Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Revista Perspectivas en Psicología 2006 - Volumen 3, Nº 1

2019-06-14

¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores-de-la-salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el Síndrome de Burnout

Silva Peralta, Yamila

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1031

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

¿Están *de* guardia o están *en* guardia los trabajadores-de-la-salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el Síndrome de Burnout

Yamila Silva Peralta[*]

Resumen

El presente es un estudio exploratorio- descriptivo que tiene como objetivo conocer cómo evalúan los trabajadores-de-la-salud su propia salud psicofísica, poniendo el énfasis en el síndrome de burnout como enfermedad profesional y planteando como novedad la relevancia de los procesos de movilización subjetiva que caracterizan el desempeño de los trabajadores-de-la-salud. El marco teórico integrador de este estudio es la Psicodinámica del Trabajo de Christophe Dejours. A su vez, se tomarán en cuenta las investigaciones sobre burnout de Maslach y Jackson, conocidas como las pioneras en la temática, quienes conciben al burnout como un proceso.
Se administraron cuestionarios semiestructurados en una Guardia de Día del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, complementando con seguimiento de registros periodísticos en diarios locales, observación de campo y análisis de entrevistas focalizadas con informantes clave (Jefes de Guardia y Directivos). Los resultados del análisis muestran que, a pesar de las insalubres condiciones y medio ambiente de trabajo que caracterizan a esta guardia, los trabajadores se movilizan activa y grupalmente para alcanzar sus objetivos: atender los pacientes de urgencia y salvar vidas. Estos esfuerzos requieren de procesos de cooperación, reconocimiento, iniciativa y trabajo en equipo.

Palabras clave: Síndrome de Burnout–Procesos de movilización subjetiva– Trabajadores de lasalud.

Are there at guard or in guard? Psychodynamic, exploratory and descriptive study about burnout syndrome

Abstract

This is an exploratory and descriptive study which objective is to know about how health workers evaluate their psycho-physic health. This study proposes the analysis of subjective mobilization process in health workers to understand their rolls at work and burnout levels.
This study is based in Work Psychodynamic perspective of Christophe Dejours, and in the research about burnout syndrome of Maslach and Jackson, who understand the burnout like a process.
There were administered semiestructurated questionnaires in a Day Guard of the Acute Interzonal Hospital of Mar del Plata. They were complemented with periodistic searching, observation and focus interview analysis with Supervisors and Directors of the institution.
The results show that the work ambient and conditions in this guard are very unhealthy, but health workers are mobilizing actively in groups to reach the objectives: look after and take care of the patients, save their life, prevention and treatment. These efforts require subjective mobilization process: cooperation process, recognition process, initiative and team work.

Key Words: Burnout syndrome – Subjective mobilization process – Health workers

Introducción

La presente investigación está orientada por la inquietud de conocer y analizar cómo se movilizan subjetivamente los trabajadores-de-la-salud en una guardia de día del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata. Tiene como objetivo general comprender cómo evalúan los trabajadores-de-la-salud las condiciones y medio ambiente de trabajo de la institución en la cual prestan servicios y su salud psicofísica, poniendo el énfasis en el síndrome de burnout como enfermedad laboral. Para cumplimentar este objetivo, se indagó sobre la organización prescripta del trabajo (características de los puestos de trabajo, estabilidad, carga horaria, remuneración, evaluación, entre otras); también se relevó la percepción del trabajador-de-la-salud respecto al medio ambiente de trabajo y respecto a su propia salud psicofísica; y, por último, se analizaron los procesos de movilización subjetiva en los grupos de trabajo (relaciones de cooperación, trabajo en equipo, iniciativa, toma de decisiones, relaciones de confianza, reconocimiento).

Esta investigación forma parte de un proyecto mayor del Grupo de Investigación SOVIUC de la Facultad de Psicología- UNMdP, que estudia las Trayectorias Laborales y las Condiciones de Trabajo de los profesionales de los Servicios Públicos de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata, teniendo en cuenta aspectos estructurales, principalmente el rol del Estado como ejecutor de políticas públicas, los cambios en el mercado de trabajo, y aspectos microsociales referidos a las estrategias y a la práctica de los actores.

Se tomaron como referencia dos enfoques teóricos:

- La Psicodinámica del Trabajo desde Christophe Dejours (1998; 2001), quien estudia la normalidad del proceso de trabajo en el contexto de restricciones y de sufrimiento que viven los trabajadores. Desde esta perspectiva, se clasifican ciertos procesos intra e intergrupales que serán denominados "procesos de movilización subjetiva"
- La concepción del síndrome de burnout como proceso se debe a Maslach (1981), quien

[*] Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
Carlos Pellegrini 4806 (7600) Mar del Plata. Argentina. Teléfono 0223- 480-6515. E-mail: yasilpe@hotmail.com

plantea la interrelación de tres dimensiones para su análisis: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. También serán consideradas las investigaciones nacionales de Neira (2004) y de Zaldúa y Lodieu (1995) sobre burnout en trabajadores-de-la-salud.

Psicodinámica del trabajo

Dejours (1998) plantea que la salud perfecta no existe, es un ideal jamás alcanzado. Muchas enfermedades pueden estar compensadas en un sujeto por medio de regulaciones ya sea internas como externas al mismo, pero el equilibrio obtenido será siempre precario: satisfactorio, aceptable, pero siempre precario. Se trata de una conquista difícil, siempre por alcanzar.

La psicodinámica del trabajo es definida por Dejours (1998) como el análisis dinámico de los procesos psíquicos movilizados por la confrontación del sujeto con la realidad del trabajo. Este enfoque tiene por objeto la movilización de la inteligencia y de la personalidad de los agentes para superar contradicciones que pueda presentar la organización prescripta del trabajo. Se interesa por los procesos intersubjetivos que hacen a los sujetos creadores de actividades, de "saber hacer" y de modos de operar nuevos.

El sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo se bloquea, la cooperación se rompe, la confianza se vuelve imposible y el reconocimiento fracasa.

El entorno social determina de manera importante esta movilización: la estructura de la organización (participativa o por el contrario, centralizada o formalizada); el número de empleados que hay que supervisar, el diseño de los puestos y de los sistemas de trabajo, su disposición física, el tipo de objetivos y el estilo de dirección pueden facilitar la creación de espacios interdisciplinarios, un clima de apoyo social y relaciones de confianza, compañerismo en el grupo de trabajo; o, por el contrario, pueden dificultarlos, o incluso imposibilitarlos.

¿Trabajo en equipo o Equipo de trabajo?

Un equipo de salud está integrado por profesionales de diferentes disciplinas que comparten similares problemáticas (Neira, op. cit.): instituciones con dificultades económico- administrativas, presiones laborales de diverso tipo y magnitud, falta de gestión de recursos sanitarios y, a través de su rol asistencial, el contacto con los pacientes en su realidad biológica, psicológica y social, dentro de un contexto que activa particulares modalidades de comunicación e intercambio. Resulta de vital importancia que los miembros del equipo puedan movilizarse subjetivamente, estableciendo relaciones de cooperación, compromiso, confianza, contención mutua y respeto, para favorecer un clima laboral saludable y propiciar la empatía, evitando la despersonalización.

El trabajador-de-la-salud moviliza su energía y capacidad para desempeñar su tarea. Esta tarea puede representar sobrecarga tanto cuali como cuantitativa para el trabajador, ya sea por la cantidad de pacientes que debe asistir, como por la complejidad de la tarea a realizar. El grado de control que el trabajador tenga sobre la tarea en su ambiente laboral, dependerá del grado de autonomía, de responsabilidad y de la posibilidad de iniciativa, es decir, por las posibilidades que el individuo tiene de planificar su trabajo, y determinar los procedimientos para desarrollarlo. Existe una clara relación positiva entre el grado de control que el sujeto tiene sobre su propio trabajo y la satisfacción laboral. (Neffa, 1988)

En esta investigación, serán identificados ciertos procesos que se denominarán "procesos de movilización subjetiva" y que, en la medida en que se pongan en marcha, potenciarán el trabajo en equipo: dinámica del reconocimiento, relaciones de confianza y cooperación en el equipo de trabajo, iniciativa y toma de decisiones. Será necesario describir a cada uno de ellos:

Cooperación como proceso movilizador

La salud de los trabajadores-de-la-salud no es un problema individual sino colectivo, en virtud de que el trabajo se efectúa en cooperación y relación con otras personas, que pueden realizar la misma o similar tarea, hacer labores complementarias o integradas, o que tienen diferente jerarquía dentro del organigrama institucional. La cooperación es condición para el trabajo en equipo o en forma interdisciplinaria.

Confianza como proceso movilizador

Dejours (op. cit.) plantea que es condición *sine qua non* el contexto de confianza para poder lograr una cooperación o *movilización colectiva de las inteligencias creativas*. La confianza es la certeza sobre el propio valor y las propias facultades, lo que implica sentir seguridad de uno mismo, estar decidido, o tomar decisiones a pesar de las incertidumbres y presiones. La confianza facilita acciones transformadoras capaces de generar y conquistar nuevas posibilidades, sustenta todas las acciones creativas y alimenta la iniciativa y el espíritu emprendedor.

Reconocimiento como proceso movilizador

A su vez, esta movilización (por ser contribución a la organización prescripta del trabajo, por abarcar muchas veces funciones que exceden al cargo asignado e implican polivalencia del rol, por plantear conflictos entre pares y entre jerarquías...) debería ser reconocida. Según Neffa (op. cit.) el reconocimiento social de la actividad, propia de cada puesto de trabajo, estará en función de las calificaciones profesionales requeridas, de la naturaleza misma de la tarea (es decir, el contenido del trabajo), o bien del nivel de remuneraciones.

Entendiendo al trabajo como intersubjetivo, en la medida en que proyecta al trabajador en un vínculo social, toda contribución implicaría una retribución, porque contribuiría a la vez a la formación de identidad del propio trabajador, porque incidiría en su satisfacción laboral y porque esto se retroalimentaría en el desempeño del trabajador. No hay que olvidar que la salud (o el sufrimiento) de los trabajadores-de-la-salud, condiciona la atención que reciben los pacientes.

Iniciativa y toma de decisiones como procesos movilizadores

La iniciativa incluye la capacidad para tomar decisiones personales y, por lo tanto, está relacionada con los niveles de participación y el grado de autonomía del trabajador-de-la-salud. Tener iniciativa supone movilizar a los demás mediante esfuerzos inusuales, forzando la reglas -si es necesario- para poder cumplir con el trabajo prescripto.

El grado de iniciativa que requiere o exige el puesto de trabajo, respecto del trabajador que lo ocupa para desarrollar su actividad, se refiere al control del proceso de trabajo, a la posibilidad de efectuar modificaciones en caso de detectar fallas, a la adopción de decisiones personales en caso de incidentes o accidentes, etc. De ello dependerá el grado de autonomía que poseerá el trabajador, o si éste debe realizar permanentemente tareas repetitivas, monótonas, y predeterminadas por otros, que son quienes conciben o preparan las tareas, etc. (Maslach, Jackson, 1981; Chacón, 1995).

Burnout ¿desmovilización subjetiva?

