



Grupo Temático N° 10: Salud laboral, condiciones y medio ambiente de trabajo, y riesgos psicosociales en la organización del trabajo.

Coordinadores: Silvia Korinfeld, Andrea Suarez Maestre, Julio C. Neffa

Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST). El caso de los médicos residentes del Hospital Interzonal “Dr. Oscar Alende” de la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Autor/es: Maria Emilia Rompató

E – mails: merompato@gmail.com

Pertenencia institucional: UNMDP. Integrante del proyecto de investigación “Flexibilidad de los tiempos de trabajo, Calidad en el empleo y Prácticas Sociales. Aportes para una política social del tiempo de trabajo a partir de un estudio sobre CyMAT” (Director Mg. Alejandro Martino). Proyecto radicado en el grupo “Prácticas Sociales, Ciudadanía y Formación Profesional” (RR 837/06) de la Facultad. de Cs. De la Salud y SS. perteneciente a la UNMDP.

Abstract

El objetivo del presente trabajo es analizar los Riesgos Psicosociales del Trabajo (RPST) de los médicos residentes del H.I.G.A Dr. Oscar Alende de Mar del Plata, Argentina, y la relación con los niveles de Burnout de dicho colectivo. Para llevar a cabo este objetivo se trabajó durante aproximadamente 6 meses con los residentes de Medicina Clínica, Neurología, Infectología, Diagnóstico por Imágenes y Cardiología, del hospital antes nombrado. A los mismos se les aplicó un cuestionario estandarizado junto con entrevistas en profundidad. La conjunción de dichos instrumentos posibilitó el análisis no solo de las variables que componen a ambos conceptos sino también la comprensión de su vertiente subjetiva, personal e inherente a cada residente.



Palabras claves: médicos residentes- RPST- Burnout.

Introducción:

Todo puesto de trabajo está sometido a factores de riesgo psicosociales; el simple hecho de relacionarse con el medio genera esta posibilidad. El problema se da cuando estos factores se convierten riesgos psicosociales, es decir, cuando generan algún tipo de deterioro en la salud del trabajador. Por tanto, siguiendo a Gollac definiremos los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) como: *“los riesgos para la salud mental, física y social, ocasionados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales y relacionales susceptibles de interactuar con el funcionamiento mental”* (Gollac, 2012).

A su vez, esta definición se enmarca en una más general, a la cual se adhiere. Los RPST son parte de las CyMAT (Neffa, 1988). Resultan dos conceptos indisociables pues los riesgos psicosociales, aunque muchas veces no son extensamente considerados desde lo legal, gerencial, etc., son un riesgo más al que se somete el trabajador. Este posible riesgo es fruto tanto del proceso de trabajo, como de las características organizacionales y relacionales del mismo. Y puede generar consecuencias no solo en su vida laboral sino también en su vida personal.

Siguiendo la propuesta de Gollac es posible clasificar los RPST según:

- Intensidad del trabajo y tiempo del trabajo.
- Exigencias emocionales.
- Falta de autonomía.
- Malos vínculos sociales en el trabajo.
- Conflictos de valor.
- Inseguridad en la situación del trabajo.



En el presente trabajo se hará alusión a tres de ellos, aquellos factores psicosociales que, se ha encontrado, tienen consecuencias negativas para el médico residente. Ellos son: la intensidad del trabajo y tiempo del trabajo, los malos vínculos sociales en el trabajo y las exigencias emocionales a las que se ve sometidos el médico residente. Se toman solo estos tres en tanto se han logrado convertir en factores de riesgo, generando amplias repercusiones negativas en la vida del residente, siendo una de ellas el síndrome de Burnout –aquí estudiado–.

La *intensidad del trabajo* es un concepto ampliamente usado pero un tanto complejo, en tanto está compuesta por múltiples factores. La misma conlleva la idea de esfuerzo (Siegrist, 1996) y exigencia (Karasek, 1979) pero incluye además las nociones de polivalencia, pluriempleo, el contenido del trabajo en cuanto lo cualitativo y cuantitativo, la sobre o sub demanda laboral, las responsabilidades, etc. Por su parte, el *tiempo de trabajo* hace referencia a la duración, la organización del trabajo, la posibilidad y consecuencias de equilibrar la vida laboral y la vida personal, entre otros.

Por otra parte nos encontramos con los *malos vínculos sociales en el trabajo*, pudiendo estos ser entre los trabajadores, entre el trabajador y la organización que lo emplea y con el exterior de la empresa.

Por último es posible hablar de las *exigencias emocionales*. Las mismas son características de las actividades de servicio, en donde prevalece la relación con un tercero. Así también se cree que las exigencias emocionales se maximizan cuando: hay contacto con el sufrimiento, el empleado tiene que esconder sus emociones y cuando se siente miedo, en un sentido amplio, en tanto puede ser a accidentes, a violencia externa, al fracaso, etc.

El puesto laboral de médico, considerando no solo el proceso de trabajo que lo compete, sino también el ambiente en donde se desarrolla, reviste de ciertas características y situaciones ajenas a la realidad de la mayoría los individuos. La confrontación a la enfermedad, el sufrimiento y la



muerte son tareas típicas de su cotidianeidad. A esto hay que sumarles las exigencias propias de la profesión, tales como prolongadas jornadas laborales, demanda excesiva de pacientes, turnos rotativos, guardias de 24hs que muchas veces no pueden ser libradas, actividades académicas, entre demás cuestiones. Tampoco hay que olvidar que en muchas ocasiones, estas realidades no presentan ningún tipo de apoyo institucional, reforzando la cotidianeidad vivida.

Las consecuencias de dichas situaciones pueden ser variadas. Están quienes aprenden a lidiar con ellas, reconociendo en las mismas la esencia de su profesión, como quienes no tienen los recursos necesarios para sobrellevarlos de forma satisfactoria, repercutiendo eventualmente en su vida profesional y personal. Si se piensa en los médicos residentes, desprovistos de cualquier tipo de recurso, estas situaciones solo pueden maximizarse.

El médico residente se encuentra en los comienzos de su vida profesional; como tal presenta todo el entusiasmo, la vitalidad y el deseo de conocimiento de cualquier joven profesional. Pero este comienzo no solamente conlleva las exigencias profesionales previamente nombradas, sino también características propias del puesto como bajo salario, incertidumbre sobre el futuro laboral, falta de tiempo de estudio y actualización, falta de tiempo de ocio y lo más importante: falta de herramientas y recursos personales para lidiar con una cotidianeidad que tiene como eje al sufrimiento ajeno, un sufrimiento del que pacientes, familiares y colegas están esperando que él o ella pueda sanar.

En simples palabras las formas positivas y negativas en las que repercute el trabajo tienden a maximizarse en el joven trabajador, en este caso el médico residente, quien mantiene toda la vitalidad de quien recién comienza la aventura laboral, pero que también presenta los miedos naturales de cualquier comienzo, con la salvación que estos miedos tratan sobre la vida y la muerte.

