recursos Humanos en una prestigiosa institución médica. Dicha organización

posee un gran interés en medir constantemente los indicadores que dan cuenta de lo que han denominado “Calidad de Atención al Paciente”. Recientemente un médico del centro de salud brindó un taller a sus colegas sobre dicha temática con la finalidad de potenciar estos indicadores. Mientras se encontraba realizando su primera presentación, un colega le manifestó que era muy complicado permanecer atentos a la temática del taller cuando ellos mismos no se sentían suficientemente cuidados o contenidos por parte de la institución, a la vez que se encontraban “quemados” y con síntomas de *burnout*. A este reclamo se sumaron varios de los profesionales presentes.

A raíz de este episodio fui convocado nuevamente para trabajar con la población de residentes, compuesta por médicos/as de segundo, tercero y cuarto año de residencia. En esta institución no hay residentes de primer año pues realizan su práctica en otra organización.

Dado que un objetivo central de la institución es la “**calidad de atención al paciente**”, resulta fundamental contar con profesionales médicos/as que se encuentren con las condiciones físicas y psicológicas necesarias para desempeñarse de manera efectiva.

Dentro de este contexto se destaca que la institución, desde hace cuatro años, realiza mediciones -especialmente en su población de residentes- destinadas a detectar la existencia del síndrome de *burnout*, cuya presencia ha sido confirmada en cada uno de esos estudios. Para tal fin han utilizado el cuestionario MBI, *Maslach Burnout Inventory*.

El diseño de mi intervención consta de tres etapas, la primera centrada en la medición del cuestionario MBI con la intención de corroborar los datos obtenidos por la institución y precisar sus indicadores más relevantes. La segunda etapa consistió en una serie de reuniones con los directivos de la organización desde un rol de observador participante, con la finalidad de comprender cómo interpretaban las causas que fomentan el *burnout* en la organización y registrar las características de la cultura organizacional. La tercera etapa se basó en la implementación de *focus groups* con los/las residentes según su año de

formación, a fin de ampliar la información ya obtenida a partir de la implementación del cuestionario.

Como fue mencionado anteriormente, fui convocado para realizar una intervención que tuviera por objetivo la disminución del *burnout* a partir del desarrollo de competencias; sin embargo, una interpretación desde la perspectiva de Recursos Humanos exige un análisis de factores culturales, especialmente aquellos involucrados con el Modelo Médico Hegemónico, que podrían estar afectando tanto la capacidad de interpretación de las causas como de los abordajes necesarios por parte de la institución.

Con la finalidad de resguardar la confidencialidad de la institución no se mencionará su nombre y se hará referencia a las patologías tratadas con los términos de “especialidad” o “específicas” según el caso.

2.2. Presentación de la organización

La institución es un centro médico de excelencia destinado al tratamiento de enfermedades específicas, reconocido por marcar tendencia en el conocimiento y tratamiento de estas patologías.

Fue fundada a fines de los años 70. Presta atención a pacientes privados, quienes poseen prepagas y obras sociales, y brinda un servicio de alta calidad sostenido en la tecnología, los profesionales y los resultados obtenidos a lo largo de los años.

Refieren que la experiencia de los profesionales, tanto como los programas de prevención y rehabilitación responden a los máximos niveles de calidad internacional. Han desarrollado un centro de formación y entrenamiento que es el más moderno de Latinoamérica, que ha formado a más de 150 médicos/as residentes y en el que participan anualmente unos/as 4000 provenientes de distintos programas educativos.

La institución ha sido reconocida por ser pionera en el desarrollo de procedimientos en relación al tratamiento de las enfermedades en las cuales se

especializan. Han sumado aportes de nuevos métodos e interpretaciones de imágenes las cuales han impactado de forma muy positiva en las cirugías.

Actualmente la institución cuenta con 780 colaboradores, de los cuales 180 son médicos/as (datos aproximados) y se encuentra estructurada en 4 departamentos compuestos de la siguiente manera:

Departamento de Cirugía

- Servicio de Cirugía; Servicio de Cirugía Periférica; Servicio de Anestesiología.

Departamento de Especialidad:

- Servicio de Especialidad Intervencionista y Terapéuticas Especialidad; Servicio de Especialidad Clínica; Especialidad Crítica; Unidad Especialidad; Recuperación Especialidad; Clínica Médica; Insuficiencia Especialidad, Hipertensión pulmonar y trasplante; Especialidad Congénitas del Adulto; Especialidad Ambulatoria; Emergencias – Guardia; Servicio de Especialidad; Control de Especialidad; Servicio de Prevención Especialidad; Hipertensión Arterial; Lípidos-Colesterol; Nutrición; Deportología; Tabaquismo; Rehabilitación Especialidad; Diabetes; Especialidad-Cerebro; Servicio de Diagnóstico por Imágenes; Ultrasonido Especialidad; Tomografía Computada Especialidad; Laboratorio de Análisis Clínicos y Determinaciones Complejas; Hematología – Clínica de Anticuagulación; Kinesiología
- Infectología; Curación de Heridas.

Departamento de Enfermería

Departamento de Atención al Paciente

2.3. Preguntas y objetivo central del trabajo

A partir de la situación anteriormente descrita, las preguntas que guían este trabajo final son:

¿Cuáles son los factores que estarían promoviendo el síndrome de *burnout* en los médicos y las médicas residentes de la institución?

¿De qué manera la institución puede desarrollar en sus profesionales médicos y medicas residentes las competencias necesarias para tramitar el síndrome de *burnout*?

¿Cómo intervenir en la cultura organizacional de una institución médica caracterizada por el Modelo Médico Hegemónico con la finalidad de promover mejores condiciones laborales para los profesionales que se desempeñan en ella?

Objetivos

Identificar las causas que promueven el síndrome de *burnout* en la institución.

Desarrollar el plan de formación de competencias que permita a los médicos de la institución afrontar los factores que promueven el *burnout* de forma exitosa.

Presentar un plan de trabajo que implique a los directivos de la organización con la finalidad de invitarlos a reflexionar acerca de los factores culturales que promueven el síndrome y definan acciones que impacten de forma positiva en las condiciones de trabajo que hacen a calidad laboral de los/as trabajadores/as.

3. Marco Conceptual

3.1. Síndrome de *burnout* concepto y definición

El término *burnout* suele ser traducido literalmente como “estar quemado”. Inicialmente fue utilizado dentro del ámbito deportivo para describir la situación anímica que atravesaban quienes no lograban obtener los resultados esperados por más que se hubieran esforzado en sus entrenamientos en pos de conseguirlos (Neffa, 2015). Fue empleado por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger quien, trabajando como voluntario en una clínica de desintoxicación, detectó una serie de comportamientos y actitudes comunes entre los integrantes del plantel médico y auxiliar de la institución. Registró que estas personas progresivamente iban modificando sus actitudes y comportamientos tanto con los pacientes como con sus compañeros de trabajo. Este cambio gradual se daba especialmente en aquellos empleados que no superaban los dos años de antigüedad en sus puestos de trabajo o en el ejercicio de sus profesiones.

Si bien estos síntomas fueron detectados partiendo de estudio de profesionales que se dedicaban al cuidado de personas, posteriormente se comprobó que no se presentaban solamente en estas poblaciones, sino que también fueron encontrados en **directivos/as** de distintas organizaciones, deportistas, en quienes realizaban tareas de voluntariado y amas de casa (Maslach y Schaufeli, 1993).

Los especialistas propusieron “usar el concepto de *burnout* exclusivamente para las profesiones que se dedican de manera constante al trato directo con pacientes y usuarios, con el fin de prestar ayuda o brindar un servicio, y por el cual perciben una remuneración” (Gil-Monte y Moreno Jiménez, en Neffa 2015, p.319).

Posteriormente a la conceptualización de Herbert Freudenberger, Christina Maslach, psicóloga estadounidense, en 1977 expuso el concepto de *burnout* en el congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) y lo utilizó

específicamente para hacer referencia a los trabajadores de los servicios de cuidados a las personas. Dentro de este concepto distinguió la siguiente sintomatología: cansancio emocional (*CE*), despersonalización (*DP*) y la disminución de la realización personal (*RP*) (Maslach y Jackson, 1997). Dicha distinción se encuentra vigente aun en la actualidad.

El cansancio emocional se presenta cuando los recursos emocionales con los que cuenta la persona terminan consumiéndose, y el sujeto registra la pérdida de capacidad para entregarse a los demás. Se produce así un agotamiento emocional generado por el contacto cotidiano con personas a quienes debe atender y que son las destinatarias de sus trabajos. El cansancio emocional también fue definido como la falta de recursos emocionales conjuntamente con el sentimiento que embarga al trabajador, quien experimenta la sensación de no tener ya nada para ofrecer afectivamente a otras personas (Viloria, Paredes y Paredes, 2003).

El sentimiento de despersonalización, definido por Maslach y Jackson (1997), se relaciona con el momento en que el trabajador o la trabajadora manifiesta sentimientos y actitudes negativas hacia las personas destinatarias de su trabajo. Puede incluso llegar a sentir que las personas a las cuales atiende se merecen padecer los problemas que poseen.

Este sentimiento también fue caracterizado por los investigadores Gil-Monte y Peiró (1997), quienes describieron que los sujetos que experimentan esta despersonalización sufren un endurecimiento afectivo que los lleva a culpar de sus propios problemas a las personas a las cuales asisten. De manera similar fue definido por Viloria, Paredes y Paredes (2003) como un conjunto de actitudes inhumanas y negativas dirigidas hacia los beneficiarios del trabajo asistencial.

El tercer tipo de síntoma descrito por Maslach y Jackson (1997) es la falta de realización personal. El sujeto tiende a autoevaluarse negativamente, se siente infeliz y descontento tanto consigo mismo como con su labor, lo cual se da especialmente cuando la profesión ejercida se relaciona con la asistencia a otras personas. Viloria, Paredes y Paredes (2003) lo han descrito como una

sensación de baja autoestima y de falta de logros personales en las labores habituales, lo cual genera que el sujeto se rechace a sí mismo.

Una perspectiva más amplia y abarcativa que incluye diferentes variables en su definición del *burnout* es la dada por Neffa al definirlo como:

(...) el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales de un trabajador asociadas con un compromiso intenso con los usuarios, alumnos, pacientes o clientes, por un período prolongado, y que resulta de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador y los resultados adversos que se obtienen (...) (Neffa, 2015, p. 325).

Dentro de esta definición es posible ubicar diferentes componentes: la demanda intensa y sostenida en el tiempo por parte de los pacientes, las cuales generan una carga emocional sobre los y las profesionales, quienes a su vez se confrontan con una expectativa posiblemente vocacional de cura dirigida a las personas y una frustración con los resultados clínicos con los que suele encontrarse.

Acto seguido el mismo autor amplía esta definición incorporando aspectos muy interesantes que serán tenidos en cuenta en el presente trabajo

(...) es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del *burnout*, aunque de manera más completa podemos entender el *burnout* como el producto de una **interacción negativa entre el clima social en el lugar de trabajo, el colectivo de trabajo y los pacientes**, alumnos, usuarios o clientes” (Neffa, 2015, p. 325, el resaltado es nuestro).

De este modo incorpora tres variables que interactúan entre sí de modo negativo: el clima social en el mismo lugar de trabajo, el equipo de profesionales y los pacientes.

3.1.1. Diferenciación entre *burnout* y otros conceptos

Habitualmente suele confundirse el síndrome de *burnout* con otros trastornos o patologías debido a que presentan una sintomatología similar. A nivel organizacional resulta relevante realizar una correcta diferenciación, ya que permitirá en primer lugar detectar los factores que los fomentan y una vez hecha esta localización, en segundo lugar, generar las estrategias de intervención específicas y necesarias en pos de responder lo más adecuadamente posible.

Estrés: Lazarus y Folkman (1986) lo definieron como el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno (percibido como amenazante), el cual puede desbordar los recursos del sujeto, haciendo peligrar su bienestar. Desde esta perspectiva se considera que, en aquellos casos en que las respuestas que da el sujeto terminan siendo inadecuadas o insuficientes para responder de manera efectiva a la demanda del medio, se produce lo que han llamado como *distress* o estrés negativo. Cuando este nivel de demanda y dicha situación se mantienen en el tiempo de manera intensa y permanente, termina por ser considerado una enfermedad.

Selye (1992) es considerado como un pionero en la investigación del tema. Según este autor, el estrés surge como un fenómeno de regulación psiconeuroendocrinológico, y es un tipo de respuesta no específica del organismo frente a todas las demandas que recibe.

Desde la medicina, la biología y la psicología tiende a ser definido como el proceso con el cual un organismo logra mantener su equilibrio interno y adaptarse a las exigencias a las que se expone en el medio en el que se desarrolla (Perez Jauregui, 2000).

Como puede notarse, la concepción real del estrés es positiva y se encuentra más ligada a un concepto de adaptación que a un trastorno. De todas maneras, debe recordarse que la definición del *burnout* se vincula con el estado de estrés crónico, más relacionado con lo que los autores recién mencionados definen como *distress*. En este mismo sentido, Neffa afirma que

El estrés es una fatiga física, psíquica y mental prolongada resultante de una exposición del trabajador a peligros y/o amenazas que superan su capacidad de resistencia y adaptación para hacerle frente, las evalúa a ambas cognitivamente, y si continúa sometido a dichos riesgos recibe impactos negativos sobre la salud. Es una reacción biológica bien precisa y general, aunque la percepción de las amenazas y de los recursos disponibles para hacerles frente nos remitan a las características singulares de los individuos. El *burnout* ha sido considerado como un **distrés crónico** que se mantiene en el tiempo, y sería consecuencia de la fatiga, del vaciamiento o agotamiento emocional que da lugar a un cinismo caracterizado por la despersonalización, la deshumanización y el distanciamiento, y una pérdida del sentimiento de realización personal por las dificultades encontradas para ser competente y eficaz (Neffa, 2015, p. 319 y 320, el resaltado es nuestro).

Depresión por agotamiento: Pichot *et al* (1995) basándose en el DSM IV o Manual Estadístico de Trastornos Mentales y en su criterio diagnóstico, sostienen que una persona presenta síntomas de depresión cuando manifiesta anhedonia o pérdida de placer y sentimientos de culpa. Estos síntomas no son los que con mayor frecuencia suelen darse en el síndrome de *burnout*. Donde existen puntos en común según Pérez Jáuregui (2000) es en la pérdida de interés, el insomnio, la disminución de la energía y el agravamiento cognitivo.

Tedio o aburrimiento en el trabajo: Según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) el *burnout* es producto de presiones emocionales que se repiten, al tiempo que el tedio o aburrimiento se vincula principalmente con un tipo de presión inespecífica o falta de innovación en sus actividades laborales diarias.

3.1.2. Estudios del burnout desde el punto de vista organizacional

Para Lazarus y Folkman (1986) la enfermedad se origina cuando interactúan desfavorablemente los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo. Esta interacción conduce a trastornos psicológicos y a conductas insanas que, al persistir, derivan en el síndrome.

Cox, Kuk y Leiter (1993) abordaron el síndrome de *Burnout* desde una perspectiva transaccional del estrés laboral. Los autores definieron la experiencia de cansancio emocional como la dimensión central del síndrome; la despersonalización como una estrategia de afrontamiento que surge luego de los sentimientos de cansancio emocional, mientras que a los sentimientos de baja realización personal en el trabajo los asociaron con la evaluación cognitiva que realiza el sujeto sobre su experiencia de estrés, relacionándolos fundamentalmente con la existencia de expectativas profesionales frustradas por parte del trabajador.

Gil-Monte y Peiró (1997) introducen variables interesantes, las cuales hasta el momento no habían sido suficientemente diferenciadas y reconocidas, al registrar como relevante la presencia de estresores del contexto organizacional y las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del síndrome de *burnout*. **Variables como la estructura organizacional, el clima organizacional, las disfunciones de rol o el apoyo social percibido, comienzan entonces a ser relevantes en la etiología del síndrome.**

Zaldúa y col. (2010) presentaron una investigación realizada en trabajadores de la salud. Las temáticas conflictivas encontradas fueron el maltrato, largas esperas para los turnos, desorganización en la atención, tramitaciones burocráticas. Esto hace que el trabajador esté sobrecargado de trabajo, afectando su labor. **Se registra también en estos autores cómo procesos o metodologías de trabajo de las organizaciones fomentan también el síndrome estudiado.**

Martinez Selva (2004) planteó que el *Burnout* suele darse en profesionales que mantienen un contacto intenso con el público, en especial cuando atienden consultas de quejas y reclamos, cuando hay excesiva responsabilidad o bien, si las decisiones que el trabajador o la trabajadora toman, **tiene consecuencias graves para la organización.**

Perez Jáuregui (2000) llega a la conclusión de que **la mayoría de las investigaciones destacan, en relación a la aparición del síndrome, la importancia de los factores organizacionales y las condiciones dentro de**

las que se da el desempeño profesional por sobre las variables sociodemográficas o de personalidad.

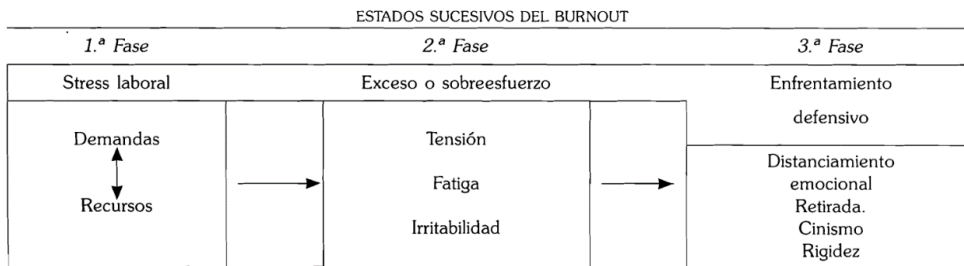
Como veremos más adelante en el apartado 3.2.2.1 *La dificultad en el reconocimiento de la causalidad de las patologías generadas por las condiciones y medio ambiente del trabajo (CyMAT)*, esta relación entre los factores organizacionales y los efectos sobre el sujeto no son tan fácilmente admitidas, especialmente dentro del contexto de la salud.

3.1.3. Etapas del *burnout*

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) definen el síndrome de *burnout* en relación a sus etapas como un “proceso transicional” ya que es un proceso continuo en el que la aparición del *burnout* se va gestando de manera paulatina con un incremento progresivo de la gravedad. Definen una primera etapa donde las demandas laborales conllevan una situación de estrés que exceden los recursos materiales o humanos, seguida de una segunda fase que demandaría una “adaptación psicológica” de parte del trabajador y la trabajadora, la cual se caracteriza por la aparición de un desajuste emocional, ansiedad y fatiga fruto de un exceso o sobreesfuerzo asumido frente al desajuste entre demanda y recursos disponibles. Como tercera y última instancia identifican el “enfrentamiento defensivo”, que se caracteriza por un cambio actitudinal que tiene por objetivo el generar una defensa frente al nivel de tensión experimentado. Según estos autores, es en esta última fase donde se produce el síndrome de *burnout*.

La siguiente tabla da cuenta de cada una de sus fases y sus respectivas características.

Tabla 1
Estados sucesivos del burnout

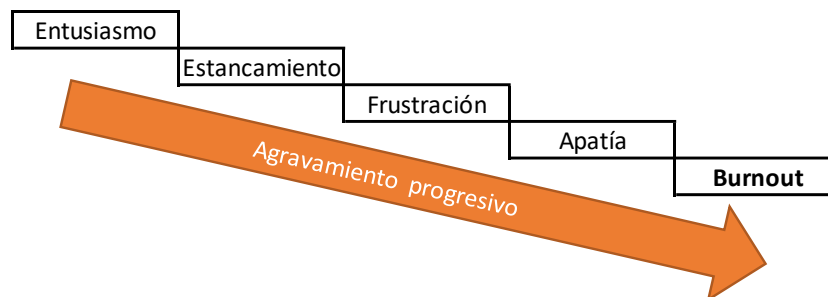


Fuente: Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), pág.258

Neffa (2015) por su parte define cinco etapas que se agravan progresivamente, al tiempo que señala que esta secuencia puede variar dependiendo de las capacidades de resistencia y adaptación que cada persona posea y de la intensidad y del tiempo en que se encuentre expuesta a las condiciones que propician el *burnout*. La primera etapa puede ser denominada como “entusiasmo”, momento en el que se destaca el nivel de energía y aspiraciones que posee el trabajador en su desafiante actividad laboral y en el que interpreta los conflictos como algo circunstancial y solucionable. La segunda etapa la denomina de “estancamiento”. En esta instancia detecta un desajuste entre las demandas laborales, el contexto y sus recursos para poder cumplir tanto con sus expectativas como con los objetivos fijados, más allá de su importante esfuerzo por conseguirlo. Posteriormente se ubica la etapa de “frustración”, en la que se hacen presentes los problemas emocionales, físicos y conductuales, y el trabajador registra una desilusión y una clara pérdida de motivación laboral. Se da paso entonces a la etapa de “apatía”, caracterizada por la resignación a no poder realizar los cambios que se había propuesto, por lo que termina “bajando los brazos”. Por último, aparece la etapa de “*burnout*” cuando la persona se enfrenta a la imposibilidad física, psíquica y mental de seguir adelante en ese trabajo y se acentúan los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, a lo cual se agrega el sentimiento de culpa que intensifica los otros signos (Neffa, 2015).

Las etapas definidas por Neffa, así, siguen la presente secuencia: Entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía y finalmente el *burnout*.

Gráfico 1
Etapas del burnout



Fuente: Elaboración propia a partir de Neffa (2015)

3.1.4. Población especialmente en riesgo de padecerlo y sus características

Como ha sido mencionado anteriormente, Herbert Freudenberger detectó que eran las **poblaciones más jóvenes o que llevaban menor tiempo en el ejercicio de la tarea asistencial** quienes tendían a presentar el síntoma de *burnout*. En este mismo sentido puede nombrarse a Cherniss y Maslach (en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991, p. 261) quienes relacionan tanto la edad del sujeto como su experiencia en el ejercicio de la profesión como variables importantes. "Parece ser que cuando los años avanzan, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral". En este mismo sentido, también Pérez Jáuregui (2000) consideró que quienes experimentan más frecuentemente estrés laboral y *Burnout* son los profesionales jóvenes y de reciente incorporación a la actividad laboral profesional, ya que no cuentan con suficientes capacidades de defensa frente a la sobreexigencia.

Resulta importante resaltar la idea transmitida por estos autores y observada también en otros, en relación a ubicar la carencia de capacidades en el o la profesional para hacer frente a la sobreexigencia sin objetar o cuestionar la existencia de esta última. **Considero que esta sutil pero existente**

normalización de la sobreexigencia es un aspecto relevante para la concepción del presente trabajo.

Maslach y Jackson en Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) señalan el **sexo y las variables familiares** como otros componentes a tener en cuenta. Destacan que las mujeres sobrellevan mejor las situaciones conflictivas en el ámbito laboral. En cuanto a las variables familiares son relacionadas con la estabilidad afectiva, al tiempo que el ser padre/madre mejoraría el equilibrio necesario para solucionar conflictos. Se basan para sostener esto en estudios de Cobbs (1976), House (1981) y McCaulley (1981).

En cuanto a las **variables sociales**, las relaciones interpersonales tensas o conflictivas y la falta de apoyo por parte de los compañeros o supervisores pueden aumentar los sentimientos de quemarse (Gil-Monte y Peiró, 1997).

La personalidad es otra variable que puede influir en el padecimiento del síndrome. Keen, YMyers y McCaulley (en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) dan cuenta de un tipo de **personalidad** racional y otra **emocional**. Refirieron que el 80% de las personas que trabajan en relación a profesiones de trato humano conllevarían este segundo tipo de personalidad, que se define como la de las personas que: "(...) tendrían más desarrollada la sensibilidad hacia materias relacionadas con el trato humano, así como una necesidad de actividades corporativistas, de afecto y entusiasmo" (p.261)

También son propensas aquellas personas denominadas **activistas sociales**, quienes pueden destruir su vida personal en busca de ideales irrealizables y de cambiar el mundo. Por el contrario, las personalidades menos afectadas son las de tipo racional. Estas se destacan por ser personas analíticas, objetivas, lógicas y hasta escépticas (Perez Jáuregui, 2000).

Las personas que tienen mayor orientación al futuro, que tienen más capacidad de organización y sistematización cognitiva de emociones y vivencias, tienen una mayor capacidad de reorientar energías hacia su realización profesional. Para ello, es fundamental el proceso de evaluación que realiza el sujeto acerca de la situación estresante. Si busca soluciones o se victimiza ante circunstancias

desfavorables, influye en forma crucial cómo el individuo afronta el problema (Pérez Jáuregui, 2000).