Desde una perspectiva integradora, el estrés laboral puede definirse como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, ante ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo (Peiró, 1992; Gil-Monte y Peiró, 1997; Leiter, 1988, 1991; Maslach, Jackson, 1981; Slipak, 1991, 1996; y otros). Cuando el trabajador percibe que su entorno de trabajo y las demandas que éste le plantea superan sus capacidades para afrontarlas, -o sea, se vuelven amenazantes-, es cuando se desencadena la respuesta de estrés. El organismo reacciona ante las situaciones estresantes poniendo en marcha un conjunto de reacciones adaptativas, cuyo fin es restablecer el equilibrio. Para ello, utiliza un amplio repertorio de reacciones fisiológicas, mentales y de comportamiento. En definitiva, el estrés es una respuesta del organismo, a todos los niveles, cuyo último fin es la adaptación.

Una de las posibles consecuencias de la exposición prolongada a situaciones de estrés es la aparición del síndrome de burnout; también conocido como *Síndrome de Desgaste; Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT); Síndrome de Estrés Laboral Asistencial"*

El término inglés "burnout", cuyo equivalente más aproximado en español sería "estar quemado", se refiere a una situación en la que la persona, en contra de sus expectativas, no logra obtener los resultados esperados, cayendo en un estado de desesperanza y apatía, refiere un estado de deterioro o agotamiento, producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por su tarea laboral, particularmente, las que implican relaciones interpersonales intensas y continuas, determinando que el trabajador se sienta desbordado, y sienta agotada su capacidad de reacción (Neira; op. cit.). A diferencia del estrés o la crisis, el burnout no siempre es reconocido por quien lo padece

En el ámbito de la salud, surgió en 1974 con Freudenberger, psiquiatra de Nueva York, quien lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el esperado refuerzo. Freudenberger descubrió que los voluntarios más comprometidos de su clínica para toxicómanos se volvían progresivamente insensibles y agresivos con los pacientes, pasando de un trato paternal o maternal con los enfermos, a uno distante y violento. Por primera vez, Freudenberger denominó el fenómeno como burnout, o síndrome de estar fundido. Lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo, reconociendo que el fracaso en la búsqueda de un sentido existencial en el trabajo es la causa básica de un compromiso inicial excesivo y de la ulterior deserción.

Un poco más tarde, Maslach (1981), de la Universidad de Berkeley en California, describió al burnout como una respuesta al estrés emocional en forma crónica, identificando como rasgos principales el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar. Desde esta perspectiva teórica el burnout es un proceso, no un estado, implica la interrelación de estas tres dimensiones, que tienen una aparición progresiva, y se refuerzan a medida que el trabajador se va quemando.

El *agotamiento emocional* alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, debido al contacto "diario" con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Por baja *realización personal* en el trabajo, se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, afectando tanto la habilidad en la realización del trabajo como la relación con las personas a las que se atiende. La *despersonalización* se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, quienes son vistas por los trabajadores-de-la-salud de manera deshumanizada, debido a un endurecimiento afectivo.

García (2002), compartiendo esta visión del burnout como proceso, describe el ciclo del síndrome en cuatro fases o etapas:

1. Fase de entusiasmo, que aparece durante los primeros años del ejercicio de la profesión. La energía y el entusiasmo ilimitado hacen que todo parezca posible. El profesional ama su trabajo, le encantan sus compañeros y también la organización. Las expectativas laborales están idealizadas, provocando una sobreidentificación con los clientes.

2. Fase de estancamiento, en la que los sujetos empiezan a ser conscientes de que una excesiva implicación en el trabajo puede dar lugar a un abandono de las necesidades personales. El trabajador no siempre se siente recompensado o apreciado por sus superiores o clientes, se cuestiona su capacidad y comienza a perder la confianza en sí mismo. Por querer controlar y solucionar todo, ser querido y aprobado por todos, ser siempre eficiente, va surgiendo el cansancio emocional que llevará al agotamiento.

*3. Fase de frustración: S*e caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo, provocando una sensación general de frustración intensificada por la pérdida de atractivo, el tedio y el disgusto respecto a las tareas que se deben realizar en el trabajo. Se pasa de una

situación de preocupación extrema por el otro, a un vínculo distante y desafectivizado. Disminuyen los logros personales y la autoestima. Aparecen episodios de ansiedad, angustia, sentimientos de ira e irritabilidad, impaciencia, variables que dificultan una actuación en forma efectiva. La espiral se va ampliando, la sobrecarga emocional se va convirtiendo en estrés permanente y crónico, que desgasta y que, por silencioso, no se percibe. No hay tiempo ni deseo para las gratificaciones personales, y surge un lento empobrecimiento de los vínculos con los pares, los amigos o la familia; también aumenta progresivamente la retracción y se instala el aislamiento.

4. Finalmente, se entra en la *fase de apatía*. Aparece una gradual indiferencia y falta de interés frente al daño emocional ocasionado por la sensación constante de frustración, y un sentimiento de vacío que puede expresarse como distanciamiento emocional, desprecio, y cinismo hacia los usuarios o clientes. En ese sufrimiento, la conexión humana tiende a perderse, y gana terreno una actitud de desilusión y despreocupación por el otro.

Causas del burnout

Algunos autores indican que el burnout es una consecuencia de la situación laboral más que de las variables personales del sujeto (Maslach, 1981). Otros enfatizan en la personalidad, diciendo que es a través de ella que se realiza la evaluación cognitiva de los eventos laborales para ser considerados estresantes (Gil-Monte, Peiró, op. cit.; Lee y Ashforth, 1990; y otros). Otros planteos resaltan la importancia por igual de las variables individuales como de las organizacionales. (Neira; 2002)

Una taxonomía de esos estresores que potencian el burnout permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, op. cit.):

a) En un nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y aquellos convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

b) En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización, son fenómenos característicos de estas profesiones, que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.)

