



Recibido: 9 de febrero de 2010

Aceptado: 12 de julio de 2010

## Guía clínica de intervención psicológica en personal de salud

Jorge Carreño-Meléndez,\* Claudia Sánchez-Bravo,† Francisco Morales-Carmona,§ M. Consuelo Henales-Almaraz,|| Rosa María Hernández-Silva ||

\* Investigador "B" Departamento de Psicología.

† Investigador "C" Departamento de Psicología.

§ Jefe del Departamento de Psicología.

|| Adscrita al Departamento de Psicología.

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

### RESUMEN

Dada la prevalencia con que se presentan distintos síndromes de estrés crónico laboral en el personal de salud, se dan recomendaciones para su tratamiento en fase de contingencia epidemiológica, así como para el personal que en el desempeño de sus funciones cotidianas se ven rebasados por alguno de los síndromes. El incremento en los reportes de Burnout, Mobbing y Acoso Psicológico Institucional en las instituciones de salud del país hace necesario proporcionar lineamientos para su atención al ser un sector vulnerable y escasamente atendido por el área de Psicología. Proporcionar atención a este personal puede redundar en la calidad de vida y un incremento en la calidad de servicio de las instituciones nacionales del Sector Salud.

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, Mobbing, grupos Balint, personal de salud.

### ABSTRACT

Given the prevalence of Burnout syndrome in healthcare professionals, recommendations were given for their treatment in both, an epidemiological contingency phase scenario, and for personnel, who in performing their daily work, are overtaken by the syndrome. The increase in Burnout and Mobbing reports by health institutions in Mexico makes it necessary to provide clinical guidelines for psychological intervention. Being a vulnerable sector, mostly unattended by the Psychology services; we suggest that providing attention to these personnel can enhance their quality of life and the quality of service provided by them in the national institutions of the Healthcare System.

**Key words:** Burnout syndrome, Mobbing, Balint groups, healthcare professionals.

La presente Guía tiene como objetivo proporcionar técnicas y estrategias de abordaje para el tratamiento psicológico del personal de salud frente a situaciones de estrés laboral originadas por condiciones propias y cotidianas en los distintos servicios hospitalarios, y frente a situaciones de crisis en caso de emergencia o contingencia sanitarias, donde los recursos humanos, materiales y psicológicos se ven rebasados. Está indicada para el personal relacionado directamente con pacientes, lo que conlleva estrés crónico, el cual puede interferir en su desempeño.

### ¿CUÁLES SÍNDROMES AFECTAN AL PERSONAL DE SALUD?

Los síndromes que con mayor frecuencia afectan al personal de salud como consecuencia del estrés laboral crónico son: desgaste crónico profesional, síndrome de fatiga laboral, síndromes de Mobbing, Burnout y Acoso Psicológico Institucional. Este último es el más frecuente dentro de las instituciones de salud, sobre todo en el personal de Enfermería y médicos residentes de especialidad.

## ¿Qué es el estrés?

Si bien existen varias definiciones de estrés, todas coinciden en que es una respuesta inespecífica del organismo para el reajuste ante nuevas situaciones. Sin embargo, para este trabajo proponemos definirlo como las manifestaciones reactivas que van acompañadas de cambios fisiológicos y psicológicos percibidos en el organismo como estado de tensión temporal ante un evento interpretado como señal de amenaza o peligro; es la preparación del individuo para dar la respuesta apropiada al evento y ajustarse a situaciones nuevas y lograr la adaptación.

