

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado. Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

Síndrome de Burnout y Grupo de Reflexión

Servicio de Salud Mental Hospital San Antonio de Padua

Autor: Chiapello, Victoria

Legajo: PSI 03585

Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra

Córdoba, Agosto 2019

## **Agradecimientos**

A mis padres, Ana María y Raúl, por su sostén incondicional a lo largo de toda mi carrera.

A mis hermanos, mi familia y mis amigos por su interminable apoyo.

A mis dos casas de estudio, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Siglo 21, que me formaron en este camino universitario.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Línea temática estratégica</b>	<b>7</b>
<b>Reseña histórica del Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”.</b>	<b>8</b>
<b>Delimitación de la necesidad objeto de la intervención</b>	<b>15</b>
<b>Objetivo general</b>	<b>17</b>
<b>Justificación</b>	<b>18</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>21</b>
Capítulo I: Introducción	21
Capitulo II: Los cuidadores	22
Capitulo III: Que es y que no es el síndrome de Burnout	24
Capítulo IV: Dispositivo grupal para un trabajo preventivo	28
<b>Actividad</b>	<b>32</b>
<b>Diagrama de Gantt</b>	<b>43</b>
<b>Recursos</b>	<b>44</b>
<b>Presupuesto</b>	<b>45</b>
<b>Evaluación</b>	<b>47</b>
<b>Resultados esperados</b>	<b>49</b>

	4
<b>Conclusión</b>	<b>50</b>
<b>Referencias</b>	<b>51</b>
<b>Anexo I</b>	<b>55</b>
<b>Anexo II</b>	<b>56</b>

## Resumen

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. Es a partir de un análisis exhaustivo de las características de la institución que se ha delimitado la necesidad de abordar la prevención de Burnout en los profesionales de la salud del Hospital de día San Antonio de Padua, a través de un dispositivo grupal de reflexión. Se han planificado un total de 6 encuentros con frecuencia de uno por semana a cargo de un coordinador y un observador. A partir de estos encuentros, se busca desarrollar estrategias y habilidades emocionales saludables y de afrontamiento ante desilusión y agotamiento en la jornada laboral. A modo de evaluar el impacto de dicha intervención se aplicara al comienzo y al final del proceso el Inventario de Burnout (MBI) con la finalidad de valorar los logros obtenidos y efectuar las recomendaciones pertinentes para futuras intervenciones.

**Palabras claves:** síndrome de burnout, profesionales de la salud, grupo de reflexión, hospital.

## **Introducción**

Debido a que los paradigmas de la salud mental han ido mutando con el pasar de los años, hoy, es importante poder pensar a la misma en términos complejos, donde la relación causa consecuencia ya no es tan lineal. Teniendo en cuenta esto, se considera necesario observar e intervenir en las instituciones desde una mirada amplia, integral y trasdisciplinaria.

Es a partir de esta modalidad de observación que se pesquisa una necesidad relevante en el hospital San Antonio de Padua, puntualmente y como lo llama Escardo (2016) el cuidado de los cuidadores. Cuidar a quienes cuidan personas que sufren resulta una importante acción preventiva para el cultivo de la salud mental en el trabajo, evitando así el Burnout en los profesionales.

Las causas de este síndrome en trabajadores de la salud son múltiples pero en este caso aquellas como; alta carga horaria, deficiente remuneración, pocos recursos humanos y materiales y altos niveles de exposición a situaciones complejas; podrían considerarse suficientes para el cultivo de dicho síndrome.

A raíz de esto, se considera necesaria la creación de un espacio de trabajo grupal para los profesionales haciendo hincapié en el desarrollo de habilidades y estrategias saludables ante la labor profesional, sin mencionar el efecto terapéutico que puede tener poner en palabras los pensamientos y experiencias cotidianas, aunque el fin último del dispositivo grupal de reflexión no lo sea.

### **Línea temática estratégica**

Los paradigmas y/o modelos de salud y enfermedad han ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad. Como bien se introduce en el módulo 0 de la bibliografía presente en la plataforma de Canvas (2019), es preciso tener en cuenta los nuevos modelos de salud mental que contemplan la complejidad de la naturaleza humana. Los problemas actuales en relación son necesarios abordarlos desde una mirada integral y desde lo trasndisciplinario. Es necesario escuchar, dialogar y compartir visiones, intervenir de manera activa para trascender lo mecanicista, y poder actuar en consecuencia.

Realizar un plan de intervención desde el paradigma de Salud Mental en el Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua” apunta a toda persona que atraviesa dicho espacio, no solo a los pacientes que llegan para ser atendidos y mejorar su salud, sino también a los profesionales que cotidianamente trabajan allí y necesitan a su vez cultivar la suya, porque como dice Alexander y Klein (2001 citado en De Carmen y Gil-Lacruz, 2016) atender o cuidar a otras personas es una fuente de satisfacción personal, pero puede afectar el bienestar y la salud de los profesionales.

Si el capital humano y su salud es el recurso más importante que concibe tener el Servicio de Salud Mental de dicho hospital, se considera relevante hacer foco en ello desde la creación de un espacio que plantee el cuidado, contención, trabajo grupal y personal con los profesionales que allí se desempeñan.

### **Reseña histórica del Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”.**

En el año 1948, durante el gobierno de Juan Domingo Perón y como parte de un plan nacional de creación de hospitales, se funda el Hospital Regional de Rio Cuarto con entonces dependencia nacional. El ministro de Salud Pública, Ramón Carillo, llevo adelante una transformación en la salud pública Argentina con una concepción social de la medicina sin precedentes. El hospital comenzó brindando prestaciones de baja y mediana complejidad; entre las cuales se encontraba: clínica, médica, pediatría, cirugía y tocoginecología. Con el tiempo y la demanda se fueron incorporando otras especialidades. Así es como en 1969, de la mano del psiquiatra Lucero Kelly y de las gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental, se abre el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Rio Cuarto bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Cabe destacar que este movimiento respondía a una política de transformación proveniente de Europa en época de posguerra, donde la salud mental como disciplina proponía un movimiento anti-psiquiátrico, psiquiatría social y comunitaria, psicoterapia institucional, etc.; ya desde entonces orientado a un enfoque de derechos y desestigmatización social.

A fines del año 1979 en el marco de legislaciones del gobierno militar, los servicios nacionales pasaron a dependencia provincial y la comunidad terapéutica dejó de funcionar de forma independiente y comenzó a ser un servicio del Hospital San Antonio de Padua. Como consecuencia del cambio hubo renuncia de profesionales, y pérdidas en el mobiliario del servicio.

En 1984 junto con la democracia se crea la Dirección de Salud Mental en la provincia de Córdoba, lo que produjo un importante crecimiento al servicio, donde se

introdujeron estrategias terapéuticas no tradicionales, tales como: trabajo en huerta, teatro, literatura, artesanías. Es entonces, en 1987, que se vio constituido el equipo de atención comunitaria, conformado por tres psicólogos, una psicopedagoga y un enfermero.

En 1993, ocurre un nuevo traslado del servicio al Hospital Central de Rio Cuarto, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua. A su vez, acontece un cambio en la denominación de dicho Servicio, que paso a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Este movimiento sucedió ya enmarcado en las nuevas políticas de transformación de la salud mental con los antecedentes previamente nombrados, pero con un nuevo enfoque; “democratización de la salud mental”. Es debido a la crisis administrativa publica provincial y a la restricción de los recursos que en 1997 la Unidad Programática se trasformó en un servicio más del hospital y modifíco su nombre a Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Rio Cuarto.