Harrison (en Neffa, 2015, p. 320) refiere que la mayoría de los profesionales que comienzan a trabajar en servicios de ayuda se encuentran sumamente motivados en pos de ayudar a las personas y posee un importante **altruismo**. Curiosamente se ha detectado que en especial aquellos trabajadores que por medio de su actividad asistencial procuran darle un **sentido existencial a su trabajo** tienden a presentar *burnout*. "(...) son los profesionales que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en su trabajo. Por medio de sus labores profesionales, estos trabajadores/as dan justificación a sus vidas ya que valoran sus tareas como especialmente útiles e importantes. Por estos motivos, este síndrome suele presentarse en especial en quienes se fijan **objetivo elevados en su carrera profesional** y sostienen **importantes expectativas**.

De este modo teniendo, en cuenta a Neffa y los autores por él recuperados, podría decirse que quienes presentan mayor propensión a desarrollar el síndrome de *burnout* son los trabajadores asistenciales que buscan darle un sentido existencial a su trabajo, que justifican por él su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que llevan adelante.

Como conclusión, podríamos anticipar que quienes se encuentran en mayor riesgo de padecer dicho síntoma presentan las siguientes características:

Condición socioeconómica:

- Trabajadores jóvenes
- Preponderantemente de sexo masculino
- Con hijos o no, sin mayor acompañamiento familiar

Rasgos de personalidad:

- Personalidad emocional
- Altruistas

Tipo de relación con el trabajo:

- Acotada experiencia en la asistencia a personas
- Sentido existencial de su trabajo
- Poseen importantes objetivos y expectativas profesionales

3.1.5. Efectos del *burnout* sobre las personas y las organizaciones.

La bibliografía existente divide las consecuencias fundamentalmente entre los efectos que sobre las personas y para las organizaciones.

Efectos sobre las personas

Con relación a la salud, el trabajador o la trabajadora “se ve también afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, incluso a pesar de poner en juego todos sus recursos personales” (INSHT, en Neffa, 2015, p. 329).

Según Neffa el diagnóstico del *burnout* no es fácil, ya que suele presentarse simultáneamente con otras patologías o enfermedades, por lo que puede ser subestimado.

Fueron Chrniss (1980 b) y Maslach, (1982) (en Neffa 2015, p. 329) quienes identificaron los síntomas específicos agrupándolos en físicos, emocionales y conductuales.

- **Síntomas físicos:** malestar general, cefaleas, fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares (espalda y cuello) y cansancio hasta el agotamiento y, en las mujeres, perturbación de los ciclos menstruales.

– **Síntomas emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alienación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

– **Síntomas conductuales:** conducta despersonalizada en la relación con el cliente o usuario, ausentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos). Las relaciones se hacen más tensas, la comunicación es deficiente y el trabajador tiende a aislarse y, con frecuencia, desemboca en el alcoholismo o el consumo inadecuado de drogas.

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) identifican prácticamente los mismos síntomas asociados al *Burnout* llamando “psicosomáticos” a los que Neffa denominó “físicos”, y sumando a los conductuales y emocionales los **defensivos:** negación de emociones, atención selectiva, ironía, racionalización y desplazamiento afectivo. Estos últimos se dan básicamente como un mecanismo de defensa frente a una necesidad que resulta desagradable. En definitiva, son formas de evitar la experiencia negativa por medio de anular conscientemente información, desplazar sentimientos hacia otras situaciones o cosas, presentar una atención selectiva o tender a intelectualizar.

Otra de las consecuencias para el individuo es el **deterioro de sus relaciones interpersonales de carácter extralaboral**, en especial las relaciones conyugales y de pareja. Maslach (1993) señala que las consecuencias no terminan cuando el sujeto deja el trabajo sino que afectan su vida privada, ya que las actitudes de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos.

Asimismo, dado el agotamiento emocional que conlleva su trabajo y el endurecimiento permanente a causa de la Despersonalización, al llegar a su casa, el sujeto genera una barrera con la que generalmente rehúsa compartir los problemas laborales con su pareja y desea estar solo.

Efectos sobre las organizaciones

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), mencionan:

- Falta de energía y entusiasmo
- Descenso de interés por los clientes
- Percepción de los empleados como “frustrantes”, crónicos desmotivados
- Alto Ausentismo y deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación
- Subyace una gran desmoralización

Gil-Montes y Peiró (1997) también dan cuenta de la tendencia al abandono del trabajo y al ausentismo, que se suman a la insatisfacción laboral, hechos que tienen un **impacto negativo sobre la calidad del servicio que la organización presta.**

Neffa (2015) da cuenta de una serie de consecuencias laborales negativas, algunas ya han sido mencionadas, pero aporta otras que afectan a la organización y a su ambiente laboral:

- Deterioro progresivo de la comunicación
- Relaciones interpersonales tendientes a la indiferencia o frialdad
- Disminución de la productividad y la calidad del trabajo
- Reducción del rendimiento
- Alto ausentismo
- Desaliento y desmotivación

- Aumento del deseo de los empleados de cambiar de puestos o de ocupación
- Deseo de reconvertir sus profesiones o abandonarlas

Según Maslach y Jackson (1997), al contemplar tanto los efectos nocivos sobre los trabajadores y las trabajadoras como sobre la organización, se puede afirmar que el Síndrome de *Burnout* reviste un componente de importante riesgo ya que afectaría, en el caso del presente estudio, al profesional de la salud y a la calidad de atención que puede brindar, lo que terminaría repercutiendo de forma directa tanto en el paciente como en el servicio brindado por la institución médica en la cual se desempeña.

A modo de conclusión de este apartado, resulta relevante registrar que el *burnout* es una manifestación que da cuenta del padecimiento frecuentemente vivenciado por trabajadores y trabajadoras como consecuencia de esta **sobreexigencia** resultante de los **esfuerzos** necesarios que deben hacer para poder cumplir con los **requerimientos** solicitados en sus respectivos trabajos, especialmente cuando estos se vinculan al cuidado asistencial de otras personas.

3.2. Relación trabajo – esfuerzo y requerimientos

Neffa (2015) brinda una interpretación de los requerimientos y el **esfuerzo** que el trabajador y la trabajadora deben realizar para llevar adelante sus labores de manera eficiente, ya que para lograrlo:

(...) **requieren** la movilización de todo el ser humano, integrando articuladamente la **fuerza física** afectada por las exigencias del puesto, los gestos y posturas, la movilización de las **capacidades psíquicas** (afectivas y relacionales) y **cognitivas** que consisten en la puesta en práctica de conocimientos, calificaciones profesionales, experiencia laboral y competencias acumuladas. Esta dimensión cognitiva incluye los **saberes tácitos** reunidos por los trabajadores por el hecho de ser parte de un colectivo de trabajo y **poner en juego la**

creatividad para compensar las fallas del trabajo prescripto (p. 43, el resaltado es nuestro).

Existe entonces una relación directa entre el trabajo y el **esfuerzo integral** que este requiere, ya que implica la fuerza física, las capacidades psíquicas y cognitivas incluyendo saberes tácitos, al tiempo que demanda creatividad para responder a las fallas propias del trabajo que les ha sido solicitado. Según los ergónomos, “Para poder cumplir con los objetivos que les asignan, los trabajadores hacen siempre muchas más cosas que las que les prescribieron” (Neffa, 2015, p. 107). Como puede notarse, la exigencia que el trabajo le requiere al trabajador y la trabajadora puede llegar a resultar realmente importante, y requiere de ellos y ellas la puesta en juego de diversos recursos los cuales, a su vez, necesitan estar articulados entre sí.

Al mismo tiempo, el trabajo puede conllevar aspectos positivos. Por ello, puede ser analizado desde ambas facetas: tanto, como hemos visto hasta ahora, requiriendo por parte del sujeto un importante esfuerzo pero, también como, un posible generador de placer, lo que potencia la salud de quien lo lleva adelante.

3.2.1. El trabajo como operador de la salud y su relación con el placer y el sufrimiento

En relación a la vertiente del sufrimiento, Neffa afirma que resulta “evidente que **el trabajo no siempre es generador de salud**” (2015, p. 39, el resaltado es nuestro) y, haciendo referencia a Dejours, manifiesta que existe una movilización subjetiva, mental y psíquica del/a trabajador/a, que tiene por finalidad compensar las fallas tanto de la concepción del trabajo prescripto, como así también sobrellevar o dar respuesta a los problemas que la práctica laboral conlleva. Según el autor, el proceso y la organización del trabajo generan exigencias y restricciones frente a las cuales los empleados y las empleadas necesitan defenderse, **adaptarse y resistir** para así poder permanecer en los límites de la normalidad.

Neffa expone las dos facetas del trabajo manifestando que, dada su centralidad, puede actuar como un **operador de la salud**, que contribuye al **equilibrio** o que

conlleve **efectos patológicos o desestabilizadores**. Se establece entonces una particular relación entre el empleado y la empleada con el trabajo y el **placer o el displacer** generado en su ejecución. Haciendo mención a Dejours refiere: “**El trabajo** es vivenciado como el resultado de un gran esfuerzo y de una verdadera conquista que, al mismo tiempo, **provoca placer o sufrimiento o ambas cosas a la vez**” (Neffa, 2015, p. 44, el resaltado es nuestro). Podríamos encontrarnos, entonces, con empleados y empleadas que en su relación con sus trabajos realicen apreciaciones positivas, negativas o hasta aparentemente contradictorias dadas la yuxtaposición de ambas opiniones. Resulta interesante ubicar la **relación singular, particular y compleja** que se establece entre el trabajador/a con su actividad laboral ya que esta última puede resultar una vía generadora de placer, sufrimiento o incluso las dos cuestiones de manera simultánea.

Hace falta, entonces, determinar cuáles son aquellas condiciones del medio ambiente laboral que afectan negativa y/o positivamente al trabajador y a la trabajadora. **Esto nos permitirá realizar una primera interpretación basada en datos generalmente visibles y objetivos, para luego focalizarnos con mayor profundidad analítica en aspectos más subjetivos y sociales como son los riesgos psicosociales.**

3.2.2. Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo – (CyMAT)

Las condiciones y medio ambiente del trabajo son un aspecto relevante a la hora de analizar el grado de salud o patología que el empleado o la empleada vivencian en su actividad laboral dado los efectos que traen aparejados.

Neffa define las CyMAT como:

(...) **las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT)** están constituidas por los **factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción** implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo) y por los **factores de riesgo del medio ambiente de trabajo**. Ambos grupos de factores constituyen las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación sinérgica o combinada da lugar a la **carga global del**

trabajo prescripto, la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera inmediata o mediata, efectos directos e indirectos, positivos o negativos, sobre la vida y la salud física, síquica y/o mental de los trabajadores. Dichos **efectos** están en función de la actividad o trabajo efectivamente realizado, de las características personales, de las respectivas capacidades de adaptación y resistencia de los trabajadores ante los dos grupos de factores antes mencionados. Esos **factores están determinados** en última instancia por el **proceso de trabajo vigente** el cual a su vez es el resultante de las **relaciones sociales** y de la **inter-relación entre las variables** que actúan a nivel del **contexto socio-económico** y las **características propias de los establecimientos**. Es este proceso de trabajo el que define la naturaleza específica de la tarea a realizar por el colectivo de trabajo y por cada uno de los que ocupan dichos puestos” (Neffa, 2015, p. 45, el resaltado es nuestro).

Analizar las CyMAT conlleva una serie de variables que se interrelacionan entre sí, donde intervienen desde el medio ambiente y las condiciones de trabajo, hasta recursos individuales del trabajador o trabajadora, características de la organización, y aspectos socioeconómicos. También puede detectarse cómo esta compleja y completa definición de la CyMAT brinda la posibilidad de realizar su análisis teniendo en cuenta los indicadores que intervienen en la relación del trabajador y la trabajadora con la organización donde se desempeñen laboralmente, y permite arribar a conclusiones de cómo la presencia de estas fomenta cierto nivel de salud laboral o la existencia de patologías.

Neffa hace mención a la **fatiga** como una contrapartida lógica de trabajar dentro de ciertas CyMAT, la cual puede convertirse en un causal de sufrimiento y predisponer a los trabajadores y trabajadoras a contraer enfermedades, especialmente en aquellos casos en que sus capacidades de adaptación y resistencia se han visto superadas. De esta forma, la fatiga se acumula debido a que las horas de descanso, alimentación adecuada, vida familiar, actividad física y recreación no resultan suficientes.

Si bien desde hace años se ha detectado la relación entre las condiciones laborales tanto como el medio ambiente en la salud de los trabajadores y

trabajadoras, no siempre son tenidas verdaderamente en cuenta como potenciadores de posibles patologías.

3.2.2.1. La dificultad en el reconocimiento de la causalidad de las patologías generadas por las CyMAT

En pos de contextualizar los inicios históricos de la fatiga y su relación entre el trabajador y la trabajadora con la demanda laboral de las organizaciones, Neffa (2015) hace referencia a que, frente a la crisis de 1970, las empresas necesitaron aumentar la productividad, mejorar la calidad de forma continua, reducir costos e incorporar la innovación como clave en sus productos y procesos. Obviamente, para que estos objetivos de producción “justo a tiempo” fueran alcanzables resultó necesario el involucramiento de los trabajadores, lo cual generó una intensa carga laboral tanto en ritmo como en lo referente a la extensión de las jornadas las cuales, incluso, llegaban a sobrepasar lo legalmente estipulado. La suma de estos factores casi inevitablemente terminó por afectar el clima laboral, generando una fatiga excesiva, estrés, temor a los riesgos de accidentes de trabajo y el desarrollo de enfermedades profesionales que afectaban la salud de los trabajadores.

Fueron los sindicalistas y algunos empresarios atentos a estos efectos nocivos quienes comprendieron que los riesgos psicosociales en el trabajo producidos por las modificaciones del proceso de trabajo, su modalidad y organización terminaron por afectar las CyMAT e influyeron de manera directa sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras. Detectaron también que esto incluso generaba consecuencias directas sobre la eficiencia de las empresas y organizaciones provocando un déficit en sus presupuestos causado, fundamentalmente, por el aumento de los gastos de los sistemas de salud y de seguridad social.

Neffa (2015) hace referencia al médico italiano Ramazzini, llamado “el padre de la medicina del trabajo” quien, en el siglo XVIII, en plena revolución industrial, comenzaba por preguntarles a los pacientes dónde vivían y **de qué trabajaban**, prestando especial interés a esta última pregunta. Fue el autor del libro *Morbis*

Artificum, traducido al castellano en 2004, donde daba cuenta de riesgos laborales y enfermedades profesionales asociadas a varios oficios y en el que llegó, incluso, a proponer acciones curativas o preventivas. Debe tenerse en cuenta que el formato de producción capitalista de esa época se basaba en largas jornadas laborales, no existían los francos ya que se trabajaba todos los días de la semana, los tiempos de descanso para poder recuperarse eran muy limitados y no se abonaba el sueldo en épocas de vacaciones. Esta explotación de los trabajadores y trabajadoras, quienes además percibían sueldos bajos, afectó de manera directa su salud.

El interés por mencionar y resaltar la labor del médico Ramazzini se basa no solamente en la necesidad de ubicar una referencia histórica y descriptiva de los orígenes de la evolución de la medicina laboral. Podría decirse que la pregunta precisa “**¿de qué trabaja usted?**” que este profesional realizaba a sus pacientes **daba cuenta de una relación directa y causal entre el trabajo y la salud de los trabajadores y trabajadoras, la cual, llamativamente, incluso en la actualidad no es percibida de manera adecuada.**

Haciendo mención a Bressol, Neffa (2015) advierte que existe una dificultad en lograr el reconocimiento de la causalidad de las patologías generadas por las CyMAT dado que poseen un **carácter plurifactorial**, sus **efectos son difusos**, y suelen ser registrados de forma **diferida**. Las perturbaciones surgidas por efecto psicosocial en el trabajo afectan a los trabajadores y trabajadoras de manera menos visible que patologías físicas, accidentes de trabajo o, incluso, enfermedades laborales ya establecidas. Neffa advierte que, para ser reconocidas por el sistema de seguridad social, debería constatararse la relación directa entre la actividad habitual y la enfermedad.

Este autor manifiesta que, con el transcurrir del tiempo, sobre la base de resultados de estudios e investigaciones, las reivindicaciones de los trabajadores y trabajadoras y la alarma del sector público ante el incremento de los costos para los sistemas de salud y de seguridad social (ausentismo prolongado, depresiones, incremento del gasto en materia de salud) se ha ido logrando, lentamente, una mayor atención sobre las repercusiones de las CyMAT sobre la salud.

Como puede observarse, existe cierta dificultad en poder reconocer la relación entre las alteraciones en las CyMAT y las patologías generadas o, al menos, los riesgos psicosociales asumidos. Esto pareciera darse por el carácter plurifactorial, los efectos difusos y diferidos de los síntomas, sumado a la particular relación entre placer y/o sufrimiento que vivencia el sujeto en el trabajo. **La causalidad entre las CyMAT y la salud del empleado y la empleada termina siendo reconocida con mayor facilidad en tanto afecta cuestiones económicas como los gastos aparejados en la seguridad social o en el sistema de salud.**

Como se mencionó anteriormente es posible alcanzar un nivel de análisis más profundo al incorporar el concepto de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST)

3.2.3. Riesgos Psicosociales en el Trabajo – (RPST)

Los RPST representan el concepto central trabajado y desarrollado por Neffa (2015), que permite identificar una serie de consecuencias para las empresas y organizaciones.

El término «psicosocial» se emplea hoy, de forma general, para referirse a la interacción entre varios **factores que provocan perturbaciones en los mecanismos psíquicos y mentales**: los factores de riesgo psicosociales en relación con la condición de empleo, la organización de la empresa y su entorno social, las relaciones sociales y laborales con los compañeros de trabajo, los subordinados y la jerarquía, así como con otras instancias: 1) con la empresa u organización pero sin prestar servicios en el lugar de trabajo, 2) los clientes o usuarios del servicio, y 3) personas ajenas a la empresa u organización pero que actúan sobre ellas (familiares, amigos, o personas desconocidas como pueden ser los delincuentes, por ejemplo) (Neffa, 2015, p. 104. El resaltado es nuestro).

Puede decirse, entonces, que la concepción psicosocial abarcaría todas las interacciones existentes entre los empleados y empleadas con el ámbito laboral que, de algún modo, afectan sus mecanismos psíquicos o mentales.

Contemplando el punto de vista operacional, Neffa refiere que los RPST se relacionan de manera directa con el contenido y la organización del proceso de trabajo, para lo cual cita a Michel Gollac:

(...) son los riesgos para la salud, física, psíquica, mental y social engendrados por los determinantes socioeconómicos, la condición de empleo, la organización y el contenido del trabajo y los factores relacionales que intervienen en el funcionamiento psíquico y mental de los trabajadores (Gollac, en Neffa, 2015, p. 114)

Debe tenerse en cuenta que dados los frecuentes cambios que involucran a los procesos productivos, los RPST pueden cambiar, fortalecerse, desaparecer o, incluso, surgir nuevos.

Los RPST han sido estudiados por distintas disciplinas tal como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Tabla 2
Disciplinas que han estudiado los RPST y sus abordajes

Ciencias o Disciplinas	Abordaje
Ergonomía	Adaptación del individuo Trabajador como sujeto activo - actores Salud: relación entre características del trabajo y del trabajador
Administradores y Especialistas en Gestión	Foco en la causalidad directa entre: productividad, involucramiento y las recompensas materiales y morales recibidas, las buenas condiciones y medio ambiente y la percepción de "salarios de eficiencia".
Psicología	Lo refieren a: violencia, acoso moral u hostigamiento y el acoso sexual. Resaltan la naturaleza moral.
Psicodinámica del trabajo	Necesidad de que la calidad del trabajo sea reconocida por pares y la jerarquía. "Buscar las estrategias defensivas del oficio"
Psicología Cognitiva y comportamental	Foco en las consecuencias sobre los asalariados y las empresas y brinda recomendaciones para prevenir o tratar

	el estrés y para que las empresas prevengan y disminuyan los factores generadores de tensión.
Economía	Causa en los procesos de trabajo, en su contenido y la organización del trabajo en su conjunción con la racionalidad económica vigente en las empresa y organizaciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de en Neffa (2015)

Particularmente, dentro de la medicina, **la psiquiatría** define los síndromes psiquiátricos según el CIM – Clasificación Internacional de Enfermedades o el Manual DSM-IV usado frecuentemente para investigación. En este sentido, los psicoanalistas han realizado una crítica de estas clasificaciones psiquiátricas por considerar que se focalizan en los síntomas y no en las causas o procesos que las generaron. Esta lectura resulta muy interesante ya que permitiría pensar cómo la medicina se posiciona más en el tratamiento y el apaciguamiento de los síntomas que en reconocer sus causas y, de este modo, fomentar la prevención de los RPST. La pregunta médica podría formularse de la siguiente manera: ¿cómo tratar la enfermedad?, en lugar de ¿qué la causa o cómo es posible prevenirla? Se volverá a este punto durante el presente trabajo al contemplar la cultura organizacional y el Modelo Médico Hegemónico.

Una vez definido el concepto de riesgo psicosocial, resulta importante detectar aquellos indicadores que darían cuenta de las consecuencias que traen aparejados tanto para las empresas como para las organizaciones.

3.2.3.1. Indicadores y consecuencias de los RPST en las empresas y organizaciones

A continuación, se mencionarán de forma resumida todos los indicadores enumerados en Neffa (2015), haciendo énfasis en aquellos que se vinculan especialmente con la temática del presente trabajo final:

- a) **Costos directos** relacionados con **accidentes o enfermedades profesionales**: indemnizaciones y los costos de los juicios inherentes, el aumento de las primas de los seguros contra riesgos del trabajo y el clima

de tensión generado por la insuficiencia o la falta de medidas efectivas de prevención, **cuya responsabilidad primera incumbe a la dirección de la empresa.**

- b) **Costos ocultos:** ausentismo, “incumplimiento de los horarios de trabajo, la ruptura de las relaciones interpersonales, quejas y pedidos de cambio de puesto de trabajo, la agresividad y la violencia en el trabajo que interrumpen el proceso productivo, fragmentan el colectivo de trabajo, revelan el clima organizacional de la empresa y **empeoran la calidad de vida en el trabajo**” (INSHT, en Neffa 2015, p. 421).
- c) **Tiempo laboral** anual elevado, horarios de trabajo atípicos, o la necesidad de constante disponibilidad, pueden **afectar negativamente la vida privada de los empleados y empleadas.**
- d) **Niveles de rotación y renuncias** como indicadores de malestar e insatisfacción en el trabajo.
- e) **Procesos de selección interna en los que no se producen postulaciones,** como posible indicador de tensión y **el deseo de no asumir posiciones de riesgo físico y/o psíquico.**
- f) **Problemas tanto en el cumplimiento de la productividad como en el propósito de incrementarla y** dificultades en el logro de los niveles de calidad y plazos establecidos. Como ejemplo se menciona la falta de interés por asumir horas extras.
- g) **Incremento de quejas de los clientes** en relación con la mala calidad del servicio prestado y conflictos en las relaciones interpersonales dentro de la empresa u organización originados en problemas de la organización del trabajo.
- h) El grado de aceptación o de cuestionamiento a las CyMAT y los RPST, que se puede conocer realizando entrevistas a informantes calificados, recibiendo quejas y observaciones de los trabajadores.
- i) **Conflictos internos,** tales como huelgas, paros, trabajo a reglamento como así también las sanciones disciplinarias como indicadores de un mal clima social o problemas en las relaciones sociales.

- j) “La **remuneración** según el rendimiento, al intensificar el trabajo e individualizarlo”. (2015, p. 42).
- k) **Problemas de comunicación y cooperación** que repercuten en problemas de planificación, logística, y que requieren un mayor nivel de supervisión.
- l) **Formación profesional permanente** y alineada con las expectativas de los trabajadores y trabajadoras, podría disminuir y mejorar las CyMAT, al disminuir las fuentes de riesgos psicosociales. También advierte que, en caso contrario, puede afectar su salud.
- m) **La exigencia de mayor producción, el aumento del control sobre el trabajo y el fomentar la competencia entre los empleados y empleadas** impactan de forma negativa en la salud mental.
- n) **Los accidentes de trabajo**, que afectan la atención y la concentración.
- o) **Enfermedades profesionales que impactan en el cuerpo** (várices, lumbalgias, otras), de las cuales algunas han sido reconocidas y otras, no.
- p) Signos de malestar o aumento del consumo de sustancias que afectan negativamente la salud (tabaco, alcohol, psicotrópicos autoadministrados, otros) identificados a partir del **análisis de datos registrados por los servicios de medicina del trabajo**.
- q) **Destrés o estrés negativo como factor de riesgo o situaciones graves o desagradables del clima de trabajo** (acoso, violencia verbal o física, indicadores de deterioro en las relaciones, otros)
- r) **Destrés como generador de enfermedades** (muchos mencionados en los puntos anteriormente).