Hay además un importante contexto cultural que incide en el burnout.

La causa de que tantos de esos trabajos sean tan estresantes está vinculada a factores sociales, políticos y económicos, que conforman el contexto laboral.

La reducción de fondos destinados a instituciones públicas de salud implica una alta reducción del personal, y genera, a su vez, un aumento de la demanda de trabajo para el personal que permanece trabajando en la institución. Los sistemas prepagos han limitado la posibilidad de los profesionales de determinar en forma independiente el mejor tratamiento para cada paciente. En muchas profesiones, los sueldos y los beneficios sociales se han reducido. El afianzamiento de valores como productividad, rentabilidad y eficiencia en las organizaciones de salud, confrontan con aquellos que son propios de las profesiones sanitarias: integridad, respeto, compasión, etc., propiciando una crisis en su ejercicio.

El interjuego de estas dimensiones configura una problemática compleja que excede los límites de este estudio. Por lo tanto, se priorizarán las variables del orden grupal, o sea, cuestiones intragrupales e intergrupales que movilizan las actuales condiciones laborales de estos trabajadores-de-la-salud.

Saforcada (1998) califica al contexto laboral del trabajador-de-la-salud como cuantitativamente exigente y competitivo, donde existen enfrentamientos, rivalidad, subestimación y descalificación, alianzas por el poder, con pocas oportunidades de formación continuada y reducidas gratificaciones relacionales. Las dimensiones de autonomía y de responsabilidad del profesional de la salud se cuestionan, afectando la dinámica del reconocimiento, la motivación, la participación, la autorrealización en el trabajo… Así, la tarea asistencial se vuelve muy estresante, impactando en el profesional y en sus posibilidades terapéuticas.

Frente a este panorama laboral, es importante tener en cuenta la interpretación que el sujeto hace de las demandas provenientes de su trabajo, y cómo se moviliza al respecto para no quemarse. Zaldúa y Lodieu (op. cit.) recalcan que la realidad sanitaria demanda el despliegue de satisfactores que faciliten proporcionar condiciones de vida dignas, y la producción y reproducción de actos de salud llevados a cabo por actores saludables. Los sistemas de apoyo grupal e institucional representan recursos salutíferos para el trabajador-de-la-salud.

Los resultados de esta investigación generarán nuevos conocimientos sobre el síndrome burnout en el contexto actual, en la ciudad de Mar del Plata, poniendo el énfasis en los procesos de movilización subjetiva que implementan los trabajadores-de-la-salud de la guardia seleccionada, lo que permitirá obtener una complejidad diferente del fenómeno estudiado. Esta situación no

puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos del sector sanitario, ni para los servicios de prevención creados por la administración sanitaria, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias para la intervención.

Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental del trabajador-de-la-salud tiene repercusiones sobre la organización como el ausentismo, la rotación, la disminución de la productividad, la disminución de la calidad, entre otras.

Método

Este es un estudio de tipo exploratorio-descriptivo:

• Exploratorio, por el propósito de "ganar familiaridad", a través de un relevamiento bibliográfico sobre el síndrome de burnout en los trabajadores-de-la-salud, y porque permitirá explorar procesos de movilización subjetiva que caractericen a los grupos de trabajo de la guardia.

• Descriptivo, en la medida que permite sistematizar los datos registrados acerca del comportamiento de las tres variables que conforman el síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), y analizar dichas variables a través de su dimensionamiento y en relación a los procesos de movilización subjetiva.

El enfoque elegido es cuali-cuantitativo, lo que posibilitará crear una lectura diferente, y obtener una complejidad distinta del fenómeno. Se enmarca desde una perspectiva que posibilite comprender el trabajo desde los actores involucrados, desde la vivencia subjetiva de los mismos. Según Neffa (op. cit.), se debe reconocer a los trabajadores el derecho "a saber" y a expresarse acerca de sus propias condiciones y medio ambiente de trabajo, para conocer su percepción y sus vivencias, y para identificar los riesgos sobre la vida y la salud.

Debido a las condiciones de urgencia que caracterizan el desempeño de los trabajadores de una guardia, los datos de la investigación fueron relevados a través de:

- Observación del ambiente y descripción densa de los procesos de trabajo. Aquí, el énfasis estuvo puesto en las variables físicas del medio ambiente de trabajo, y en el comportamiento de los grupos de trabajo.
- Revisión de artículos periodísticos que describen la situación actual de los trabajadores de la salud en este hospital (registro enero- agosto del 2005). Este registro puntualiza en la falta de médicos en las guardias del HIGA, el incumplimiento de horarios de algunos profesionales y la saturación de la demanda.
- Administración de entrevistas semiestructuradas. Este punto se dividió en dos instancias:

- Se diseñó un modelo de entrevista focalizada, que pone el acento en características de la organización prescripta del trabajo, evaluadas por los informantes clave. Estas entrevistas fueron administradas a personal jerárquico.