En 2004, todo el hospital se trasladó al edificio “Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua”, a excepción del Servicio de Salud Mental, que quedo ubicado en el viejo predio pero con total dependencia del hospital general.

Junto a las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental, incorporadas en 1993, en 2005 a su vez se incorporaron los trabajos de Prácticas Profesionales para estudiantes de cuarto año de la Universidad Siglo 21, como servicio del hospital para la formación de profesionales.

Fue a partir del 2010 junto a un cambio de gestión que comenzaron modificaciones de enfoque y nuevas prácticas dentro del servicio. Éste se encontraba fuertemente organizado en el área asistencial, tanto en área ambulatoria como en internación, así también en lo referido a capacitación de posgrado y las Residencias previamente nombradas. En 2011, desde la jefatura y dirección del hospital se apoyó la iniciativa para la creación de dos áreas nuevas dentro del mismo: Hospital de Día e Intervención en Comunidad, teniendo en cuenta intereses propios de los profesionales y la posible distribución interna de estas actividades.

No fue hasta septiembre del 2014, que el director del hospital en ese momento, el Dr. Schiaroli, ordenó el traslado del servicio de Salud Mental a la sede del Nuevo Hospital, como un modo de adecuar el abordaje de la salud mental a los fundamentos epistemológicos y filosóficos de las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N° 9848, como nacional N°26657.

Es a partir de entender la historia del hospital que puede comprenderse que la misión de la institución, busca atender la salud de la población comprendida en los cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con acciones tales como prevención, asistencia y rehabilitación de enfermedades en los niveles de mediana y alta complejidad. Así también, en menor medida, buscar accionar en promoción, prevención y asistencia a enfermedades de baja complejidad (primer nivel), ya que dichas competencias corresponden a la jurisdicción municipal.

Desde la visión, que está en consonancia con políticas de salud provinciales, nacionales y con recomendaciones de organismos trasnacionales (Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud), se orienta a preservar la salud como condición ineludible, con el fin de evitar enfermedades, teniendo en cuenta las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, educación, condiciones sanitarias). Así también, una vez presentada la enfermedad, el objetivo es el lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando las secuelas y efectos mediante una rehabilitación integral; física, psicológica y social.

Los valores institucionales trabajan por la restitución del paciente a nivel psicológico, familiar y social, a través de un trabajo holístico e integrador. Se trabaja con el paciente como sujeto de derecho y apuntando siempre a la desestigmatización social, como así también a apuntalar en cada elemento que pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que ingresan al hospital.

Actualmente, el Servicio de Salud Mental funciona dentro del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, ubicado en la calle Guardias Nacionales 1027, en el sector Oeste de la ciudad. Trabajan 15 profesionales; 8 psiquiatras, 5 psicólogos y 2 psicopedagogos.

El servicio de Salud Mental tiene dos ejes de acción:

\*Asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos

\*Asistencia a equipos médicos de otras áreas de clínica médica, demandas de interconsulta y trabajo interdisciplinar.

El sistema de atención está compuesto por:

-Asistencia por guardia: todos los días de la semana, 24hs.

-Atención ambulatoria, que comprende:

- Asistencia por consultorio externo: atención psiquiátrica y psicológica individual los días de semana.
- Grupo terapéutico: coordinado por dos psicólogas y una médica psiquiatra. Con disposición de 3 a 12 pacientes y entrevista de admisión previa.

-Sección Infanto Juvenil: Atención de salud mental del niño, desde su nacimiento hasta 18 años.

-Internación: servicio de atención a pacientes ante crisis agudas o descompensaciones en su cuadro psicopatológico.

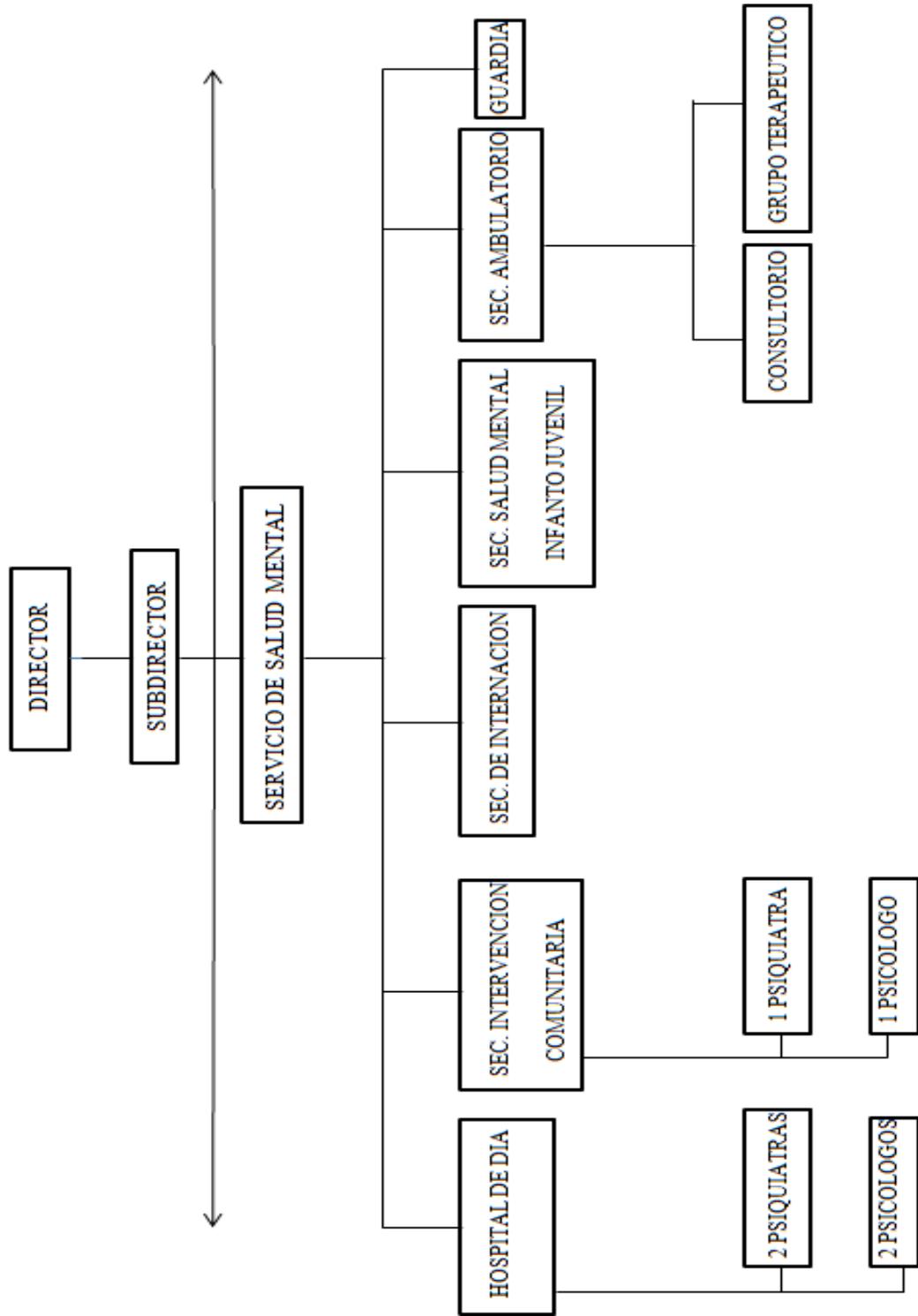
-Sección Intervención Comunitaria: con abordaje comunitario para promoción y sostenimiento de la salud en pacientes con padecimiento psíquico con base en atención primaria de la salud. Hasta su creación, el perfil de la atención era exclusivamente asistencial, ambulatorio y de intervención en crisis. Este espacio puso en evidencia que la mirada integral, y proveerle al paciente una respuesta inclusiva en lo social reduce la demanda hospitalaria. El rol del agente de salud mental comunitaria es un generador de cambios, un posibilitador que introduce en la comunidad la identificación de las necesidades, acciones posibles y decisiones que dicha comunidad debe tomar para su transformación.