Entonces puede decirse que en la población evaluada dentro de la organización los indicadores más relevantes para el presente trabajo se relacionan con: tiempo laboral destinado al trabajo de forma real o estando en estado de permanente disposición (c), cumplimiento de la productividad laboral demandada, rechazo frente a la posibilidad de incrementarla (f); incremento en las quejas de los clientes (en este caso pacientes) (g); problemas de comunicación y coordinación (k); exigencia de mayor productividad, aumento del

control del trabajo y el fomentar la competencia interna entre empleados/as (m), por último destrés o estrés negativo (violencia verbal, indicadores de deterioro en las relaciones, entre otros) (q).

3.2.3.2. *Los determinantes de los factores de RPST*

Estos pueden dividirse en dos tipos:

- a) **Estructurales:** principalmente, las condiciones de empleo, la organización y el contenido del proceso de trabajo, y las relaciones sociales en el trabajo que son susceptibles de interactuar sobre el funcionamiento psíquico y mental de las y los trabajadores con impactos sobre su salud, psíquica, mental, social e, incluso, física.
- b) **Individuales**, el impacto de ciertos riesgos puede afectar de diferente manera a los trabajadores y las trabajadoras, según sus características individuales, aunque se advierte que esto es aún más difícil y costoso de medir. El impacto de los riesgos va a depender del **tiempo de exposición** a los mismos, si este es **ocasional o si se repite** con cierta frecuencia y si el trabajador puede **disponer de recursos extra-profesionales compensatorios para procesarlos y hacerles frente**, como sería la **educación** inicial, el nivel de formación, de información y de calificaciones profesionales o si cuenta dentro del colectivo de trabajo con el **apoyo social y técnico de sus compañeros y/o el de sus familiares**.

De manera individual, el trabajador sufre cuando **falta el reconocimiento** o si percibe un **desequilibrio entre la magnitud** e intensidad de las demandas del puesto de trabajo y su **grado de autonomía** o de latitud **decisional** (Karasek, 1979, en Neffa 2015) para realizar la actividad, si cuenta o no con el apoyo social y técnico, o si considera que la **recompensa (monetaria, moral o simbólica)** recibida está por debajo de las exigencias (Siegrist, 2013, en Neffa, 2015).

Los investigadores de los RPST tratan de comprender y medir los riesgos de perturbaciones psíquicas, mentales, físicas y sociales que sobre la salud de la persona que trabaja provocan los determinantes socioeconómicos, las

condiciones de empleo, y las relaciones sociales en el trabajo y, en especial, el contenido y la organización del trabajo propios de cada proceso de trabajo.

3.2.3.3. Posibles afrontamientos o tratamientos de los RPST

Tanto los individuos como las organizaciones hacen frente o tratan los RPST con diversas estrategias. A continuación, nos referiremos a ellas.

Focalizados en el individuo:

Entre las primeras alternativas mencionadas por Neffa (2015) puede mencionarse la **prevención de las enfermedades profesionales** en la medida en que pueda contarse con **medios que posibiliten la rápida identificación de los riesgos**.

Según este autor, dada la naturaleza del trabajo, la fatiga fisiológica que genera, el nivel de involucramiento necesario, el esfuerzo, la creatividad y la atención que requiere, los trabajadores y trabajadoras se sobreponen en la medida en que **“subliman este riesgo y procuran encontrar un sentido a lo que hacen, tratando de lograr el reconocimiento social de su actividad”** (Neffa, 2015, p. 44). Aparece entonces un sentido más altruista de la tarea que es desarrollada por el empleado/a y que le permite tramitar este sufrimiento laboral transformándolo, de cierta manera, en una actividad que lo enaltece o enorgullece frente a sí o frente a terceros.

Las personas procuran apelar a **estrategias defensivas**, las cuales no suelen ser totalmente efectivas, pero lo hacen con la intención de permanecer sanas y normales frente al trabajo. Neffa (2015), al referirse al sufrimiento, lo ubica como una dimensión subjetiva de la vivencia psíquica de cosas que son percibidas como desagradables o destabilizantes, al tiempo que refiere que las personas no vivencian este sufrimiento generado por el contenido y la organización del trabajo de manera pasiva, por lo cual generan defensas que les permiten continuar trabajando. Así, haciendo mención a Dejours y Molinier, Neffa (2015) comparte el concepto de **“normalidad sufriente”**. Este concepto resulta muy interesante porque plasma una habitualidad, casi un acostumbamiento al

sufrimiento y, en cierta medida, su aceptación, al punto de ver como normal aquella vivencia que debería ser interpretada como patológica. Podría decirse que existe cierta normalidad sufriente en la interpretación de la concepción del trabajo.

Si no pueden sublimar o transformar el sufrimiento mediante la imaginación, se defienden orientando sus maneras de pensar y de actuar para evitar la percepción de aquello que los hace sufrir, sin que al hacerlo transformen la realidad y eviten los riesgos. Se recurre a medios simbólicos como la ocultación, la negación, los eufemismos, la racionalización y la naturalización, que modifican los afectos, los pensamientos y los estados mentales. **El sufrimiento deviene patógeno y el sujeto se enferma cuando no puede contener los riesgos.** (Neffa, 2015, p. 53, el resaltado es nuestro).

Otra de las modalidades mencionadas es la de **atacar las consecuencias y tratar de aislar al trabajador del riesgo** con medidas como la reducción de la jornada laboral o el tiempo que permanece expuesto al riesgo.

También se ha implementado el pago de **primas económicas** efectuadas de manera anticipada en compensación con el daño que sufrirá su salud, asumiendo el riesgo de forma voluntaria. En cierta forma, así se evita el pago de importantes indemnizaciones futuras resultantes de las consecuencias padecidas.

Otra medida consiste en el **tratamiento del psiquismo del trabajador**, con la finalidad de contenerlo y curar el daño generado, por medio de prácticas que se encuentren orientadas a la reducción del estrés, la recomendación de una vida saludable, dieta equilibrada, reducción de sustancias como tabaco o alcohol o la actividad física/deportiva.

Focalizados en la organización

Neffa refiere que los enfoques centrados en la organización poseen una concepción pasiva de los trabajadores y las trabajadoras quienes, en las medidas de sus posibilidades, se resisten o adaptan a los efectos producidos por

estos riesgos. “(...), **dejando de lado la posibilidad de actuar para reducir o eliminar las verdaderas causas e insistir en la necesidad de modificar los determinantes socioeconómicos, es decir cambiar la organización y el contenido del trabajo**” (Neffa, 2015, p. 105, el resaltado es nuestro).

El autor refiere que, gracias a los descubrimientos de Karasek y Siegrits quienes fundamentaron sus estudios en “la captación de las percepciones y vivencias de los trabajadores” utilizando largos y costosos estudios longitudinales, se arriba científicamente a la conclusión de que con “el transcurso del tiempo, la configuración de la organización y el contenido del trabajo tienen un fuerte impacto sobre el psiquismo humano con repercusiones sobre la salud psíquica, mental social e incluso física de los trabajadores cuando las somatizan” (Neffa, 2015, p. 105). Esta conclusión resulta central para el desarrollo del presente trabajo final ya que ubica con precisión las causas de los riesgos psicosociales en el trabajo en la vertiente de la organización, sea por sus características particulares o por el contenido mismo del trabajo que allí se realiza.

Posteriormente, menciona que países nórdicos han logrado, por medio de la prevención y la atención de los RPST, alcanzar efectos beneficiosos sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo, lo cual repercutió positivamente tanto en el funcionamiento de las empresas como en el control, al mismo tiempo, de los costos del sistema de seguridad social. **Refiere que, en la actualidad, no se ha llegado a formar un consenso que permita definir un tratamiento efectivo frente a los RPST, por lo que son abordados sobre la base de intervenciones provenientes de distintas disciplinas.**

3.2.3.4. Principales factores de riesgos psicosociales en el trabajo

- a) **El estrés.** Capacidad de los trabajadores y trabajadoras para adaptarse y/o afrontar los riesgos y amenazas generados por el proceso de trabajo, que desequilibran y predisponen para contraer enfermedades psíquicas o mentales.

b) **Las exigencias emocionales.** “(...) en ciertos casos los trabajadores y trabajadoras deben necesariamente esconder o negar sus propias emociones, por miedo a los accidentes, a la violencia o al fracaso de su actividad”. (Neffa, 2015, p. 124).

c) **La autonomía en el trabajo.**

De estas posibilidades depende en gran medida que se viva el trabajo como algo positivo, se le encuentre un sentido y se sienta placer y, finalmente, sea fuente de felicidad. Según la psicología, esta dimensión integra un modo de idealización de la trayectoria laboral, que es el ideal de la autonomía y las dos dimensiones psicosociales en las que se reconoce el grado de control sobre la actividad: el grado de adecuación entre las habilidades propias y las exigencias del trabajo y el estatus de control sobre los procesos que se realizan en el trabajo. (Neffa, 2015, p. 124).

d) **Las relaciones sociales en el trabajo.** Están constituidas por las vinculaciones tanto con pares, compañeros, jefes directos, la organización como empleadora y también los clientes, usuarios, pacientes y educandos. Se relacionan con esta variable: el sentido de justicia, la colaboración, sentirse integrado a un grupo, la comunicación, el compartir y adquirir conocimientos, el apoyo, el reconocimiento por parte de líderes y superiores, los estilos de liderazgo, la calidad de la red social.

e) **Los conflictos éticos y/o de valores.** Hacen referencia a la articulación o conflicto entre los valores de la organización y los individuales.

f) **La inseguridad en la situación de trabajo y empleo.** Hace referencia al dominio sobre su propio presente y futuro laboral. Necesidad de planificar y controlar la incertidumbre.

g) **El contenido del trabajo**

- Rol, puesto y naturaleza de la tarea realizada,
- las CyMAT inherentes a la actividad desarrollada
- grado de autonomía del que dispone el trabajador/a
- las relaciones de comunicación y cooperación
- el grado de responsabilidad que le corresponde a su rol

- La posibilidad de aplicar los conocimientos y formación profesional adquiridas, de utilizar sus competencias sean psíquicas, mentales o racionales y continuar aprendiendo
- el grado de participación en la gestión de la empresa y su organización

h) La cantidad o volumen de trabajo

En tanto el volumen de trabajo productivo se determina en relación con la búsqueda de generación de ganancias por parte de las empresas, en ocasiones puede demandar un nivel de trabajo excesivo para las personas que trabajan.

i) La intensidad del trabajo realizado por el/la trabajador/a

Su magnitud está determinada por el proceso de trabajo y su organización.

- la cantidad de la información a captar y procesar
- constatación de los medios de trabajo
- incorporación frecuente de nuevas tecnologías y programas aplicativos sin formación previa
- incidentes imprevistos, interrupciones frecuentes e involuntarias.
- Exigencia de formación y competencias elevadas en contraste con los conocimientos del trabajador/a
- Transferencia y adición de nuevas responsabilidades
- Definición de objetivos inalcanzables o faltos de definición precisa.
- Requerimientos de polivalencia en pos de cubrir rotación o ausentismos. Reducción de tiempos muertos

j) Las dimensiones de la carga de trabajo

Neffa (2015) define la carga laboral como el conjunto de requerimientos físicos, psíquicos y mentales que debe poner en juego el trabajador y la trabajadora para llevar adelante su actividad laboral, los cuales representan un factor de riesgo con distintos niveles de impacto en la actividad laboral. Diferencia, a su vez, un tipo de sobrecarga cuantitativa, cuantitativa y lo mismo hace con la infracarga. Todas ellas son capaces de representar posibles factores de riesgo.

La **sobrecarga cuantitativa** se relaciona con exigencias de tipo temporales ya sea por dificultades en la maquinaria utilizada, o por la cantidad de operaciones que deben ser ejecutadas en un plazo de tiempo acotado, o por la magnitud del volumen de trabajo solicitado. También puede darse por la cantidad de recaudos que hacen falta tomar durante la ejecución de la tarea o la carga de atención que la misma conlleva.

k) La duración y configuración del tiempo en el trabajo se vincula con la cantidad de horas y días demandadas, como así también por el tipo de trabajo realizado (nocturno, turnos que afectan la dinámica familiar o personal). También puede darse por tener que permanecer disponible en horarios no convencionales de trabajo.

l) Posibilidad de conciliar la vida laboral con la vida familiar

Da cuenta de la falta de armonización entre los horarios de trabajo y el tiempo dedicado a la familia o a la calidad que este último posee. Los usos de nuevas tecnologías de comunicación suelen interrumpir los momentos familiares o de descanso del trabajador y la trabajadora, generando incluso impacto en los vínculos entre los integrantes de la familia.

Entonces puede decirse que en la población evaluada dentro de la organización los indicadores más relevantes para el presente trabajo se relacionan con: el estrés (a); las relaciones sociales en el trabajo (d); el contenido del trabajo (g); la cantidad y volumen de trabajo (h); la intensidad del trabajo realizado (i); la duración y configuración del tiempo en el trabajo (k) y la posibilidad de conciliar la vida laboral con la vida familiar (l).

3.2.3.5. Variables que moderan o incrementan el impacto de los factores de RPST, a nivel del individuo y de las organizaciones

Estas también pueden ser agrupadas a nivel individual y organizacional.

Nivel del individuo:

- Género
- Edad
- Nivel educativo
- Estatuto o categoría socio-profesional
- Trayectoria laboral

Nivel organizacional:

- Dimensión y configuración del mercado.
- Las fluctuaciones de la actividad.
- La exteriorización de la fuerza del trabajo (subcontratación, tercerización, etc.).
- La división interna del trabajo (técnica y social).
- Organización y contenido del trabajo.
- Modos de gestión de la fuerza de trabajo (selección, reclutamiento, inducción, formación, promoción, desarrollo, despidos, otras).
- Tipo de tecnología utilizada.
- Tiempo de trabajo y su configuración.
- Volumen de trabajo (incremento o reducción)
- Clima social interno.
- Reputación de la empresa para sus asalariados.

3.3. Contexto en el que se inscriben los RPST: la cultura organizacional

3.3.1. La cultura y sus características

Gómez Díaz y Rodríguez Ortiz (2013) afirman que podría hablarse de un consenso entre los teóricos en relación a cómo definir la cultura organizacional, y proponen la siguiente definición.

La cultura organizacional puede conceptualizarse como un conjunto único de características que hace posible distinguir una organización

de otra, que informa acerca de cómo las personas en la organización deben comportarse a través del establecimiento de un sistema de normas y valores, que se transmite de una generación a otra, de un miembro a otro, mediante un proceso de socialización/aprendizaje que incluye, entre otros, ritos, ceremonias, mitos, leyendas y acciones de reforzamiento y castigo. (Gómez Díaz y Rodríguez Ortiz, 2013, p. 1)

Estos autores también hacen mención a los siguientes consensos:

- La cultura da cuenta de **características únicas** de cada organización, las que se mantienen en el tiempo y brindan el soporte necesario para que se produzca el sentido de pertenencias e individualidad.
- La cultura presenta **dos facetas**; es un mecanismo que demuestra ser efectivo para que la organización enfrente y se **adapte** al medio ambiente pero, al mismo tiempo, como tiende a establecerse, se fija y perpetúa, por lo que llega a ser un **obstáculo** frente a la necesidad de adaptación de aquellos cambios que se van sucediendo en el entorno.
- Según Gómez Díaz y Rodríguez Ortiz (2013) la cultura organizacionalmente se manifiesta por medio de la manera en que son divididas las actividades necesarias para llevar adelante el proceso productivo, las modalidades con las que se van relacionando las funciones y las tareas dentro de la organización, los sistemas de recompensas e incentivos, la posición que tiende a asumirse frente a los cambios, la aceptación o rechazo al riesgo; las características de cómo son llevadas adelante las actividades comerciales, la distribución de tiempos según las actividades, las metas fijadas y todo aquello relacionado con el ejercicio del poder dentro de la organización.

Gómez Díaz y Rodríguez Ortiz (2013) proponen describir las características culturales según los siguientes indicadores:

- Los grados de autonomía individual.
- El diseño de la estructura organizacional.
- Tipo y calidad del apoyo administrativo que existe para la ejecución y logro de los objetivos y resultados deseados.

- Los elementos que permiten reconocer patrones de identidad organizacional.
- Los mecanismos a través de los cuales se otorgan las recompensas por el desempeño esperado o superior.
- La tolerancia que las personas tienen a aceptar y hacer un manejo positivo del conflicto.
- La mayor o menor aversión al riesgo que conllevan las decisiones.

Los aportes de Schein para la comprensión de la cultura

El destacado y reconocido aporte realizado por Schein (1988) en relación con la definición y las características de la cultura organizacional nos permite contar con un instrumento preciso a la hora de analizar las empresas e instituciones. Su fundamentación es principalmente clínica y se encuentra influenciada por la psicología, el psicoanálisis, la teoría de las relaciones humanas y la antropología cultural, tal como refieren Gómez Díaz y Rodríguez Ortiz (2013).

Schein (1988) define tres razones fundamentales por las cuales debe comprenderse la cultura de cada organización: 1) son perfectamente “visibles” y “tangibles”; 2) El rendimiento individual y empresarial, y las opiniones que los miembros de una empresa tienen sobre ella se comprenderán tan solo si se considera su cultura; 3) la cultura empresarial como concepto ha sido malinterpretada y confundida con otros conceptos como los de clima o filosofía.

Schein (1988) propone analizar la cultura en tres niveles: el primero, más visible y observable, es el comprendido por los artefactos o cultura material; el segundo, corresponde a los valores, y el tercero hace referencia a lo más profundo e inconsciente, a lo que denomina “supuestos básicos”.

La definición que aporta el autor sobre los supuestos básicos da cuenta del nivel más profundo que contempla presunciones y creencias compartidas por los integrantes de la empresa, los cuales conducen a interpretar la concepción que esta posee de sí misma y de su contexto.

Tomando en cuenta fundamentalmente este nivel define a la cultura como:

(...) un patrón de supuestos básicos - inventados, descubiertos, o desarrollados por un grupo en tanto aprende a manejar sus problemas de adaptación externa e integración interna - que ha funcionado lo suficientemente bien para ser considerado válido y, por consiguiente, ser enseñado a nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación a esos problemas. (Schein, 1988, p. 25 y 26)

Resulta claro cómo la cultura se va conformando sobre la base de encontrar soluciones efectivas frente a las problemáticas internas y externas que debe afrontar la organización. Estas respuestas culturales posteriormente son profundamente validadas y dejan de ser fácilmente detectables o percibidas, ni llegan a resultar evidentes; pero, al mismo tiempo, se encuentran sumamente activas y presentes, y operan de manera permanente, desempeñan un rol central en la dinámica de la organización, en tanto son enseñadas y transmitidas a todo aquel que sea o comience a ser parte de ella. Podría decirse que es intangible pero radicalmente presente, define condiciones al tiempo que, también, va generando sus propios cambios.

Niveles de análisis de la cultura

Con la finalidad de poder analizar la cultura organizacional Schein (1988) define tres niveles:

Nivel 1: Artefactos, producciones o creaciones. Representa el nivel más evidente y visible de una cultura ya que en buena parte es definido por entorno físico y social. Incluye variables fácilmente observables como: conductas y comportamientos manifestados por los integrantes de la organización, el lenguaje tanto escrito como hablado y sus particularidades; las características del espacio físico; las producciones o la capacidad tecnológica del grupo. Este autor afirma que estos artefactos producidos pueden clasificarse y vincularse con las facetas de la vida de un grupo.

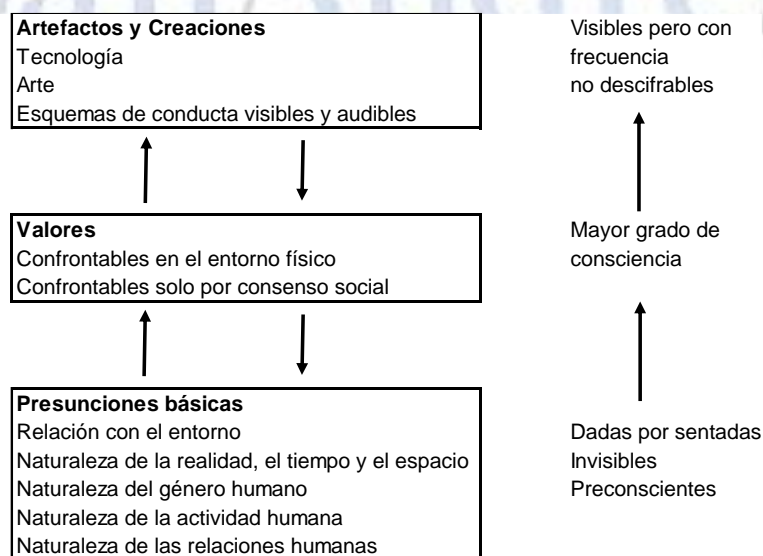
Nivel 2: Valores. Ponen en juego aquello que las organizaciones se proponen como deseo de llegar a ser, a diferencia de lo que son.

En este nivel intermedio, resulta interesante como Schein (1988) plantea en cierta forma el estado de consciencia o inconsciencia en relación con el registro de los valores y cómo ellos operan. Por un lado, dirá que aquellos que se ubican dentro de lo consciente son explícitos y se articulan con normativas o aspectos morales que orientan a los miembros de la organización en cuanto al actuar que se espera por parte de ellos, en especial ante situaciones clave. Mientras que, por el otro, indicará que también algunos de los valores se encuentran en un camino de transición y transformación en vías de convertirse en presunciones.

Si bien estos valores nos pueden servir para predecir comportamientos y conductas que se darían en el nivel 1, el de los artefactos, al mismo tiempo advierte que pueden no ser suficiente para comprender la cultura de la organización y que, incluso, en ocasiones llegan a registrarse oposiciones entre los mismos valores.

Nivel 3: Presunciones subyacentes básicas. Si bien ya han sido definidas anteriormente, podría agregarse que posee una serie de características singulares que son inconscientes y, por lo tanto, difíciles de ubicar, incontestables e indiscutibles. En cierta forma, estas presunciones son las que, al conocerlas, nos permiten entender los comportamientos, las conductas y la lógica que opera en cada cultura organizacional.

Tabla 3
Niveles y características de la cultura



Fuente: Schein, (1988, p. 30).

Cultura y Liderazgo

Schein (1988) propone pensar a la cultura y al liderazgo como las dos caras de una misma moneda, es decir que no pueden ser una sin la otra. En este sentido, resulta categórico al afirmar que **las culturas de las organizaciones son creadas por sus líderes**, quienes también deben conducirla e, incluso, si llegara a ser necesario, destruirla.

Enfatiza el peso del líder en relación a la cultura al decir:

De hecho, existe la posibilidad de que lo único realmente importante que hacen los líderes sea la creación y conducción de la cultura, y que el único talento de los líderes esté dado por su habilidad para trabajar con la cultura. (Schein, 1988, p. 20)

De este modo, ubica de manera directa la influencia decisiva que los líderes poseen sobre la cultura organizacional y, claramente desde su concepción, posiblemente sea la función por excelencia a la que estos deberían abocarse. Podemos pensar, entonces, en la importancia que tiene para el caso de estudio de este Trabajo Final el registrar características del liderazgo que impacten de forma directa en las particularidades culturales de la organización, en especial al ser su fundador un reconocido médico dentro de la especialidad.

3.4. La cultura en las organizaciones médicas: el Modelo Médico Hegemónico (MMH)

3.4.1. Definición del Modelo Médico Hegemónico y principales características: biologismo y ahistoricidad

En una ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, en Buenos Aires, el Lic. Eduardo Menéndez definió el Modelo Médico Hegemónico como:

(...) el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como **la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos**, como por el Estado (Menéndez, 1988, p. 1, el resaltado es nuestro).

El final de este enunciado resulta especialmente relevante ya que precisa cómo este modelo se autopercibe como la “única forma de atender la enfermedad” fundamentándose en su basamento científico. Desde esta concepción, todo abordaje de la enfermedad o práctica curativa que no se ajuste a los cánones del presente modelo no sería reconocido como científico.

En la misma lógica, el MMH se atribuye, desde su perspectiva biomédica, el tratamiento de la enfermedad como patrimonio exclusivo del saber médico. “En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica **el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico**” (Menéndez, 2005, p. 10, el resaltado es nuestro).

Es válida entonces la pregunta por el tratamiento de las enfermedades que no responden a causas puramente biológicas, como en su mayoría son aquellas producidas por las CyMAT y cuyo tratamiento podría implicar el ejercicio de prácticas de tipo psicológicas o sociológicas, entre otras.

Más adelante en la ponencia del 1988 el autor menciona los principales rasgos estructurales del MMH, los cuales a su vez operan entre ellos. Estos son: “**biologismo**, individualismo, **ahistoricidad**, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico” (Menéndez, 1988, p. 2).