- Los datos recabados permitieron la creación de un instrumento semiestructurado que evalúa las condiciones de trabajo, el que fue elaborado conjuntamente en el Grupo de Investigación SOVIUC, en el cual se radica el presente proyecto. A este instrumento se le adicionó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y se diseñó una Escala Likert para medir procesos de movilización subjetiva. Queda así conformado para esta investigación un cuestionario semiestructurado que consta de 3 apartados que exploran diferentes áreas:

1. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Neffa, op. cit.), poniendo el énfasis en la carga psíquica (explora las siguientes áreas: percepción del medio ambiente de trabajo, cantidad de horas y salario, demanda de atención, clima de relaciones laborales, equipo de trabajo, realización personal).
2. MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach; op. cit.) que explora las dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Este instrumento no brinda una puntuación total que dé cuenta de la presencia o ausencia de burnout, sino que brinda puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones. Alta puntuaciones en las escalas de Agotamiento Emocional (AE) y de Despersonalización (DE) se encontrarían por encima del percentil 66. Bajas puntuaciones en la Escala de Realización Personal (RP) se hallarían por debajo del percentil 33). Estas tres condiciones permitirían componer el síndrome de burnout. (Neira, op.cit.)
3. Una Escala Likert sobre procesos de movilización subjetiva en función de ciertas dimensiones, que fueron agrupadas de la siguiente manera:

a. Cooperación
b. Confianza
c. Iniciativa y Participación
d. Reconocimiento

Este instrumento permitió ubicar la población estudiada en una determinada posición respecto al síndrome de burnout, y evaluar la percepción de las condiciones de trabajo y, más específicamente, de los procesos de movilización subjetiva que ellos mismos despliegan.

A los trabajadores se les proporcionó un cuadernillo que contenía el instrumento precedido por las indicaciones para su mejor comprensión. Los cuadernillos fueron entregados personalmente en la Guardia del HIGA. La administración de los distintos instrumentos se extendió durante los meses junio, julio y agosto del 2005. El instrumento fue contestado de manera anónima por aquellos trabajadores-de-la-salud que tenían interés en el estudio y que, a su entender, se verían beneficiados por los resultados del mismo. La muestra quedó conformada por 20 trabajadores-de-la-salud (profesionales y no profesionales), que se desempeñan en la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata:

• (2) Enfermeros, (2) Auxiliares de Enfermería y (1) Supervisora General de Enfermería
• (1) Administrativa

• (6) Residentes de Medicina y (1) Practicante
• (5) Médicos Clínicos y (1) Médica Jefa de Guardia
• (1) Cirujano

Una gran fortaleza de este estudio es el interés depositado en el mismo. En principio se estableció el contacto con el Comité de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Este contacto permitió que otros trabajadores-de-la-salud (profesionales, de otras disciplinas, y no profesionales) leyeran el Plan de Trabajo de la Investigación, se interesaran en el mismo y abrieran las puertas de su institución para conocer datos sobre la salud psicofísica de su personal: las fortalezas y las debilidades de la misma desde el punto de vista del trabajador.

La dificultad más importante que presentó el trabajo se refleja en la reducida cantidad de trabajadores-de-la-salud que integra la muestra. El instrumento fue muy extenso para muchos de los encuestados, quienes, por escasez de tiempo y ganas de responderlo, no lo contestaron; por esta razón, en algunos casos, fue necesario complementar con entrevistas focalizadas en los tiempos disponibles que tenían los trabajadores (ej: descansos, pausas, almuerzo, cambios de guardia).

Resultados

Las variables laborales consideradas estresantes por los trabajadores-de-la-salud de la guardia son las siguientes:

• Las deficientes condiciones ambientales y los escasos recursos materiales.
• La ambigüedad del rol y conflicto de rol, esto provoca polivalencia de rol.
• Las demandas emocionales del trato directo.
• La cantidad de tiempo en contacto directo.
• El volumen de trabajo y las presiones para realizarlo.
• Aumento de la demanda en cantidad y complejidad.
• Falta de capacitación específica.
• Escaso o insuficiente apoyo por parte de los directivos y personal jerárquico de la organización.
• Insuficiente remuneración.
• Dificultades de promoción y carrera profesional.

En esta instancia es necesario describir el lugar de trabajo donde se enmarcó esta investigación, teniendo en cuenta los registros de campo y los comentarios y valoraciones de los mismos trabajadores-de-la-salud que allí se desempeñan...

En las Guardias de Día del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) se reciben derivaciones de toda la costa, de 16 municipios, lo que representa una cuantiosa demanda espontánea: pacientes graves que requieren de alta complejidad, pacientes politraumatizados, pacientes que requieren de atención primaria, pacientes de emergencia... "la prioridad es el paciente"...

El equipo de salud de esta guardia está integrado por profesionales de diferentes disciplinas (Médicos de distintas especialidades, Licenciados en Enfermería) y no profesionales (Enfermeros, Personal de Seguridad, Técnicos, Auxiliares, Administrativos), que comparten similares problemáticas.

El trabajador-de-la-salud que integra esta Guardia de Día conoce muy bien sus condiciones de trabajo, sabe de la falta de recursos materiales (espacio, camas, medicamentos, instrumental...), y sabe de las condiciones de trabajo insalubres: ambiente laboral frío (por la inadecuada calefacción), de poca iluminación general (deficiente iluminación natural y artificial), con paredes con humedad y techos ennegrecidos, falta de limpieza general y mal olor, cucarachas caminando por las paredes, por las camas y por las heladeras, elementos de cocina en mal estado, escasez de sillas (algunas sin respaldo), cables sueltos, enchufes en mal estado de conservación. "(…) las necesidades son edilicias, estructurales, de actualización de aparatología e instrumental, de provisión de insumos suficiente y de forma permanente y de la ampliación del recurso humano médico y no médico por la incesante demanda prestacional".

Las observaciones de campo de esta investigación privilegiaron el "Estar" o el "Office" del Sector de Guardias del HIGA, un ambiente que consta de cocina y baño único. Se trata de un lugar de encuentro y diálogo entre colegas, favorecido por una maquina de café (que no siempre funciona), el mate y la necesidad de breves interconsultas limitadas por el "tiempo de urgencias".