En esta área del servicio no hay profesionales que se dediquen exclusivamente para Intervención en Comunidad, sino que los profesionales deben destinar un porcentaje de su carga horaria a estas actividades. Muchas veces realizan horas extras que no están contempladas en sus pagos para el sostenimiento de este espacio. Actualmente el equipo está conformado por un Psiquiatra y una Psicóloga.

-Hospital de Día: dispositivo terapéutico grupal intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia en consultorio externo. Busca la restitución psicológica, social y familiar de personas con padecimiento psíquico y a su vez busca evitar la exclusión familiar y/o social. La puesta en funcionamiento del espacio provino de una médica psiquiatra que desde los inicios en 2011, hasta hoy se desempeña como coordinadora. Al espacio asisten un promedio de 15 pacientes por día, en su mayoría hombres. En cuanto a los recursos humanos sucede como en Intervención en Comunidad, no hay profesionales que tengan dedicación exclusiva al Hospital de Día. El equipo que trabaja actualmente está conformado por 2 Psiquiatras (la jefa de sección y la coordinadora de taller de teatro) y 2 psicólogas (la jefa en coordinación y realización de actividades y la profesional encargada de taller de estimulación cognitiva).

El Hospital de Día funciona de lunes a viernes, media jornada de 8 a 13 horas. La modalidad principal de trabajo consta en talleres con finalidad terapéutica que han ido cambiando y modificándose a lo largo de los años ya que se intenta tener en cuenta recursos, intereses de los pacientes y profesionales, tiempo y costo para su realización. Algunos talleres han sido; Huerta, Lectura de Diarios, Literatura, Teatro, Comunicación, Cocina, etc.

ORGANIGRAMA NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO SAN ANTONIO DE PADUA



### **Delimitación de la necesidad objeto de la intervención**

A partir de la información obtenida sobre la presente institución, las diversas entrevistas a profesionales que allí trabajan, datos concretos del organigrama del hospital, y un análisis FODA, se pesquisaron principalmente algunas debilidades y amenazas en relación a los profesionales que allí trabajan. A partir de esto, se observó y resaltó la necesidad de prevenir un desgaste psíquico en los trabajadores de la salud que allí se desempeñan, puntualmente, la necesidad de prevenir el desarrollo del síndrome de Burnout.

Como bien lo introduce Pérez (2010), el término Burnout comenzó a utilizarse en 1977 cuando la psicóloga social Christina Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos lo conceptualizó como desgaste profesional en trabajadores de servicios humanos, sobretodo en personal sanitario y profesores. Se plantea una respuesta al estrés constante originada en el contexto laboral, teniendo repercusiones no solo a nivel individual sino también institucional y social. Este término ha tenido desde su comienzo polémica con respecto a qué tipo de trabajadores puede aplicarse la lectura, si solo a aquellos en contacto con la salud y lo educativo, o bien, puede ampliarse la mirada a todo trabajador que presente los indicadores. Maslach y Jackson (1981 citado en Pérez, 2010) caracterizaron al síndrome como tridimensional, ya que se observan tres principales síntomas: cansancio emocional: como fatiga y pérdida de energía; despersonalización: como forma de afrontamiento ante la desilusión y agotamiento; y dificultad para la realización personal: como respuesta negativa al trabajo y a sí mismo. A partir de estas dimensiones se creó el “Maslach Burnout Inventory” para medir Burnout por medio de tres sub-escalas.

Es por esto que se considera necesario un trabajo preventivo en los profesionales que se desempeñan en la institución, ya que existen realidades potenciadoras que los atraviesan. Estas realidades tales como; profesionales que deben dividir su jornada laboral en más de una sección del servicio a causa de la falta recursos humanos (exigiendo mayores responsabilidades), las horas que trabajan superan ampliamente aquellas por las que cobran, la falta de recursos materiales y la complejidad de las relaciones con el paciente y su familia entre otros. Estos son algunos de los puntos relevantes y/o alarmantes para considerar la creación de un espacio de psicoterapia de grupo dirigido a los profesionales de la salud que trabajan en el Servicio de Salud Mental.

Uno de los dispositivos grupales acordes para este contexto y dicha problemática, sería la realización de un grupo de reflexión, que como explicita Dellarossa (1979), es un dispositivo grupal que trabaja con la elaboración de tensiones engendradas dentro del grupo, se utiliza la sesión para pensar, dramatizar e indagar lo dramatizado; dicho dispositivo será orientado a los 15 profesionales de salud que trabajan en el Servicio de Salud Mental (8 psiquiatras, 5 psicólogos y 2 psicopedagogos), donde se podrán trabajar las problemáticas acordes a la cotidianidad de dichos profesionales dentro del servicio, en búsqueda de la prevención del Burnout.

### **Objetivo general**

Prevenir el desarrollo de Burnout en Profesionales de Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua a través de un grupo de reflexión.

### **Objetivos específicos**

- Desarrollar habilidades de afrontamiento ante la desilusión y agotamiento en la jornada laboral.
- Fomentar estrategias para responder positivamente hacia las exigencias del trabajo y hacia sí mismos.
- Potenciar el desarrollo de habilidades emocionales saludables en la labor profesional.

## **Justificación**

La salud es un proceso dinámico y multifacético influenciado por diversos factores, entre ellos el trabajo humano, éste se configura como determinante de la situación de salud de los trabajadores, por lo cual puede constituirse como una fuente de realización personal pero así también un elemento patológico (Sousa, Lopes, Tracera, Abreu, Portela, & Zeitoune, 2019). Siguiendo con esta línea, Adán, Jiménez & Herrer (2004) plantean que si bien las consecuencias del estrés laboral, y por ende el desgaste profesional o burnout, son diversas de acuerdo al contexto que se estudie, todos los datos indican la existencia de altas tasas de prevalencia en la población médica. Estas consecuencias son realmente alarmantes porque no solo afectan a la salud mental y física del médico, sino también a su calidad de vida y a su desempeño como profesionales en el ámbito de la salud.

Teniendo en cuenta esta información, y la necesidad pesquisada en la institución, se considera relevante actuar con los profesionales del servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua” a través de la intervención y prevención en el desgaste profesional y así poder controlar y paliar dichos efectos nombrados.

Existen diversos estudios que afirman que los dispositivos grupales colaboran para el trabajo de prevención y reflexión del burnout en profesionales de la salud mental.

Por un lado Crespo, Ardaiz, Elia, Goñi, Lara & Pascual (2009) plantean al grupo de reflexión como herramienta para mejorar la satisfacción, desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios y prevenir el burnout. Se trabajó con un grupo conformado por un psiquiatra, una enfermera y 11 médicos, con quienes se llevó a cabo 8

sesiones de 2 h y media de duración y a través de la recogida sistemática de notas por parte de 3 miembros del grupo, puesta el común y evaluación del grupo, se concluyó como resultado que los participantes expresaron emociones, obtuvieron herramientas y recursos de actuación para posteriores situaciones similares y se potenció la capacidad introspectiva de los mismos.