Hay dos conceptos que en la bibliografía referida al MMH suelen ser resaltados como los que mejor lo definen, ellos son: el biologismo y la ahistoricidad, los cuales serán desarrollados a continuación.

El **biologismo** representa el rasgo estructural dominante, ya que garantiza la cientificidad del modelo, al tiempo que permite jerarquizar y diferenciarlo de otros factores explicativos.

Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde **los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos**. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos (Menéndez, 1988, p. 2, el resaltado es nuestro).

Esta definición explicita cómo el MMH aborda las problemáticas desde el paradigma biológico cientificista y de este modo los aspectos de tipo social, cultural, humano, psicológico o subjetivo forma parte de la periferia, de algo “anecdótico”, no sustancial. De este modo, es posible comprender que existe para este modelo una relación directa y lineal entre enfermedad, biologismo y tratamiento científico/médico; no contempla otras prácticas profesionales, ni puede contemplar causas que no respondan a lo biológico. Para este modelo, no es posible enmarcar causas que no respondan a lo biológico. **Si las personas se enferman biológicamente, ¿dónde queda su singularidad y subjetividad, qué lugar para lo humano?**

El otro rasgo estructural resaltado por Menéndez es la **ahistoricidad**, el cual lleva a abordar el tratamiento de las enfermedades desde un lugar naturalmente biológico, no como parte de un hecho social o histórico. “La enfermedad evoluciona y no tiene historia”. “(...) el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia; es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales” (Menéndez, 2005, p. 3).

“Sin embargo, estas características sociales tienden a ser opacadas en las reflexiones sobre el desarrollo del saber médico; más aún, **las instituciones médicas han tratado de negar –o por lo menos secundarizar– constantemente el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad y especialmente en la atención biomédica, tratando de imponer la existencia de una “mirada” médica autónoma, profesional y científica**” (Menéndez, 1988, p. 11, el resaltado es nuestro).

En la medida en que no hay historia, el foco médico se orienta al tratamiento de los síntomas, y deja prácticamente de lado la **pregunta por las causas** sociales, laborales, psicológicas o culturales, entre otras, ya que todo queda subsumido al abordaje biológico. De este modo, los y las profesionales formados/as desde esta perspectiva científicista se verán llevados a abordar incluso sus propias problemáticas laborales haciendo uso de este paradigma, por lo que posiblemente no logren evaluarlas y superarlas desde el abordaje que las mismas requerirían. Podría decirse que este mismo modelo los lleva a **invisibilizarse como sujetos**, ya que no es posible registrar causas de una patología que no responden a lo biológico.

3.4.2. Características del entrenamiento profesional de los y las médicas que inciden en la aparición del *burnout*

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) manifiestan: “Todos los autores coinciden en que la falta de formación práctica en las Escuelas y Centros Universitarios, viene a ser una trampa para los jóvenes que se inician en el ejercicio de sus labores” (p. 261) y, haciendo referencia a Wilder y Plutchick (1981), enumeran una serie de dificultades vinculadas a los centros formativos:

- Excesivos conocimientos teóricos.
- Escasos entrenamientos en habilidades prácticas.
- Inexistencia del aprendizaje de técnica de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad.

- Falta de formación sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar su trabajo.

Menéndez, en relación a la formación médica, refiere:

La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a **la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera.** (1988, p. 4, el resaltado es nuestro).

Hay una dificultad manifiesta en identificar todo aquello que exceda lo biológico y, sobre todo, en reconocer lo social como parte misma de su práctica, incluso de percibirse ellos mismos como “sujetos” que forman parte de un contexto social/laboral determinado y por lo tanto alcanzados también por sus particularidades.

3.4.3. El MMH y la enfermedad en el proceso laboral

Menéndez da cuenta de cómo el modelo biomédico no contempla un abordaje de las patologías resultantes del ejercicio de la actividad laboral médica.

(...) los procesos de salud/enfermedad constituyen cuestionamientos potenciales tanto de las instituciones médicas como de la sociedad en la cual operan dichas instituciones, y en las cuales **se desarrollan y se sufren las enfermedades generadas**, por lo menos en parte, **en el proceso laboral.** Desde esta perspectiva la salud/enfermedad aparece como **un proceso político que el modelo médico tiende constantemente a enmascarar** (Menéndez, 2005, p. 11, el resaltado es nuestro).

“La biomedicina convierte el problema específico de salud en un problema abstracto, donde lo determinante es la enfermedad biológica no la situación concreta del trabajador y su enfermedad en el proceso productivo” (Menéndez, 2005, p. 14). Contemplar las enfermedades como fruto del proceso productivo del trabajo demandaría del MMH un reconocimiento social de la causa y

justamente esta última, desde este modelo, solo puede basarse en lo biológico. Posiblemente exista una mayor facilidad para identificar problemas asociados por ejemplo a la ergonomía o a dolores vinculados con el mal uso de herramientas que a situaciones de *burnout* generadas por los RSP existentes en un ámbito laboral determinado.

3.4.4. El trabajador y la trabajadora como sujetos cosificados u objetos de investigación

Menéndez señala que el MMH no conceptualiza al trabajador como tal, sino como un cuerpo enfermo abordado desde un punto de vista netamente biológico. “(...) El saber médico (...) impulsará una medicina del trabajador **enfermo reducida al mismo, pero no en cuanto trabajador sino en términos de un cuerpo reducido a lo biológico y separado de su calidad de trabajador**” (Menéndez, 2005, p. 14).

Una de las tendencias más negativas es la **cosificación del sujeto** de investigación, el cual es convertido en objeto de investigación ajeno a las características personales y sociales diferenciales que lo constituyen no en cualquier sujeto, sino en un objeto de investigación (Menéndez, 2005, p. 26, el resaltado es nuestro).

De este modo queda en evidencia hasta qué punto el trabajador queda simplificado en un puro cuerpo biológico, subjetivamente cosificado, posible de ser estudiado científicamente. Este modelo no contempla que el trabajador y la trabajadora puedan padecer enfermedades que respondan a características sociales o particulares del contexto laboral en el que se desenvuelven.

Menéndez (2005) ubica al saber médico como una mirada reduccionista de la enfermedad, dentro de la cual no forman parte la red de relaciones sociales y culturales que afectan el proceso de salud/enfermedad tanto del trabajador y la trabajadora como de sus familias. Invita, entonces, a reconocer al trabajo como el **principal articulador de la vida de quienes trabajan**, ya que en buena parte ordena los tiempos de los empleados y las empleadas tanto dentro como fuera

en su espacio laboral. Propone asumir que esta distribución de los tiempos afecta de manera directa las relaciones de pareja y con los hijos por lo que, en definitiva, las condiciones de trabajo impactan tanto en la salud de quienes trabajan como en la de sus familias.

Menéndez (2005) afirma que, al biologizar todo el padecimiento, el MMH termina por **excluir las causas y las consecuencias sociales**, por lo que la enfermedad termina siendo explicada por ella misma y, por lo tanto, **la intervención médica se reducirá solamente a tratarla**.

Las características del MMH llevan a concluir que desde su mirada biologicista, y ahistórica, a partir de la cual el padecimiento no puede ser conceptualizado desde el punto de vista humano o social ya que el sujeto es cosificado, se hace prácticamente imposible abordar la problemática del *burnout* ya que para este no hay sujeto, hay cuerpo. Al mismo tiempo, en cierta forma, el *burnout* **pone en jaque al MMH** al resultar ineficiente ya que tiende a abordar el síntoma y no puede admitir una pregunta por la causa que conlleve una respuesta de tipo social o del orden de lo humano. Es decir que **los y las residentes son convertidos/as en objeto de estudio**, tal como lo demuestran la producción de publicaciones científicas difundidas por la institución, sobre los que habría que aplicar métodos científicos. **Desde esta concepción el padecimiento del o de la residente no posee un fundamento valedero, y muchas veces es subestimado, ya que su causa no responde a la lógica científica/biológica.**

3.4.5. Las residencias médicas como una subcultura

Hamui-Sutton, Vives-Varela, Gutiérrez-Barreto, Castro-Ramírez Lavallo-Montalvo y Sánchez-Mendiola (2014) refieren que la cultura se expresa en toda la organización y también en lo que denominan “**subculturas asociadas**” dentro de las cuales ubican a los/las médicos/as residentes. Basándose en Maanen y Barley (1985) definen la **subcultura organizacional** como:

(...) un subconjunto de integrantes de la organización que interactúan con regularidad, se identifican a sí mismos como un grupo distinto de

los demás al interior de la organización, comparten una serie de problemas específicos y realizan acciones rutinarias con base en significados compartidos (Hamui-Sutton y otros, p. 76)

Esta definición resulta interesante porque recorta la subcultura de residentes con sus propias particularidades y problemáticas la cual, al mismo tiempo, forma parte de una cultura organizacional superior con la que debe y necesita integrarse. Sin embargo, en la interacción se producirán tensiones y conflictos dado que, con frecuencia, los/as residentes asumen tareas y responsabilidades que superan su formación.

Estos autores sitúan características interesantes de subcultura de los residentes:

- Atraviesan un proceso particular para ingresar a la institución.
- Se desempeñan simultáneamente como trabajadores-estudiantes-educadores.
- Son parte de un sistema estructurado que presenta jerarquías rígidas que se van modificando a medida que avanzan los años de experiencia en la residencia.

En relación a este último punto puede decirse que la antigüedad en la residencia, generalmente medida en años en relación al momento de ingreso a la organización, determina la posición, la jerarquía, el lugar de educador y la capacidad para tomar decisiones y responsabilidades. De esta forma, quienes se inician en la práctica desempeñan un rol de aprendices, que necesitan la orientación, el feedback y la supervisión de aquellos residentes con mayor grado. Habitualmente suelen ser llamados o autodenominarse como R1, R2, R3 y R4: el subíndice da cuenta del año de residencia al cual pertenecen.

Basados en el trabajo de Lempp H. y Seale C. estos autores plantean que, en esta estructura jerárquica, habitualmente se detectan **prácticas abusivas** ejercidas por los residentes de mayor nivel sobre los de menor. Al mismo tiempo, el aprendizaje del/de la residente necesariamente suele darse interactuando con otros médicos quienes también presentan diferentes niveles y jerarquías.

Tomando como referencia a Lave J. y Wenger estos autores plantean que la experiencia de aprendizaje que atraviesan los/las residentes no suele

enmarcarse dentro de una clara instrucción pedagógica, sino que lo hacen teniendo contacto con el hacer cotidiano de la atención hospitalaria. “El aprendizaje situado se orienta hacia la apropiación de conductas, actitudes, emociones, valores y códigos de ética (generalmente no escritos) propios de la comunidad de práctica o de la cultura del grupo médico, donde el residente se forma” (Hamui-Sutton y otros, p. 83). Al leer esta definición podría decirse que gran parte de la formación que atraviesan los/las residentes se asocia con la incorporación y la adaptación a la cultura existente en la institución en la que se desempeñen, como así también con las particularidades jerárquicas y los modelos médicos que son transmitidos como algo propio de este ámbito médico.

Los procesos de cambio relativo a la cultura organizacional para mejorar la calidad educativa y la atención médica son posibles en el clima de las residencias médicas. Sin embargo, esto no sucede por decreto, implica el compromiso y el apego a las normas y valores de los involucrados en las decisiones cotidianas hasta que las pautas de comportamiento se conviertan en las disposiciones profesionales y académicas de los miembros de la organización (Hamui-Sutton y otros, p. 83).

Como estos autores plantean, puede afirmarse que el cambio en las condiciones de aprendizaje y, fundamentalmente, en la subcultura de las residencias, involucra profundamente a la cultura de la organización y, por ende, a los líderes que la definen y conforman. El cambio cultural debería ser considerado desde las máximas autoridades para que tenga impacto en toda la organización y permita reducir los niveles de *burnout*.

4. Investigación de campo

4.1. Metodología de relevamiento

Con la finalidad de relevar las causas y las particularidades de cómo el *burnout* se presenta en la institución objeto de estudio de este Trabajo Final se aplicaron los siguientes elementos de recolección de datos: cuestionario MBI (ver Anexo 1), Observación participante de la organización y *focus groups* con los/las residentes. Se recuerda que el primer año de residencia los/as médicos/as lo cursan en otra institución.

Especificidades sobre cada uno de los elementos de recolección de datos:

- **Cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory (MBI).** Se aplicó este instrumento con la finalidad de medir y corroborar el nivel de *burnout* presente en las/os residentes. Se compararon los resultados obtenidos en cada uno de los años de residencia distinguiendo las tres sintomatologías sobre la que el instrumento brinda información, y que fueron desarrolladas en el marco conceptual: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Desarrollo Personal.
- **Observación participante en reuniones con los directivos de la organización.** Se realizaron con la finalidad de detectar las características culturales, el nivel de *insight* y el tipo de reflexión presente en los líderes de la organización en relación a las causas y las consecuencias del *burnout*.
- ***Focus groups*.** Estuvieron orientados a relevar las particularidades de la experiencia de los/as residentes en la institución en relación al *burnout*.

4.1.1 Cuestionario: Maslach *Burnout* Inventory (MBI)¹

Se ha seleccionado el presente inventario ya que ha sido el utilizado por la institución en pos de estudiar la existencia y el nivel de *burnout* en sus residentes durante los últimos años. A su vez, es la técnica utilizada con mayor frecuencia en las distintas investigaciones científicas que buscan medir el nivel de *burnout*.

La información brindada por los directivos de la institución en este sentido resulta contradictoria: por momentos afirman claramente la existencia de este síndrome en sus profesionales, en otros casos refieren que los indicadores se encuentran dentro de la media hallada en las organizaciones de salud en Latinoamérica e, incluso, llegan a plantear que, en su caso, la situación es menos preocupante; **por este motivo he decidido relevar mis propios datos.**

El cuestionario fue respondido por la totalidad de los/as residentes: una población total de 16 (5 de segundo año, 5 de tercero y 6 de cuarto) durante el primer encuentro de cada uno de los *focus groups*.

Los resultados obtenidos fueron estructurados según la siguiente secuencia lógica:

- Resultados obtenidos de cada una de las tres sintomatologías -cansancio emocional, despersonalización y realización personal- que componen el *burnout* a partir de haber administrado el cuestionario MBI a todos/as los/las de residentes. Objetivo: detectar la presencia y el nivel de *burnout* en los/las residentes.
- Resultados obtenidos en cada una de las sintomatologías según el año de residencia. Objetivo: detectar la existencia de variaciones en la comparación entre los indicadores obtenidos en cada uno de los años de formación, prestando especial interés a su aumento o disminución.

¹. Existen diferentes instrumentos que han sido utilizados para estudiar el síndrome de *burnout*. Entre ellos, podemos mencionar: Maslach *Burnout* Inventory (MBI) de Maslach y Jackson el *Burnout* Measure (BM) de Pines y Aronson; el Cuestionario Breve de *Burnout* (CBB) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralle), el cuestionario Staff *Burnout* Scale for Health Professionals (SBSHP) de Jones y la Escala de efectos psíquicos de *Burnout* de García Izquierdo y Velandrino (Neffa, 2015).

- Distribución de los puntajes individuales. Objetivo: registrar los distintos puntajes obtenidos por cada uno de los/as residentes para detectar la dispersión o tendencia de los puntajes obtenidos.
- Análisis de las preguntas correspondiente a cada sintomatología. Objetivo: registrar los factores que mayor y menor incidencia tienen dentro de la composición de esta sintomatología.

Tabla 4
Secuencia del análisis de los resultados del cuestionario MBI

Resultados de los tres tipos de sintomatologías del burnout	
1. Cansancio Emocional	
↳	Distribución de puntajes individuales
↳	Análisis de preguntas específicas
2. Despersonalización	
↳	Distribución de puntajes individuales
↳	Análisis de preguntas específicas
3. Realización Personal	
↳	Distribución de puntajes individuales
↳	Análisis de preguntas específicas

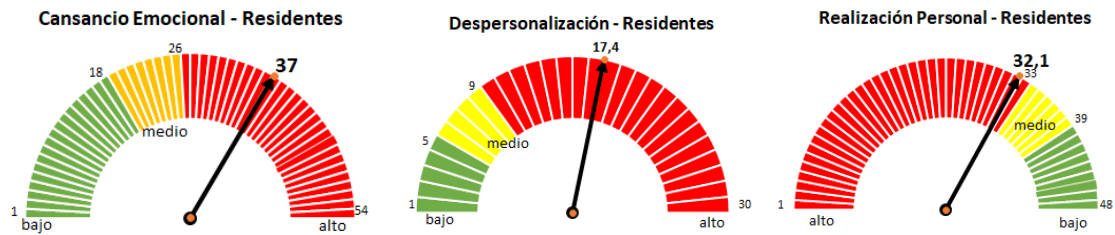
Fuente: Elaboración propia a partir del análisis realizado

Resultados según los tipos de sintomatologías del *burnout*

Como se mencionó en el marco conceptual, el *burnout* se compone de tres tipos de sintomatologías específicas, las cuales el MBI evalúa de forma individual y según sus respectivas escalas.

Gráfico 2

Resultados de cada una de las sintomatologías de burnout sobre el total de residentes



Aclaración: la interpretación de "Realización Personal" debe ser considerada de forma inversa, es decir que cuanto más bajo resulta el puntaje obtenido, más alta es su incidencia.

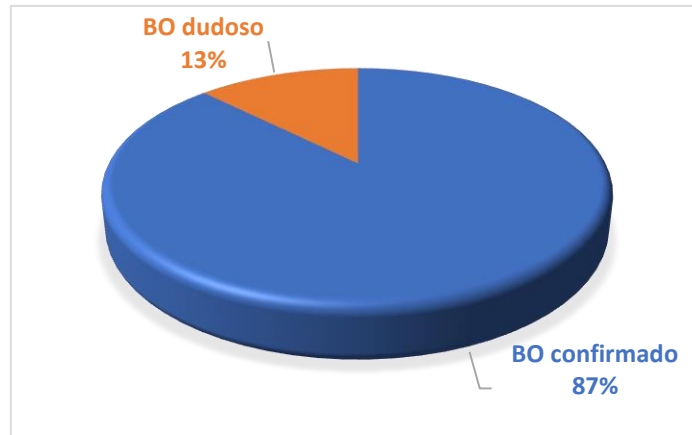
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos del cuestionario MBI

Se confirma la existencia del síndrome de *burnout* cuando al menos dos de las tres áreas evaluadas arrojan un puntaje positivo. Como puede verse, en los resultados obtenidos, las tres dimensiones evaluadas brindaron indicadores altos de *burnout* por lo que queda **confirmada la existencia de dicho síndrome en los residentes de la institución.**

Del total de evaluados (16 residentes) 14 presentaron claros indicadores de *burnout*, mientras que uno/a de ellos/ellas presentó puntaje medio en dos de las sintomatologías y alto en la tercera, al tiempo que un/a residente presentó un puntaje bajo, medio y alto en las escalas al responder el cuestionario solicitado según la propia percepción.

Tomando solamente como casos positivos de *burnout* (BO) aquellos/as residentes que presentaron al menos dos sintomatologías altas en sus escalas, los casos podrían graficarse de la siguiente manera:

Gráfico 3
Porcentaje de burnout sobre la totalidad de residentes



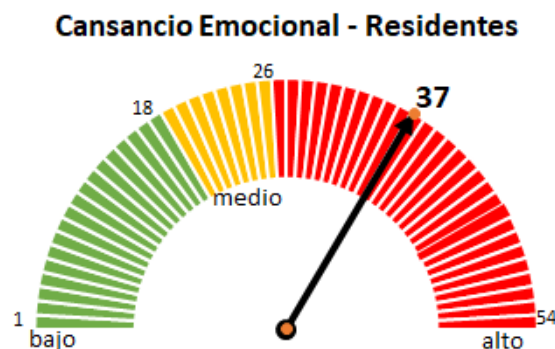
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos del cuestionario MBI

Claramente, las dimensiones donde los puntajes resultaron significativos fueron en las sintomatologías de Cansancio Emocional y Despersonalización. El puntaje de Realización Personal se encuentra próximo al término medio, lo cual, como se verá en los *focus group* realizados, responde a factores vocacionales y a que, pese a padecer el mencionado síndrome, los/las residentes encuentran en la práctica aspectos que les permiten formarse como muy buenos profesionales.

Sintomatología: Cansancio Emocional

Puntaje promedio alcanzado por el total de residentes

Gráfico 4
Nivel de cansancio emocional que presentan los/as residentes

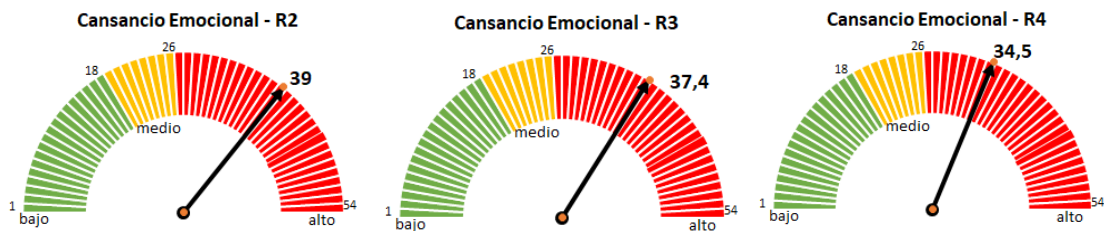


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo.

El puntaje de los/as residentes de la institución fue en promedio de: 36.96 sobre un máximo posible de 54.

Puntajes alcanzados por cada uno de los años de residencia

Gráfico 5
Nivel de cansancio emocional según el año de residencia.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo.

Se constata un nivel alto en relación a la sintomatología cansancio emocional en los tres años de residencia, aunque pareciera presentar una **diminución leve y gradual** a medida que los años de residencia avanzan.

Tabla 5
Comparativa entre los puntajes obtenidos en los distintos años de residencia en relación a la sintomatología cansancio emocional.

CE	Puntaje	R2	R3
R2	39,0		
R3	37,4	-4,1%	
R4	34,5	-11,5%	-7,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios.

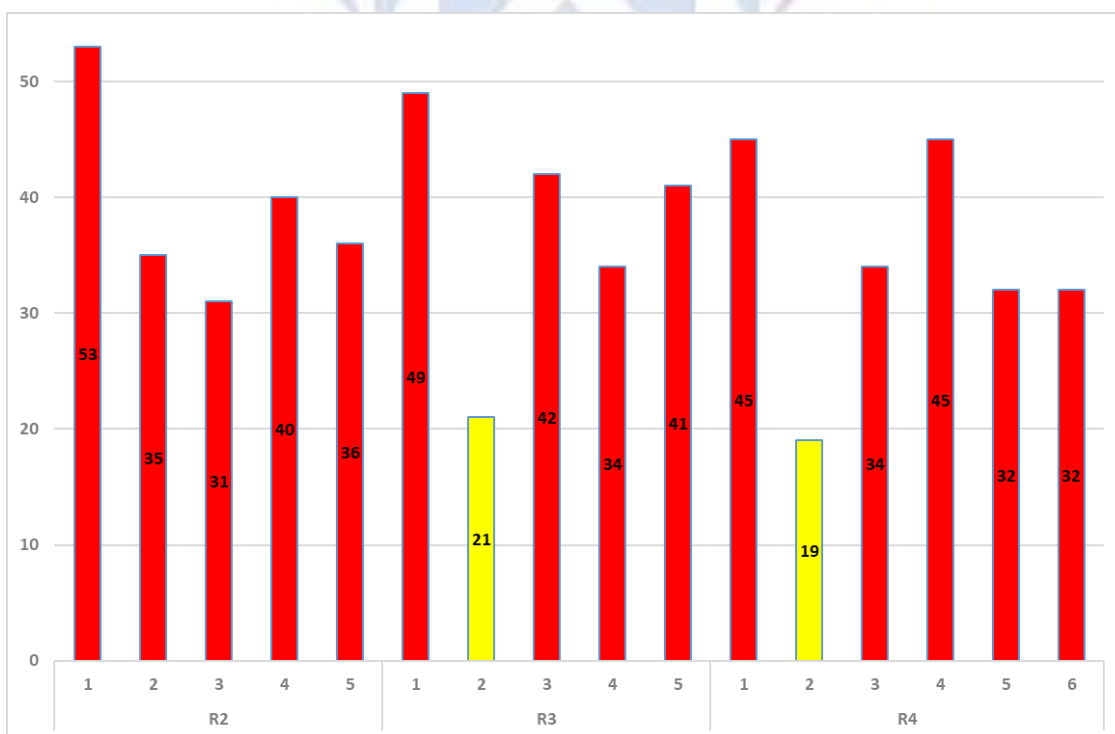
La disminución entre los indicadores del segundo año de residencia en relación al tercero fue de un 4.1% y en relación al cuarto de un 11,5%, la mayor disminución pareciera darse entre el tercer y cuarto año de residencia con un 7,7%. De todas maneras, en los tres registros **el nivel de incidencia de *burnout* en relación a esta sintomatología se mantiene alto. Esta disminución**

encuentra fundamento en que a medida que los años de residencia transcurren los/as médicos/as pueden llevar adelante prácticas profesionales más calificadas, las cuales buscan impactar favorablemente en el cuadro clínico de los/as pacientes, lo que, de este modo, los lleva a experimentar un mayor nivel de satisfacción con la práctica formativa.