De esta manera, los trabajadores-de-la-salud de esta Guardia de Día se movilizan frente a las situaciones inéditas, frente a lo imprevisto o a lo que quiebra o desafía lo establecido, lo formal, lo prescripto…

Así, se observan altos niveles de implicación y compromiso: los trabajadores-de-la-salud, consideran que realizan un trabajo muy importante, y sienten que han alcanzado metas valiosas. El nivel de identificación con el trabajo que realizan es alto en la mayoría de los casos. Sin embargo, más de la mitad de ellos cree que su esfuerzo no se ve reflejado en la calidad del servicio prestado por las condiciones actuales de trabajo, y que la tarea que realizan sería mucho más eficaz si hubiera más apoyo institucional.

Respecto a las interconsultas, se realizan con regularidad y, en general, se evalúa buena predisposición por parte de los colegas. Frecuentemente, se sienten respaldados por compañeros de trabajo frente a situaciones conflictivas que puedan presentarse entre los trabajadores-de-la-salud y los pacientes, o incluso con los familiares, enfatizando la necesidad de actuar como equipo permanentemente. No obstante, raramente sienten ese mismo respaldo por parte de los directivos. El nivel de reconocimiento de la tarea que realizan es evaluado positivamente en el equipo de trabajo, pero negativamente respecto de los directivos de la institución.

En cuanto a la iniciativa y creatividad como procesos movilizadores, el 45% evalúa que su trabajo es muy estimulante y ofrece muchas oportunidades para la creatividad; más del 70% de los casos siente atracción por las innovaciones y novedades en los procedimientos y por aquellas tareas o situaciones que impliquen un desafío personal. Pero, frente a este panorama de inquietudes e intereses, la toma de decisiones se evidencia como un obstaculizador, ya que más de la mitad de los encuestados plantean la dificultad de participación en las decisiones respecto de su trabajo.

A partir de la evaluación realizada, puede

decirse que estos trabajadores-de-la-salud transitan el proceso de burnout, aunque aún no se encuentren altos niveles de despersonalización (una de las tres dimensiones que definirían al síndrome como tal). Sin embargo, puede observarse que el agotamiento emocional es alto (por encima del percentil 66), y la realización personal comienza a decrecer (debajo del percentil 33) en función de la antigüedad y la carga que plantea el tipo de trabajo que desempeñan: "Estamos cansados (…) lo más lógico sería que la gente joven esté en la trinchera porque tienen más ganas, la fuerza, el optimismo y la esperanza", (actitudes que más adelante succionará el sistema hasta agotarlas). Los médicos de mayor antigüedad en la institución se muestran desmotivados, cansados física y emocionalmente, proyectando en esta investigación las expectativas de jubilarse anticipadamente.

Comparando los cargos que ocupan los trabajadores en esta Guardia, se observan resultados interesantes: el Agotamiento Emocional es más alto (por encima del percentil 66) en primer lugar en Residentes y Médicos Clínicos de Guardia, y moderado (entre los percentiles 33 y 66) en Enfermeros y Auxiliares de Enfermería.

Tanto los Residentes como los Médicos Clínicos de esta guardia, que son quienes presentan mayores niveles de Agotamiento Emocional, son quienes a su vez presentan mayores niveles de Realización Personal. Así, la Realización Personal es moderada (entre los percentiles 33 y 66) en Residentes y moderada-alta en Médicos Clínicos de Guardia (3 casos de encuentran entre los percentiles 33 y 66; y dos casos por encima del percentil 66).

"Nos queremos pese a todo (...)", ¿pese a qué? Pese a la falta de recursos, pese a la sobrecarga cuali y cuantitativa de trabajo, pese a los riesgos de contagio de enfermedades como el SIDA o la Hepatitis, pese a la burocracia, pese a la polivalencia del rol: "(...) acá tenés que hacer de enfermero, de médico, de camillero, de psicólogo...", pese a insuficiente remuneración, pese a la inestabilidad laboral, pese a las posibilidades limitadas de promoción y desarrollo de carrera como consecuencia de la falta de nombramientos y concursos...

Discusión

¿Cuáles son las formas actuales de ser y de estar-de-guardia? ¿Qué lógica de sujetamiento opera en esta guardia: estar-de-guardia o estar-en-guardia? ¿De qué modo las condiciones de trabajo y su flexibilización incorporan las emociones, los vínculos y el compromiso subjetivo de estos trabajadores-de-la-salud como generadoras de nuevas enfermedades, o como generadoras de procesos movilizadores de la subjetividad?

Una jornada de trabajo excesiva, guardias semanales de 24 horas de duración (a veces dos veces por semana); demandas que exceden al cargo, la escasez de recursos, permanente contacto con la enfermedad, la muerte; un reconocimiento salarial insuficiente; el desabastecimiento de las instituciones públicas de salud, presiones y requerimientos administrativos, entre otras muchas, son condiciones que convierten en vulnerables a los trabajadores-de-la-salud, producen desgaste físico y mental e impiden al profesional hacer frente a las situaciones estresantes.

Los resultados presentados anteriormente, permiten re-pensar los postulados de García (op.cit.) cuando plantea las fases del Burnout: la *Fase de entusiasmo*, que aparece durante los primeros años del ejercicio de la profesión (¿en Residentes?). La energía y el entusiasmo ilimitado hacen que todo parezca posible, ya que las expectativas laborales están idealizadas. Luego se pasa progresivamente a la *Fase de estancamiento*, en la que el trabajador no siempre se siente recompensado, se cuestiona su capacidad y, en su intento por querer ser siempre eficiente, va surgiendo el agotamiento emocional.

¿Sufrimiento como punto de llegada o como punto de partida? Sufrimiento como punto de llegada es efecto de la relación del conjunto de los trabajadores con la organización del trabajo. Puede ocasionarse por falta de correspondencia entre las capacidades del trabajador y las requeridas por la tarea, porque la realidad contextual dificulta su realización, o el trabajo no satisface las necesidades y expectativas de quien lo realiza.