Por su parte Clèries, Solà, Inzitari, & Romera (2017) exponen la experiencia de un espacio de reflexión en una unidad de cuidados paliativos de un hospital sociosanitario de Barcelona. Mediante un enfoque metodológico-fenomenológico, realizaron 3 entrevistas individuales y un grupo focal en el que participaron 11 profesionales del servicio. Se realizaron sesiones mensuales de reflexión y aprendizaje. A partir de la investigación y la recolección de información emergieron aspectos a valorar; como lo necesario e imprescindible de un espacio grupal, su utilidad para expresar emociones y compartir experiencias, pero también la necesidad de realizar cambios en la madurez del equipo.

Por último la referencia de la investigación realizada por Marín (2017) que si bien no está dirigida a personal sanitario, sí trabaja con el constructo burnout y la propuesta de un grupo de reflexión para prevención en trabajadores expuestos a altos niveles de desgaste laboral. Dicha investigación, tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención grupal diseñada para disminuir síntomas de burnout y fatiga por compasión. A través de muestreo no probabilístico se seleccionaron 24 participantes (mujeres y hombres) que ejercían cargos directivos en organizaciones que atienden a población en condiciones de vulnerabilidad. Se realizó intervención preventiva a través de dos ejes; terapéutico y psicoeducativo a través de 20 sesiones quincenales de 3h. En los resultados obtenidos se

observó disminución significativa de síntomas de agotamiento emocional, depresión, burnout y ansiedad. Por lo cual se concluyó que la intervención grupal fue eficiente y específica para disminuir síntomas de desgaste profesional en profesionales que experimentan altos grados de estrés laboral.

Es así, que a través de la revisión bibliográfica realizada, puede considerarse al grupo de reflexión como un instrumento acorde para el trabajo y prevención de burnout en los profesionales del servicio de Salud Mental del Hospital. Debido a la innegable realidad (humana, social y económica) que atraviesan los profesionales y la institución en cuestión, es altamente necesario el cuidado, contención y desarrollo de la salud de los profesionales para un mejor desarrollo de su labor, de su estilo de vida y en consecuencia la de los pacientes con quienes trabajan.

## Marco teórico

### *Capítulo I: Introducción*

“¿Cómo es posible que ayudar a quienes sufren genere sufrimiento?” (Escardó, 2016).

Desde una visión clásica de la realidad, cuando aparecía una contradicción en un razonamiento, como la que suscita esta pregunta, significaba que algo era erróneo y se buscaba emprender el entendimiento desde otro razonamiento. Pero desde la visión de la complejidad, cuando desde vías empírico-racionales se llega a contradicciones, no significa error sino el hallazgo de una capa más profunda de la realidad. Las ideas cerradas, resueltas y sin creatividad son una tarea imposible, es mejor abrir, sumar conceptos y áreas que se disputen el intento por comprender una realidad compleja (Escardó, 2016; Morín, 1990).

Es real pensar que el sufrimiento por el que atraviesan los profesionales de la salud es multicausado y proviene de diversas esferas; ya sea contextual, institucional, histórica e individual.

A modo de respuesta a la pregunta, Escardó (2016), plantea la prevención del síndrome de desgaste profesional, burnout, o estrés laboral a través del “cuidado de los cuidadores”, conceptualización que resulta propicia para introducir y explicitar la intencionalidad del presente desarrollo teórico; donde el trabajo de prevención de burnout y promoción de la salud es dirigido a los profesionales sanitarios que trabajan en el servicio de salud mental. Es a través de los efectos de un dispositivo grupal de compresión y reflexión, donde se despliegan movimientos a nivel afectivo, cognitivo, de inteligencia y

creatividad, que se pretende beneficiar no solo a los trabajadores, sino a cada una de las esferas donde dichos profesionales se desenvuelven, ya sea a quienes demandan su ayuda, la institución, sus familias, su comunidad y/o su cultura.

### ***Capítulo II: Los cuidadores***

La definición de madurez debe encontrarse en la capacidad de amar y trabajar decía Freud. Existen razones para pensar que los dos fenómenos comparten elementos comunes y se superponen casi hasta confundirse. Cada uno es acompañado por vínculos libidinales con los objetos personales e impersonales aunque la combinación sea diferente para cada uno. Ambos son vínculos que puede servir como base para la identificación, y la identidad personal.

En términos empíricos y en palabras de Levinson se podría indagar a la población en cuestión desde la “era” que atraviesa. Adulthood temprana (17 a 45 años); donde existe una enorme vitalidad caracterizada por el logro de su máximo potencial, como así también la mayor aparición de estrés y tensión, y la adulthood intermedia (45 a 65 años), momento donde se observan realizadas (o no) las ilusiones y proyectos que se tenían respecto a familia y trabajo por ejemplo, donde las destrezas físicas, respecto de la etapa anterior han disminuido pero se conserva la vitalidad y energía para el disfrute (Smelser & Erickson, 1983).

“La construcción psíquica del perfil profesional es un proceso extenso y complejo” (Escardo, 2016, p. 22), y lo es más si éste está en relación a la misión de vida, vocación, o a

la construcción de quien se quiere ser en el desempeño de una profesión, donde el narcisismo y el yo están en juego. No son pocas las decepciones, trabas, tropiezos y hasta patologías que se encuentran en el camino. Sobre todo cuando eso está atravesado por un ideal.

Las profesiones más afectadas por el burnout son de trabajadores que más se han implicado en su trabajo, quienes lo han idealizado y hecho hasta lo inalcanzable para encontrar soluciones eficaces para la comunidad, para la salud del doliente, para el que sufre. Es la práctica de trabajadores de la salud, por su desgaste psíquico y emocional, uno de los factores que favorecen la aparición del síndrome de desgaste profesional (Escardó, 2006; Gómez, 2004).

La Organización Mundial de la Salud considera personal de salud a todas aquellas personas que realizan una actividad remunerada cuyo objetivo directo o indirecto es promover o mejorar la salud de la población (Organización Mundial de la Salud, 2011).

A continuación algunas de las estadísticas recopiladas por Spinelli, Trotta, Guevel, Santoro, García, Negrín & Morales (2013).

En el año 2006, en el mundo había aproximadamente 59.000.000 trabajadores del sector sanitario, lo que significa un 9,3% de profesionales de la salud cada mil habitantes. El personal sanitario en nuestra región apenas representa el 57% del conjunto de trabajadores de la salud, siendo este el porcentaje más bajo a nivel internacional.

En Argentina, los trabajadores de la salud en 2012 alcanzaban un total de 805.842 según datos de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del

Ministerio de Trabajo y Empleo. Argentina a su vez supera la media mundial de médicos cada 10.000 habitantes 31,6 contra 11,5.

### ***Capítulo III: Que es y que no es el síndrome de Burnout***

El síndrome de burnout no comenzó a investigarse hasta los años 70, momento en que se inició una transformación en el mundo del trabajo. El desarrollo de nuevas tecnologías, precarización del trabajo, aumento de desempleo, cambios organizacionales y explotación de los trabajadores especializados, fueron algunos de los cambios ocurridos que colaboraron a la aparición de nuevos factores de riesgo psicosociales que perjudican la calidad de vida y salud de los trabajadores (Maslach, 1982, 1993; Maslach & Jackson, 1981, 1984 citado en Díaz & Carolina, 2016).

La autora Escardó (2016) en sus estudios sobre el constructo plantea que en 1974, el psiquiatra Freufenberg conceptualizó al síndrome Burnout como el sentirse exhausto ante una excesiva demanda de recursos personales y energía, dando como resultado fatiga y depresión por insistir en una causa que no produce la recompensa esperada.