RPST: El caso de los médicos residentes



A continuación se presenta un análisis de los factores seleccionados para estudiar los RPST de los médicos residentes del H.I.G.A Dr. Oscar Alende. De los residentes encuestados, un 40,7% pertenecen a Medicina Clínica, 22,2% a Diagnóstico por Imágenes, un 14,8% a Infectología, un 11,1% a Neurología y un 11,1% a Cardiología. Asimismo, un 55,6% son hombres, un 44,4% son mujeres.

Como bien se especificó los factores que se analizarán serán aquellos que, a partir de la investigación llevada a cabo, fueron considerados como de riesgo.

Intensidad del trabajo y tiempo del trabajo

La intensidad del trabajo y el tiempo de trabajo han sido analizados en la encuesta realizada mediante un apartado denominado “organización laboral”. Esta remite principalmente a la jornada laboral y las características de la misma, por lo que resulta clave para conocerlos.

Los residentes declaran que su jornada laboral comienza entre las 6 y las 7 de la mañana, y suele finalizar entre las 18.30 y 19.30. Aunque con leves variaciones todos mantienen una serie de actividades que incluyen recorrida de pacientes internados, pase de sala, atención en consultorios, almuerzo y actividades académicas. En los días que corresponde, una vez finalizada la jornada se ingresa en la guardia. Resulta interesante que al momento en que se pidió describir un día laboral cualquiera, algunos residentes optaron por no describir la actividad precisamente, sino adjetivarlo como “largo”, “agotador”, “cansador”, “demandante” y “multifunción”. Estas simples y acotadas palabras guardan un significado importante, demostrando de forma literal qué es lo que piensan y sienten sobre su jornada laboral. Asimismo se encuentran en estrecha vinculación con la apreciación que los residentes hacen sobre la demanda de atención, principalmente en lo que refiere a la variación cuantitativa de la misma. Un 81,5% de los residentes ha afirmado que la misma ha crecido en cantidad a lo largo de los últimos seis meses. Así también, un 55% afirma que la complejidad de dicha atención también ha crecido.



Pese a que todos los residentes han declarado mantener un horario similar en su jornada laboral, al re- preguntarse se han encontrado variaciones. Se ha encontrado que un 14,8% trabaja entre 36 y 48hs semanales, un 29,6% trabaja entre 49 y 60hs semanales, un 18,5% trabaja entre 61 y 72hs semanales, y un 29,6% trabaja más de 72hs semanales. Estos datos, diversos y heterogéneos, responden a ciertas cuestiones a destacar.

Las diferencias encontradas no tienen que ver con su contrato laboral, sino principalmente con dos hechos: el primero es la demanda laboral. Si bien la demanda de pacientes a atender es siempre amplia, dentro de esa amplitud hay matices, presentándose días en los cuales el residente está más ocupado y otros en donde no lo está tanto. Es de destacar que ante la pregunta “¿cuántas horas trabaja por semana?”, una de las encuestadas respondió “*las que tenga que trabajar*”; esto denota lo fluctuante y lo dependiente de la demanda que es su horario.

Asimismo otro hecho es digno de destacar dentro de estas diferencias en cuanto a la jornada laboral, y es que dentro de los años de residencia existe una suerte de “cadena de mando”, donde cuanto más cerca se está de finalizar la residencia, mas libertades se tiene; opuesto a lo que sucede con el recién ingresante.

Desagregando aún más los datos es posible decir que todos los R1 trabajan entre 61 y 72hs, y más de 72hs. Conforme se avanza en los años de residencia se encuentra que los residentes descienden su jornada laboral, llegando la amplia mayoría a trabajar entre 49 y 60hs semanales.

En este punto resulta importante traer a colación otro concepto: el de pluriempleo. Se ha encontrado que un 33% de los residentes mantiene un segundo empleo a la par. Aun así no se han encontrado R1 y R2 que mantengan otros trabajos, solo R3 y R4. Es posible pensar que la reducción horaria que sufren con el correr de la residencia es la que posibilite el tener un segundo trabajo.



Si bien tiende a haber una naturalización con respecto a la cantidad de horas trabajadas, resulta alarmante que un 29,6% trabaje más de 72hs semanales. Este valor arroja un promedio de 12hs diarias, mientras que legalmente corresponden 8hs diarias, lo que equivale a 48hs semanales. No es un dato menor, más aún cuando se piensa en la falta de tiempo libre que tienen los residentes para hacer lo que ellos deseen, y la forma en la que esto puede incidir en su quehacer profesional.

A partir de las entrevistas se indagó aquellas cuestiones que los/las residentes consideran negativas de su trabajo. Curiosamente, pese a que la mayoría de los residentes carece de una vida personal rica en actividades, debido justamente a que su vida profesional se lo impide, no se ha encontrado que esto sea fuente de críticas. Los residentes saben y reconocen que no pueden llevar a cabo mucha de las actividades extra laborales que quisieran, pero sin embargo no es algo que los preocupe. De hecho fue un tema de poca relevancia durante las entrevistas.

Por otro lado, todos los residentes concuerdan que, si bien no es de suma importancia la falta de una vida personal, las largas jornadas laborales sí inciden en su quehacer profesional. El automatismo que conlleva atender 10, 12 o 15 pacientes por día hace que, eventualmente, el/la residente pierda concentración, trabaje en “*piloto automático*”, siendo aquí cuando surgen los errores más groseros, el peor humor y los accidentes más frecuentes, según sus propias palabras.

En lo que respecta a las guardias realizadas, un 22,2% declara realizar 24hs de guardia semanal, un 18,5% realiza 36hs (en general divididas en 24hs y 12hs), un 40,7% declara realizar 48hs semanales de guardia y un 14,8% no realiza guardias¹. La totalidad de los R1 encuestados realiza 48hs de guardias semanales. Así también, la mayoría de los R2 realiza 48hs de guardia, aunque el valor desciende hasta el 60% de ellos. En lo que concierne a los R3, un 42% realiza guardias de 36hs semanales. Por último, un 50% de los R4 realiza 24hs de guardia. Una vez más, esta “cadena

¹ Este porcentaje corresponde en su totalidad al servicio de Infectología, donde solo se realizan guardias pasivas. Es decir, sin tener que concurrir a la institución hospitalaria a no ser que sea necesario.



de mando” se encuentra presente, en tanto que a medida que se avanza en la residencia la cantidad de horas semanales de guardia tienden a decrecer.

Por último, se encontró que un 85,2% sufre polivalencia dentro de su trabajo. Además de las tareas antes descriptas, los residentes afirman realizar otras que exceden su función y que se concentran principalmente en las que tendrían que llevar a cabo enfermeras y personal de maestranza. Las actividades en cuestión son primordialmente el traslado de pacientes, llevar y traer interconsultas y estudios, completar historias clínicas, sacar sangre, buscar insumos, entre otras cuestiones. De forma lógica es posible decir que estas tareas obstruyen y dificultan la realización de las tareas que realmente le conciernen al residente.