Sin embargo, el sufrimiento también puede ser un punto de partida, en la medida en que potencia la movilización subjetiva de los trabajadores-de-la-salud. La movilización subjetiva abarcaría los diferentes esfuerzos que despliegan los trabajadores-de-la-salud para hacerle frente a las limitaciones que plantea la organización prescripta del trabajo, entendiendo como organización prescripta la división técnica y social del trabajo, el contenido de la tarea, el sistema jerárquico, las modalidades de gestión, las relaciones de poder, los niveles de responsabilidad y toma de decisiones.

El "Estar" o el "Office" se constituye en un espacio inter-crisis,, que contiene en sí mismo la potencialidad de escucha y apuntalamiento que estos trabajadores-de-la-salud necesitan para con-vivir y soportar estas condiciones y medio ambiente de trabajo. Lugar de encuentro, lugar de críticas y comentarios, lugar de escape, de chistes, de ironías, de acuerdos y desacuerdos: "(...) esta guardia da para todo".

Siguiendo a Sauaya (2003), algunos de los procesos de movilización subjetiva relevados actúan como *protectores*, porque sirven para protegerse de las consecuencias de una exposición excesiva a los estresores del medio laboral. Los trabajadores-de-la-salud de esta guardia muchas veces cierran la puerta del "Estar", para no tener contacto con los pacientes que demandan atención insistentemente en los pasillos, sobre todo cuando están almorzando. Otros procesos actuarían como *mitigadores,* porque permiten amortiguar el impacto de situaciones críticas que se plantean en la guardia: la contención grupal, la cooperación y el diálogo, también los comentarios humorísticos e irónicos son característicos en el grupo de los enfermeros de menor antigüedad y de residentes.

Pudieron identificarse, en algunos momentos, procesos de carácter *transicional*: se trata de aquellos momentos en los que se mezclan de algún modo la diversión y las referencias al trabajo, en los desayunos y los almuerzos surgen iniciativas de salidas de fin de semana, festejos y comentarios extra-laborales que provocan el aglutinamiento del grupo de trabajo, y contagian emociones positivas en cada uno de sus miembros.

Todos estos procesos movilizadores de la subjetividad permiten elaborar y crear. ¿Crear qué? Aquí

se incluyen todas las formas en que la experiencia de trabajo nos transforma y se transforma ella misma. Crear espacios de intercambio y sostén de las subjetividades.

La guardia como instituido produce y reproduce, pero a su vez, como instituyente, puede crear y recrear. En esta instancia es importante destacar el valor que tienen los dispositivos de contención, reflexión y elaboración de la problemática del malestar en el trabajo, constituidos por personas (de la misma o de diferente disciplina) que realizan iguales o parecidas tareas, que intercambian saberes y pareceres acerca de las estrategias más apropiadas para afrontar dicho malestar.

Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada de los dispositivos estratégicos necesarios. Se trata de espacios de intercambio y de sostén que desplazan al estereotipo del profesional solitario, poseedor del saber y del poder, a partir de promover y fomentar el trabajo en equipo, mejorando las relaciones dentro de la institución. Para ello es necesario un código y una metodología compartida que produzca una nueva dinámica para abordar una problemática concreta que potencie niveles de comunicación de carácter horizontal y vertical.

El personal de esta guardia echa de menos su participación en la toma de decisiones acerca de su salud ocupacional. Es importante contar con la opinión y sugerencias del mismo trabajador para la planificación de lo que será su trabajo cotidiano. El no sentirse escuchado y valorado conlleva una carga emocional negativa muy importante. En este sentido, el supervisor directo es la persona que más puede apoyar a su personal para que no se sienta solo y desamparado. Una supervisión eficaz tendrá como resultado la satisfacción del personal, la productividad y la armonía en el trabajo. En este caso, la Jefa de Guardia actúa como catalizadora de cambios, defiende a su equipo ante cualquier "invasor" y trabaja "en la trinchera" con su grupo, funcionando como puntal para todo el equipo, que reconoce su fortaleza y su perseverancia.

Se evalúa conflicto de expectativas, debido a que las mismas no están relacionadas con el papel que le correspondería desempeñar al trabajador-de-la-salud dentro del hospital. Muchas de las aspiraciones de los trabajadores de esta guardia están orientadas a crecer profesionalmente, económicamente, "haciendo lo que a uno le gusta", pero se ven obstaculizadas las posibilidades de concurso, de ascensos, de promoción. Si las aspiraciones laborales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés. El trabajo causa sufrimiento cuando hay discrepancia entre las demandas laborales y los recursos del sujeto para afrontarlas…

Esta investigación no ha revelado niveles de despersonalización significativos (que se encuentren por encima del percentil 66), en ninguno de los puestos de trabajo, a diferencia de otros estudios realizados en el país (Neira, op. cit.; Zaldúa, op. cit.), en los cuales se registraron altísimos niveles de despersonalización en personal de guardia en hospitales públicos. Este dato daría cuenta de la imposibilidad de diagnosticar burnout en esta Guardia. La despersonalización ha sido trabajada por distintos autores como una dimensión de afrontamiento; algunos, como Leiter (op. cit.), la consideran una estrategia de afrontamiento consecuente del agotamiento emocional, y otros como Peiró (op. cit.) y Gil-Monte (op. cit.), plantean la despersonalización como afrontamiento frente a la baja realización personal y agotamiento emocional elevado, que surgen paralelamente.