Pérez (2010) por su parte, plantea al síndrome como el resultado de un proceso donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral, en donde sus estrategias de abordaje no le son suficientes, lo que significa que frente a demandas y exigencias en el trabajo, el individuo se esfuerza (durante largos periodos de tiempo) por responder acordemente pero no lo consigue, dando como resultado un alto desgaste. Este padecimiento, se traduce en sensaciones de bajo rendimiento, absentismo, alta rotación e

incluso abandono del trabajo entre otras consecuencias. En otras palabras, Álvarez (2010), conceptualiza que “El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo” (p. 1).

Muchos son los autores que han conceptualizado el síndrome desde Freufenberg, pero el más utilizado actualmente es de Maslach, que en 1981 lo sistematizó mediante investigaciones sobre respuestas emocionales en profesionales dedicados a la asistencia. Junto a Jackson en 1986 diseñaron el MBI, Maslach Burnout Inventory, una herramienta para medir el constructo considerado tridimensional; caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal (Neira, 2004).

El agotamiento emocional es el componente de estrés individual básico del burnout, proviene de no tener más nada que ofrecer a nivel profesional, ya que se está sobre exigido y vacío de recursos físicos y emocionales. Prevalece la sensación de debilidad, insuficiente energía y recurrentes quejas (Escardó 2016; Maslach 2009). “Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo” (Maslach, 2009, p. 37). La despersonalización es la parte del contexto interpersonal del burnout, refiere a la actitud negativa y apática, con la que el trabajador se relaciona con quienes deberían beneficiarse con su labor, y pasan de desempeñarse lo mejor posible a hacer lo mínimo y necesario (Maslach 2009; Neira 2004). La baja realización personal implica percibir el propio trabajo de forma negativa, producción disminuida e imposibilidad de soportar la presión, por lo cual, esta dimensión representa la parte de autoevaluación del

burnout. “Este sentido disminuido de autoeficacia es exacerbado por una carencia de recursos de trabajo, así como por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente” (Maslach, 2009, p. 38).

Además de la caracterización de cada una de las dimensiones que conforman al concepto, se considera relevante diferenciar burnout de otros síntomas psicológicos, a lo que Pérez (2010) desarrolla:

- Estrés general: que a diferencia del burnout que solo es negativo, éste puede ser positivo o negativo.
- Fatiga física: tiene una recuperación rápida a diferencia del constructo en cuestión, en donde la recuperación es lenta, sumada a sensación de fracaso.
- Depresión: trastorno psiquiátrico más general que no depende específicamente del contexto, como si lo es el síndrome en burnout.
- Tedio o aburrimiento: es concebido como equivalente a burnout cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.
- Acontecimientos vitales y crisis propias de la mitad de la vida: la diferencia con el Burnout es que este se da en aquellos sujetos que recién ingresan al trabajo y no el adulto que atraviesa crisis vitales, que puede desencadenarse cuando el profesional hace un balance negativo de su desarrollo laboral.

El desgaste profesional tiene, además, múltiples síntomas que pueden manifestarse como indicios del mismo, a lo que se le suma considerar la periodicidad sintomática y la

sumatoria de los mismos. Las áreas desde donde se pesquisan los síntomas son; física, intelectual, conductual y emocional (Escardó, 2016).

Además de los diversos síntomas que aparecen como consecuencia del burnout, es importante considerar, siguiendo con la autora, algunas causas o factores de riesgo que son relevantes al momento de entender con mayor profundidad el síndrome. Como anteriormente se nombró, los factores contextuales son uno de ellos, en este caso un hospital que depende del Estado, con profundos conflictos económicos, políticos e históricos, configura un “telón de fondo para la prevalencia del burnout en la población trabajadora”. Lo institucional, ligado a la precarización laboral (horarios excesivos, escases de recursos, malas condiciones laborales y bajo reconocimiento por el trabajo), representa otro factor de riesgo importante a tener en cuenta. El liderazgo, particularmente en instituciones gubernamentales, donde rara vez la selección jerárquica se realiza a través de valorar la capacidad de liderar equipos, personas y espacios, también es considerado causa negativa, cuando por el contrario a lo que debería suceder, los puestos de trabajo pueden estar conformados por personas con lealtades políticas. Lo grupal, cuando las relaciones interpersonales son poco efectivas, cuando prevalecen dinámicas estereotipadas, defectos en la comunicación, bajo sentido de pertenecía y poco reconocimiento de aptitudes entre compañeros. Y por último punto, el factor individual se convierte en riesgoso cuando: el incumplimiento de la tarea propuesta, la falta de conciencia de la propia salud y considerar al rol laboral como si fuera la totalidad del yo, está presentes en el trabajador.

#### *Capítulo IV: Dispositivo grupal para un trabajo preventivo*

Fernández (1999), en su escrito “El campo grupal” retoma a Kurt Lewin en el desarrollo de sus hipótesis sobre los grupos, donde explicita que el grupo es un todo, donde las propiedades son diferentes a la suma de las partes. Éste y su ambiente, constituyen un campo social dinámico donde los subgrupos, los miembros, canales de comunicación y las barreras son sus principales elementos. Lewin plantea, que el grupo es una realidad irreductible a los individuos que lo conforman, un sistema de interdependencia, tanto entre los miembros del grupo como entre los elementos del campo, a lo que aclara que tomar una decisión en grupo compromete más hacia la acción que si esta decisión es tomada individualmente, por lo cual la conformidad con el grupo es un elemento fundamental frente a la resistencia para el cambio.

Para Pichón Riviere (1985) grupo es “un conjunto restringido de personas ligadas por constantes de tiempo y espacio; y articuladas por su mutua representación interna, se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles”.

Es así que cuando Fernández (1999) plantea un dispositivo grupal, hace referencia a diversas modalidades de trabajo con grupos, que ganan presencia propia a través de las características teórico-técnicas utilizadas y los campos de aplicación donde se han difundido. Puede hablarse de un dispositivo grupal psicoanalítico, de grupo operativo, de grupo gestáltico, psicodramático, etcétera. Cada uno de estos dispositivos crea condiciones para la producción de diversos efectos de grupo y no otros. “Son en tal sentido virtualidades específicas, artificios locales de los que se espera determinados efectos” (p. 79).

Puntualmente el grupo de reflexión, es conceptualizado como la oportunidad de crear un espacio para que emerjan fenómenos inherentes a la dinámica grupal, dentro del contexto en el que el grupo está inserto. Se plantea un encuadre, un espacio poco definido promotor de proyecciones, donde los niveles de regresión están enmarcados por su objetivo formativo. Aquí no hay tema prefijado, lo va construyendo el grupo mismo. Son el vacío, ambigüedad e incertidumbre, que por la ausencia de una situación estructurada, los que constituyen el motor a través del cual el grupo va creándose a sí mismo (Selvatici, 1989).

La autora plantea que a diferencia del grupo operativo de Pichón Riviere, el objetivo del grupo de reflexión no es facilitar el aprendizaje de un tema previamente establecido, no hay propuesta correctiva de cambio, sino “la posibilidad de aprehender los fenómenos inconscientes que se despliegan en un grupo” (p. 4). No se trata de un trabajo de roles, sino de un análisis de las configuraciones grupales inconscientes que se ponen en juego en la dinámica grupal.