Distribución de los puntajes individuales

Por medio de esta distribución se procura detectar la dispersión entre los puntajes arrojados por cada uno de los/as residentes.

Gráfico 6
Distribución individual de los puntajes obtenidos por cada uno/a de los/as residentes en relación a la sintomatología Cansancio Emocional



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios

Nota: Uno de los evaluados que ha dado puntaje medio acababa de reincorporarse a la institución luego de sus vacaciones. Como se ha visto en el marco conceptual, el descanso tiene un impacto positivo sobre las condiciones y los niveles de *burnout*.

Cada una de las barras corresponden a los puntajes obtenidos por los/as residentes de manera individual. Dentro de R2 se encuentran listados del 1 al 5 cada uno de sus integrantes y lo mismo ocurre con R3 y R4. El color rojo da cuenta de un nivel alto, el amarillo medio y el verde bajo de *burnout*.

Todos los/as residentes de segundo año presentar un nivel alto de Cansancio Emocional. Mientras que este porcentaje fue del 80% en el caso del tercero y cuarto año de residencia. No se registraron indicadores bajos en ninguno de los tres años. El puntaje medio obtenido por el/la residente de cuarto año se encuentra en el límite incluso de ser evaluado como bajo.

Análisis de las respuestas específicas del cansancio emocional

Con la finalidad de poder detectar cuáles son los aspectos que mayor impacto han tenido en el cuestionario, se han ordenado por orden de preponderancia cada uno de las respuestas.

Gráfico 7

**Ponderación de las respuestas correspondientes a la sintomatología:
Cansancio Emocional**



0= nunca. 1= pocas veces al año o menos. 2= una vez al mes o menos. 3= unas pocas veces al mes. 4= una vez a la semana. 5= pocas veces a la semana. 6= todos los días.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios

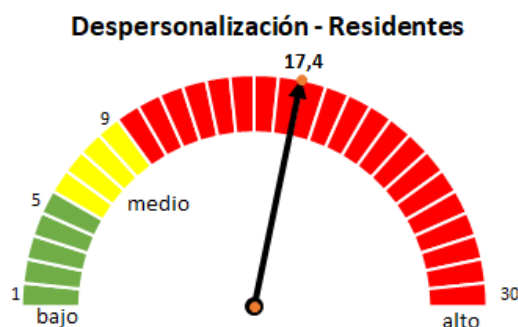
Esta ponderación permite detectar el bajo nivel de energía con el que afrontan la jornada laboral, principalmente por la cantidad de tiempo que este les demanda y el desgaste que les ocasiona. Luego le siguen los aspectos vinculados con el contacto directo con la gente, cuestión que caracteriza y es parte de la definición misma del *burnout*.

En menor medida se registra un sentimiento de frustración en el trabajo, lo cual condice con los resultados obtenidos en la dimensión de Realización Personal que veremos más adelante. Posiblemente no se perciban agotados al finalizar el día de trabajo dada la dificultad en registrar el cansancio, ya que el mantenerse contantemente en movimiento les genera un alto nivel de energía. La frustración posiblemente se vincule más con cuestiones culturales de la organización que con la capacidad de llevar adelantes prácticas médicas que son de interés para los/as residentes, lo que hace que pregunta por la frustración resulte la de menor impacto.

Sintomatología: despersonalización

Puntaje promedio alcanzado por el total de residentes

Gráfico 8
Nivel de despersonalización que presentan los/as residentes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios

El puntaje de los/as residentes de la institución arrojó un promedio de 17,4 sobre un máximo posible de 30. Todo puntaje superior a 10 es interpretado como alto.

Puntajes alcanzados por cada uno de los años de residencia

Gráfico 9
Nivel de Despersonalización según el año de residencia.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados específicos de la sintomatología despersonalización

Los tres años de residencia registran un indicador alto en cuanto a la sintomatología de despersonalización; el puntaje más bajo se encuentra en el tercer año de residencia y, llamativamente, el más alto en el último.

Tabla 6
Comparativa entre los puntajes obtenidos en los distintos años de residencia en relación a la sintomatología Despersonalización.

DP	Puntaje	R2	R3
R2	17,8		
R3	14,8	-16,8%	
R4	19,7	10,7%	33,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios

Esta sintomatología presenta una fluctuación particular, cuyo puntaje más bajo se registra en el tercer año de residencia. Esto podría estar asociado a que, en esta instancia de la formación, los/as profesionales permanecen en un área de atención cerrada por lo que atienden a un número más limitado de pacientes. El volumen de trabajo, en este sentido, disminuye parcialmente. Resulta llamativo cómo el nivel de despersonalización aumenta especialmente entre el tercer y cuarto año de la residencia. Esto podría vincularse con el acumulamiento de

años en atención de pacientes y familiares, al tiempo que, en esta instancia de la formación, nuevamente la cantidad de interacciones con estos aumenta significativamente en relación al año anterior.

Gráfico 10

Distribución individual de los puntajes obtenidos por cada uno/a de los/as residentes en relación a la sintomatología Despersonalización



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos primarios

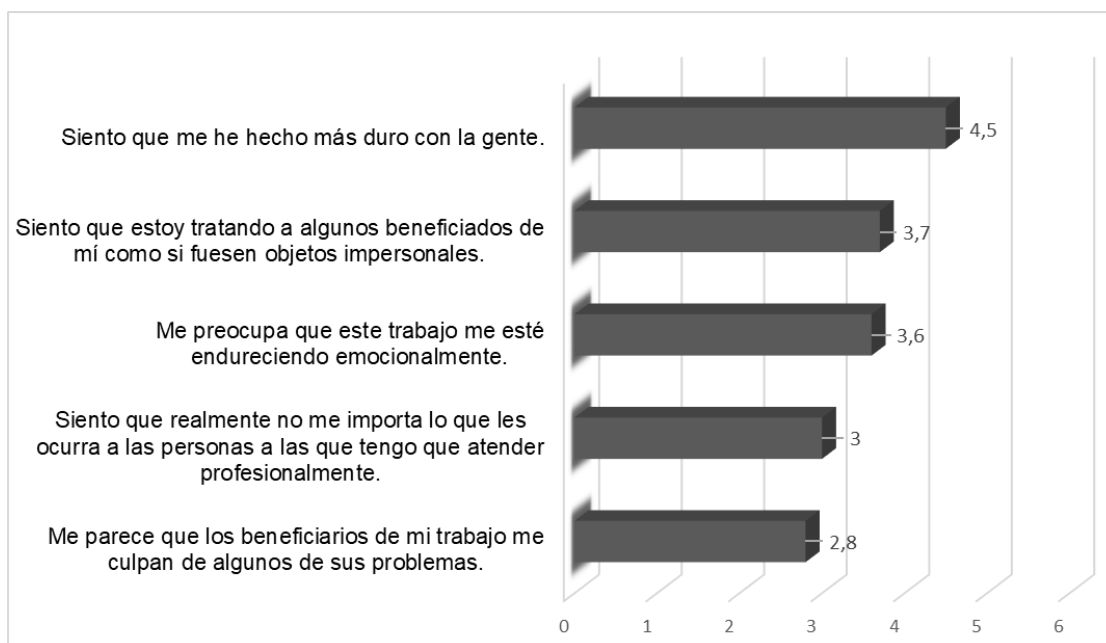
Todos los evaluados, a excepción del que acababa de reintegrarse de sus vacaciones han obtenido resultados altos de despersonalización.

Análisis de las respuestas específicas de Despersonalización

Con la finalidad de poder detectar cuáles son los aspectos que mayor impacto han tenido a partir de la administración del cuestionario, se han ordenado por orden de preponderancia cada uno de las respuestas.

Gráfico 11

**Ponderación de las respuestas correspondientes a la sintomatología:
Despersonalización**



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados específicos de la sintomatología Despersonalización

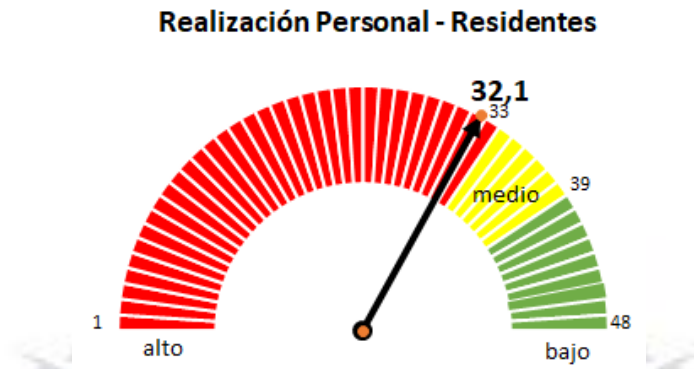
Aparece una clara preponderancia en el registro del endurecimiento que los/las propios/as residentes reconocen tener desde que han comenzado sus prácticas formativas. En segundo nivel se encuentran las preguntas asociadas con los efectos de la actividad laboral y su impacto en la despersonalización. La afirmación con menor incidencia se vincula con el traslado de los problemas de los/las pacientes hacia ellos/ellas.

Sintomatología: realización personal

Puntaje promedio alcanzado por el total de residentes

Gráfico 12

Nivel de Realización Personal que presentan los/as residentes



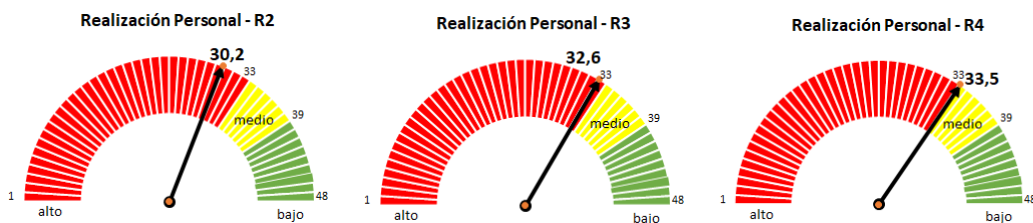
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados específicos de la sintomatología Realización Personal

De las tres sintomatologías del *burnout* es claramente la que más cerca se ubica del nivel medio, lo cual la diferencia y lleva a preguntarnos qué aspectos hacen que se ubique en este lugar.

Gráfico 13

Nivel de Realización Personal según el año de residencia.

Puntajes alcanzados por cada uno de los años de residencia



Aclaración: la interpretación de "Realización Personal" debe ser considerada de forma inversa, es decir que cuanto más bajo el puntaje, más alta su incidencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados específicos de la sintomatología realización personal

La variación en el puntaje en cada uno de los años es realmente acotada: apenas inferior al 10% entre el segundo y cuarto año mientras que el tercero se ubica en un punto intermedio.

Esta sintomatología es medida de manera inversa por lo que los puntajes altos dan cuenta de un bajo nivel de presencia. En la toma se observa incluso cierta leve tendencia a la baja marcada por el 10% antes mencionado: de esta forma, llega a ubicarse dentro del puntaje medio, aunque sea muy en su límite. Esto podría tener que ver, tal como se mencionará en el estudio de los *focus groups*, con cierta conformidad en cuanto al aprendizaje logrado dentro de la práctica formativa de la residencia.

Tabla 7
Comparativa entre los puntajes obtenidos en los distintos años de residencia en relación a la sintomatología realización personal.

RP	Puntaje	R3	R4
R2	30,2	7,4%	9,8%
R3	32,6		2,7%
R4	33,5		

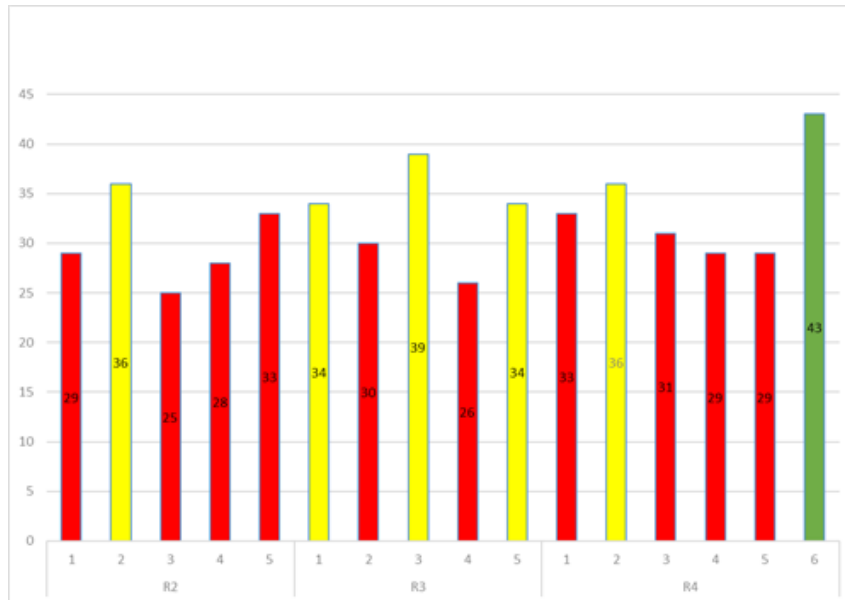
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos primarios.

Realización personal es la sintomatología más cercana a los indicadores que se ubican dentro de la media y, tal como puede observarse en los gráficos, tiende a mejorar gradualmente con el transcurrir de los años. Esto puede deberse fundamentalmente a que el nivel de experiencia y conocimiento adquirido por los/as residentes aumenta, lo cual potencia el ejercicio de sus prácticas profesionales y les permite autoperibirse con mayor capacidad de autonomía, decisión y responsabilidad, lo que impacta de forma más directa en el tratamiento de cada paciente.

Análisis de las respuestas específicas de Realización Personal

Gráfico 14

Distribución individual de los puntajes obtenidos por cada uno/a de los/as residentes en relación a la sintomatología Realización Personal



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos primarios

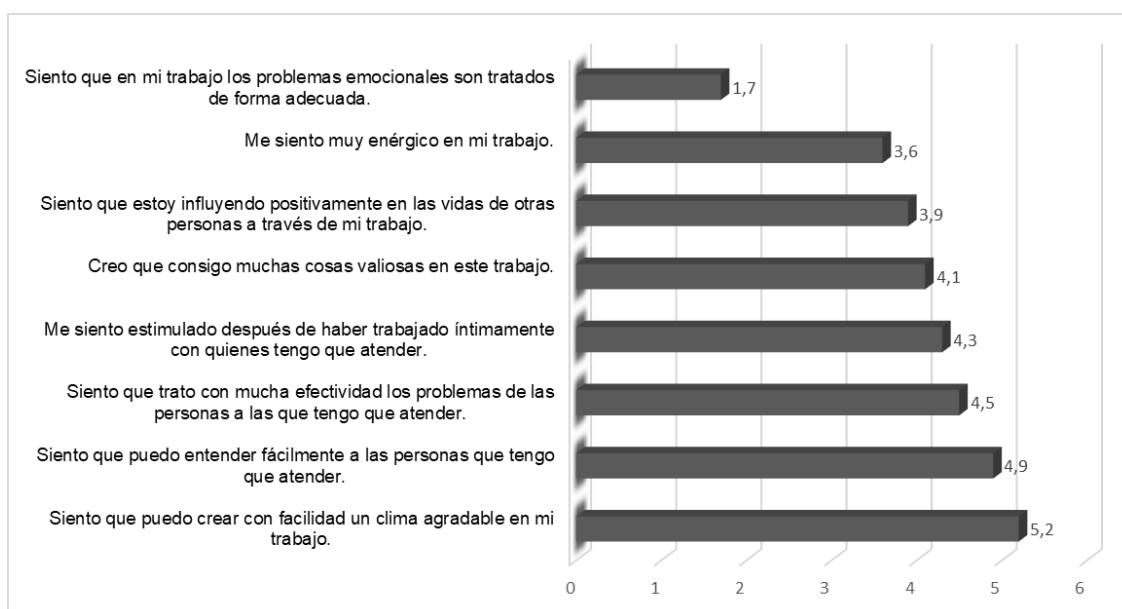
Los/as residentes de segundo año presentaron un 80% de resultados altos y un 20% medio; los de tercer año Presentaron un 60% medio y un 40% alto, mientras que los de cuarto 16,7% bajo, 16%7 medio y un 66,6% alto.

Esta sintomatología, a diferencia de las observadas anteriormente, presenta una variedad mucho mayor de puntajes: en todos los años existe la presencia de puntajes medios e, incluso en el último año, uno que lo califica como bajo.

Análisis de las respuestas específicas de realización personal

Gráfico 15

Ponderación de las respuestas correspondientes a la sintomatología: realización personal



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos primarios

Claramente, la afirmación/pregunta que mayor impacto negativo tiene es la referida a la forma en cómo son tratados los problemas emocionales dentro de la organización. Esto resulta muy interesante porque **su particularidad ubica con precisión una dificultad en el tratamiento de las emociones que se da dentro de la organización** y, no en lo referido al vínculo con el paciente, el aprendizaje, o la posibilidad de impactar positivamente en los otros por medio del ejercicio de la profesión médica.

En conclusión, a partir de los datos recabados podemos puntualizar las siguientes conclusiones:

- Al menos el 87% de los/as residentes presentan síndrome de *burnout*.
- Las tres sintomatologías que componen el SB arrojan resultados altos.

- Las sintomatologías más afectadas son el cansancio emocional y la Despersonalización; la Realización personal se ubica en el límite del puntaje medio.
- Es para destacar que el/la residente a quien se le administró el cuestionario MBI el día en que se reincorporaba de sus vacaciones fue el/la que mejores puntuaciones obtuvo en relación al SB, en tanto los indicadores registrados arrojaron un resultado negativo. Esto ratifica la importancia de contar con tiempos de descansos programados y respetados.
- El cansancio emocional pareciera atenuarse levemente con el transcurrir de los años de residencia, aunque se mantiene siempre dentro de un puntaje alto.
- Por lo observado en las preguntas referidas a CE, el nivel de energía para asumir los desafíos laborales se encuentra afectado, al tiempo que no se ve tan afectada la relación con la frustración dentro del ámbito laboral.
- La despersonalización mantuvo a lo largo de todos los años de residencia un puntaje alto, lejano a los medios.
- El mayor impacto en cuanto a la despersonalización se registra cuando los/las residentes dan cuenta de cómo se han ido endureciendo en el trato con las personas.
- La realización personal es la sintomatología que, si bien puntúa de manera alta, es la más próxima a los registros medios, y se registra en este durante el cuarto año de residencia. Como ya fue dicho anteriormente, esto puede deberse fundamentalmente a que el nivel de experiencia y conocimiento adquirido por los/as residentes aumenta lo cual potencia el ejercicio de sus prácticas profesionales, y permite que se autoperciban con mayor capacidad de autonomía, decisión y responsabilidad. Esto impacta de forma más directa en la clínica, en el tratamiento de cada paciente.
- Posiblemente, pese al alto nivel de demanda tanto cuantitativa y cualitativa de las tareas realizadas como al tiempo destinado y a la falta de descanso, las y los residentes conectan la práctica laboral con un buen nivel de aprendizaje e implementación de los conocimientos adquiridos.

- Es para destacar que, dentro de la sintomatología de realización personal, la pregunta que arroja el indicador más preocupante se encuentra relacionada con la manera en que la institución aborda y trata los problemas emocionales.

4.1.2. Observación participante en reuniones con los directivos de la organización

Fui invitado, más como oyente que como participante, a asistir a tres reuniones con directivos de la institución en las que se trató fundamentalmente la incidencia del *burnout* en los/as residentes.

El tratamiento de esta temática daría cuenta inicialmente de un reconocimiento por parte de la institución del padecimiento de dicho síndrome por parte de los/as residentes. Sin embargo, estas reuniones se focalizaron en aspectos vinculados con características particulares de los/as médicos/as en formación o en cuestiones del contexto, como es el COVID-19.

Si bien por momentos se ha planteado la necesidad de generar acciones que acoten la promoción del *burnout*, de manera coherente con la concepción del MMH, no existió una pregunta en relación a qué características culturales de la organización pueden estar promoviéndolo. Podría decirse que las preguntas que se plantean son descriptivas de las particularidades de estos profesionales y del contexto, al tiempo que conclusivas en relación con qué aspectos favorecen o desfavorecen la presencia de dicho síndrome.

En la **primera de las reuniones** se hizo especial foco en el efecto del “descanso postguardia” (DPG) sobre los/as residentes. Se definió al síndrome de *burnout* como generador de un impacto negativo que afecta tanto el desempeño del profesional como la seguridad del paciente y la vida del residente. Afirmaron que esta problemática se encuentra presente en las residencias argentinas, pero que no se han evaluado medidas que resulten efectivas en pos de prevenir su aparición. Resulta interesante que la institución registra claramente el impacto que en diferentes dimensiones conlleva el *burnout*, al tiempo que, en

consonancia con lo propuesto por el Modelo Médico Hegemónico focaliza su atención en particularidades subjetivas o del contexto, pero no formula pregunta por las posibles causas culturales que pueden estar promoviéndolo.

El objetivo de esta primera reunión fue evaluar la prevalencia del síndrome de *burnout* antes y después de la implementación del descanso postguardia en los/as residentes.

Podría afirmarse que deseaban corroborar que el descanso postguardia (DPG) es una medida efectiva a la hora de prevenir el *burnout*. Este planteo constituye una formulación obvia dado que, por un lado, en la misma institución al definir el *burnout* mencionan la importancia del descanso basándose en numerosos estudios científicos y, por otro lado, existe una ley que lo reglamenta (LEY Nro. 4702, año 2013, CABA).

Se hizo referencia a la administración del cuestionario MBI pre y post descanso. Afirmaron que quedaba demostrado que la falta de descanso y la cantidad de horas trabajadas afectaba los niveles de atención, cansancio y satisfacción de los/as residentes. Sin embargo, la frase para concluir este punto fue que se “hipotetizaba” que el incrementar las horas de descanso disminuirían la prevalencia del *burnout*.

Durante la reunión se presentaron algunos indicadores, conclusiones y reflexiones:

- Se observó BO en el (47,9%) en el grupo PRE y (25.9%), en el grupo POST.
- Reducción significativa del PRE-79.1% al POST-53.1% en la escala de despersonalización.
- Sobre la base de estos resultados se ratificó cómo la influencia del cansancio afecta al BO, confirmando que un mayor descanso favorece el trato personal, reduce la apatía, incrementa la empatía y ayuda a que el/la residente se sienta más involucrado/a con el paciente.

Sobre la base de estos resultados que pueden confirmar la importancia de implementar el descanso postguardia como recurso efectivo en la prevención del *burnout*.

Las conclusiones finales de la reunión podrían sintetizarse de la siguiente manera:

- El DPG impacta positivamente en la sintomatología de despersonalización.
- Las mujeres y quienes viven en CABA presentan menor "Agotamiento Emocional"
- Se ratificó la pertinencia de la ley del DPG.
- Se vuelve necesaria la generación de hipótesis destinadas a evaluar la implementación de mejoras en las condiciones de trabajo para impactar de este modo de manera positiva en la calidad de vida del residente, en su aprendizaje, en la seguridad del paciente y en la disminución del *burnout* en los/as residentes.

Con relación a las conclusiones planteadas puede decirse:

- Confirma el, **prácticamente obvio**, impacto positivo que tiene para la vida y el desempeño profesional de los/as residentes la implementación del descanso postguardia.
- Se detiene en la **evaluación de características sociales o de género** para afirmar que las mujeres y quienes se han mudado a la CABA tienen menor predisposición a sufrir este síndrome, lo que **no guardó relación directa con el objetivo de la reunión el cual se orientaba a registrar el impacto del DPG**, pero da cuenta de cierta búsqueda de la causa en características de los/as profesionales, sin que haya reflexión alguna sobre la cultura de la institución.
- Resultó llamativo que, en el momento en el cual se habló de la generación de hipótesis de acciones que favorecieran las condiciones de trabajo de los/as residentes, el **sujeto de la oración permaneciera tácito, esto es, la institución no se reconoce a sí misma como un sujeto que puede influir en ese sentido y no se plantea una invitación a que la propia**

institución realice una evaluación que dé cuenta de cómo su cultura puede estar promoviendo el *burnout*. “Estas conclusiones permiten hipotetizar en la generación de acciones que impacten de forma positiva...”