En líneas generales encontramos a un joven que se encuentra en su primera experiencia profesional. Esta experiencia puede ser traducida como agotadora, extenuante; pero no hace falta, los propios residentes así la sienten y se encargan de asentarlos. En términos teóricos encontramos que el puesto de residente mantiene una “sobrecarga del trabajo” (Neira, 2006), en tanto que se encuentran altos valores de polivalencia, una carga horaria prolongada y una elevado número de consultas a atender. Aun así los residentes no creen que esta situación tenga consecuencias en su vida privada, sino principalmente en su vida laboral. La falta de horas disponibles hace que no puedan estudiar como ellos lo desearían y como el puesto así lo requiere. Asimismo es de destacar que debido a las largas jornadas laborales los residentes se encuentran más proclives a tener accidentes, que en muchos casos generar ausentismo. Esto no solo conlleva problemas para el empleado en cuestión, sino principalmente para toda la estructura laboral, comenzando por sus compañeros que tienen que reorganizarse el trabajo con un compañero menos, como para el empleador, en este caso el Estado.

Malos vínculos sociales en el trabajo:



Si bien se analizaran las tres formas de concebir los malos vínculos en el trabajo- entre los trabajadores, entre el trabajador y la organización que lo emplea y con el exterior de la empresa- en este apartado se hará especial mención a este último tipo de vínculo, con el exterior de la empresa, en este caso institución hospitalaria y entendiendo ese exterior como los pacientes. No se cree que sea factible considerar esta relación como mala per se, sino compleja y, ciertamente, como un factor de riesgo y eje principal de los niveles de Burnout encontrados.

En una suerte de análisis por niveles, resulta interesante comenzar destacando qué es lo que los residentes opinan sobre la institución en donde desarrollan su labor.

A nivel cuantitativo la relación con la institución fue indagada mediante el apartado “opinión institucional”, pero se decidió indagar mayormente en las entrevistas, pues la complejidad del tema lo merecía. Las respuestas dadas no solo confirmaron los datos cuantitativos, sino que los reforzaron². La salud pública en Mar del Plata ha sido caracterizada de forma negativa. Algunas de las palabras que han utilizado para describirlas son “saturada”, “colapsada”, “deficiente” y “pobre”.

A partir de una de las primeras entrevistas realizadas se procedió a preguntar cuál era la opinión del entrevistado sobre el hospital en líneas generales, y principalmente porque él mismo tenía experiencia en otro hospital, en donde había ejercido como practicante³. La respuesta brindada se convirtió en un nuevo núcleo a investigar:

“Se supone que la residencia tendría que ser algo que te ayude a formarte viendo pacientes, pero yo termino siendo haciendo más asistencialismo que formándome, o sea estoy cubriendo baches.

Lo que sentía en Clínica (N.A.: El entrevistado se refiere al servicio de Medicina Clínica) ahora lo siento menos, pero se siente igual, estás cubriendo baches. Como que perdió su objetivo (...) el

² Por razones de espacio esos valores no serán expresados en este trabajo.

³ Practicante es aquel estudiante de medicina que opta por realizar tareas no rentadas en un ámbito hospitalario. El objetivo es conocer el campo de desarrollo de la profesión y así llegar a la residencia con mayores recursos.



hospital vive de los residentes, el día que renuncien en masa los residentes, como paso en Traumatología, se empiezan a caer los servicios (...) Y a su vez como vive de los residentes, los desgasta.” (E2)

Lo concreto de la respuesta hizo que el núcleo sobre opinión institucional comenzara a estar dirigido hacia ese aspecto. Y las restantes respuestas estuvieron en clara consonancia con la primitiva. Todos los residentes creen que el hospital los usa para tapar las falencias que no pueden taparse de otra forma. Y como los residentes mantienen un claro entusiasmo y compromiso con su trabajo, típico de los primeros años de actividad profesional, aceptan estas actividades a las cuales no tendrían que someterse, pero principalmente no tendrían que existir.

Los residentes creen que el sistema de salud pública “*no les da ningún tipo de respuesta*” –a los pacientes–principalmente en lo que a insumos, infraestructura y personal refiere. Por tanto son los propios residentes lo que tienen que “*luchar continuamente contra la corriente*”, intentando dar esas respuestas que nunca llegan de quienes realmente tendrían que llegar; sea de otros empleados que se niegan a colaborar en la prestación de servicios, lidiar con faltante de medicamentos y, por ende, tener que elegir un sustituto no tan bueno, llevar a cabo guardias solos, sin médicos de planta y sin la experiencia que requiere tal cosa.

A su vez, la existencia de estas situaciones y el lidiar continuamente con las mismas genera un gravísimo problema, que también es detectado por la amplia mayoría de los residentes, y es que no logran formarse como ellos quisieran. Esto significa que mantienen una buena formación en lo que refiere el cuidado del paciente, aprenden a trabajar bajo condiciones que no son las óptimas, lo que significa que el día de mañana podrán trabajar bajo cualquier circunstancia. Pero en la actualidad no logran formarse académicamente como quisieran, en tanto y en cuanto el servicio al cual pertenecen no haga hincapié en dicha actividad.



Asimismo creen que pese al gran trabajo que hacen cubriendo estas falencias, el hospital no los retribuye de la forma que les gustaría. Con esto no se hace alusión a una retribución monetaria, sino simplemente a que no tienen el reconocimiento que creen merecer. En palabras de un entrevistado:

“Le daría un poquito más de reconocimiento al laburo que hacen los residentes, porque fuera de joda, son mano de obra barata. Lamentablemente es eso, mano de obra barata.” (E6)

En líneas generales los residentes creen que el hospital esta así por una demanda excesiva de pacientes, que no puede ser absorbida correctamente. Señalan que la demanda excesiva tiene que ver principalmente con el total desaprovechamiento de otras instituciones sanitarias, como el CEMA (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias) o las CAPS (Centro de Atención Primaria de Salud). Esto deja como resultado que todas las consultas de salud terciarias recaigan sobre el H.I.G.A y las primarias también, siendo que estas no tendrían que ser de su competencia. Pese a ser una problemática encontrada tiempo después de realizar la encuesta sobre CyMAT, se encontró que la UPA (Unidad de Pronta Atención) que se encuentra junto al hospital también es fuente de grandes críticas. En consonancia con lo que expresan previamente, los residentes, así como la totalidad de los empleados hospitalarios, creen que esta UPA no logra absorber la demanda para la cual fue creada -atención primaria-, generando aún más desorganización hacia el interior del hospital.