Cuando inicia el proceso de estrés, son distinguibles tres etapas: la alarma, donde se dan cambios fisiológicos; la resistencia, cuando la persona se habitúa y modifica su tolerancia al estrés, y el agotamiento, cuando la estrategia de adaptación falla.<sup>1</sup>

Dos de los síndromes más reportados son el Burnout y el Mobbing; el Burnout se refiere a los síntomas que se originan en la relación médico-paciente, donde el componente detonador es la posibilidad o muerte de un paciente; el profesional se siente incapacitado para ayudar, por no contar con los recursos técnicos, humanos y administrativos para solucionar el problema. Cuando esto sucede en forma sistemática y el médico se enfrenta a este tedioso recorrido, hay un impacto en la calidad de atención, ya que el médico se muestra poco interesado y distanciado de sus pacientes, con actitudes de cinismo, y etiquetándolos despectivamente; culpa al entorno de la frustración sentida. Estas reacciones son un mecanismo de protección ante el medio percibido como hostil, y es cuando se van instalando los síntomas; las primeras manifestaciones pasan desapercibidas, tanto para la persona afectada como entre sus compañeros de trabajo; el incremento en el consumo de tabaco o del alcohol es un riesgo potencial; al ser manifestaciones incipientes, se ven como algo natural; sin embargo, y con el fin de aliviar síntomas leves e intentar el control sobre lo que está pasando, el consumo se vuelve frecuente.

El Mobbing tiene su origen en las relaciones interpersonales dentro de las instituciones de salud, sobre todo cuando la relación está mediada por elementos de poder. El maltrato a una persona o pequeño grupo se da en forma deliberada, originado por o con la complacencia de los jerárquicos superiores; la coacción puede ser organizada por los compañeros con

el objetivo de que el acosado o acosados abandonen el lugar de trabajo, por regla general, propagando rumores y descalificaciones en condiciones que hacen imposible la confrontación de los afectados, donde va de por medio su prestigio personal, como trabajador y profesional; también se aprovechan las fallas en el equipo de trabajo; el nulo o escaso reconocimiento del éxito logrado, la exageración de los errores, y el ser expuesto al maltrato de los pacientes mediante las descalificaciones públicas, hacen que la persona se sienta incapaz para desarrollar su trabajo, involucrando en todas sus actividades la idea de fracaso. Por ser una sensación vivida de manera personal, se inicia el aislamiento, disminuye en forma importante la comunicación, se entra en un ciclo donde no se puede ubicar el origen: si fue el comportamiento de la persona lo que originó el conflicto o el conflicto lo que modificó la actitud que se tiene hacia el grupo; sin embargo, la hostilidad flota en el ambiente.

En repetidas ocasiones la persona, cuando es blanco de ese tipo de acoso intencional, tiene que escapar mediante el abandono del servicio o la renuncia, en la última fase, a su plaza laboral; previamente existen síntomas; en su fase temprana, el incremento en el consumo de tabaco y/o alcohol son frecuentes; en una fase intermedia, no es extraña la automedicación con ansiolíticos o antidepresivos e incapacidades médicas. Un estilo de comunicación agresiva, y dado que este tipo de agresión no se da en forma abierta, es la representación psicológica que se tiene del fenómeno en los grupos de trabajo; por tanto, el individuo no puede precisar qué es lo que está ocurriendo; la confusión en la que se encuentra inmerso genera depresión; ésta es frecuente y se constituye en un síntoma de riesgo para conductas adictivas y, en casos graves, conductas suicidas en el personal de salud.

En particular, el Acoso Psicológico Institucional es otro de los síndromes laborales frecuentes; su principal característica es que no se presenta en forma deliberada, es consecuencia de una dinámica institucional particular, con jerarquías rígidas,<sup>2</sup> verticales, donde se ha establecido que la mejor opción para el aprendizaje es descalificar, sobredimensionando los errores cometidos, presionando para la realización de tareas encomendadas, distribución o saturación de las actividades por simpatías y, en algunos casos, con el intercambio de favores por responsabilidades; de esta manera se genera un círculo vicioso: a mayor presión,

mayor es el número de errores que se cometan, provocando en el acosado la indefensión; en un intento de complacer, sus conductas se vuelven erráticas, al reconocer que la conducta asumida no tiene impacto en la modificación de las actitudes hacia él; se establece el síndrome, el cual forma parte del estrés laboral crónico, comúnmente reportado en profesionales que laboran en organizaciones del servicio de salud;<sup>3,4</sup> es el más común, sobre todo en instituciones que están formando recursos humanos de alta especialidad; sus manifestaciones son las reportadas como síndrome de Burnout en los diferentes estudios.