En la segunda reunión se hizo foco en la relación entre la “resiliencia” encontrada en los/as residentes y el *burnout*. Nuevamente, la conexión entre un factor y otro parece evidente y, al comenzar el encuentro, podría haberse anticipado que la conclusión a la que se llegarían sería que quienes cuentan con mayor capacidad de resiliencia presentarán menor sintomatología ligada al *burnout*. También resultaba casi previsible que esta capacidad sería vinculada con la particularidad de cada residente, sin ubicar, al igual que en la reunión anterior, la pregunta por las características de la cultura organizacional y por cómo esta puede estar promoviendo la aparición de dicho síndrome.

Al comenzar la reunión se afirmó que el síndrome de *burnout* se representa como un estado tanto mental como físico que se encuentra muy presente en el ámbito médico, el cual asociaron incluso con problemas de salud y emocionales de estos profesionales, y hasta llegaron a **reconocer que suele presentarse especialmente en a contextos laborales adversos.**

La pregunta casi inevitable pero que no fue pronunciada sería: **¿Cuáles son los factores que generan este clima de trabajo adverso?** Como ya se ha hecho mención en el marco teórico, el *burnout* se presenta fundamentalmente en aquellas actividades laborales que demanda una atención permanente hacia otros y que esto se da claramente en las profesiones asistenciales como la salud. No obstante, en lugar de formular esta pregunta, aparece la correspondiente a cómo desarrollar competencias de resiliencia que permitan a los/as residentes y a los médicos sobrellevar en mejor forma la exposición a factores promotores del *burnout*. En sí misma, la iniciativa por generar una mayor capacidad de resiliencia en los/as residentes es interesante ya que las y los dotaría de habilidades para sortear en mejor manera las situaciones que promueven el

burnout aunque, de esta forma, los directivos vuelven a focalizarse en los/as individuos y los/as trabajadores/as y no en la propia institución.

Nuevamente volvió a aparecer el **sujeto tácito** a la hora de pensar en técnicas que ayuden a detectar cuándo los/as residentes posee una baja resiliencia para procurar incrementarla para atenuar los riesgos de que sufran *burnout*. “Resulta importante generar técnicas para detectar niveles bajos de resiliencia en los residentes”. La propuesta resulta interesante y positiva, pero no dice quién debería desarrollar estas técnicas, ni cuáles son las causas de este clima de trabajo adverso.

Información relevante de la reunión:

- Se reconoció que un tercio de los evaluados presentaba niveles bajos de resiliencia y criterios positivos de *burnout*, por lo que confirman estadísticamente dicha relación.
- Definieron la resiliencia como la capacidad de reponerse frente a las adversidades y como un posible recurso para afrontar el síndrome de *burnout*.
- El 67% de los evaluados presentó niveles altos de cansancio emocional, el 72% de despersonalización y el 51% niveles bajos de realización personal.

En la reunión se hizo mención a un estudio *Burnout during residency training: A literature review* del 2018, que representa una revisión sistemática sobre 395 estudios publicados en los últimos 5 años referidos a la incidencia del *burnout* en profesionales de la salud. De estos estudios, 47 afirman que las personas más jóvenes, solteras, con prolongados horarios de trabajo y baja satisfacción laboral son las más propensas a padecer este síndrome. Tras lo cual reconocen que los/as residentes y de la especialidad de la institución suelen cumplir con estas cuatro características al tiempo que son pobremente remunerados.

Tras esta afirmación, y ya desde su mismo enunciado, puede detectarse nuevamente el sesgo particular sobre el que busca focalizarse la institución. Se

mencionó que, si bien siempre se asoció el *burnout* con problemas de ambiente laboral, también hay estructuras internas que pueden favorecer o disminuir su aparición. Los niveles altos de inteligencia emocional se han relacionado en médicos con menores niveles de *burnout*. De este modo, la atención fue puesta en el nivel de inteligencia emocional de cada individuo y obviando así los “problemas de ambiente laboral”.

Conclusiones de la reunión:

- Como dato no menor, reconocieron que aproximadamente dos tercios de los residentes y médicos tienen niveles altos de resiliencia. Esto resulta **contradictorio** con los porcentajes de *burnout* que los estudios presentaron. La pregunta que surge entonces es: **¿Cómo es posible que hayan encontrado al mismo tiempo niveles altos de *burnout* y de resiliencia, cuando justamente este último debería minimizar el impacto del primero?**
- Como recomendación final se propusieron ubicar a los/as profesionales que presentan niveles bajos de resiliencia para “intentar realizar intervenciones que tengan como objetivo el reducir el riesgo de padecer *burnout*.”
- Al finalizar la reunión se hizo mención a que, con la finalidad de evitar la aparición del BO, es preciso continuar desarrollando estrategias a mejorar el ambiente laboral. Esto resultó al menos curioso ya que podría resultar en sí mismo el inicio de un nuevo rumbo en la temática por parte de la institución, la cual podría estar orientada por la pregunta: **¿cuáles son aquellos factores que afectan negativa y positivamente el ambiente laboral, promoviendo o acotando la aparición del *burnout*?** Este cuestionamiento no fue formulado: la pregunta por la causa, dentro del Modelo Médico Hegemónico no es válida; en su lugar, como puede verse que aparece la búsqueda de información científica. **En cierta forma podría decirse que, intelectualmente, la causa ligada a los factores institucionales que promueven el *burnout* es pronunciada, pero no hace mella suficiente como para poner realmente en cuestionamiento a la cultura organizacional.**

La lectura que realizo sobre lo expuesto por las autoridades de la institución durante la reunión no invalida la importancia de desarrollar un mayor nivel de resiliencia en los/as profesionales de la salud. No obstante, me parece importante señalar que **el buscar estos niveles en los/as individuos los/as ubica como objeto de estudio, desviando la atención de las características culturales que contribuyen a registrar aquellos factores que inciden de manera directa en la promoción del *burnout*.**

La tercera reunión hizo foco en el impacto del COVID-19 en los/as residentes. Se buscó una asociación entre el *burnout* y la incidencia de la pandemia como otro factor de promoción de dicho síndrome.

Se hizo mención a resultados del MBI aplicados durante el último trimestre del 2020, los que fueron comparados con los obtenidos un año antes (pre-pandemia).

A continuación, se graficarán las dimensiones de *burnout* tomando como referencia los resultados expresados por la institución durante los años 2019 y 2020 y los obtenidos durante mi trabajo de investigación en la institución durante el 2021:

Cansancio emocional:

Gráfico 16
Comparación entre los resultados obtenidos en relación a la sintomatología cansancio emocional por la institución durante los años 2019 y 2020 (pre y durante la pandemia) con los obtenidos por mi investigación durante el 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados manifestados por la organización (2019 y 2020) y los obtenidos en mi trabajo de investigación durante el 2021.

Como puede apreciarse, entre 2019 y el 2021 el indicador de **cansancio emocional es alto se mantiene prácticamente constante**, y muestra muy poca variación a lo largo de los años: un poco más del 10% dentro del contexto pandémico.

Despersonalización:

Gráfico 17
Comparación entre los resultados obtenidos en relación a la sintomatología despersonalización por la institución durante los años 2019 y 2020 (pre y durante la pandemia) con los obtenidos por mi investigación durante el 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados manifestados por la organización (2019 y 2020) y los obtenidos en mi trabajo de investigación durante el 2021.

Como puede apreciarse se produjo una baja llamativa entre el contexto pandémico 2020 y el pre-pandémico y un aumento de los indicadores 2021 que, incluso, supera el nivel del 2019. Posiblemente, el nivel del 2020 haya presentado una disminución producto de la menor cantidad de atención a pacientes y familiares. De todas formas, los valores pre-pandémicos y actuales siguen siendo altos y no presentan gran nivel de fluctuación.

Realización personal

Gráfico 18

Comparación entre los resultados obtenidos en relación a la sintomatología Realización Personal por la institución durante los años 2019 y 2020 (pre y durante la pandemia) con los obtenidos por mi investigación durante el 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados manifestados por la organización (2019 y 2020) y los obtenidos en mi trabajo de investigación durante el 2021.

Como puede apreciarse, entre 2019 y el 2021 el indicador de **realización personal es positivo, se mantiene prácticamente constante** y muestra muy poca variación a lo largo de los años.

De esta forma puede afirmarse que los tres indicadores medidos para constatar la existencia de *burnout* son positivos desde al menos el año 2019 a la actualidad, siendo a su vez un aspecto de interés de la institución.

Algunos datos obtenidos durante la reunión:

- Se repitieron las definiciones de *burnout*, las condiciones que lo promueven y las consecuencias ya mencionadas en las reuniones anteriores.
- Se reconoció que el *burnout* genera una merma en la productividad laboral, un peor tratamiento de los pacientes y para los profesionales de la salud cuestiones que van desde alteraciones del sueño, aumento de riesgo cardiovascular y aumento en las tasas de suicidio.
- En la presentación de datos brindados durante la reunión se realizaron afirmaciones que no conciben con los datos relevados, dando cuenta de falta información que las sustenten suficientemente. A modo de ejemplo, puede mencionarse que se manifestó que la prevalencia del síndrome de

BO fue de aproximadamente 30% desde 2017, similar a la incidencia reportada durante 2019 entre residentes de múltiples instituciones médicas de Capital Federal. **El nivel de incidencia no condice con los datos por ellos manifestados, ni con los que la toma que obtuve en los focus groups.** La presencia de *burnout* pareciera ser bastante mayor al menos desde el 2019 y tampoco es claro a qué instituciones se hace referencia en la comparativa o en qué documentos se basan para afirmarlo.

- El punto anterior resulta especialmente llamativo cuando, además, refieren poseer una incidencia más baja de BO cuando se comparan con otros países de América Latina, donde el síndrome de BO puede llegar al **90%** durante los períodos prepandémicos. **Este porcentaje se encuentra mucho más cerca de los datos que he relevado durante el 2021 en la institución.**
- Se produjo una merma de consultas médicas y procedimientos programados durante la pandemia lo cual, sumado a los días de descanso que los/as profesionales debían tomarse cuando se producían síntomas compatibles con COVID-19 redujo significativamente la demanda laboral e incrementó el tiempo de descanso. **Sin embargo, los resultados de *burnout* arrojados por el cuestionario MBI siguieron siendo altos.**

Información central obtenida en la reunión:

Afirmación producida durante el encuentro: la incidencia de BO no fue diferente durante la pandemia en comparación con años anteriores, lo cual se justificó por medio de diferentes causas:

- La institución se dedica a la atención de una patología específica, por lo que el número de pacientes con COVID-19 fue significativamente menor al presentado en hospitales generales.
- Justamente, la complejidad de la especialidad que tratan demanda a los profesionales que allí trabajan el estar “acostumbrados” a un alto nivel de estrés laboral.

Esta última frase condensa una serie de **supuestos básicos** que, por ende, no son fácilmente captados y mucho menos cuestionados.

Sin que tengan mayor registro se termina admitiendo que el nivel de alto estrés laboral responde a las características de la institución.

Cuando refieren que “los residentes están acostumbrados”, este acostumbramiento da cuenta de una **normalización producto de la operación cultural**, de cómo aquello que es patológico termina siendo invisibilizado porque forma parte de los procesos culturales que se dan en la organización. De este modo, podemos registrar lo que Neffa (2015) llamó la “**normalidad sufriente**” como este acostumbramiento al sufrimiento, y hasta cierta aceptación que hace que se llegue incluso a percibir como normal aquella vivencia que debería ser interpretada como patológica.

Llama poderosamente la atención que, concluyendo la reunión, se afirmara que sobre la base de las mediciones realizadas no se hubiera registrado un aumento de *burnout* en los/las residentes, dado que estos/as ya presentaban durante la prepandemia una prevalencia significativa de este síndrome. Por un lado, debe tenerse en cuenta parcialmente las argumentaciones presentadas centradas, especialmente, en que por ser una institución especializada en una patología, la cantidad de pacientes con COVID-19 fue mucho menor que en otros centros, al tiempo que la menor demanda laboral y las mayores horas de descanso permitieron un contexto que, en principio, resultó hasta en cierta forma favorable. No se mencionaron durante el encuentro cuestiones como el temor de los profesionales a contagiarse o a ser un nexo de contagio entre sus trabajos y sus convivientes; el tiempo prolongado que, por precaución, la gran mayoría de ellos decidieron no encontrarse con sus afectos y familiares; la atención permanente a las medidas sanitarias preventivas necesarias para poder llevar adelante sus prácticas laborales diarias, las cuales iban desde procesos de aseo hasta el cumplimiento estricto de la utilización de la indumentaria necesaria y los recaudos tanto en su colocación como en su descarte, todo lo cual en general produjo altos niveles de demanda de atención y fomentó un mayor nivel de agotamiento. Estos aspectos más subjetivos y personales no fueron contemplados.

También surge la cuestión de que al preguntarse **¿cuánto más podría afectar el COVID-19 el estado de *burnout* en los residentes quienes, como se afirma, ya venían padeciendo este síndrome con anterioridad a la pandemia?** el interrogante es nuevamente situado por fuera de la institución en tanto se focaliza en el contexto, en este caso en el COVID-19, y da por obvio el estado de *burnout* de los/las residentes. El foco de atención es puesto nuevamente por fuera de la institución y sus características culturales.

El cierre del encuentro volvió a poner en juego al sujeto tácito al efectuar una propuesta políticamente decorosa: “se resalta la importancia de producir acciones destinadas a prevenir y mejorar las condiciones de trabajo, la calidad de vida de los residentes, especialmente en contextos estresantes como el producido por el COVID-19”.

4.1.3. *Focus groups*

Se ha realizado un estudio de tipo cualitativo –*focus groups*- con el objetivo de conocer las particularidades de la experiencia del/a residente y su relación con los riesgos psicosociales en el trabajo y la cultura de la institución.

Las entrevistas realizadas en *focus groups* permiten obtener información confiable a un bajo costo, siendo comparada con técnicas/herramientas tradicionales de investigación (Gavin, 2008), al tiempo que durante las mismas interacciones pueden surgir o generarse nuevas hipótesis o conexiones que de otro modo hubieran pasado inadvertidas, especialmente de utilizarse modelos cuantitativos de preguntas cerradas (Kotler y Armstrong, 2001). De esta manera, el *focus group* representa una práctica beneficiosa en tanto se obtiene información rápida, confiable y poco costosa sobre la percepción de las personas sobre sus puestos, entorno laboral y la cultura empresarial.

Objetivos:

- Detectar las características de la organización que se vinculan con el desarrollo de *burnout*.
- Diferenciar los indicadores de riesgos psicosociales que intervienen.
- Identificar las prácticas laborales que fomentan el *burnout*.
- Registrar características culturales que se hacen presentes en la experiencia de los residentes.

Metodología

Participantes

Han participado de los *focus groups* todos los/las residentes que se encuentran en formación dentro de la institución, los que suman un total de 16, (5 de segundo, 5 de tercero y 6 de cuarto año). Debe recordarse que el primer año de residencia los/as médicos/as realizan su práctica profesional en otra institución.

Se realizaron en total 4 encuentros con cada uno de los años de residencia durante los meses de julio a octubre 2021, con una frecuencia mensual y una duración de una hora por encuentro.

Procedimiento

Las discusiones de los grupos focales fueron realizadas procurando generar las condiciones necesarias para lograr una expresión libre y espontánea de los/as residentes para favorecer la espontaneidad en sus comentarios y disminuir el temor a las implicancias que sus dichos pudieran traer aparejados. Inicialmente y durante cada uno de los encuentros la temática central tuvo como eje central el síndrome de *burnout*.

Temáticas exploradas en cada uno de los encuentros:

- Primer encuentro: relevamiento de la situación emocional actual de los/as residentes de la institución.
- Segundo encuentro: administración del test MBI y espacio de intercambio a partir de las preguntas contenidas en dicha técnica.
- Tercer encuentro: detección de costumbres, prácticas y características culturales de la institución.
- Cuarto encuentro: posibilidad de pensar en acciones concretas que limiten los disparadores del *burnout*. Motivos por los que siguen eligiendo la institución y la profesión.

Análisis de datos

Durante la misma actividad se tomaron notas manuscritas o en la *notebook* e incluso, inmediatamente luego de cada uno de los encuentros, se grabaron audios con la idea de poder sintetizar los aspectos más relevantes de cada *focus group*.

Para analizar estas transcripciones se realizó un análisis de contenido siguiendo los siguientes pasos:

1. Detección de ideas centrales en las que existía convergencia de opinión.
2. Agrupamiento de las ideas centrales según su categoría teniendo en cuenta la sintomatología de *burnout*, principalmente los indicadores de riesgos psicosociales y características culturales.

Resultados

Sintomatología de *burnout*

El cansancio Emocional fue la sintomatología que mayor preponderancia presentó, seguida por la despersonalización y en menor medida por la disminución de la realización personal.

Cansancio emocional

La disposición de los/as residentes en relación a la atención y el contacto con los/las pacientes se han visto claramente afectada a causa de diferentes cuestiones, entre las que se pueden mencionar el alto nivel de demanda que los profesionales reciben tanto por parte de los pacientes como de sus familiares. La patología específica que se trata en la institución conlleva muchas veces riesgo de vida cuestión que, emocionalmente, moviliza tanto a los pacientes como a sus familiares y es trasladada muchas veces hacia los profesionales por medio de reiteradas consultas en las que en ocasiones se utilizan formas confrontativas o poco empáticas.

“Muchas veces se aceptan pacientes muy graves, que en ningún lugar quieren atender u operar. Acá los operamos, con todo el riesgo que eso tiene y después los familiares pretenden que se vayan de acá en condiciones óptimas, cuando son pacientes crónicos y graves”
(residentes, cuarto año)

Las amenazas de juicios laborales, las interconsultas con otros profesionales que se encuentran por fuera de la institución o, incluso, la búsqueda de información en portales webs generan, muchas veces, dudas sobre el diagnóstico y el tratamiento que el/la residente expresa. Esto hace que con mucha frecuencia los/las profesionales se apeguen a procedimientos legales que los amparen de posibles problemas, lo cual coarta la práctica médica misma. Al mismo tiempo, el/la profesional que se encuentra orientado a curar a los/las pacientes pueden sentirse agredido o amenazado por estos y/o sus familiares.

“Los familiares de los pacientes te graban, a veces te filman y más de uno te amenaza con iniciar un juicio de mala praxis y a veces lo hacen. Entendemos lo que les pasa, pero eso no les da derecho a tratarnos así.” (residentes, tercer año)

Este tipo de relación atenta contra la confianza entre ambas partes y alienta al recaudo y los cuidados, en ocasiones excesivos, lo que deteriora la calidad humana en la atención.

En ocasiones, los/las residentes son descalificados por los/las pacientes por ser considerados aprendices de la práctica médica, y se lo hacen saber al pedirles hablar con un médico con autoridad o de staff de la institución.

“Los pacientes y los familiares son muy demandantes. El paciente del instituto es muy especial, en general es gente que tiene un nivel socioeconómico alto y no quieren ser atendidos por residentes”.
(residentes, segundo año)

Existe, en ocasiones, cierto posicionamiento por parte de algunos pacientes que los llevan a demandar el tipo de trato que consideran deben tener según lo elevado del plan de salud al que pertenecen o cuota de obra social que abonan. Una práctica similar es la de referir ser amigo/conocido de algún alto directivo de la institución, lo cual suele ser utilizado como advertencia cuando desean tener un trato preferencial.

“Te dicen que son amigos de [presidente de la institución] y que lo van a llamar porque ellos no pueden esperar para que los atiendas”
(comentario de los residentes de los tres años)

Incluso, con cierta frecuencia los pacientes y/o sus familiares no terminan de registrar la gravedad de los cuadros que presentan o los riesgos que conlleva el realizar algunas prácticas médicas específicas, por lo que, cuando son advertidos sobre estas situaciones o los resultados no son los esperados, no tardan en manifestar sus disconformidades.

“La demanda es constante, te reclaman por cosas que nosotros no podemos dar respuesta, lo que piden muchas veces depende de los

médicos de staff, pero a nosotros nos dicen todo lo que les pasa, lo que no les gusta o necesitan”. (residentes, segundo año)

Este contexto suele mantenerse a lo largo del tiempo, de forma reiterada y casi cotidiana, por lo que el nivel de desgaste y cansancio emocional es inevitablemente afectado.

“Venís sin ganas, desmotivado, con mala onda” (residentes, segundo año)

“A veces llego al trabajo con la sensación de que no puedo escuchar nada más y que no tengo más para dar, que soy como un autómatas que resuelve una cosa y después otra y después otra...” (residentes, segundo año)

Despersonalización:

Las frases que hacen referencia a esta sintomatología fueron claramente menores en cantidad que las emitidas para el punto anterior, no obstante, muy claras.

“Llega un momento que estás todo el tiempo atendiendo cosas, a veces no comes, no tenés tiempo ni de ir al baño y los pacientes demandan y demandan, ya no los escucho, a veces los corto cuando hablan y les pregunto directo lo que necesito saber para poder seguir con mi trabajo”. (residentes tercer año)

Se registró que la despersonalización suele presentarse fundamentalmente cuando el nivel de demanda es alto y permanente, el descanso muy acotado o casi nulo e, incluso, el trato del paciente y sus familiares hacia los residentes no es el adecuado.

En algunos de los/las participantes se registró claramente el hartazgo que les producen ciertos pacientes o las demandas que les transmiten, frente a lo cual procuran interrumpirlos y dirigir su atención y sus intervenciones hacia cuestiones netamente clínicas. En otros casos se observó cierta vergüenza al admitir que, en ocasiones, el trato hacia el paciente termina siendo frío y distante y que incluso manifiestan cierta tensión o utilizan expresiones de enojo.

“Tanta demanda, que te graben, te pidan informes o vengan con sus médicos, te llevan a protocolizar todo lo que puedas, para que quede firmado, los consentimientos, todo... Lo haces para estar cubierto, te deshumanizas, terminas protocolizando todo”. (residentes cuarto año)

“Aunque nos cueste admitirlo terminamos siendo esquivos y fríos, lo que no está bueno que pase”. (residentes tercer año)

Esta distancia generada con los/las pacientes también fue parte de una conversación producida en un *focus group* donde los participantes admitieron que también es una **forma de no enfrentar la angustia** y de procurar, de esta forma, mantenerse a resguardo de los efectos emocionales que los pacientes y sus familiares se encuentran atravesando. Este reconocimiento se produjo durante un encuentro en donde se abordó la “deshumanización” que se ha ido presentando en el vínculo con los pacientes y sus familiares. Como reflexión se produjo una invitación a empatizar con ellos y contemplar estos factores emocionales a la hora de brindar un parte médico. Este mismo ejemplo da cuenta de lo que Neffa define como uno de los principales factores de riesgos psicosociales en el trabajo al referirse a las exigencias emocionales: “(...) en ciertos casos los trabajadores y trabajadoras deben necesariamente esconder o negar sus propias emociones, por miedo a los accidentes, a la violencia o al fracaso de su actividad” (Neffa, 2015, p. 124).

Durante uno de los encuentros un grupo de residentes comentó un episodio que los afectó emocionalmente. El año anterior un paciente con varias complicaciones en su estado de salud había permanecido internado en el instituto. Los/as médicos/as y los/las residentes habían hecho todo lo posible para ayudarlo, incluso lograron que fuera dado de alta. A los pocos días se

enteraron de que se había suicidado y esto angustió a los/las residentes que habían intervenido en su tratamiento. Este caso expuso por un momento la importancia de contemplar aspectos relevantes que no responden netamente a cuestiones científicas y frente a las cuales el Modelo Médico Hegemónico no puede ofrecer una respuesta efectiva.

Sobre la base de los relatos de los/as residentes puede decirse que se registra por un lado comportamientos y emocionalidades ligadas a la despersonalización, pero que también esta pareciera actuar como un mecanismo de defensa frente a la angustia que, en ocasiones, llegan a experimentar y que procuran evitar frente al tratamiento de los pacientes.

Disminución de la realización personal

Tanto el ejemplo citado en el punto anterior, los dichos registrados en los *focus groups* en relación a la realización personal, como los resultados observados en el cuestionario MBI dan cuenta mayormente de una disconformidad relacionada con el tipo de emocionalidad que promueve la institución por medio de sus procesos y metodologías más que de un problema de realización personal en relación con el ejercicio mismo de la práctica médica. De esta forma, la falta de realización personal se relaciona poco con la desvalorización profesional por las labores de asistencia que llevan adelante los/as médicos/as en formación y se vincula mayormente con el tratamiento que de las emociones realiza la institución.

“Cada vez que fuimos a plantear algo que nos pasaba, te dan el tiempo para que hables, pero no te escuchan, ya saben qué te van a responder y de ahí no se mueven” (residentes cuarto año)

La realización personal como sintomatología se ve claramente más afectada por la relación de los/as residentes con la organización, que por los aspectos vinculados de manera directa con el tratamiento de los/as pacientes, tal como suele indicarse generalmente en las causas del *burnout*.