Es decir, encontramos un residente que cree que la institución en donde se desempeña es incapaz de dar respuestas tanto al paciente como al residente. Esta situación genera conflictos en este último por partida doble. En primera instancia porque tiene que aprender a convivir con todos los faltantes y abusos que declara sufrir, y en segunda instancia porque es el mismo residente quien intenta sopesar todas las faltas que el hospital tiene para con los pacientes.



Siguiendo con el análisis por niveles, encontramos los vínculos sociales que el residente mantiene en el trabajo. Estos han sido analizados mediante encuesta en el apartado “relaciones laborales” como así también a partir de entrevistas.

El 81,4% de los residentes cree que hay buenos vínculos en su servicio. Asimismo, un 85,2% de los residentes cree que su servicio constituye un equipo de trabajo, siendo la relación de cooperación buena en un 51,9% y muy buena en un 29,6%. Las interconsultas han sido catalogadas como frecuentes en un 63% de los casos, encontrando una buena predisposición en el 63% de los casos.

En lo concerniente a los superiores, un 48,1% de los residentes cree que su trabajo es reconocido por ellos. Un 44,4% cree que es reconocido, aunque parcialmente. En caso de que haya alguna problemática, un 37% afirma que frecuentemente es respaldado por sus superiores, y un 33,3% afirma que siempre es respaldado.

Se ha encontrado que los R1 afirman en la totalidad de los casos el ser siempre respaldado por sus superiores, mientras que para el resto de los años las respuestas están mayormente distribuidas entre algunas veces y frecuentemente. Es posible pensar que dada la condición de total inexperiencia que conlleva el primer año de residencia, los superiores no solo se encargan de enseñar la práctica médica, sino también de guiarlos y ayudarlos a enfrentar una realidad laboral colmada de múltiples problemáticas.

Si bien las realidades varían de acuerdo al servicio con el que se trate, es posible decir que el común denominador es el respeto hacia el otro, tanto del superior como del residente. No se han emitido quejas sobre los superiores en estos términos, aunque sí muchas veces se ha criticado el sistema “verticalista” de ciertos servicios. Así y todo, los residentes creen que sus superiores los acompañan, respaldan, y principalmente, que son profesionales con los que pueden contar en la medida que haya algún problema.



También se ha encontrado que las formas en las que pueden contar con los superiores varían de acuerdo a cada servicio; están aquellos en los cuales solo se puede contar desde lo profesional, y están los otros en donde los superiores se involucran de forma personal en tanto y en cuanto lo profesional haya perjudicado la vida personal del residente. En simples palabras, encontramos ciertos servicios en donde la relación se limita a la de enseñar y aprender sobre la especialidad, y otros en donde el superior se involucra y se preocupa no solo por enseñar lo referente a su especialidad, sino por ayudarlo a transitar la residencia de forma satisfactoria, brindando herramientas y recursos, es decir, dando a conocer las “reglas del juego”. En palabras de Bourdieu, ayudando al residente a incorporar no solo capital cultural, sino más importante, capital simbólico (Bourdieu, 1979).

Con respecto a la relación con los compañeros, los residentes afirman mantener estrechos vínculos, siendo relaciones catalogadas como muy buenas por el 66,7% de los residentes y buenas en un 29,6%. Ningún residente ha catalogado estas relaciones de forma negativa mediante las encuestas, aunque sí se han encontrado quejas a partir de las entrevistas. Un 92,6% afirma mantener una relación extra laboral con sus compañeros, siendo esta de frecuencia eventual en el 40,7% de los casos y semanal en el 37%. El respaldo de los compañeros ante eventuales conflictos resulta muy alto; un 48,1% cree que frecuentemente es respaldado, manteniéndose el mismo valor para la categoría siempre. Solo un residente ha afirmado no sentirse nunca respaldado por sus compañeros. Por último, un 63% de los residentes afirman que su trabajo es reconocido por colegas, otros residentes, mientras que un 25,9% cree que es reconocido parcialmente.

En lo que refiere a la relación médico- paciente se ha encontrado que son dos las variables que inciden al momento de establecer una relación. La primera es el tipo de servicio; en aquellos servicios en donde la relación no se prolonga en el tiempo, sea porque el médico no se encarga de la internación del paciente o porque trabaja de forma complementaria a otros servicios



(como en el caso de Diagnóstico por Imágenes), la relación tiende a ser un tanto más impersonal. De forma opuesta, cuando la relación es estrecha y prolongada en el tiempo, los residentes suelen involucrarse con el paciente. La segunda variable remite a cuestiones personales del propio residente. Muchos de ellos han afirmado que hay pacientes con los que tienen empatía y otros con los que, simplemente, no la tienen. Esto no se encuentra relacionado con alguna actitud del paciente, si no con su capacidad empática.

Pero pese a estas diferencias es importante destacar que la totalidad de los residentes cree tener una buena relación con sus pacientes, así como también sabe que su tarea es mucho más simple en tanto y en cuanto logren empatizar con él. Más allá de su capacidad empática todos tienen en claro que la recuperación del mismo es el objetivo principal, y que muchas veces, fruto de las debilidades del hospital, esto se complica. Por eso intentan cumplir con tareas que exceden su función, tales como acompañarlos a ver otros médicos, conseguirles turnos, y hasta juntar plata para que se puedan comprar medicamentos⁴.

Pero esta es una relación compleja. Los residentes tienen que aprender a relacionarse con el paciente de la forma más sana posible. Esto significa reconocer hasta qué punto es conveniente involucrarse e identificarse con sus pacientes, siendo que las distintas formas de involucramiento y relación van variando con el tiempo. Primariamente la relación tiende a ser muy estrecha, principalmente en aquellos residentes que realizaron su primer año en Clínica Médica, dado que allí se mantiene una relación con los pacientes que, en general, se prolonga en el tiempo. Pero es aquí cuando más sufren en caso de que los mismos fallezcan; de hecho la gran mayoría de los residentes entrevistados recuerdan “ese” paciente con el cual sufrieron su pérdida. Una vez que se genera esta situación, los residentes comienzan a adquirir recursos que les permiten diferenciar el trato correcto, amable y hasta cariñoso con el paciente, pero a sabiendas de que el

⁴ Una residente de Infectología declaró juntar plata entre sus compañeros para comprarle a una paciente la medicación necesaria, dado que la misma no se conseguía por medio del hospital.



mismo es solo eso, un paciente. Este recurso es sistemáticamente utilizado por los residentes para dejar de sufrir ante la muerte de los pacientes. Cuando la situación es la opuesta, es decir, cuando el paciente tratado presenta una buena recuperación, los médicos residentes declaran sentir felicidad, satisfacción y motivación, es decir, momentáneamente se presenta nuevamente una vinculación desde lo afectivo y personal, en tanto que no solo están felices por haber realizado de forma correcta su labor, sino principalmente están felices por aquella persona que ha logrado recuperarse. Asimismo, esta sensación de felicidad, satisfacción y motivación es aún mayor cuando su trabajo es reconocido por los mismos pacientes. A partir de las encuestas los residentes han declarado casi en su totalidad sentirse reconocidos por sus pacientes, siendo que un 44% de los mismos se siente siempre reconocido, y un 48% lo siente frecuentemente.