Por otro lado, es necesario hacer una apreciación acerca de los límites que presenta la prueba MBI utilizada en este estudio: la limitación principal de la misma tendría que ver con la reducción del síndrome a tres escalas ordinales, que no permiten evaluar los criterios subjetivos para seleccionar una frecuencia y no otra, a la hora de autoevaluarse en el trabajo, respecto a sus actitudes y sentimientos percibidos. Por esta razón, sería interesante complementar este estudio con otro tipo de diseño metodológico, de corte más cualitativo; por ejemplo, pensar en un estudio longitudinal triangulado que permita medir la evolución del síndrome como proceso, complementando los ítems del MBI con preguntas abiertas, que indaguen acerca de las razones por las cuales el trabajador selecciona una opción y no otra, y que representa, para el trabajador, esa categoría seleccionada.

Conclusión

"Trinchera", "campo de batalla", "defensa", "ataque", "Shock-room", "Cuadrilátero"… son algunas de las palabras utilizadas por los trabajadores de la salud de esta guardia cuando describen su situación laboral. Muchas veces la misma guardia funciona como guarida; muchas otras, representa el estado de alerta necesario para no quemarse, para movilizarse subjetivamente.

Las condiciones de trabajo son enfermantes en esta guardia; los recursos son escasos y las iniciativas quedan cajoneadas, perdiendo el sentido de urgencia; los turnos de trabajo son extensos y la demanda se acrecienta en cantidad y complejidad. Mas el grupo de trabajo busca y encuentra espacios de intercambio, busca y encuentra apoyo en el otro, crea y recrea procesos movilizadores frente a tantas limitaciones evidentes. Quizás falte reconocimiento de la jerarquía, quizás falta reconocimiento salarial, imposibilidad de ascensos y carrera profesional, quizás falte apoyo institucional… Había que pensar, en tal caso, en los dispositivos necesarios que acerquen a los Mandos Medios (Jefes de Guardia, Jefes de Residentes) y Directivos. Pensar, por ejemplo, en Capacitaciones conjuntas que incluyan a estos cargos "de mando", y a quienes trabajan "en la trinchera", en dispositivos de intercambio y discusión sobre las necesidades y dificultades que presente el-estar-de-guardia, "el día a día de trabajo", lo cual facilitaría el reconocimiento y la apertura del espacio "de escucha" que demandan los trabajadores de la salud.

Lo que no falta en esta Guardia es el apoyo social de grupo de pares; lo que no falta es la comunicación interpersonal en este grupo de pares, los momentos de diálogo durante los descansos que contribuyen al aprendizaje y a la elaboración de conflictos; lo que no falta es el trabajo conjunto y la iniciativa a pesar de todo…; se trata de amortiguadores de la enfermedad.

Hoy transitan el proceso burn-out, el agotamiento emocional es altísimo y la realización personal es reducida. Sólo fueron detectadas con esta investigación

dos de las tres dimensiones que caracterizan al síndrome como tal.

No hay que olvidar que los efectos negativos del estrés laboral no perjudican sólo al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad del profesional de la salud. Algunas de estas consecuencias son: disminución de la satisfacción y el interés, de la motivación, el rendimiento y la calidad del servicio prestado, aumento del ausentismo, de los accidentes laborales y errores, clima laboral hostil, con relaciones interpersonales pobres y conflictivas, incumplimiento de tareas, abandono del puesto de trabajo, pedido anticipado de jubilación. Muchos de los entrevistados depositaron en la investigación la posibilidad de denunciar su terrible situación laboral y la posibilidad de retiro laboral anticipado.

El sufrimiento en el trabajo no sólo es el efecto de la relación del conjunto de los trabajadores con la organización del trabajo; también es un punto de partida, porque potencia la movilización subjetiva del trabajador-de-la-salud, estableciendo relaciones de cooperación, compromiso, confianza, empatía, respeto, trabajo en equipo, favoreciendo un clima laboral ¿saludable? un clima laboral menos enfermante.

Referencias

Chacón, M. (1995). El burnout en el personal de enfermería. *Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos*. México: Puerto Vallarta.

Dejours, Ch. (1998). *El factor Humano.* Buenos Aires: Lumen.

Dejours, C. (2001). *Trabajo y desgaste mental.* Buenos Aires: Lumen.

Dessors, D.; Guiho-Bauilley, M. (1998) *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.

García, O. (2002). Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. *Jornada Técnica de Actualización*. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías – INSHT. Madrid.

Gil-Monte, P.R.; Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Leiter M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies 13* (1): 111-28.

Leiter M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior, 12* (2): 123-44.

Lee, R.; Ashforth, B. (1990). On the meaning of Maslch´s three dimensions of burnout. *Journal of apllied Psychology*, *75* (6). 743-47.

Maslach, Ch.; Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory.* Palo Alto: Consulting Psycologists Press.

Neffa, J. (1988). *¿Qué son las condiciones y Medio Ambiente de Trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva.* Buenos Aires: Humanitas-CEIL.

Neira, M. (2004). *Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud.* Buenos Aires: Gambacop Industria Gráfica.

Nieto, H. (2000). Trabajo y salud. La salud de los trabajadores como objetivo social. Enfermedades profesionales de los trabajadores-de-la-salud. *Suplemento Praxis Médica del Diario del Mundo Hospitalario.* Año 7. Nº 61.

Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral.* Madrid: Eudema.

Pines, A. (1993). Burnout. En Goldenberg, L.; Brezhnitz, Sh. (Eds). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 386-402). New York: Free PressRodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis Psicológica.

Saforcada, E. (1998). *El factor humano en salud pública.* Buenos Aires: Proa XXI.

Sauaya, D. (2003). *Salud Mental y Trabajo. Historia Vital del Trabajo. Un Dispositivo Psicosocial.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Slipak, O. (1991). Estrés Laboral. *Revista Acmeón, 4*.

Slipak, O. (1996). Estrés Laboral. *Revista Estrés,* 3, (1).

Zaldúa, G.; Lodieu, M.T. (1995). El Síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En: *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales.* Buenos Aires: Dunken.