En el campo de estudio del estrés laboral crónico se puede observar que los síntomas originados en las áreas de trabajo hospitalario llegan a confundirse entre los diversos síndromes, ya que comparten su manifestación e intensidad aunque el origen es distinto. Al puntualizar el origen de cada uno de los síndromes, se permite en el tratamiento una mayor especificidad.

### ¿Por qué es importante su descripción?

La Organización Mundial de la Salud menciona que los desórdenes relativos al estrés y los problemas de salud mental son la principal causa de muerte prematura en Europa.<sup>5</sup>

A pesar de que desde hace años se viene presentando en el personal de salud, no se encuentran catalogados en el Manual de Diagnóstico (DSM-IV);<sup>6</sup> sin embargo, ya están reconocidos como un problema de salud pública para la OMS, al rebasar el 30% de la prevalencia e incidencia en personas que trabajan en ambientes hospitalarios. En Canadá se estableció su prevalencia por especialidad: médicos oncólogos 53%, personal paramédico entre 30.5 hasta 37%.<sup>7</sup> Para el personal que labora en una Unidad de Diálisis en Italia va de 18 a 30% en médicos y enfermeras, siendo el desgaste profesional mayor en mujeres. En Barcelona, de 528 entrevistados 30% presentaban algún síntoma de desgaste profesional; las variables condicionan los puntajes altos en el instrumento de Maslach: más de 10 años en la misma unidad de adscripción y más de 40 horas de trabajo semanal.<sup>8</sup>

Por los datos obtenidos, podemos proponer que se está constituyendo en la actualidad uno de los principales retos para la psicología de la salud, al tener que proporcionar alternativas para su manejo. El fenómeno resulta complejo, ya que en la

mayoría de las instituciones de salud pública de México se tiene un subregistro, en la prevalencia e incidencia, por sus implicaciones laborales y legales, al tener que reconocerse como una enfermedad laboral.

### Prevalencia en México

Los diferentes estudios realizados en torno a los síndromes tienen una variación importante en el personal de Enfermería; los reportes van del 44 al 52%, el grupo médico del 22 al 28%, para médicos familiares y ginecólogos el 42.3%.<sup>11</sup>

Los estudios de prevalencia realizados en México, como en otros países, son obtenidos a través del Burnout Inventory (MBI)<sup>12</sup> con tres áreas: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Aunque originalmente el instrumento fue diseñado para medir el síndrome de Burnout, es altamente sensible para detectar un numeroso grupo de síndromes que se relacionan con estrés crónico laboral.

El estrés laboral es común; en algunos casos es consecuencia del Acoso Psicológico Institucional por parte de los jerárquicos superiores. En otros casos, se puede originar en los ambientes laborales de los hospitales de alta demanda de atención, Servicios de Urgencia, instituciones de salud a las que ingresan enfermos con alto riesgo de muerte; sobre todo en este tipo de instituciones es donde se presenta el síndrome de Burnout en forma clara.

Los trabajadores que mayor impacto de síndromes reportan son médicos, residentes y adscritos, enfermeras, personal de laboratorio y psiquiatras. Dada la amplitud de los datos en los distintos reportes, se ha podido reconocer que para detectar la incidencia o prevalencia en cada una de las instituciones del Sector Salud, es necesario valorarla en forma particular; cada centro hospitalario debe establecer los perfiles de riesgo en su población, y en forma particular proponer soluciones.

### Dimensiones del problema en México

En distintos centros hospitalarios del país la prevalencia va de 22 a 63%, siendo en médicos residentes y enfermeras donde con mayor frecuencia se detectan los altos niveles de estrés laboral. Los síntomas de los distintos síndromes clínicamente son compartidos;

la diferencia se establece en su origen. Dentro de las instituciones de salud es frecuente encontrar reportes de una gran variedad de síntomas, muchos de ellos atribuidos al síndrome de Burnout que llegan a confundirse, por la similitud y variedad, con el síndrome de Mobbing. En estudiantes de alguna especialidad, con mayor frecuencia se presenta el síndrome de Acoso Psicológico Institucional; el Burnout y Mobbing como tal son de baja prevalencia.