La relación con el paciente no solo está dada de acuerdo a las actitudes y acciones del residente, sino también por aquellas propias del paciente. Los residentes declaran que son muchas las veces en que el propio paciente complica la relación, principalmente por no cumplir las órdenes que se les da, por no cumplir con lo que los médicos le aconsejan, por decidir darse el alta aun cuando todavía están en proceso de recuperación; básicamente por no respetar aquello que el médico le indica que es lo mejor para su pronta recuperación. Así y todo no los culpan, si no que comprenden que es el sistema sanitario el que, de la misma forma que no los cuida a ellos, tampoco lo hace con los pacientes. Esto significa principalmente la falta de respuestas y de explicaciones ante situaciones que, si bien pueden ser familiares para quien se desenvuelve en el ámbito de la salud, no tienen por qué serlo para los pacientes. Ejemplos claros de esto es la falta de explicación al paciente ante la necesidad de hacerse un estudio, la falta de agilidad en las internaciones, donde los pacientes tienen que quedarse en la guardia por dos o tres días hasta que se libere una cama, entre diversas cuestiones. Es por eso que los residentes no culpan a los pacientes, sino que tienden a sentir pena, lastima o verlos como un grupo vulnerable, trabajando así para aumentar sus esfuerzos en ayudarlos.



Pero hay otra situación que acontece en la relación médico/ paciente: el 100% de los médicos cree estar expuesto a riesgo físico. Al consultar la fuente de donde proviene ese riesgo un 74,1% afirmó que el mismo en los pacientes, mientras que un 59,3%, en las actitudes de los familiares de los pacientes.

No solo es significativo que la totalidad de la muestra crea que está expuesta a riesgos físicos, sino que es por demás relevante que este riesgo se desarrolle primariamente en los pacientes y secundariamente en los familiares de estos. Este dato resulta sumamente importante por dos cuestiones: el trabajo del residente, como de cualquier médico, es el de curar al individuo que se presenta con una dolencia. Es factible pensar que posiblemente el residente no pueda llevar a cabo su tarea de la forma que tanto él como el paciente y familiares desearían, dado que este vínculo se encuentra necesariamente marcado por el miedo del primero hacia los segundos.

Al pedirle a los residentes que explicar el tipo de riesgo al que creían estar expuestos, los mismos respondieron mayormente a violencia física y verbal por parte de los pacientes y sus familiares. En algunos casos han afirmado que esta violencia se genera debido al tiempo que tienen que esperar a ser atendidos. Esta respuesta brindada está en clara consonancia con la creciente demanda de atención y la falta de médicos que los mismos residentes perciben; lo que a su vez demuestra las repercusiones personales e íntimas que puede tener cierta carencia estructural, como lo es la falta de médicos.

En líneas generales es posible decir que el residente no mantiene una buena relación con la institución en donde se desempeña. Los serios faltantes y falencias que presenta el H.I.G.A Dr. Oscar Alende hacen que el residente tenga que llevar a cabo tareas que no son de su competencia, para las cuales no solamente no son retribuidos, sino que además atrasa su verdadera tarea. Pero más aún, no es solamente el hospital en cuestión el que creen que está colapsado, sino todas las instituciones sanitarias públicas de Mar del Plata. Es este mal aprovechamiento de las mismas lo que repercute en el hospital y, eventualmente, en los residentes en cuestión.



Por otra parte encontramos la relación que los residentes mantienen con sus colegas, la cual es considerada positiva. Resulta interesante e importante que los residentes afirmen que sus superiores se involucran en caso de que se presente alguna problemática. Más aún, resulta importante que los R1 creen que los superiores siempre se involucran. Esto habla de la buena relación entre los superiores y los residentes, en donde los segundos confían en los primeros, generando posiblemente mayor tranquilidad para realizar su trabajo. También habla de la calidad humana de los superiores, del reconocimiento de que la residencia medica no solo es la práctica profesional, sino también aprehender todo aquello que conlleva, aprehender las reglas del juego, brindándole no solo herramientas profesionales sino capacidades para desenvolverse ante posibles problemas.

Pero la relación con el paciente es, ciertamente, compleja. Con altibajos propios de la experiencia del residente, de las características del paciente, y del riesgo al que los primeros se sienten expuestos, el residente opta por mantener una relación mediada por el respeto que este se merece y por su intención de llevar a cabo su tarea de la mejor manera posible, siendo que a veces lo logra y otras no. Y si bien puede ser complejo reconocer hasta donde es sano involucrarse con el paciente, los residentes intentan siempre dar un poco más de sí, dar su costado humano, no solo profesional, intentando subsanar aquellas falencias propias del hospital. Así también, que los pacientes reconozcan la labor llevada a cabo por el residente significa un voto de confianza al mismo, un aliento a seguir esforzándose, mejorando.

Exigencias emocionales y síndrome de Burnout: cuando los residentes colapsan.

Como bien se mencionó, las exigencias emocionales son características de las actividades de servicio, en donde prevalece la relación con un tercero. Tienden a maximizarse cuando hay contacto con el sufrimiento, el empleado tiene que esconder sus emociones y cuando se siente miedo, en un sentido amplio, en tanto puede ser a accidentes, a violencia externa, al fracaso, etc.



Ciertamente el médico residente del H.I.G.A Dr. Oscar Alende pasa por cada una de estas situaciones.

Todos los residentes están en contacto con el sufrimiento, pero es posible decir que este se maximiza en un hospital del Estado; un Estado incapaz de ofrecer posibilidades y respuestas a los pacientes, lo que genera más problemas para estos, y un doble trabajo para los residentes: cumplir con su objetivo, la sanación del paciente, y ayudarlo a transitar todas las barreras que el mismo sistema pone. Esta realidad está en estrecha vinculación con la necesidad de esconder sus propias emociones y las repercusiones que esto puede tener cuando hay nulo control de las mismas, propio de un profesional que comienza su experiencia laboral. Por último es posible hablar de la violencia, una violencia a la que los residentes se ven sometidos por parte de los pacientes y familiares de los mismos.

No es de sorprender que eventualmente los residentes colapsen, sucumban, siendo el máximo exponente de esta situación el Burnout. Por tanto, a continuación se procede a analizar las formas en que las exigencias emocionales se desarrollan en los residentes, en el marco del síndrome de Burnout, y las consecuencias de las mismas.

Para que se presente el Síndrome de Burnout, el sujeto analizado tiene que desarrollar altos niveles de Agotamiento Emocional, considerándose alto a una media mayor a 21, junto con altos niveles de Despersonalización, con una media mayor a 6, y bajos niveles de Realización Personal, cuya media tiene que ser menor a 36. Los valores arrojados se agrupan en “bajo”, “moderado” y “alto”.