Dellarossa (1979) define que el campo abarcado en un Grupo de Reflexión será la reunión de participantes para hablar y filosofar, incluso re-dramatizar inconscientemente, pero aclarando que en un campo mucho más restringido que en un grupo terapéutico, por lo que entonces se considera importante aclarar, que si bien el efecto del presente dispositivo puede ser terapéutico, su principal objetivo no lo es.

Dentro de los integrantes del grupo existe el trabajo del coordinador-observador que devuelve al grupo el resumen de su desarrollo a modo de maqueta o fotografía de aquellas vicisitudes que fueron desplegándose. Su función permite experimentar y conocer cómo se

despliegan en el grupo relaciones intersubjetivas inconscientes y como éstas están atravesadas por inscripciones institucionales, reales o virtuales (Selvatici, 1989).

Sobre la coordinación, Dellarossa (1979) plantea que es una tarea de gran relevancia en este dispositivo, donde el todo solamente puede funcionar en situación de confianza mutua con los integrantes, pudiendo solo así lograr el mejor nivel de capacidad creadora de los mismos. Se procura resolver las ansiedades ligadas al aprendizaje, desplazando el centro de la atención desde el mundo interno de cada participante hacia el investigador, desplazamiento donde el coordinador debe coadyuvar para que desde los conflictos trasferenciales haya movimiento hacia el campo menos vivencial. El coordinador debe eludir la transferencia a menos que actué como obstáculo en el desarrollo de la labor, situación donde se deberá enfrentarla y elaborarla, por lo cual es en este tipo de dispositivos que el coordinador debe mantenerse a mayor distancia afectiva que en grupos terapéuticos. Además, en situaciones donde los participantes desvían su atención del tema para centrarlo en propias vivencias, el coordinador puede intervenir atendiendo a la sobrecarga afectiva que dificulta la tarea pero no perdiendo de vista el centro de la acción sobre el tema.

El coordinador debe brindar información esclarecedora en diversos momentos, y puede devolver al grupo una sola imagen cada vez, como una fotografía, dando una visión de conjunto, total y dinámica. En la parte final de la sesión deberá realizar un repaso sintético de lo ocurrido y su secuencia. Este repaso operara ayudando a los participantes a rescatarse de su inmersión para poder contemplarse desde otra perspectiva y les permitirá hacer un balance total de logros, proyectos y limitaciones y conectar la tarea de hoy con la perspectiva de la próxima sesión.

Además del coordinador, puede estar la presencia de uno o dos colaboradores, quienes tienen la función de observar al grupo de manera pasiva y estando excluidos por el grupo la mayor parte de la sesión, para luego al finalizar poder compartir su visión de la cronología de los acontecimientos ocurridos durante la misma.

Es así, que el autor, siguiendo esta línea, plantea que el grupo de reflexión es un instrumento privilegiado para la observación de los fenómenos grupales en el contexto institucional-comunitario en que se desarrolla (Dellarossa, 1979). Razón por lo cual, este dispositivo resulta acorde para trabajar con los profesionales del servicio de Salud Mental del Hospital San Antonio de Padua. “El nacimiento de un grupo produce así una verdadera revolución en el organismo del que se desprende, que puede verlo como un “salvador” o como un potencial cuestionador y alterador del equilibrio pre-existente, por precario que éste fuera” (Selvatici, 1996, p. 180).

## **Actividad**

La presente intervención se lleva a cabo a lo largo de un mes y medio, una vez por semana, en el día a convenir por los profesionales de la salud debido a la disparidad de jornadas laborales. Dicho día se mantendrá fijo a lo largo del proceso. Los encuentros serán planteados en una duración de 90 minutos aproximadamente, en un espacio del edificio de Centro de Día del Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua.

### **Encuentro 1**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 1 dinámica, con 2 momentos.

**Tema:** Presentación e inicio

**Objetivo general del encuentro:** Introducir a los profesionales de la salud al trabajo de grupo reflexivo, de enseñanza/aprendizaje respecto al tema del burnout.

**Tiempo estimado:** 90 min aproximadamente.

**Materiales:**

- habitación separada del resto de los espacios
- 17 sillas.

**Momento 1.1:** Introducción al trabajo grupal

**Tipo de estrategia:** Presentación personal de todos los integrantes del espacio

**Instrucciones para el Coordinador:**

- Recibir la llegada de los profesionales al espacio de trabajo grupal e invitarlos a habitarlo.
- Dar inicio al encuentro
- Presentación personal del coordinador, su rol en el espacio y objetivos del mismo. Frecuencia, horarios y encuadre.
- Presentación personal del observador, su rol pasivo durante los primeros momentos de cada encuentro y su rol activo, al finalizar los mismos.
- Presentación personal, en orden voluntario de cada uno de los profesionales de la salud presentes.
- Apertura a la discusión sobre porque consideran necesario la apertura de este espacio de trabajo grupal.

El coordinador durante todos los encuentros:

- Promoverá confianza mutua que permita la capacidad creadora en los integrantes como así también un espacio para pensar, dramatizar e indagar lo dramatizado.
- Una vez planteada la temática, se trabajará con el emergente grupal, no forzando el desarrollo de temática.
- Atenderá a sobrecargas efectivas producidas por centrar el tema en vivencias propias de cada integrante y no en las del grupo.

- Eludirá la transferencia a menos que obstaculice el desarrollo de la labor, caso en que será enfrentada y elaborada.
- Se centrará en resolver ansiedades ligadas al aprendizaje.
- Esclarecerá fenómenos relativos a distintas áreas del acontecer grupal.
- Intervendrá en momentos de enfrentamientos esterilizantes entre miembros.
- Trabajará con subjetividades, análisis del campo fantasmático grupal, su articulación con representaciones sociales y variables institucionales.
- Favorecerá el despliegue del potencial vincular, facilitando la identificación del rol y previendo situaciones conflictivas con el otro.

**Momento 1.2:** Devolución del observador

**Tipo de estrategia:** Resumen y devolución oral a los integrantes

**Instrucciones para el Observador:**

- Devolución oral al grupo, “en modalidad de foto”, a modo de resumen sintético, de los acontecimientos ocurridos y su secuencia en el encuentro.
- Agradecer por el respeto y dar cierre al encuentro.

**Encuentro 2**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 1 dinámica, con 2 momentos.

**Tema:** Historia Profesional

**Objetivo general del encuentro:** Indagar sobre la historia de elecciones profesionales con las respectivas ilusiones y desilusiones experimentadas.

**Tiempo estimado:** 90 min aproximadamente.

**Materiales:**

- habitación separada del resto de los espacios
- 17 sillas

**Momento 2.1:** Historia sobre las elecciones

**Tipo de estrategia:** Discusión grupal sobre temática planteada

**Instrucciones para el Coordinador:**

- Dar comienzo al encuentro.
- Introducir al grupo a la temática de la elección vocacional y profesional, haciendo especial atención en aquellas las desilusiones que vivenciaron en dicho proceso.
- Capitalizar emergentes de encuentro anterior.

**Momento 2.2:** Devolución del observador

**Tipo de estrategia:** Resumen y devolución oral a los integrantes

**Instrucciones para el Observador:**

- Devolución oral al grupo, “en modalidad de foto”, a modo de resumen sintético, de los acontecimientos ocurridos y su secuencia en el encuentro.

- Agradecer por el respeto y dar cierre al encuentro.