### Proceso de instalación

Los síndromes descritos no se presentan de forma súbita, sino que pasan por un proceso identificable. El estrés es una manifestación frecuente en las ciudades, aunque no necesariamente psicopatológico; existe un estrés benigno; esa condición se puede distinguir cuando se observa que es un estado de alerta, que impulsa a realizar una actividad en forma eficiente; este estrés, en términos generales, resulta benéfico y puede ser un componente de la personalidad, llamado tolerancia al estrés; tener mayor tolerancia al estrés hace que una persona busque realizar su tarea en forma óptima. Este estrés manifiesta sintomatología leve por ser una condición momentánea o situacional; una vez que ocurrió el evento esperado desaparece, y puede ser controlado haciendo otras actividades diferentes a las habituales.

En cambio, el estrés sistemático y prolongado, originado por un entorno institucional hostil, lo convierte en distrés. La manifestación de sus efectos en esta etapa es una necesidad de alejamiento de las fuentes: incapacidad por motivos de salud o mediante los días de vacaciones por riesgo profesional. Para la mayoría, el mantenerse alejado del ámbito hospitalario por períodos prolongados remite los síntomas, pero al volver al hospital reaparecen. Cuando la manifestación pasa a la fase final del proceso y se cumplen los requisitos para catalogarse como ansiedad, y se rompe la rutina y el descanso, el mantenerse alejado del ámbito hospitalario no disminuye los síntomas; se ha entrado en una fase de descontrol; en muchos casos el manejo farmacológico y psicoterapéutico puede lograr su remisión.

Otro de los procesos que vive una persona con síntomas ya instalados por períodos prolongados, acompañado de la sensación de una baja en la realización personal por la tarea que realiza, es la tristeza. Todas las personas están expuestas a vivir una con-

dición de tristeza; en sí misma, la tristeza no es una psicopatología, es una forma natural de expresión de los afectos frente a un evento de la vida cotidiana; al tener el componente fundamental del control, si las manifestaciones son de moderada intensidad y no invaden áreas de lo familiar, pareja y amistades, con realizar actividades que distraigan su atención, que rompan con la rutina, la sensación remite. Cuando los momentos se van alternando con etapas que pueden variar entre control-descontrol se presenta tristeza persistente; con frecuencia, el romper con la rutina por períodos prolongados, y el retiro de los ambientes hospitalarios, hace que los síntomas disminuyan. Si a consecuencia del Acoso Psicológico Institucional el trabajador de la salud pasa a una fase de depresión leve o moderada, no hay posibilidad de controlar el entorno, sólo el manejo psicoterapéutico hace que los síntomas remitan. Es importante señalar que los síndromes de estrés laboral no son un problema individual, sino un problema institucional, y como tal se deben buscar soluciones.

Una consecuencia de este fenómeno en un estudiante de especialidad es el abandono y la deserción; la implicación para el estudiante que abandona la especialidad es un alto costo emocional; para la institución del Sector Salud, un costo económico y académico elevado, por todos los recursos que se destinan para la selección y capacitación de sus residentes.

Las variables que se han estudiado en busca de una relación con el constructo de personalidad como una condición premórbida para presentar cualquiera de los síndromes de estrés laboral, como la autoestima, el autoconcepto, etc., no tienen capacidad de pronóstico para que se instale uno de los síndromes; sin embargo, las mujeres con mayor frecuencia muestran niveles más altos, en comparación con los hombres; la variable de la dimensión personal que puede tener cierto grado de poder pronóstico es la alta o baja tolerancia a la frustración.