Los valores encontrados en los médicos residentes del H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende” resultan no solo interesantes, sino principalmente alarmantes. A continuación se exponen.

El 51,9% de la población estudiada sufre de Burnout. El análisis de las medias demuestra que los residentes mantienen niveles altos de afectación para las categorías Agotamiento



Emocional, con un promedio de 27,29, y Despersonalización, con un promedio de 9,74. Asimismo, la media de la categoría Realización Personales de 23,62, lo que es indicativo de una baja realización personal.

También se ha encontrado que la categoría Realización Personales tiene la mayor afectación, con un 92,6% de los residentes con bajos valores de la misma. Seguidamente se encuentran los valores de Agotamiento Emocional, con un 81,5% de residentes que sufren altos niveles; y por último nos encontramos con los valores de Despersonalización, que son altos en un 70,4% de los casos.

Los altos valores encontrados en la categoría agotamiento emocional nos indican que, después de intentar reiteradas oportunidades sopesar situaciones laborales estresantes, los residentes han sucumbido a ellas, perdiendo todo recurso que pudiesen tener para sobrellevar dichas situaciones. La despersonalización es el mecanismo a partir del cual el trabajador se defiende de dicho agotamiento emocional. Los altos valores encontrados para la categoría despersonalización indican que uno de los mecanismos de defensa que más utilizan los residentes es el del trato despersonalizado, deshumanizado al paciente, considerándolo como un objeto. Esta realidad expuesta puede llevar eventualmente a un deterioro en la identidad profesional, junto con una escasa realización personal, en tanto que la profesión en cuestión deja de desarrollarse en un ambiente sano, productivo, para pasar a entretenerse en uno donde la conflictividad reina. El altísimo valor encontrado para la realización personal indica que, como una consecuencia de la falta de recursos para sopesar situaciones estresantes y la objetivación de los pacientes, la amplia mayoría de los residentes sufre de una baja realización personal y profesional.

Distribución de los valores de Burnout

En relación a las horas semanales trabajadas, se ha encontrado diferencias directamente proporcionales. Esto significa que a medida que aumenta la cantidad de horas semanales trabajadas, también lo hace el porcentaje de residentes que sufre de Burnout. El crecimiento en cuestión va desde el 25% de residentes que laboran entre 36 y 48hs y sufren de dicho síntoma,



llegando hasta el 100% para quienes lo hacen más de 72hs semanales. Justamente, quienes laboran una mayor cantidad de horas semanales son los residentes más jóvenes, los R1 y R2. En cuanto a la cantidad de horas de guardia por semana se ha encontrado un dato destacable. No hay diferencias entre quienes realizan guardias, con un porcentaje aproximado de 60% de afectados por el síndrome, sean estas guardias de 24hs, 36hs y 48hs. Pero sí se han encontrado diferencias con quienes no realizan guardias, es decir con el servicio de Infectología. Solo un 25% de los residentes de este servicio sufre de Burnout. Esta diferencia demuestra que la realización de guardias es una gran variable de incidencia en el síndrome. Los residentes afirman que resulta agotador y traumático tener que empezar el día de nuevo después de haber realizado una guardia desde la tarde anterior y que, de hecho, es en ese momento que suelen cometer los errores más groseros, puesto que el cansancio y mal humor los invade.

Pluriempleo y polivalencia

El análisis de la relación entre pluriempleo y Burnout ha demostrado que un 66% de los residentes que poseen otro trabajo sufre de Burnout. Como contrapartida, un 44% de los residentes que no poseen otro trabajo sufren de dicho síntoma. Estos valores son indicativos del desgaste mental y físico que puede producir la tenencia de múltiples trabajos, particularmente cuando uno de ellos demanda un promedio de 10hs. diarias.

En relación a la polivalencia o ambigüedad del rol, se ha encontrado que de la totalidad de los residentes que creen realizar tareas que exceden su cargo y función un 56% sufre de Burnout. Este valor desciende hasta el 25% para aquellos residentes que no creen realizar tareas que exceden su cargo y función. El puesto de residente incluye la capacidad de desempeñarse de forma polivalente, pero específicamente la problemática aquí encontrada radica en que los residentes llevan a cabo tareas que no son propias de su cargo. Es decir, a la polivalencia propia de su puesto tienen que sumarle otro tipo de polivalencia, una que excede sus propias obligaciones. Es posible



pensar que el resultado de esta sumatoria es una multiplicidad de tareas y actividades que exceden sus posibilidades temporales, llevándolos al límite, y eventualmente superándolos.

Relación de Burnout con vínculos sociales.

Considerando las formas positivas bajo las cuales es percibido el clima organizacional del hospital, principalmente en lo que concierne a las relaciones laborales que la rodean, resulta interesante analizar si esta apreciación positiva tiene incidencia con los valores de Burnout. Asimismo se analizara la compleja relación con el paciente y la incidencia en el síndrome.

Se ha encontrado que quienes consideran que el ambiente laboral es bueno tienden a sufrir menos de Burnout. Un 40,9% de los que consideran al ambiente como bueno y propicio para la realización de tarea sufre de Burnout. Contrario a estos valores encontramos que un 100% de los que no se sienten a gusto con el ambiente, aunque “*se tolera*”, sufren de Burnout.

La totalidad de los residentes creen que las tareas son mucho más complejas cuando sienten que del otro lado, en general los médicos superiores, de planta, los observan y critican desde la descalificación. Cuando se presenta hostigamiento y falta de aliento es cuando más se sufre, pues sienten que no solo tienen que cumplir con sus expectativas, sino también se sienten en la necesidad de continuamente satisfacer al otro. De hecho, una de las entrevistadas afirma que el exponerse a un ambiente laboral en donde no la alentaban, no la motivaban, le generó una crisis que, entendida en retrospectiva, fue su punto más álgido de Burnout:

“(...) es que ese es un gran problema que yo tengo. En mi servicio no hay refuerzo positivo... Mi problema principal en todo este año y pico, y porque termine yo desgastada fue porque no me sentí... me sentí sola y sentí que todo lo que hacía era, a mí no me conformaba, pero porque no conformaba a un tercero, que era mi servicio. O no me lo mostraban, ¿entendés?

Y no hay refuerzo positivo en mi servicio, en el mío” (Entrevistada 1).



Así también, quienes creen que su servicio se comporta como un equipo de trabajo, tienden a sufrir menos Burnout, en comparación con los que creen lo contrario. Los valores encontrados arrojan que un 47% de los residentes que creen trabajar en equipo sufre de Burnout, contra un 75% que lo sufre de los que creen que no funcionan como equipo.