### **Encuentro 3**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 1 dinámica, con 2 momentos.

**Tema:** El trabajo cotidiano

**Objetivo general del encuentro:** Fomentar espacio de reflexión sobre relaciones de profesionales de la salud con pacientes del servicio

**Tiempo estimado:** 90 min aproximadamente.

**Materiales:** habitación separada del resto de los espacios y 17 sillas.

#### **Momento 3.1:** Reflexión de casos

**Tipo de estrategia:** discusión grupal sobre temática planteada

#### **Instrucciones para el Coordinador:**

- Dar comienzo al encuentro.
- Introducir al grupo a la temática su relación cotidiana con pacientes.
- Invitarlos a comentar experiencias.
- Capitalizar emergentes de encuentros anteriores.

#### **Momento 3.2:** Devolución del observador

**Tipo de estrategia:** Resumen y devolución oral a los integrantes

#### **Instrucciones para el Observador:**

- Devolución oral al grupo, “en modalidad de foto”, a modo de resumen sintético, de los acontecimientos ocurridos y su secuencia en el encuentro.
- Agradecer por el respeto y dar cierre al encuentro.

#### **Encuentro 4**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 1 dinámica, con 2 momentos.

**Tema:** Dramatización de un vínculo

**Objetivo general del encuentro:** Representar de forma dramática un vínculo.

**Tiempo estimado:** 75 min aproximadamente.

**Materiales:**

- habitación separada del resto de los espacios
- 17 sillas.

#### **Momento 4.1:** Role-play

**Tipo de estrategia:** Utilización del cuerpo. Puesta en escena de un vínculo.

**Instrucciones para el Coordinador:**

- Dar comienzo al encuentro.
- Comentar que la actividad del día va a ser diferente y que se debe utilizar el cuerpo.
- A modo de caldeamiento se les pide a los profesionales que corran las sillas para poder circular por el espacio.

- Se les pide a los profesionales que caminen por el espacio, realizando inspiraciones y expiraciones profundas.
- Se pide silencio y concentración
- Se propone la puesta en escena voluntaria y libre de un vínculo (padre-hijo, profesional-paciente, directivo-profesional, etc.)
- Se pide voluntarios
- Se discute con voluntarios sobre sus ideas de dramatización.
- Una vez realizada la primera dramatización se consulta si existe algún otro voluntario que desee actuar.
- Una vez finalizada la dramatización se les pide a los profesionales que nuevamente acomoden las sillas para rearmar el círculo.
- Se invita a la reflexión sobre reciente experiencia.

#### **Momento 4.2:** Devolución del observador

**Tipo de estrategia:** Resumen y devolución oral a los integrantes.

#### **Instrucciones para el Observador:**

- Devolución oral al grupo, “en modalidad de foto”, a modo de resumen sintético, de los acontecimientos ocurridos y su secuencia en el encuentro.
- Agradecer por el respeto y dar cierre al encuentro.

#### **Encuentro 5**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 1 dinámica, con 2 momentos.

**Tema:** Dinámica grupal ficcional.

**Objetivo general del encuentro:** proponer situación ficcional para promover desenvolvimiento en equipo.

**Tiempo estimado:** 90 min aproximadamente.

**Materiales:**

- habitación separada del resto de los espacios y 17 sillas.
- fotocopias
- Hojas y lapiceras

**Momento 5.1:** ¿cómo sobrevivimos en la isla?

**Tipo de estrategia:** representación ficcional de situación extrema

**Instrucciones para el Coordinador:**

- Dar inicio a encuentro
- Propone división de integrantes en dos grupos.
- Se les entrega a cada integrante una fotocopia con la dinámica explicada (VER ANEXO 1).
- Se lee historia y procede a explicar dinámica. “Ahora que tienen conocimiento de la situación en la que se encuentran, deben trabajar en equipo para tomar la mejor decisión de cómo sobrevivir, lo que conlleva distribuir actividades y roles a cada uno de los integrantes de su grupo, tienen 20 minutos para trabajar”.

- Luego de los 20/30 minutos trabajando se les pedirá a los grupos que comenten al resto como decidieron llevar adelante dicho escenario.

**Momento 5.2:** Devolución del observador

**Tipo de estrategia:** Resumen y devolución oral a los integrantes

**Instrucciones para el Observador:**

- Devolución oral al grupo, “en modalidad de foto”, a modo de resumen sintético, de los acontecimientos ocurridos y su secuencia en el encuentro.
- Agradecer por el respeto y dar cierre al encuentro.

**Encuentro 6**

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 1 dinámica, con 3 momentos.

**Tema:** Resumen y cierre

**Objetivo general del encuentro:** Invitar a los profesionales a reflexionar sobre el recorrido realizado, finalizando con momento de meditación.

**Tiempo estimado:** 90 min aproximadamente.

**Materiales:**

- habitación separada del resto de los espacios
- 17 sillas.
- Reproductor de CD o MP3
- caramelos

**Momento 6.1:** como me voy y que me llevo

**Tipo de estrategia:** discusión y reflexión sobre recorrido realizado.

**Instrucciones para el Coordinador:**

- Dar inicio al encuentro
- Realizar preguntas disparadoras sobre el proceso realizado como grupo y emociones experimentadas.
- Capitalizar emergentes de temáticas anteriormente trabajadas.

**Momento 6.2:** devolución del observador

**Tipo de estrategia:** Resumen, devolución oral a los integrantes e invitación a última actividad.

**Instrucciones para el Observador:**

- Devolución oral al grupo, “en modalidad de foto”, a modo de resumen sintético, de los acontecimientos ocurridos y su secuencia en el encuentro.
- Aclaración que por ser el último encuentro, la actividad no termina con la devolución sino con un momento de relajación.

**Momento 6.3:** contacto con la interioridad.

**Tipo de estrategia:** meditación guiada

**Instrucciones para el Coordinador:**

- Explicar qué actividad siguiente será una invitación a ponerse en contacto con la interioridad de cada uno a través de una meditación guiada.
- Se pedirá que los participantes opten por una posición cómoda y relajada en sus sillas. Con música relajante de fondo, el coordinador guiará una meditación de relajación corporal proponiendo un recorrido por las diversas zonas del cuerpo que puedan presentar tensiones, prestando atención a ritmos internos de respiración, frecuencia cardíaca y velocidad del pensamiento, como así también a aquellas ideas que surgen al intentar aquietar la mente y relajarse.
- Cerrar la meditación devolviendo conciencia de lugar y tiempo presentes.
- Invitar a compartir experiencia, mientras se reparten caramelos entre los participantes.
- Se agradece el respeto y el proceso recorrido y se da por finalizada la intervención.

### Diagrama de Gantt

ACTIVIDADES	MESES					
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6
ENCUENTRO 1						
momento 1.1	■					
momento 1.2						
ENCUENTRO 2						
momento 2.1		■				
momento 2.2	■	■				
ENCUENTRO 3						
momento 3.1		■	■			
momento 3.2	■	■	■			
ENCUENTRO 4						
momento 4.1		■	■	■		
momento 4.2	■	■	■	■		
ENCUENTRO 5						
momento 5.1				■	■	
momento 5.2	■	■	■	■	■	
ENCUENTRO 6						
momento 6.1	■	■	■	■	■	■
momento 6.2	■	■	■	■	■	■
momento 6.3						■

## **Recursos**

### Materiales técnicos

- Habitación amplia, iluminada y limpia
- Sillas para 17 personas
- Reproductor de CD o MP3
- Resma de hojas A/4
- Lapiceras
- Caramelos

### Recursos humanos

- Un Licenciado en Psicología, especialista en dispositivos grupales de reflexión, preferentemente externo a la institución que cumplirá el rol de Coordinador.
- Un Licenciado en Psicología, preferentemente externo a la institución que cumplirá el rol de Observador.