En la dimensión del ambiente laboral con mayor poder pronóstico es el número de horas trabajadas, más de 40 a la semana, el tiempo de adscripción en un solo servicio, tener más de 10 años, son factores que pueden explicar la presencia de cualesquiera de los síndromes de estrés laboral en los servicios de alta demanda y bajo éxito de los tratamientos.<sup>13</sup>

Los síntomas que se presentan son resultado de los ambientes laborales, y por tanto, manifestaciones reactivas ante la evaluación de los eventos. Las estra-

tegias de afrontamiento tienen un papel importante, sólo que en ambientes percibidos con alta hostilidad ya no funcionan. Por encontrarse en la última fase del estrés: el agotamiento, el acosado recurre al aislamiento, se hace proclive a un mayor acoso y es depositario de las deficiencias del grupo de trabajo; por tanto, se vive como el responsable de la hostilidad individual o grupal, incrementando los síntomas.

### Síntomas más frecuentes en los síndromes de estrés laboral

Los síndromes de estrés laboral tienen en común el compartir síntomas, sea de Mobbing, Burnout o Acoso Psicológico Institucional; éstos abarcan tres esferas: la física, la conductual y la psicológica.<sup>14,15</sup>

Física: fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, dolores musculares, desórdenes menstruales, trastornos gastrointestinales, manifestaciones cardiovasculares (todas son manifestaciones tempranas).

Conductuales: ausentismo laboral, conducta violenta, bajo control de impulsos, conducta suicida, abuso de fármacos, incremento del consumo de alcohol y tabaco, conflictos matrimoniales y familiares.

Psicológicas: distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, dificultad para concentrarse, disminución de la memorización, razonamiento, prejuicios, bajo rendimiento, puede haber depresión y/o ansiedad.

### MODELO DE INTERVENCIÓN

El modelo de intervención para los síndromes de estrés laboral que se presentan en el personal de salud es por excelencia el grupo Balint, tanto para los síntomas relacionados con Acoso Psicológico Institucional, Mobbing y Burnout. Se emplea desde sus dos perspectivas: abatimiento sintomático y el preventivo. La primera recomendación para su aplicación es para aquellos profesionales de la salud que en el instrumento de Maslach en al menos dos de las tres escalas se presentan alteraciones, y por tanto, son compatibles con alguno de los síndromes de estrés laboral. La segunda es para aquellos estudiantes que inician alguna residencia, y para cumplir con su objetivo de la prevención, los alumnos de nuevo ingreso deberían durante su primer año en la espe-

cialidad asistir al menos dos veces al mes a sesiones del grupo Balint.

Los reportes de investigación mencionan que un perfil de riesgo es ser residente de: medicina interna, pediatría, cirugía, medicina familiar y ginecología. Los estudiantes de algunas de las especialidades con síntomas de estrés laboral tienen una mayor posibilidad de auto-reportar baja calidad de atención y errores médicos; intervenirlos para su atención en el grupo Balint<sup>15</sup> será la forma adecuada para promover la salud psicológica y evitar desgaste profesional innecesario.

Estos grupos fueron creados por Michael Balint en el Reino Unido después de la Segunda Guerra Mundial; es un grupo homogéneo de médicos y enfermeras que opera como elemento de expresión y catarsis de las manifestaciones del estrés. Es una modalidad de la psicoterapia de grupos, aún más especializada, ya que está dirigida para personal de salud que se conoce, que trabaja en la misma área y tiene conflictos recientes o remotos; la cohesión grupal es una estrategia empleada en forma permanente para evitar los conflictos, la huida o la desintegración del grupo.