Así también se cree que la percepción de relaciones positivas establecidas entre los residentes y superiores, compañeros y colegas, puede también funcionar como una defensa ante las situaciones que viven cotidianamente. De esta forma contraria podrían incidir negativamente en tanto la percepción de las relaciones así lo fuese.

Se ha encontrado que el reconocimiento que pueda tener el residente de sus superiores, compañeros y pacientes puede ser un paliativo ante el sufrimiento de Burnout. En líneas generales un 34% de los residentes que se sienten reconocidos sufre de Burnout. Contrario, un 71% de los que se consideran parcialmente reconocidos sufre de dicho síntoma. A continuación se analizan de manera desagregada los valores encontrados.

El reconocimiento y compañerismo dentro del trabajo no significa simplemente poder disfrutar, encontrar un momento de ocio o la posibilidad de distenderse dentro del trabajo; si no que se extiende hacia el propio ámbito laboral. Aquellos residentes que han confiado no ser cercanos a sus compañeros- los otros residentes- afirman sentirse a disgusto en su trabajo. Esta situación se agrava al punto de incidir en su desenvolvimiento profesional, pues no encuentran la confianza suficiente para realizar preguntas o consultas básicas de la profesión. Considerando que la inmensa mayoría del tiempo los residentes trabajan juntos, y no con los médicos de planta, el no sentirse con la comodidad necesaria para disipar dudas significa que esta retroalimentación, básica en la formación profesional, se pierde. Es decir, uno de los ejes principales del aprendizaje de la residencia, el generado con los pares, se pierde.

Por último nos encontramos con el reconocimiento que los pacientes puedan hacer de la tarea del residente. Un 37,5% de los que se sienten reconocidos por sus pacientes presenta Burnout, contra



un 77% que lo sufre, de entre los que se sienten parcialmente reconocidos. A medida que avanza el tiempo, y como parte de los nuevos recursos que captan sobre la relación con el paciente, los residentes comienzan a aceptar que el paciente puede o no reconocer y agradecerles la labor llevada a cabo, como así también pueden optar por aceptar lo que le indica el residente, en términos de tratamientos o recomendaciones, o no aceptarlo, haciendo lo que deseen. La aceptación de la individualidad del paciente, como ser humano con disposiciones y decisiones propias, conlleva todo un proceso. Pero hasta que dicho proceso es llevado a cabo muchos de los residentes han afirmado que les genera o ha generado irritabilidad la falta de compromiso y agradecimiento en el paciente. Una vez más, esta situación se encuentra en vinculación con la capacidad de aprender a lidiar correctamente con ellos, tarea que es aprendida en el camino, y solo a partir de los errores.

Además de estar compuesto por distintas dimensiones, el Burnout se desarrolla en cuatro fases. La *fase de entusiasmo*, que se da en los primeros años de profesión, donde abunda la energía y entusiasmo. La *fase de estancamiento*, donde los sujetos comienzan a hacer consciente una excesiva implicación en su vida profesional, lo cual incide en su vida personal. Aquí comienza a surgir el cansancio emocional, fruto de cuestionarse su capacidad y perder confianza en sí mismo. La tercera es la *fase de frustración*, la tarea comienza a sentirse pesada, tediosa, generando una disminución en los logros personales y la aparición de episodios de angustia, ansiedad, entre otros. La cuarta y última es la *fase de apatía*, hay indiferencia tanto hacia el daño emocional propio como hacia el propio paciente.

Los valores encontrados a partir del uso del MBI muestran las formas que adquieren estas distintas fases en los residentes del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende. A continuación se exponen.

Los R1, en general jóvenes recién egresados, son los que menores niveles de afectación presentan, con un 50% de ellos que sufren de Burnout. Hacia el segundo año de residencia se presenta el pico más grande, con un 60% de afectación de R2 que sufren dicho síntoma, junto con los R3 cuyos



nivel desciende en 3 puntos, llegando a 57% de afectación. Por último, hacia el cuarto año de residencia, el valor de afectación vuelve a descender hasta el 50%.

Si bien estos valores por si solos no demuestran grandes diferencias a nivel cuantitativo, resulta interesante ver cómo se correlacionan con las fases antes descriptas.

Los R1 son aquellos jóvenes que mantienen toda la voluntad, compromiso y empeño, típicos del joven profesional. Pero esta situación no dura mucho. La totalidad de los residentes entrevistados ha concordado que es finalizando el primer año y en el segundo año de residencia en donde se sienten mayormente abrumados con su profesión, principalmente por dos cuestiones. La primera de ellas es el exceso de responsabilidades, el sentir que nunca es suficiente con lo que hacen, que podrían haber hecho otra cosa mejor, que nada los conforma. Esto hace que reconozcan que las expectativas laborales que tenían ciertamente no se están cumpliendo, o no por lo menos de la forma en que lo anhelaban. Dicha sensación hace que se sufra una pérdida de la realización personal, pues sienten que su profesión perdió sentido, perdió su objetivo.

La segunda cuestión, aquella que más incide en su “quiebre” es la incapacidad para lidiar correctamente con los pacientes. La mayoría de los residentes han tenido “ese” paciente que *se les murió* en su guardia, bajo su cuidado, etc. En simples palabras, es ese paciente con el cual habían generado una relación estrecha, de demasiada implicación, por lo cual su muerte los repercutió de forma personal, no profesional. Ese paciente suele ser el detonante a partir del cual se crea una crisis o se sucumbe ante una que venía gestándose. A continuación se presenta una extracción de una entrevista realizada que explica claramente aquella situación de quiebre.

“(…) Cuando estaba en clínica tratábamos muchos pacientes con cáncer, y con cáncer terminal, y yo siempre me acuerdo de una chica, una piba joven de 20 años que se terminó muriendo. Creo que de ahí fue como que cambie. La verdad que, se había internado tantas veces, la habíamos visto tantas veces, que la queríamos. Y se me murió en una guardia y vino la madre y



llorando me decía “bueno gracias por todo lo que hicieron” y no sabés para donde salir corriendo, se le acaba de morir la hija y te viene a decir gracias (...).” (Entrevistado 4)

A partir de este momento el residente comienza a sentirse a disgusto, mal en su trabajo, mal con los pacientes. Lo que se traduce en desgano para trabajar, mala cara y malas contestaciones tanto a sus compañeros como a los pacientes. En palabras de otro residente que afirmó estar sufriendo esa crisis en el preciso momento de la entrevista:

“(...) En estos días no está nada bueno. Del congreso, que estuvo bárbaro, del congreso en adelante fueron todos días de mierda. Es como que volvimos y todos los pacientes que no vinieron antes estaban esperando paras, lo que no me parecía tan malo, que por ahí era ver algún paciente de más, ahora me parece te armar quilombo y para que los atendieran, las guardias llenas y complicadas. Y como que anterrible. Sobre todo porque venía pensando en “uy mira esto, me voy a poner a leer esto” y no podía, no podía, no podía. Llegaba a mi casa y me tiraba a dormir y me despertaba al otro día pensando “uh, tengo que ir de vuelta”. Terrible.”