Es decir que las condiciones laborales y el vínculo con los directivos promueven el mayor impacto negativo en relación a la realización personal.

Esto, a su vez, se opone a ciertos dichos de algunos directivos de la institución quienes aseguran que ser residente hoy es “estar en Disney”, por lo que no comprenden los motivos que los llevan a quejarse, al tiempo que comparan sus propias experiencias como residentes con una experiencia del tipo servicio militar. Esto hace que muchos de los pedidos o comentarios realizados por los/las residentes sean minimizados, ironizados o descalificados, y que no se escuche verdaderamente el núcleo de verdad que conllevan. Como ya se vio a partir de la información recabada en las reuniones, en la institución intelectualmente reconocen la existencia del *burnout* y hasta su conexión directa con condiciones de trabajo. Pero, cuando se proponen investigar la temática, los directivos se mantienen más atentos a buscar causas exógenas (como el COVID-19) o particulares de los/las residentes (como género, lugar de residencia, capacidad de resiliencia entre otros) que en plantearse una pregunta concreta en relación con la propia cultura organizacional.

“Una vez nos hicieron un dibujo que representaba lo que acá se entiende como un buen residente y era una cara donde los ojos y las orejas eran muy grandes y la boca muy chica. Está claro el mensaje, estamos para hacer y aprender y no para decir lo que nos parece o nos pasa.” (residentes cuarto año)

El nivel de realización personal suele presentar cierta mejora a medida que transcurren los años de residencia. Esto se debe a que en el segundo año (primero en la institución), el trabajo es casi operativo e, incluso, se realizan tareas sin saber su relevancia, solo porque les son solicitadas. A medida que se aproximan al cuarto año de residencia, la autonomía y la capacidad para tomar decisiones e implementarlas aumenta, por lo que perciben que pueden ver reflejada su vocación por medio de sus actividades laborales.

Existen también **aspectos que promueven la realización personal**. Esta se indagó especialmente haciendo foco en los/as residentes de cuarto año ya que se encontraban muy próximos a terminar la formación médica en la institución. Incluso durante el encuentro se les preguntó **¿por qué existiendo tanto**

malestar en relación a la experiencia de residencia, seguían eligiendo cursarla hasta su finalización?

“Nos enseñan con buena predisposición” (residentes cuarto año)

“Sos bien visto cuando salís de acá...” (residentes cuarto año)

“Nunca estás solo, cuando hay problemas, siempre aparecen los equipos y funcionan muy bien” (residentes cuarto año)

“La misión de dar lo mejor a los pacientes, lo cumplen” (residentes cuarto año)

“La institución es reconocida a nivel mundial” (residentes cuarto año)

Al escuchar estas opiniones registré cierta ambigüedad o tensión entre los reclamos realizados hacia la práctica misma y la formación y la experiencia adquiridas.

La experiencia de residencia muestra también sus aspectos positivos en relación con la formación profesional, porque les brinda un destacado nivel de experiencia y un interesante posicionamiento en el ámbito médico. Lo curioso en este sentido fue que, frente a esta pregunta, por un momento se los escuchó casi validando la práctica, aunque es claro que quisieran que se produjeran dentro de ella importantes cambios.

“Te vas con mucha experiencia. No bajaría la demanda de trabajo si el beneficio es este nivel de experiencia. Lo que en otros lugares es un problema como cirugías, trasplantes o cantidad de pacientes que ves, acá lo haces todos los días.” (residentes cuarto año)

Se presenta entonces cierta ambigüedad en la posición de los/las residentes de cuarto año, ya que a lo largo de los encuentros asumieron una posición crítica hacia la institución, su cultura, sus prácticas y estilos de liderazgo; sin embargo, al encontrarse muy próximos a terminar su formación y al haber sido consultados por los aspectos positivos de la práctica, sus dichos los ubicaron casi como promotores de la misma cultura que, hasta ese momento, habían estado criticando. Posiblemente esta misma contradicción se dé dentro de ellos/as al sentir que la experiencia formativa tiene claros puntos de mejora pero, al mismo

tiempo, les ha brindado una muy buena experiencia y formación. **Queda de todas formas la inquietud de si el Modelo Médico Hegemónico no comienza cada vez más a hacerlos parte de la cultura que el mismo propone.**

Principales factores de riesgos psicosociales en el trabajo

La demanda psicológica y el esfuerzo requerido. Tiempo Laboral. La sobrecarga cuantitativa.

Podría decirse que es el indicador más mencionado por los/as residentes, tanto por la intensidad, la yuxtaposición y la cantidad de tareas que realizan permanentemente y, especialmente, por la falta de tiempo libre para poder descansar y reponerse.

“No tenemos tiempo libre en nuestra casa, dormimos mal, tenemos que cancelar cosas de nuestra vida privada porque el día que tenés libre preparas el ateneo, o lees para el journal o las clases de la SAC. Llegas a tu casa y no podés cortar”. (residentes segundo año)

Este punto también se relaciona con el RPST de **“Posibilidad de conciliar la vida laboral con la vida familiar”**.

Los/as residentes plantean de forma permanente la sensación de agobio y agotamiento que esta alta demanda laboral les produce. Lo manifiestan tanto por medio de sus dichos como también por la entonación y el lenguaje corporal que utilizan. Mientras realizaban estas manifestaciones era común que subieran el volumen de sus voces y que se inclinaran hacia adelante y gesticularan con claro énfasis.

Los dichos que son citados en este apartado fueron producidos en reiteradas oportunidades y bajo distintas modalidades, y se mantuvieron como una constante en casi todos los encuentros.

El impacto en los residentes de segundo año pareciera ser más fuerte que en los de tercero y cuarto, lo cual dentro de los mismos residentes es atribuido a un tema de características generacionales y, también, a que la demanda laboral

dentro de esta práctica formativa es especialmente más intensa durante ese primer año dentro en la institución.

Los indicadores registrados podrían resumirse en:

- Cantidad de horas trabajadas tanto diaria como semanalmente.
“La cantidad de horas que trabajamos son muchas, deberíamos irnos a las 2 de la tarde y nos terminamos yendo como a las 6 o 7, además tenemos guardias y cuando estamos en nuestras fuera de acá podemos recibir llamadas consultando por qué hicimos tal cosa o sino estamos leyendo papers o preparando ateneos que debemos dar” (residentes segundo año).
- Falta de descanso durante las jornadas laborales.
“Muchas veces no paramos ni para comer o ir al baño.” (residentes segundo año)
- Demandas intensas, variadas y constantes.
“El día de descanso pos guardia, tenés que ponerte el despertador para poder leer bibliografía que nos dan y nos interesa o para preparar el ateneo” (residentes segundo año)
- Día de descanso o de descanso post guardia interrumpido por requerimientos telefónicos de la institución, o por necesidad de avanzar con temas de formación (lecturas, preparación de ateneos). (residentes segundo año)
“No me puedo desenchufar. Me llaman durante el fin de semana por cosas que no tienen sentido y que otros podrían resolver”. (residentes cuarto año)
- Sistema de guardia que no contempla la posibilidad de dormir ya que permanecen en actividad constante.
“Durante las guardias no dormimos, en otros lugares pueden hacerlo. Nos dicen que para dormir está el día pos guardia.” (residentes, tercer año)

- Falta de planificación real de un período de vacaciones. Estas pueden ser tomadas aceptando el costo de no realizar una práctica profesional en algún sector de la institución. Incluso bajo estas circunstancias es común que reciban llamados con diferentes consultas.

“No tenemos vacaciones programadas, dentro de la residencia no hay un espacio para vacaciones, para poder irte tenés que elegir cuál práctica no vas a realizar, eso no está bueno porque dejamos de aprender, pero es la única forma de tener vacaciones.” (residentes cuarto año)

“Me fui de vacaciones y me contactaron 7 veces en 14 días.”
(residentes tercer año)

El descanso post-guardia establecido por la Ley N° 22.127, a la que ya se hizo referencia, establece que el Sistema Nacional de Residentes del Equipo de Salud es el encargado de regular y garantizar la actividad de los/as residentes de todo el país, y asegurarles que la experiencia formativa se lleve adelante de manera adecuada y resguardada. El objetivo de las guardias debe ser formativo, por lo que su cantidad debe ser delimitada y el descanso post-guardia respetado.

La sobrecarga laboral y la falta de descanso necesario para que los/as residentes puedan mantenerse a resguardo de los riesgos psicosociales en el trabajo se hacen evidentes en los siguientes dichos:

“Salimos a las 7 de la tarde, cuando en muchas residencias salen a las 2.” (Residentes segundo año)

“Hacemos 60 guardias por año.” (residentes cuarto año)

Indicador de RPST: La exigencia de mayor producción, el aumento del control sobre el trabajo y el fomentar la competencia entre los empleados y empleadas

La exigencia de mayor producción:

El segundo y tercer año de residencia está compuesto por cinco residentes, cuando, según afirman, deberían ser seis. Cuarto año cuenta con seis integrantes, pero justo al momento de realizar este trabajo están concluyendo su formación en la institución. La nueva camada que ingresa a segundo año también estará compuesta por cinco médicos/as.

La falta de un integrante tanto en segundo como en tercer año genera que cualquier tipo de dificultad que pudieran presentar los/as residentes como síntomas compatibles con COVID-19, problemas de salud, cuestiones personales o, incluso, el tomarse vacaciones, lleva a que los otros cuatro integrantes del equipo deban incrementar su ya sobrecargada actividad laboral. La productividad solicitada por la institución logra ser alcanzada aunque los mismos residentes terminen sintiendo que nunca es suficiente o que llegan brindando sus máximos esfuerzos.

“Si uno se enferma o se va de vacaciones afecta al resto, porque tenemos que cubrirlo. Somos un residente menos en cada año, de por sí ya falta uno. Si alguno pide un reemplazo o un cambio se arma un problema porque eso implica que otro se sobrecarga aún más.”
(residentes tercer año)

La coordinación de acciones, en especial cuando alguno/a de los/as residentes debe ausentarse o no puede cumplir con un compromiso a su cargo y necesita de la cooperación de un/a compañero/a, se vuelve para estos últimos una exigencia más por lo que, lejos de fomentar el espíritu de equipo y solidaridad, se toma como una carga más y un nuevo factor de desgaste, lo que genera incluso conflictos entre ellos/as para ver quién se hará cargo de suplir a su compañero/a en las tareas que no podrá llevar adelante. De esta forma, se producen situaciones de tensión entre los/as propios/as residentes quienes, en general, se esfuerzan por mantener un buen clima de trabajo.

El imperativo de hacer todo lo que se les demanda, contando con una cantidad de residentes limitada, lleva a que pequeños desajustes por incumplimientos o necesidades de alguno de ellos, sobrecarguen las tareas de los otros, fomentando conflictos.

“Terminamos hablándonos mal entre nosotros como si la responsabilidad de todo este trabajo fuera nuestra y en lugar de ver cómo nos ayudamos, cada vez que uno hace un pedido de reemplazo o cambio de horario lo vemos como que está trayendo un problema.” (residentes tercer año)

El contenido del trabajo

Los pedidos vinculados con **el incremento de la productividad no les son sugeridos o consultados a los/as residentes, simplemente les son expresados como algo que debe hacerse y que, se sobreentiende, puede ser realizado.**

“A todo lo que ya tenés, te dicen... hay que hacer esto... cuando ya no tenemos tiempo para hacer lo que tenemos que hacer. No te preguntan si es posible o cómo vas a hacer para hacerlo, no te consultan, te lo informan.” (residentes cuarto año)

Podría decirse que, bajo esta metodología de trabajo, los objetivos propuestos por la organización son alcanzados, pero no existe la inquietud o una pregunta dentro de ella que repare en **cuál es el costo que los/as residentes pagan en pos de cumplir.**

Aumento de control sobre el trabajo

Los sistemas y metodologías aplicadas para controlar el desempeño de los/as residentes quedan en evidencia dada la cantidad de procesos y personas pendientes de observar sus desempeños. Este nivel de control representa un factor más de presión y tensión.

“Nadie trabaja relajado acá, todo el tiempo nos están evaluando, estás constantemente en el ojo, hasta por las cámaras, incluso ahora agregaron una nueva evaluación que hacen los enfermeros sobre nosotros. Tenemos mucha carga de cosas para hacer, no me pueden evaluar en cinco minutos porque se les ocurre pasar en cualquier momento. No podés tener una falla”. (residentes tercer año)

Quienes formaron parte de los *focus groups* manifestaron la sensación de estar permanentemente controlados por diversos actores y sistemas, por lo que esto no genera un ámbito laboral distendido y agradable sino que, por el contrario, tiende a fomentar un mayor nivel de tensión.

“De repente te llama algún superior, un jefe de servicio o un médico de staff y te dicen qué estás haciendo ahí o por qué estás haciendo tal cosa y lo saben porque te están mirando por las cámaras.” (residentes segundo año)

Los/as residentes manifestaron tener distintas instancias de control las cuales suelen provenir de los siguientes actores o instancias:

- Residentes de años superiores.
- Jefe/a de residente.
- Médicos/as de staff que recorren la institución evaluándolos en momentos arbitrarios y generan informes sobre sus desempeños.
- Presentación de ateneos.
- Producción de trabajos científicos o publicaciones.
- Medición constante de distintos indicadores (rotación de camas, cantidad de altas dadas, satisfacción del paciente, entre otras).
- Equipo de enfermería.

Mientras se estaban desarrollando los encuentros de *focus groups*, los/las residentes se enteraron de que se iniciaba un nuevo sistema de evaluación, esta vez ejercido por los enfermeros quienes debían comenzar a evaluarlos/as y presentar informes sobre sus desempeños. Esto generó un alto nivel de disconformidad porque ya se encontraban molestos con el nivel de evaluación constante al que estaban sometidos.

“Muy preocupados por evaluarlos y no por formarnos” (residentes tercer año)

4.1.3.1. *Etapas del Burnout*

Los/las residentes manifestaron que, dadas las referencias que posee la institución dentro del ámbito de la salud en cuanto a la patología tratada, han comenzado su práctica formativa con un gran **entusiasmo**.

Sin embargo, no tardan en comenzar el camino descendente descrito por Neffa: se percibe rápidamente un **estancamiento** especialmente en el primer año en la institución al ver que realizan mucha labor operativa que requiere poco uso de sus conocimientos e intelecto, por lo cual el trabajo se vuelve monótono, poco desafiante y reiterativo. Esto decanta en una **frustración** en relación a la expectativa con la que llegaron y lo que verdaderamente llevan adelante, lo que causa un alto nivel de **apatía** y concluye en un estado de **burnout**.

Se ha registrado que, cuando los/las residentes cambian de año y de tarea, vuelve a aparecer el entusiasmo pero, en el mediano plazo, se vuelve a repetir el camino antes mencionado.

En general, los residentes de cuarto año se encuentran pensando mayormente en sus actividades laborales futura que interesados en la práctica formativa que llevan adelante.

“No es seguro que puedas seguir trabajando acá, en casi todos los casos hasta tu último día de residencia no sabes si vas a tener un puesto acá. Si bien casi todos los médicos son ex residentes, la realidad es que no todos continúan y en general cuando lo hacen es en cuestiones puntuales, pero tampoco es seguro” (residente cuarto año).

“Como no tuviste tiempo de hacer prácticas o actividades en simultáneo con esta residencia, no te conocen en otros lugares y si bien sos bien visto por haberte formado acá, nadie te conoce y suelen darles prioridad a los que ya vienen trabajando con ellos” (residente cuarto año).

4.1.3.2. *Características culturales*

La **exigencia de mayor producción** se puede asociar también con características **culturales** que, desde esta concepción, justificarían la

sobrecarga laboral y la falta de descanso suficiente. Frecuentemente tanto dentro del espacio de *focus groups* como en reuniones con autoridades de la institución **el nivel de demanda laboral exigido a los/as residentes es sostenido discursivamente sobre la base de comparar las condiciones y características supuestamente más favorables de la residencia actual en relación con la que los/as médicos del staff debieron atravesar en sus respectivas formaciones.**

“Siempre te preguntan de qué te quejas, nos dicen que antes las residencias antes eran mucho peores..., nos tienen cansados con eso y que ahora tenemos un día para descansar y que ellos no lo tenían.”
(residentes cuarto año)

“Nos dicen que la residencia ahora parece Disney por todo lo que tenemos.” (residentes tercer año)

“Siempre se marca lo que no anda bien, pero cuando haces algo que está bueno, nadie te lo reconoce, porque es lo que tenés que hacer”.
(residentes segundo año)

Desde esta perspectiva, la posibilidad de exigirles más a los/as residentes es siempre posible ya que como resultado de la comparativa antes mencionada, ellos/as se encuentran en falta con relación al nivel de demanda que las autoridades describen que han debido atravesar.

“Nos parece muy bien que las residencias sean mejor que antes, pero eso tampoco quiere decir que lo que se haga ahora esté bien...”
(residentes cuarto año)

Todo cuestionamiento expresado por los/as residentes es minimizado y desvalorizado ya que es interpretado como realizado por profesionales que gozan de un contexto laboral mucho más favorable que el que han vivenciado las autoridades de la institución en esta etapa profesional formativa. Incluso, como ya se mencionó, en alguna ocasión han comparado la experiencia de la residencia con la del servicio militar y se sostiene que los residentes conocen

anticipadamente el contexto laboral del que aceptan formar parte, por lo que tampoco los reclamos posteriores son considerados como válidos.

“Es como si fuera el servicio militar y uno sabe que aceptó formar parte de estas condiciones de trabajo”. (residentes cuarto año)

La cultura definida como “ADN [nombre de la institución]” también se expresa por medio del nivel de excelencia proclamado y exigido, el cual “justifica” las demandas excesivas pero, al mismo tiempo, también forma parte del orgullo de pertenecer. En una ocasión en un *focus group* se me comentó que médicos con trayectoria reconocida tampoco ganaban un buen salario y tras preguntarles por qué se quedaban me respondieron que pertenecer a la institución da prestigio.

Competencia interna

En los diferentes encuentros apareció una frase enigmática utilizada en distintas expresiones: “(...) es el ADN [nombre de la institución]”. Cuando se les pidió a los participantes que desarrollen y amplíen este concepto, les resultó por un lado obvio y, por otro, difícil de poner en palabras.

En este sentido han mencionado:

“Hay mucho ego, y mucha pelea de egos entre los médicos de staff, se fomenta la competencia entre los médicos.” (residentes cuarto año)

“Hay cuestiones de cartel, tanto en quién aparece primero en un paper o una publicación científica como en la forma en la que son presentados en un congreso.” (residentes cuarto año)

El proceso de selección de los/las residentes como la posibilidad de permanencia como posible staff, una vez concluido el cuarto año de formación, se encuentra siempre sesgado por contar con las importantes competencias que este ADN institucional demanda.

“Más allá de aceptar residentes que vengan por el examen de la UBA, la institución realiza su propia evaluación, a [nombre de la institución] no entra cualquiera.” (residentes tercer año)

“Cuando terminás la residencia nunca sabés hasta último momento quién se va a quedar y quién no, o qué oferta te van a hacer para que te quedes, todo depende de qué concepto tengan de cada uno de nosotros.” (residentes cuarto año)

Dadas las características del **Modelo Médico Hegemónico** que social e históricamente ubica al/la médico/a en un lugar de referencia frente al saber, la especialidad médica a la cual se dedica la institución y sus particularidades culturales, puede afirmarse la existencia y la promoción de la competencia entre los profesionales. Esto también actúa como un riesgo psicosocial que promueve el lucimiento personal por sobre el trabajo en equipo y los logros individuales por sobre el ambiente laboral.

Tensión entre salud, formación y rentabilidad

La organización presenta una tensión intrínseca y constante, ya que al ser una institución privada tiene como uno de sus objetivos la rentabilidad, lo que no siempre va en el mismo sentido de la visión de la organización. El paciente representa en cierta forma un cliente porque es quien, por ser atendido, genera ingresos pero, al mismo tiempo, el brindarle la atención requerida conlleva en algunas oportunidades asumir costos que van en contra de la finalidad económica.

“Se hacen muchas cosas para mejorar la experiencia al paciente, cuando debería ser a la inversa, nos deberían cuidar a nosotros que somos quienes los atendemos.” (residentes segundo año)

“El sistema de salud funciona así, se sostiene por residentes que somos mano de obra barata.” (residentes cuarto año)

“Nos cuesta encontrar médicos que quieran hacer guardias, porque no hay relación entre la responsabilidad que asumen y el sueldo.”
(residentes cuarto año)

“Antes la residencia era un sistema de formación que funcionaba, hoy no. Perdió la finalidad educativa. La institución se mantiene porque somos mano de obra barata.” (residentes cuarto año)

Esta situación presenta en los/as residentes cierta dualidad ya que, por un lado, ejercen sus vocaciones siendo profesionales de la salud al atender a los/as pacientes pero, al mismo tiempo, captan rápidamente que son parte de un proceso productivo que necesita cierto ritmo y rentabilidad que haga viable la institución y sus fines financieros/económicos.

“El giro cama, todo el tiempo están midiendo cuántas camas desocupadas hay y cómo hacemos para dar altas para que produzcan nuevos ingresos. Nos felicitan por la cantidad de altas que damos y muchas veces creemos que no están dadas todas las condiciones para darlas. ¿A mí qué me importan esos números [rentabilidad]? No deberían felicitarnos por eso. Lo que sentimos es que se hacen muchas cosas por los números.” (residentes cuarto año)

Al mismo tiempo, y como puede verse, los/las residentes forman parte de esta tensión económica, ya que de manera directa o indirecta son profesionales que, si bien tienen una finalidad principalmente formativa, no dejan de ser médicos/as que asumen muchas de las asistencias que los/las pacientes requieren. Es decir que la práctica formativa del/a residente se ve influenciada inevitablemente por la tensión existente entre la institución privada con fines económicos y la salud.

“No somos quienes pueden traer pacientes” (residentes tercer año)

A partir de las técnicas de recolección de datos administradas se puede afirmar que los/as residentes de la institución se encuentran afectados por el síndrome de burnout, lo cual puede explicarse por medio de conceptos centrales

desarrollados en el marco conceptual, tales como: ser parte de una subcultura de residentes que se encuentra subsumida a la cultura organizacional, la cual a su vez, se ubica dentro de las características del MMH; el concepto de trabajo como normalidad sufriente; la sobrecarga de trabajo; el alto nivel de control; la fuerte estimulación de la competencia interna y las características particulares de la institución evaluada, entre otras.

Estos conceptos permiten arribar a la conclusión de que estas variables y características promueven, sin lugar a dudas, condiciones propicias para que se produzca la presencia de *burnout*. Será clave entonces pensar intervenciones que permitan generar mejores condiciones laborales y fomentar dentro de la cultura organizacional una concepción de normalidad laboral que no sea el sufrimiento y de lugar a una mejor experiencia formativa de sus residentes.



4. Conclusiones

Como se mencionara al comenzar el presente trabajo la institución médica tiene como uno de sus principales objetivos lograr altos estándares de “calidad en la atención al paciente”. Comprende que para alcanzarlos necesita contar con personal médico que se encuentre en buenas condiciones físicas y psicoemocionales, lo cual a su vez depende, en gran medida, de las condiciones laborales que la institución les ofrezca.

Esta relación entre la calidad de atención de pacientes y la satisfacción de las y los empleados dentro del trabajo es un concepto que los directivos de la organización suelen repetir haciendo referencia a la Cleveland Clinic, institución que toman como modelo a seguir. Sin embargo, pareciera ser un concepto intelectualmente comprendido y repetido, pero no abordado con el nivel de reflexión que el mismo demandaría y no puesto en práctica.

La relación entre calidad de servicio prestado y las condiciones laborales en las que se desempeñan los/las empleados/as es especialmente delicada en este contexto, ya que puede conllevar bienestar o riesgos que impacten en la salud de los/las pacientes.

En nuestro país el sistema de salud se sostiene en buena parte por las labores que llevan adelante los/las residentes. Estos/as jóvenes profesionales de la salud se insertan en instituciones médicas, las cuales, si bien poseen sus propias características culturales, replican a su vez el llamado Modelo Médico Hegemónico. Como se observa a lo largo del trabajo, la residencia se ubica como una subcultura que posee sus propias características: los/las residentes deben atravesar un proceso particular para ingresar a las instituciones; se desempeñan simultáneamente como trabajadores/as-estudiantes-educadores/as y comienzan a ser parte de un sistema estructurado que presenta jerarquías rígidas las cuales se van modificando a medida que avanzan los años de experiencia en la residencia.

Podríamos decir que la formación profesional de los/las médicos/as comienza dentro de la subcultura de residencia, la cual se encuentra inserta dentro de la

cultura particular de la institución médica a la cual ingresan, la que, a su vez, por formar parte de rubro de salud, se encuadra en las características del Modelo Médico Hegemónico.