Para el personal de salud se han intentado “terapias” que son enfoques alejados de la psicología; psico-educativos, grupos de encuentro, cursos de desarrollo humano, entre otros, y en el mejor de los casos, sólo prolongan los síntomas; en otros resultan verdaderas iatrogenias al no proporcionar las estrategias que permitan aminorar los síntomas. Para trabajar en el tratamiento y la prevención de los síntomas de estrés laboral es requisito ser psicólogo, especialista en psicoterapia, y además en grupos Balint.<sup>16-18</sup>

Por su conformación, el grupo Balint es un espacio que sirve para reflexionar sobre los eventos cotidianos de presión, por parte de los jerárquicos superiores, maltrato psicológico, Acoso Institucional (fuentes de estrés)<sup>15</sup> que no pueden ser asimilados de forma inmediata; el hablar de estos temas permite generar la cohesión grupal para el funcionamiento del equipo de trabajo como un todo; el grupo que se reúne para pensar sobre la problemática particular moviliza sus propias emociones, los temas abordados en el proceso grupal los convierte en una problemática común. Es recomendable que la integración de los grupos sea homogénea: médicos, enfermeras, laboratoristas y personal paramédico. El no integrar grupos homogéneos, no reconocer los distintos enfoques de la problemática para cada una de las áreas, que pueden ser opuestas o contradictorias a las de un grupo

específico, el mantener grupos heterogéneos puede propiciar la creación de subgrupos de los distintos Servicios, impactando la cohesión grupal.

La forma de trabajo es llevar al grupo hacia los focos principales de abordaje:

- 1) Diagnóstico situacional de cada una de las áreas de trabajo (fuentes de estrés).
- 2) Análisis de la situación por la que se está pasando y la condición realista de manejar estas situaciones.
- 3) El quehacer del personal de salud y su responsabilidad frente al evento.
- 4) Abordaje de las características inherentes en las personas: miedo, incertidumbre, desinformación, rumores y conductas de riesgo frente a los conflictos.
- 5) Disminución de las deficientes relaciones en el grupo de trabajo.
- 6) Identificación de síntomas que puedan estar indicando el inicio de un trastorno mental que requiera de atención psicológica focalizada y/o psiquiátrica.

## TÉCNICAS DE ABORDAJE

Una de las principales estrategias para su abordaje es tomar los elementos intrapsíquicos que den sentido a sus conductas y sus creencias, mediante la técnica, y son las siguientes:

1. *Trabajar con el aquí y el ahora.* En el grupo se aborda sólo problemática relacionada con los ambientes laborales, no permitiendo la emergencia de problemas personales, familiares o de pareja, ya que esto los convertiría en un grupo terapéutico con objetivos distintos para el cual están diseñados. Mediante esta técnica, los participantes tienen oportunidad de identificar los factores que indiquen la presencia de manifestaciones reactivas psicológicas, crónicas o agudas originadas en el entorno laboral; se corrobora la percepción que tiene el individuo que puede o está siendo acosado psicológicamente en un Servicio; las reacciones que experimenta son producto de la dinámica de un área en particular o se presentan en la institución; con esta técnica se puede establecer internamente una frontera

para diferenciar qué está dentro y qué afuera; es decir, el ambiente es hostil o yo soy el hostil, la diferenciación de lo que es una adaptación sana y lo que es una adaptación psicopatológica: si se logra establecer la diferencia se pueden prevenir síntomas incapacitantes.

2. *La clarificación* es la segunda herramienta técnica que sirve para tomar conciencia de emociones y conductas inmanejables para el personal de salud; así se reconoce el grado en que las modificaciones emocionales se pueden estar presentando, y qué conductas representan signos de alarma. Para algunas personas que trabajan en salud, ciertos síntomas son “*naturales*”, al habituarse a niveles de estrés altos, cuando en realidad son manifestaciones psicopatológicas.
3. *La confrontación* es la tercera técnica aplicada donde se destaca el reconocimiento de que algunas estrategias empleadas son psicopatológicas: el uso de medicamentos sin prescripción médica, el consumo de bebidas alcohólicas, aislamiento, conflictos frecuentes con las personas de su entorno inmediato, como forma de descargarse las sensaciones de ansiedad o estrés que se está viviendo. La estrategia de afrontamiento de escape-avitación genera condiciones para que sea más complicado el emplazamiento de conductas adaptativas. En distintas ocasiones, y derivado del análisis situacional, la apertura al cambio, incremento de la tolerancia a la frustración, la autoaceptación y el afrontamiento centrado en la solución de problemas, pueden disminuir sustancialmente los síntomas sin comprometer la salud psicológica, al ser recursos adaptativos sanos.
4. *El señalamiento.* Todas las personas para interpretar el mundo que les rodea lo hacen mediante la subjetividad, atribuyendo valores, afecto, creencias y funcionando según la interpretación dada; el cuestionamiento es ¿qué relación guarda con la realidad? Ésta es la clave para reconocer cuándo existe una sobreinterpretación de la realidad que lleve a las personas a conductas erráticas, donde se corre riesgo de convertirse en depositarias de todos los problemas de su área de trabajo, incrementando los síntomas en forma importante al atribuirse responsabilidad de hostilidad cuando no les corresponden. Un factor pronóstico para presentar síndromes de