### Recursos económicos

- Pago de honorarios para los profesionales Psicólogos a cargo del espacio.

### **Presupuesto**

La institución cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura del Servicio de Salud Mental del hospital, se detallan a continuación aquellos que estarán disponibles para la realización de los encuentros del taller:

- Salón de clases amplio e iluminado equipado con:
  - Sillas para 17 personas
  - Equipo reproductor de CD.

Entre los materiales no provistos por la institución será necesario adquirir los siguientes:

<b>Cantidades</b>	<b>Materiales</b>	<b>Costo estimado</b>
20	Lapiceras	\$ 350
1	Resma de papel A/4 70 gr.	\$ 200
1	Bolsa de caramelos masticables	\$ 150
15	Fotocopias	\$ 30
<b>COSTO TOTAL MATERIALES</b>		<b>\$ 730</b>

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno 137/14 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia individual \$ 750
- Psicoterapia de pareja y de familia \$ 1155

- Psicoterapia de grupo: \$285 por integrante del grupo

Teniendo en cuenta la modalidad de dispositivo grupal de reflexión, será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales el valor fijado para la *Psicoterapia de grupo* con un valor de \$ 285 por integrante.

COSTO TOTAL MATERIALES	\$730
COSTO TOTAL HONORARIOS PROFESIONALES	\$25.650
<b>COSTO TOTAL DE LA INTERVENCION</b>	<b>\$ 26.380</b>

## Evaluación

Se realiza la evaluación de la intervención a través del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Se ejecutaran dos tomas del mismo, la primera se realizara antes de comenzar la primera actividad pautada del el primer encuentro, y la segunda toma se realizara al finalizar el sexto y último encuentro.

Como anteriormente fue explicitado, el MBI es el cuestionario por excelencia para la medición del desgaste profesional. El mismo posee alta consistencia interna y una fiabilidad próxima al 90%, está constituido por 22 ítems que referencian sentimientos y actitudes del profesional en su ámbito laboral y hacia los pacientes. Su toma se realiza en 15 minutos aproximadamente y mide 3 aspectos del síndrome; cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

1. Sub-escala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. Sub-escala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Sub-escala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Se comparara los resultados de las dos tomas y se sacaran conclusiones pertinentes para medir el impacto producido por la intervención. Se adjuntara cuestionario en el apartado Anexo II.

### **Resultados esperados**

El objetivo del presente plan de intervención apunta a la observación de la situación laboral de los profesionales para así promover la salud y prevenir la enfermedad. Se pretende proporcionar un espacio de reflexión, apertura al pensamiento, la crítica y dinámica en un trabajo grupal, inexistente hasta el momento.

Se considera de gran importancia que los Psicólogos que lleven adelante el espacio, cuenten con las herramientas suficientes para la contención, cuidado y capitalización de los aportes que los profesionales puedan compartir en la dinámica. Se espera que a través de la empatía y la creatividad, características necesarias para un coordinador de grupos, puedan ponerse en cuestión todos aquellos aspectos presentes en la labor cotidiana, ya sea aspectos positivos a reforzar y sostener o aquellos negativos a reflexionar, cuestionar y transformar.

## **Conclusión**

Si bien el grupo de reflexión no trabaja con un tema pre-fijado, el desarrollo de las actividades propuestas en el presente trabajo busca orientar a los coordinadores sobre las temáticas a desarrollar y el orden ideal de las mismas. Es importante tener en cuenta que trabajar con el emergente plantea un gran desafío para quienes coordinan el espacio, por lo cual es importante estar preparado a nivel teórico y práctico para cualquier situación que pueda desenvolverse en el transcurso de la intervención.

La elección del presente dispositivo fue hecha a partir del interés en el mismo, la creencia en su funcionalidad y como consecuencia de la necesidad de prevenir burnout en los profesionales, pero es válido aclarar que éste es uno de entre muchos dispositivos eficaces para un trabajo grupal. Como toda técnica tiene sus aspectos positivos y sus limitaciones. Es así, que queda abierta la posibilidad de un trabajo preventivo de burnout con otros dispositivos grupales.

Para posteriores intervenciones se sugiere la propuesta, por un lado, de ampliar la cantidad de encuentros y por el otro, abarcar a los profesionales de mandos superiores del servicio, e invitarlos a ser parte de los encuentros.

## Referencias

- Adán, J. C. M., Jiménez, B. M., & Herrer, M. G. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica, 123*(7), 265-270.
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial, 160*, 1-4.
- Clèries, X., Solà, M., Inzitari, M., & Romera, S. (2017). Experiencia de un espacio de reflexión en una unidad de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa, 24*(1), 26-30.
- Crespo, A. A., Ardaiz, M. J. Z., Elia, M. A., Goñi, C. F., Lara, J. R. L., & Pascual, P. P. (2009). El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria, 41*(12), 688-694.
- De Carmen García-Moran, M., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona, (019)*, 11-30.
- De Selvatici, M. R. (1996). El Grupo de Reflexión: espacio de “desnaturalización” y puesta en crisis. *El analista en el campo vincular*.

Dellarossa, A. (1979). Grupos de reflexión: entrenamiento institucional de coordinadores y terapeutas de grupos. Editorial Paidós.

Díaz Bambula, F., & Carolina Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1).

Escardó, V. (2016). Cuidado de Cuidadores. *Síndrome de burnout*. Noveduc.

Fernández, A. (1999) El campo grupal. Notas para una genealogía. Nueva Visión. Ed. Buenos Aires.

Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (90), 41-56.

Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117-123.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.

Morín, E (1990) Introducción al pensamiento complejo. Cap. 3: El paradigma de la complejidad. Gedisa. Ed. Buenos Aires.

Neira, M. C. (2004). Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesiones de la salud. Buenos Aires: edición de autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Estadísticas sanitarias mundiales 2011 [Internet]. Ginebra: OMS. Recuperado de: [https://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)

Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.

Pichón Rivière, E. (1985). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (2a ed.). Buenos Aires: Nueva Visión

Smelser, N., & Erikson, E. (1983). Trabajo y amor en la edad adulta. Grijalbo.

Sousa, K. H. J. F., Lopes, D. D. P., Tracera, G. M. P., Abreu, Â. M. M., Portela, L. F., & Zeitoune, R. C. G. (2019). Trastornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 1-10.

Spinelli, H., Trotta, A., Guevel, C., Santoro, A., García Martínez, S., Negrín, G., & Morales, Y. (2013). La salud de los trabajadores de la salud: Trabajo, empleo,

organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2013

Universidad Siglo 21 (2019) Módulo 0. Línea Estratégica. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/4713/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

## Anexo I

**Un barco en el que viajan un médico, una periodista, un maestro, un cocinero, una médica, un abogado, un deportista, una prostituta, un sacerdote, un representante político, una psicóloga y un drogadicto, tras una terrible tormenta naufraga, pero sólo hay un bote con capacidad para 6 personas, que serán las únicas que se puedan salvar.**

Tendrán 10 minutos para escribir a qué 6 personas salvarían y por qué. Además deberán especificar los por qué de las personas que no salvarían.

Luego, se forman subgrupos de 4 o 5 personas y se comparten las decisiones tomadas. El grupo deberá llegar, en un plazo de 15 minutos, a un consenso y elaborar una lista de las personas que salvaría y los por qué. Cada grupo nombrará a un portavoz quien hará la puesta en común. No se podrán generar debates hasta que todos los grupos expongan los argumentos.

## Anexo II

**Señale la respuesta que crea oportuna 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	