Este modelo plantea desde el inicio mismo de la formación médica profesional condiciones laborales que afectan tanto la salud emocional y psíquica de los/as residentes como sus vidas personales y sus desempeños laborales, lo cual puede verse reflejado en la reiterada aparición del Síndrome de Burnout en dicha población.

La institución sobre la que se basa este trabajo mide, desde hace años, el nivel de *burnout* en sus residentes. En este contexto, un médico manifestó a los directivos de la institución “estar quemado”. A partir de estos dichos fui convocado para intervenir en la resolución de esta problemática.

Para ello, se realizó un trabajo de campo que consistió en un abordaje que tomó en consideración tres etapas. La primera se basó en la aplicación del cuestionario *Maslach Burnout Inventory (MBI)* a toda la población de residentes. El objetivo de esta etapa fue la corroboración de la existencia del Síndrome de *Burnout*, y los niveles encontrados en cada una de las tres sintomatologías que lo constituyen: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

La segunda etapa se centró en la técnica de observación participativa llevada adelante en reuniones con los directivos de la institución con el fin de localizar la interpretación y lectura institucional de las causas que provocan el síndrome de burnout y su posible tratamiento.

Finalmente, la tercera etapa consistió en la implementación de *focus groups*, con el objetivo de identificar el impacto de dicha sintomatología en los residentes.

La primera etapa –reflejada en el primer objetivo de este trabajo de graduación– fue identificar las causas que promueven el Síndrome de Burnout en la institución, aplicando el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* sobre el total de la población de residentes. **Los datos obtenidos permitieron afirmar que el 87% de la población presentó indicadores altos en las tres sintomatologías**

que caracterizan al síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Los puntajes correspondientes a “cansancio emocional” arrojaron indicadores altos a lo largo de los años de residencia. Esto se refleja en el **agotamiento y falta de energía a la hora de iniciar o llevar adelante sus prácticas profesionales.**

En relación a la despersonalización, se observa que esta sintomatología también alcanza un puntaje alto a lo largo de los años. Desde esta perspectiva los/las residentes reconocen que **la relación con los pacientes se ha endurecido en el transcurso de su pasaje por la residencia**, lo cual redundo en desmedro del vínculo médico/a paciente.

Por su parte, la Realización Personal es la única sintomatología que presenta una diferencia respecto de las otras dos mencionadas anteriormente. Esta posee una particularidad que se ve reflejada en los resultados obtenidos en los tres grupos pertenecientes a cada uno de los años de la residencia. El puntaje registrado en segundo año es levemente alto, y se observa que, a lo largo de los años de residencia, este tiende a disminuir. De este modo, en cuarto año, alcanza una puntuación media.

Como ha sido mencionado, dicha disminución gradual a lo largo de los años guarda relación con la **capacidad adquirida de ejercer la práctica profesional con mayor nivel de autonomía y responsabilidad**, a partir de tomar decisiones que impactan de manera directa en los tratamientos de cada paciente.

En cuanto a la segunda etapa, las reuniones con los directivos de la organización permitieron observar que ellos procuran localizar las causas del síndrome en factores exógenos a la organización. Entre estas causas se pueden mencionar características de los/las residentes tales como: género, si viven o no con sus familias, lugar de residencia, o cuál es la capacidad de resiliencia que poseen. También han evaluado, por medio del cuestionario MBI, al COVID-19 como un posible generador del Síndrome de *Burnout* Sin embargo, se obtuvieron resultados muy similares a los registrados durante la prepandemia, lo que indica que el COVID-19 no representa un estresor central a ser tenido en cuenta como

desencadenante de dicho síndrome. **En este punto es relevante destacar el contraste entre la relación antes planteada, referida a la Cleveland Clininc, donde se establece la correlación directa entre la satisfacción de los empleados con las condiciones laborales y la calidad de atención percibida por los pacientes, con la pregunta que efectivamente se realizan los directivos de la organización en relación a las causas del burnout, que se centra en buscar respuestas basadas en características y competencias de los/las residentes o en factores exógenos como el COVID-19 . Se observa, entonces, una disonancia entre lo formalmente expresado y lo verdaderamente actuado.**

En el mismo sentido y si bien en las reuniones los directivos hicieron mención a que tanto las características culturales de la institución como las condiciones de trabajo guardan una estrecha relación con la presencia de dicho síndrome, estas reflexiones fueron más intelectuales y formales que verdaderamente evaluadas y consideradas seriamente.

Este comportamiento puede ser interpretado desde la perspectiva del Modelo Médico Hegemónico, que promueve la búsqueda de las causas en fundamentos científicos y en el que los aspectos sociales como lo laboral no son validados. Al mismo tiempo este posicionamiento define rasgos culturales de la organización, la cual elige focalizarse en los/las residentes o el contexto, sin poner en cuestionamiento sus propios comportamientos.

En la tercera etapa, *focus groups*, se registró la existencia de factores específicos y claramente identificables que fomentan la presencia de dicho síndrome. En el presente trabajo los he categorizado en tres grupos: sintomatología del burnout, principales factores de riesgo en el trabajo y características culturales de la organización.

En la sintomatología del burnout, y de manera coherente con lo dicho anteriormente, puede sumarse información cualitativa basada en los dichos de los/las residentes, quienes manifestaron un nivel de demanda constante tanto por parte de la institución como de los pacientes y sus familiares quienes, en ocasiones, graban o filman sin autorización los partes médicos, los amenazan

con posibles juicios de mala praxis o realizan pedidos excesivos invocando al presidente de la institución o basándose en la costosa y exclusiva cobertura de salud que poseen.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran:

- La sobrecarga cuantitativa: cantidad de horas de trabajadas diarias y semanalmente.
- La falta de descanso durante la jornada laboral: la imposibilidad establecer pausas que permitan disminuir el nivel de carga laboral.
- Las demandas intensas, variadas y constantes: el día de post guardia frecuentemente interrumpido o empleado por tareas vinculadas a la residencia (lectura de *papers*, preparación de ateneos, consultas de profesionales de la institución por cuestiones laborales); falta de planificación real del período de vacaciones.
- La exigencia de mayor producción, resultado de la tensión que se produce entre ser un instituto médico privado que necesita obtener una rentabilidad y la calidad de prestaciones médicas y clínicas que debe brindar. Esto lleva, en ocasiones, a ubicar al/a la residente más como un empleado/a ligado a la producción que a un/a profesional de la salud.
- El aumento de control sobre el trabajo: obligación de atravesar instancias de evaluación constantes, supervisiones e, incluso, sentirse observados/as por medio de la utilización de cámaras ubicadas dentro de la institución.
- tiempo laboral destinado al trabajo de forma real o estando en estado de permanente disposición (c), cumplimiento de la productividad laboral demandada, rechazo frente a la posibilidad de incrementarla (f); incremento en las quejas de los clientes (en este caso pacientes) (g); problemas de comunicación y coordinación (k); exigencia de mayor productividad, aumento del control del trabajo y el fomentar la competencia interna entre empleados/as (m), por último destrés o estrés

negativo (violencia verbal, indicadores de deterioro en las relaciones, entre otros) (q).²

En cuanto a las características culturales, y en vinculación con los supuestos básicos de la institución, la frase habitualmente mencionada dentro de la organización que mejor lo define es “el ADN (nombre de la institución)”, la cual pone en juego una tensión contradictoria y ambigua. El pertenecer a la cultura organizacional es un factor de orgullo debido a varios factores: el nivel de conocimiento y formación que los/las profesionales poseen, el status o reconocimiento profesional que les proporciona la especialidad médica, la capacidad para atender una gran demanda de trabajo y tratar cuadros clínicos complejos y la “excelencia médica” de la cual se sienten parte. Al mismo tiempo, también la cultura organizacional conlleva una serie de demandas que son padecidas por los/las residentes, como ser: la sobrecarga laboral, el desequilibrio entre la vida personal y profesional, la lucha de egos entre los profesionales, el alto nivel de competencia interna, la exigencia de “siempre tener que saber y estar altamente capacitado” y el **ser cosificados/as**, también por el mismo funcionamiento del Modelo Médico Hegemónico. **Es decir que no solo el paciente es cosificado, tal como plantea la bibliografía hallada en relación a dicho modelo, sino que también lo son los mismos profesionales de la salud, en este caso, los/las residentes.**

Antes de concluir el trabajo, quiero establecer una relación entre el Modelo Médico Hegemónico y la práctica de las residencias. Al comenzar sus programas de formación, los/las residentes asumen una posición muy crítica hacia las condiciones que deben atravesar durante sus prácticas profesionales, las cuales van desde el tipo de trato recibido por el *staff* de la institución, los pacientes o sus familiares, hasta aspectos vinculados con la sobrecarga de demandas laborales constantes a través del tiempo. Estos reclamos suelen mantenerse a lo largo de los años, aunque curiosamente son interpretados de distinta manera por los/las mismos/as residentes al concluir su ciclo de formación en el cuarto año. En esta instancia, pareciera convertirse en una “normalidad sufriente”, y si

² Las letras entre paréntesis corresponden a la manera en la que se identificaron estas variables en el Marco conceptual.

bien no dejan de hacer menciones críticas hacia las condiciones en las que se llevó adelante la residencia, sus comentarios son elogiosos ante la experiencia en su totalidad, resaltan el nivel de aprendizaje adquirido, la confianza en sus conocimientos, la capacidad de intervención y el posicionamiento profesional logrado dentro del ámbito de dicha especialidad clínica.

Tal como menciona Neffa (2015) el trabajo provoca placer, sufrimiento, o ambas cosas a la vez. Desde este punto de vista es posible pensar que el cambio paulatino, observado en la valoración de los/las residentes y referido a sus prácticas laborales formativas, es una clara demostración de cómo la cultura ha operado ellos/as.

De este modo, puede observarse cómo el Modelo Médico Hegemónico y la cultura organizacional son al inicio fuertemente resistidas, pero gradualmente los/las mismos/as residentes comienzan a formar parte de estas y tienden a replicar pautas o comportamientos característicos de dicho modelo.

Este **cambio en el posicionamiento de los/las médicos/as en formación frente a la experiencia de la residencia** no deja de lado el interesante desafío de pensar, desde una concepción basada en los Recursos Humanos, una intervención que haga posible fomentar experiencias de aprendizajes que contemplen: las condiciones de trabajo, los riesgos psicolaborales, el equilibrio entre la vida personal y profesional, el tiempo de descanso adecuado, el nivel de demanda acorde a las capacidades y posibilidades de los/las residentes, entre otros. Esta perspectiva, permite y no desconoce, al mismo tiempo, la importancia de preservar la excelencia médica y la calidad formativa de los/las profesionales.

No obstante, debe tenerse en cuenta que una intervención sobre las prácticas de la residencia movilizará defensas de la propia cultura organizacional, por lo que será **vital mantener una lectura política y estratégica permanente**, para no ser expulsados por ella. Se propone, entonces, presentarle a los directivos de la organización un plan de trabajo estratégico que haga posible intervenir de manera positiva sobre las características culturales de la organización y la

práctica de la residencia, sin descuidar al mismo tiempo la rentabilidad de la organización y sus prestigiosas prácticas médicas.



Universidad de
San Andrés

5. Recomendaciones para la acción

A partir de reconocer las condiciones de trabajo y de las características culturales que fomentan la presencia del síndrome de *burnout* se propone un plan de acción articulado en cuatro ejes:

1. Cambios culturales y liderazgo de los directivos
2. Desarrollo de competencias de los/las residentes para afrontar el *burnout*
3. Acciones específicas de Recursos Humanos
4. Acciones de comunicación destinadas a pacientes y familiares.

En el Anexo 2 se presenta un diagrama de Gantt que muestra la temporalidad propuesta para el plan de acción.

1. Cambios culturales y liderazgo de los directivos

Debido a la complejidad que las intervenciones en este nivel demandarán, se propone un plan de trabajo gradual que combine inicialmente los indicadores que dan cuenta del estado general de los/as residentes en la institución. La dinámica tendrá siempre un foco constructivo más que crítico, es decir que buscará posicionar a los directivos en relación a la empresa que quieren ser, más que una crítica hacia la situación actual.

Cada una de las etapas definidas serán llevadas adelante por medio de consultoría externa.

Etapa A – Registro de la situación actual

Objetivo: que los directivos tengan un claro registro de las particularidades de la experiencia de los residentes en la institución y de aquellos factores que promueven el síndrome de *burnout*.

Duración: Total de encuentros 4, dos horas cada uno. Frecuencia semanal.

Con la intención de contar con datos validados se hará uso de:

- Resultados del cuestionario MBI de la propia institución.
- Resultados del cuestionario MBI empleados para el presente trabajo final.
- Encuesta de Great Place to Work realizada por la institución en el 2018.
- Resultados de los *focus groups* obtenidos en el presente trabajo final.

Etapas B. La empresa que queremos ser

Objetivo: Habiendo logrado determinar los aspectos que se desean mejorar y las particularidades de la experiencia de los/as residentes, se propone trabajar sobre la visión de la compañía que desean ser con la finalidad de generar acciones que les permitan alcanzar este cambio.

Duración: Total de encuentros 4, dos horas cada uno. Frecuencia semanal.

Etapas C – Capacitación en liderazgo

Objetivos: Que los directivos de la organización puedan contar con las distinciones y herramientas fundamentales que hacen al ejercicio de un liderazgo con las competencias que el contexto actual requiere.

Distinciones básicas del liderazgo:

- Características y consecuencias del ejercicio del liderazgo mando control.
- Las cuatro dimensiones interrelacionadas que hacen al liderazgo: logro de resultados, conducción de los equipos de trabajo, interpretación e intervenciones acordes a los cambios del contexto y el líder como coach individual de cada colaborador de los equipos de trabajo directos.
- Responsabilidades y competencias básicas del liderazgo: Envisionar, motivar por medio de la transmisión de la visión; ser ejemplo de aquello que solicita a sus colaboradores; desafiar el orden; habilitar a otros para actuar y brindar aliento.

Duración: Total de encuentros 12, 2 horas cada uno. Frecuencia semanal.

Etapa C. Liderazgo - Coaching

Como se mencionó durante el presente trabajo de graduación la cultura guarda una estrecha relación con los líderes de las organizaciones, por esto se propone realizar una intervención en este nivel.

Coaching grupal

Objetivo: definir el tipo de liderazgo que desean alcanzar y las acciones necesarias para poder lograrlo. Es fundamental que en este espacio los directivos debatan sobre sus acciones y cómo estas impactan tanto en la cultura de la organización y por ende en la experiencia de los residentes.

Duración: Total de encuentros 8, 2 horas cada uno. Frecuencia semanal.

Coaching individual

Objetivo: trabajar sobre las características individuales en pos de lograr potenciar el desempeño de cada directivo alineándolo al estilo de liderazgo definido por la organización y necesario para lograr el cambio cultural planteado.

Duración: Total de encuentros 12, 1:30 horas cada uno. Frecuencia semanal.

Etapa D. Evaluación del proceso

Objetivo: evaluar el trabajo realizado durante el año, registrando los cambios producidos y aquellos que hasta el momento no hayan sido alcanzados. En base a esto se definirá la posibilidad de trabajar un nuevo plan de acción 2023.

Duración: Total de encuentros 4, 1 hora cada uno. Frecuencia semanal.

2. Desarrollo de competencias de los/las residentes para afrontar el *burnout*

A. Competencias

La experiencia de residencia demanda a los/as médicos en formación una serie de competencias que les permitan sobrellevar del mejor modo posible aquellas situaciones laborales que promueven el *burnout*. Por este motivo se propone sean capacitados en las siguientes competencias: resiliencia, tolerancia a la presión, trabajo en equipo e influencia y negociación.

Resiliencia y tolerancia a la presión, son competencias fundamentales dada la necesidad de responder a una alta demanda de trabajo, la cual se mantiene constante a lo largo del tiempo, al tiempo que los/as residentes necesitan responder a las mismas, con el mayor profesionalismo posible.

Trabajo en equipo. El fomentar la interacción positiva entre los residentes les permitirá distribuir tareas de manera planificada y de este modo realizar una distribución lo más equitativa posible de las tareas que deben llevar adelante. Al mismo tiempo les permitirá brindarse contención y acompañamiento entre los miembros del equipo.

Influencia y negociación. Resulta importante que los/as residentes puedan llevar adelante conversaciones con las autoridades de la institución, los pacientes y los familiares, en pos de llegar a acuerdos que les permitan llevar adelante sus prácticas profesionales del mejor modo posible. La generación de acuerdos y la posibilidad de realizar propuestas que impacten de manera positiva en los diferentes actores, ubica a los/as residentes en un rol de protagonistas del cambio que desean promover.

B. Capacitación en conversaciones difíciles y víctima vs. protagonista

Para que los cambios culturales puedan darse, es importante también que los/as residentes de la institución puedan planificar y proponer las conversaciones

difíciles que harán falta llevar adelante, para lo cual será fundamental que cuenten con las herramientas de comunicación necesarias.

A su vez la capacitación de víctimas vs. protagonista tendrá como propósito el lograr que cada participante se ubique y posicione como un agente de cambio, desde un rol que fomente la cultura deseada, evitando un posicionamiento más ligado al de víctima.

Capacitación en:

Conversaciones difíciles.

Duración: Total de encuentros 8, 1 hora cada uno. Frecuencia semanal.

Víctima vs. protagonista

Duración: Total de encuentros 4, 1 hora cada uno. Frecuencia semanal.

C. Talleres de implementación – según año de residencia

Con el propósito de continuar relevando datos de importancia ligadas a la experiencia de los/as residentes de la institución y aplicar las herramientas, tanto como las competencias adquiridas en los puntos B y C anteriormente mencionados.

Duración: Total de encuentros 8, 1 hora cada uno. Frecuencia semanal.

3. Acciones específicas de Recursos Humanos

- Control de las horas efectivamente trabajadas por los/as residentes.
- Encuesta de clima en la organización en su conjunto diferenciando la experiencia de los/las residentes.
- Definir con las autoridades de la institución un período formal y protegido de vacaciones.
- Generar comunicados orientados a acotar las demandas laborales por fuera del horario de trabajo establecido.

4. Acciones de comunicación destinadas a pacientes y familiares

- Cartelería. Con el propósito de resguardar a los profesionales y disminuir el nivel de presión que reciben, colocar carteles que indiquen que está prohibido grabar o filmar a los profesionales de la institución sin sus consentimientos.
- Comunicados de los roles que desempeñan los pacientes y sus familiares y cómo estos impactan en la calidad del tratamiento recibido. Generar de forma permanente comunicaciones destinadas a que el paciente y sus familiares comprendan que parte de la calidad de la atención que reciban, dependerá también de sus comportamientos y actos. Esto debe ser cuidadosamente implementado para lograr un impacto positivo y no correr el riesgo de que sea interpretado como un reclamo o llamado de atención. Estas acciones pueden ir desde informarle con claridad a los pacientes la documentación que deberán presentar y los estudios que les serán requeridos a la hora de arribar a la consulta, hasta comunicaciones que estimulen la tolerancia frente a situaciones de espera. Esto puede realizarse por medio de todos los canales de comunicación que posee la institución con los pacientes, desde mails hasta incluso las pantallas informativas disponibles en las salas de espera.

Universidad de
San Andrés

6. Referencias Bibliográficas

- Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). London, UK: Taylor & Francis.
- Schaufeli, WB, Maslach, C. y Marek, T. (2017). Historical and Conceptual Development of Burnout. En Schaufeli, WB, Maslach, C. y Marek, T. (Eds.) *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research*. (pp. 1-18). London, UK: Taylor & Francis.
- Gavin, H. (2008). Interviews and Focus Groups. En Galvin, H. (Eds.), *Understanding Research Methods and Statistics in Psychology*. (pp. 253-262). London, UK: Sage Publications Ltd.
- Gil-Monte, P. R., Peiró Silla, J. M. (2000). Desencadenantes y facilitadores del síndrome de quemarse por el trabajo. En Autor (Ed.), *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. (pp. 63-80). Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Gómez Díaz y Rodríguez Ortíz. (2013). Chilean Organisational Culture (Tesis de licenciatura inédita), The University of Liverpool, Liverpool, U.K. Recuperado de: <http://teoriaycomorg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/98/2019/03/TeoriasdelaCulturaOrganizacionalCarlosGomezJennyRodriguezrevision2013.pdf>
- Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S. Lavalle-Montalvo, C., Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3, 74-84. Recuperado de:

http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A3Num10/03_AO_CULTURAL_ORGANIZACIONAL.pdf

Kotler, P y Armstrong, G. (2016). Marketing process. En Autor (Ed.), *Principles of Marketing* (pp. 3-27). London, England: Pearson.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Procesos de evaluación cognitiva. En Autor (Ed.), *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Martinez Selva, J.M. (2004). Manejo del estrés en las organizaciones. En Autor (Ed.), *Estrés laboral. Guía para empresarios y empleados*. Madrid, España: Pearson Educación.

Maslach, C. y Jackson, S. (1997). MBI. Inventario Burnout de Maslach. *Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid, España: TEA.

Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of Burnout. En P. Gil-Monte y J. M. Peiró (Eds.), *Delimitación conceptual del síndrome de quemarse por el trabajo y modelos interpretativos. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (pp. 13-14). Madrid, España: Editorial Síntesis

Menéndez E. L. (abril, 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464.
Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>.

Neffa, Julio César. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires, Argentina: CEIL-CONICET.

- Perez Jáuregui, M. I. (2000). Cuando el estrés laboral se llama *Burnout*. En Autor (Ed.), *Quemarse en el trabajo: causas y estrategias de afrontamiento*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Libros.
- Pichot, P., López Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Schein, E. (1988) Cultura empresarial: una definición. En Autor (Ed.), *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Barcelona, España: Plaza & Janes Editores.
- Selye, H. (1992). ¿Qué es el Stress? *Vertex Revista argentina de Psiquiatría*, 3 (8), 143-144. Recuperado de <https://revistavertex.com.ar/>.
- Viloria, H., Paredes, M. y Paredes, L. (2003). Burnout en profesores de educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 12 (2), 133-146. Recuperado de <https://archives.rpd-online.com/article/download/167/167-167-1-PB.pdf>.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M. T., Tisera, A., Gaillard, P., Pawlowicz, M. P., & Nabergoi, M. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En Bottinelli, M., Zaldúa, G. (Eds.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA.

7. Anexos:

7.1. Anexo 1: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Cuestionario 2: MBI

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0= nunca
- 1= pocas veces al año o menos.
- 2= una vez al mes o menos.
- 3= unas pocas veces al mes.
- 4= una vez a la semana.
- 5= pocas veces a la semana.
- 6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	

15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

EVALUACIÓN:

El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas con los siguientes puntos de corte: CE bajo, ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto, ≥ 27 ; DP bajo, ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10 , y RP, baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40 .

Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en AE y DP y baja en RP definen el síndrome. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.



7.2. Anexo 2: Diagrama de Gantt – Plan de Acción

Ejes	Actividades	Responsables	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre																									
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																										
Cambios culturales y liderazgo de los directivos	Registro de la situación actual	CRH	■																																																																					
	La empresa que queremos ser						■																																																																	
	Capacitación en Liderazgo										■				■				■				■																																																	
	Coaching Grupal																						■				■																																													
	Coaching Individual																														■				■				■				■																													
	Evaluación del proceso y nuevas acciones																																																														■				■				■	
Desarrollo de competencias de los/las residentes para afrontar el burnout	Competencia: Resiliencia	CRH	■																																																																					
	Competencia: Trabajo bajo presión						■																																																																	
	Competencia: Trabajo en equipo										■																																																													
	Competencia: Influencia y negociación														■																																																									
	Capacitación en conversaciones difíciles																		■				■				■				■																																									
	Capacitación: víctima vs. protagonista																						■				■				■				■																																					
	Taller de implementación Residentes segundo año																										■				■				■				■																																	
	Taller de implementación Residentes tercer año																														■				■				■				■																													
	Taller de implementación Residentes cuarto año																																						■				■				■				■																					
Acciones específicas de Recursos Humanos	Control de las horas efectivamente trabajadas por los/as residentes.	RRHH					■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■													
	Encuesta de clima en la organización en su conjunto diferenciando la experiencia de los/las residentes.						■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■													
	Definir con las autoridades de la institución un período formal y protegido de vacaciones.						■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■													
	Generar comunicados orientados a acotar las demandas laborales por fuera del horario de trabajo establecido.						■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■				■													
Acciones de comunicación destinadas a pacientes y familiares.	Cartelería - prohibición de grabar o filmar a los profesionales	RRHH y C																																																																						
	Comunicados de los roles que desempeñan los pacientes y sus familiares	C																																																																						

Aclaración: CRH, consultoría externa en Recursos Humanos. RRHH, Departamento de Recursos Humanos. C, Departamento de comunicación. Esta tabla puede ser vista en mayor proporción en Anexo.

Fuente: Elaboración propia.