estrés laboral es el compromiso significativo con el trabajo. En esta fase de la intervención se puede promover un factor protector. Cuando las personas han sobrepasado sus resistencias al estrés, por lo general se viven desestructuradas; sus afectos, interpretación de la realidad y conductas suelen ser erráticas. El estructurar las percepciones y sensaciones mediante la modificación del tipo de *locus de control interno* da la posibilidad de aplazar los impulsos y no mostrarse reactivo ante un evento que ha sido sobreinterpretado.

En las investigaciones se ha observado que la mayoría de los evaluados tienen períodos claramente diferenciados en el decremento e incremento de síntomas; el que se instalen permanentemente o no, dependerá del entorno laboral.

Dos de las reacciones que más se presentan son la ansiedad y la depresión; éstas sólo aparecen en la etapa final del proceso; en etapas previas, mediante la intervención psicológica se puede incidir claramente y lograr la prevención.

La estrategia a destacar es que las técnicas deben ser empleadas en la comprensión del fenómeno grupal; por tanto, no se emplean para los casos individuales sino que se realizan en todo el grupo, sin particularizar en las personas que expresan la problemática de un Servicio. Lo expresado se convierte en material de trabajo para la dinámica grupal; el grupo debe funcionar como un todo. El señalamiento realizado en forma directa a una persona puede dar la impresión de un prejuicio, cancelando la posibilidad de la emergencia del material de análisis.

Cada grupo tiene una dinámica especial y particular; para algunos, el grupo queda constituido cuando están reunidas dos o más personas; es un constructo artificial; existe al momento de reunirse, y al establecer su propia dinámica.

#### Líneas de trabajo para cada una de las sesiones

1. Ampliar las estrategias de afrontamiento para situaciones difíciles con menos reactividad emocional.
2. Ajuste ante situaciones nuevas: diferenciar cuándo se involucran afectivamente y asumir la responsabilidad en los ambientes laborales que a cada persona les corresponde.

3. Reforzar la cohesión grupal para brindar canales de comunicación sana entre los distintos niveles, generando un clima propicio para la comunicación entre los integrantes del equipo de trabajo.
4. Ampliar el abanico de respuestas de afrontamiento, ya que las investigaciones realizadas con el afrontamiento indican que para tener mayores niveles de salud psicológica es necesario tener estilos de afrontamiento variado; dependiendo de las circunstancias, se puede utilizar uno de los ocho tipos que existen.
5. Distinguir bajo qué condiciones se pueden emplear los distintos tipos de assertividad.
6. Abordar la problemática con la revisión de las fronteras personales entre sentirse responsable de todo y lo que realmente les corresponde, es establecer esos límites entre lo personal e institucional para descontaminar los ambientes y a las personas.

#### RECONOCIMIENTO DE AVANCE DEL TRABAJO GRUPAL

- Reporte que indica que los síntomas están disminuyendo en forma importante.
- Cuando inicia el proceso adaptativo en una forma saludable, el grupo reportará conductas de apoyo para el trabajo.
- Se destaca la importancia del grupo como una forma de contención y responsabilidad hacia con los demás.
- Se evitan acciones y comentarios que intenten descalificar al compañero.
- Se discute sobre temas álgidos sin generar conflictos.
- Se expresa la sensación de esperanza de que los conflictos pueden mejorar: manifestaciones de sentirse escuchados y apoyados.