(Entrevistado 2)

Este quiebre resulta un antes y un después en la vida del residente. Si bien ha habido quienes no han soportado tal realidad laboral, en general todos coinciden en que se han fortalecido como profesionales, han aprehendido mayores y mejores recursos para lidiar de la forma correcta con los pacientes y con su realidad laboral. A su vez, esta reconversión hace que el residente comience a aceptar las falencias, propias y del sistema, y no que sean dejadas de lado, sino que entiende que simplemente tiene que convivir con ellas, poniendo lo mejor de sí para poder superarlas.

Es posible notar cómo las tres primeras fases del Burnout se presentan en la experiencia laboral de los residentes. Resulta alentador también ver que la amplia mayoría opta por no estancarse en la apatía, en el destrato y la despersonalización, sino que, una vez que han podido superar la experiencia, la reconvierten a su favor, sacando lo mejor de ella.



Así también resulta importante destacar que, si bien estas crisis son superadas, no sin primero intervenir en la vida personal del residente, dejando en muchas ocasiones secuelas. El presentar mal humor, irritabilidad, malos tratos hacia compañeros o pacientes han sido presentados como algunas de las formas en que los residentes demuestran su desgano laboral. Pero una vez que la crisis ha estallado, que el Burnout se encuentra maximizado, los y las residentes entrevistados han coincidido en afirmar que dicha crisis comienza a manifestarse de otra forma, con ataques de ansiedad, palpitaciones, llanto, insomnio, tabaquismo, ausentismo laboral, etc.

No resulta novedoso plantear los altos niveles de Burnout encontrados. Desde la percepción de sus propios residentes, el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende es caracterizado como un hospital en donde hay falta de políticas claras, de insumos, de salarios dignos, de personal, de seguridad, malas condiciones edilicias, miedo al comportamiento de los pacientes y sus familiares; sumado todo esto a un continuo crecimiento en la demanda de atención, a partir del cual los mismos catalogan al hospital como colapsado. Pareciera ser que las faltas y las problemáticas de ellas devenidas son el común denominador en el discurso de los residentes. Citando a Zaldúa es posible decir que “*el profesional en un hospital desmantelado, desgastado, se desgasta*” (Zaldúa, 2000). Las amplias carencias encontradas en el hospital repercuten tanto en sus empleados como en quienes allí se atienden. Los residentes tienen que desarrollar su tarea sobre una vastedad de problemáticas, tales como problemas edilicios, polivalencia, pluriempleo, falta de salarios dignos, etc. Estas cuestiones devienen en claros estresores para el desarrollo de su tarea. Pero así también los pacientes sufren aquellas carencias edilicias, la falta de mayor cantidad de médicos, largas esperas; cuestiones que eventualmente se traducen en aquellos malos tratos que los residentes denuncian. Podría decirse que las consecuencias sufridas por los residentes son por partida doble.

Reflexiones Finales

En este trabajo se quiso traer a luz ciertas características del proceso de trabajo de los médicos residentes, aquellas que dentro del marco de los RPST, son considerados como tales. Como fue



posible vislumbrar, el médico residente se encuentra expuesto a riesgos psicosociales que distan de asemejarse a los de cualquier otro trabajo. Muchas veces se trata, ni más ni menos, de la definición entre la vida y la muerte. Así también esta definición está acompañada, o podría decirse sometida, a las serias deficiencias que sufre nuestro Estado y particularmente la salud pública hace ya más de quince años.

Y las consecuencias de estos riesgos ciertamente se hacen notar: angustia, malos tratos, ausentismo, licencias y renunciaciones son algunas de ellas. A su vez pareciera que transitar este camino fuese la única posibilidad de forjarse con los recursos personales necesarios para sobrevivir. Los médicos con antigüedad así lo sienten y así lo declaran. *“Lo que hoy pasa siempre ha pasado, es parte de las reglas del juego y tiene que ser aceptado como tal”*. Nuestro trabajo, como científicos sociales, no solo es denunciar aquello que está mal, sino trabajar transformarlo.

Bibliografía

Alvarado, R., Marchetti, N., Villalón, M., Hirmas, M., & Pastorino, M. S. (2009). Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: versión media del CoPsoQ. *Rev Chil Salud Pública*, 13(1), 7-16.

Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, A., & Uribe, A. F. (2009). Estilos de liderazgo; clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo.

Garrido-Pinzón, J., Uribe-Rodríguez, A. F., & BLANCH, J. (2011). Riesgos psicosociales desde la perspectiva de la calidad de vida laboral. *Acta Colombiana de psicología*, 14(2).

Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de salud pública*, 83(2), 169-173.

Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 29(2), 237-241.



- Gollac, M. (2012). Seminario Internacional “*El desafío de los riesgos psicosociales del trabajo (RPST)*”, material pedagógico. La Plata.
- Gomes, S. D. F. S., & Carolino, E. T. D. M. A. (2013). Riesgos psicosociales en el trabajo: estrés y estrategias de coping en enfermeros en oncología. *Oncología*, 9, 10.
- Jiménez, B. M., & León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P., (1981). *Maslach Burnout Inventory*: MBI. Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1982). *Burnout in health professions*.
- Neffa, J.C. (1988). *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*; Buenos Aires: Ed. Área de Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL- CONICET, CREDAL- CNRS; Humanitas.
- Neffa, J. C., Báez, L. M., Naggi, S., Las Heras, A., & Argentina, R. C. ASPECTOS GENERALES DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.
- Neira, M. del C. (2004) Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Bs. As. Ed. EA EDICIONES/ L.
- Pacenza, M.I., Cordero, S. (2008). Trabajadores de Salud y Educación: Condiciones de trabajo y construcción de identidades profesionales. *El caso de General Pueyrredón. Perspectivas en Psicología*, 5, 58-67.
- Pacenza, M.I., Andriotti Romanin, E. (2005). *Condiciones y medio ambiente de trabajo de distintos grupos profesionales: psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales en los servicios públicos de salud mental de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón*. VII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires.



Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas psychologica*, 3(2), 179-186.

Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral* (Vol. 2). Madrid: Eudema.

Rubbini, N. I. (2012). Los riesgos psicosociales en el teletrabajo. In VII Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2012 La Plata, Argentina. *Argentina en el escenario latinoamericano actual: Debates desde las ciencias sociales*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

Salas, M. B. (2014). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud del personal no docente de la Universidad Nacional de La Plata. In IV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y III Encuentro de Becarios de Investigación (La Plata, 2014).

Schaufeli, W. B., & Salanova, M. L. (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Prevención, trabajo y Salud*, 20, 4-9.

Siegrist, J., Klein, D., & Voigt, K. H. (1996). Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta physiologica scandinavica. Supplementum*, 640, 112-116.

Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19 (4), 167- 172.