#### LIMITACIONES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Dentro de las limitaciones que presenta el abordaje en el grupo Balint es cuando en los diferentes Servicios, sobre todo en los de alta demanda, se con-

diciona la asistencia a sesiones de grupo a cambio de incrementarles las tareas a realizar, además de antecedentes de conflictos personales, familiares o de pareja, previo a presentar síntomas de estrés.

En algunas instituciones de salud continúan reproduciendo los mismos patrones que hace años les funcionaron, donde el profesor con mayor conocimiento y experiencia era el encargado de capacitar a las nuevas generaciones de médicos; la exigencia era la constante. La calidad del conocimiento proporcionado por los maestros compensaba esa exigencia. Actualmente, con el desarrollo de la tecnología informática y los portales especializados, muchos de esos conocimientos están al alcance del especialista que ingrese a Internet; casi nada resulta novedoso; la resistencia al cambio en las instituciones no permite cuestionarse sobre las formas nuevas de capacitar y evaluar al personal en formación.

El factor humano es un recurso fundamental de toda institución, contribuir para mejorar las condiciones de salud psicológica del personal, facilitará el trabajo interdisciplinario y elevará la calidad de atención a los pacientes en los hospitales de alta especialidad.

## REFERENCIAS

1. Rojas E. La ansiedad, cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: BOOKET; 2004.
2. Morales-Carmona F, Carreño-Meléndez J, Mercedes-Luque M, Sánchez-Bravo C. La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: recomendaciones para su manejo. Perinatol Reprod Hum 2010; 3: 187-93.
3. Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
4. Gil-Monte P, Peiró JM, Valcarcel P. A causal model of Burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Actas del VII Congreso de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Györ. Hungria. 1995.
5. Dollard M, Introduction: context, theories and intervention. In: Dollard MF, Winefield HR, Ed. Occupational stress in the service professions. London: Taylor & Francis; 2003.
6. First M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON; 2009.
7. Grunfeld E, Whelan T, Zitzelberg L, William A, Montesanto B, Evans W. Cancer care workers in Ontario: prevalence of Burnout, job stress and job satisfaction. JAMC 2000; 163: 166-9.
8. Sos TP, Sobrequés SJ, Segura BJ, Manzano ME. Desgaste profesional en médicos de atención primaria en Barcelona. MEDIFAM 2002; 12: 613-9.
9. Ortega HE, Ortiz VG, Coronel BG. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Psicol Salud 2007; 171: 5-16.
10. Aldrete RG, Pando MM, Aranda BC, Torres LT. Acoso psicológico en el trabajo: ¿un problema de género? Enseñ Invest Psicol 2006; 11: 53-63.
11. Palmer MY, Prince VR, Searcy BR. Factores relacionados con el síndrome de Burnout en ginecólogos. Ginecol Obstet Mex 2007; 75: 379-83.
12. Lozinskaja EI. Study of stress parameters in the work of the clinical psychiatrist. Int J Ment Health 2002; 31: 93-8.
13. Klersy C, Callegari A, Martinelli V, Vizzardi V, Navino C, Malberti F et al. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy- a multicentre study. Nephrol Dial Transplant 2007; 22: 2283-90.
14. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job Burnout. Ann Rev Phychol 2001; 52: 397-422.
16. Sandoval A, Viladoms A, Ponce de León S. La experiencia de un grupo Balint en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" Salud Mental 1994; 17; 1: 76-89.
17. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJ, Torres LT, Aldrete RM, Pérez RM. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara México. Rev Cubana de Salud Pública. 2005; 31.
18. Méndez VJ. Estrés laboral o síndrome de Burnout. Acta Pediatr Mex 2004; 25: 299-302.

Correspondencia:

**Dra. Claudia Sánchez Bravo**

Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com