

EL GRUPO DE AYUDA MUTUA (GAM) COMO DISPOSITIVO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD PSICOSOCIAL EN MÉDIC@S RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL Y/O FAMILIAR DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS

Yanina Soledad Piñeyro¹

Juan Miguel Flores ²

Resumen:

El presente artículo es una versión resumida del trabajo de investigación final (TIF) presentado por unx de lxs autorxs para la solicitud del título de grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de San Luis. El trabajo mencionado surge a partir de la demanda presentada por un grupo de residentes de medicina general y familiar de la localidad J., quienes plantean un espacio de acompañamiento psicosocial frente a los requerimientos de la práctica médica diaria. En función de lo anterior, y utilizando la metodología de la investigación acción participativa, este trabajo de intervención psicosocial tuvo como objetivos : 1. Desarrollar una experiencia autogestiva de trabajo grupal por parte de médic@s residentes de Medicina General del sistema de salud pública de la Provincia de San Luis, para abordar malestares laborales y psicosociales producidos en el desempeño de sus tareas y, 2. Proponer un dispositivo de trabajo grupal de ayuda mutua (GAM) que implique un espacio autogestivo de reflexión crítica y aprendizaje colectivo respecto a un desempeño saludable de su rol.

Como resultado, las/os médica/os residentes lograron: 1. Aprender a reconocer y resignificar de manera grupal los malestares laborales, psicosociales que acarrea la profesión; 2. Construir habilidades grupales para el manejo de situaciones que generan malestar psicosocial y/o conflictivas en el ambiente laboral.

Conclusiones: Se logró cumplir con los objetivos planteados, además de construir un dispositivo de trabajo grupal denominado Grupo de Ayuda Mutua, aplicable a diferentes poblaciones o grupos de trabajo afines.

Palabras Claves: Medicina General y familiar – Dispositivo grupal - Investigación Acción participativa – Grupo de Ayuda Mutua.

Abstract:

This article is a summarized version of the final research paper (TIF) presented by one of the authors for the application for the Bachelor's degree in Psychology at the National University of San Luis. The aforementioned work arises from the demand presented by a group of residents of general and family medicine from the J. locality, who propose a space for psychosocial

¹ Profesora y Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de San Luis, contacto: yanisolpi@gmail.com

² Licenciado en Psicología y Maestrando en Políticas Públicas para el Desarrollo con Inclusión Social (FLACSO-Argentina). Director del Proyecto de Investigación PROICO 120418 "Promoción de la salud y el bienestar comunitario con sectores populares", Universidad Nacional de San Luis, contacto flores.juanmiguel@gmail.com

accompaniment in the face of the requirements of daily medical practice. Based on the above, and using the participatory action research methodology, this psychosocial intervention work had objectives: 1. Develop a self-management experience of group work by resident doctors of General Medicine of the public health system of the Province of San Luis, to address labor and psychosocial discomforts produced in the performance of their tasks and, 2. Propose a mutual aid group work device (GAM) that implies a self-managed space for critical reflection and collective learning regarding a healthy role performance.

As a result, the resident physicians achieved: 1. Learn to recognize and resignify as a group the labor and psychosocial discomforts that the profession entails; 2. Build group skills to handle situations that generate psychosocial discomfort and/or conflicts in the work environment.

Conclusions: The proposed objectives were met, in addition to building a group work device called the Mutual Aid Group, applicable to different populations or related work groups.

Keywords: General and family medicine - Group device. Investigation Participatory Action – Mutual Aid Group.

Abstrato:

Este artigo é uma versão resumida do trabalho final de pesquisa (TIF) apresentado por um dos autores para a candidatura ao título de Bacharel em Psicologia da Universidade Nacional de San Luis. O referido trabalho surge da demanda apresentada por um grupo de residentes de medicina geral e familiar da localidade de J., que propõem um espaço de acompanhamento psicossocial face às exigências da prática médica diária. Com base no exposto e utilizando a metodologia de pesquisa-ação participante, este trabalho de intervenção psicossocial teve como objetivos: 1. Desenvolver uma experiência de autogestão de trabalho em grupo por médicos residentes de Medicina Geral do sistema público de saúde da Província de San Luis, abordar os desconfortos laborais e psicossociais produzidos no desempenho de suas tarefas e, 2. Propor um dispositivo de trabalho em grupo de ajuda mútua (GAM) que implique um espaço autogerido de reflexão crítica e aprendizado coletivo sobre o desempenho saudável do papel.

Como resultado, os médicos residentes conseguiram: 1. Aprender a reconhecer e ressignificar coletivamente os desconfortos laborais e psicossociais que a profissão acarreta; 2. Construir habilidades grupais para lidar com situações que gerem desconforto psicossocial e/ou conflitos no ambiente de trabalho.

Conclusões: Os objetivos propostos foram atendidos, além da construção de um dispositivo de trabalho em grupo denominado Grupo de Ajuda Mútua, aplicável a diferentes populações ou grupos de trabalho afins.

Palavras-chave: Medicina geral e familiar - Dispositivo de grupo. Ação Participativa de Investigação – Grupo de Ajuda Mútua.

- INTRODUCCIÓN

A partir de una pasantía en investigación, realizada por un@ de l@s autores de este artículo, en el marco del Proyecto de Investigación PROICO 120418 “Promoción de la salud y el bienestar comunitario con sectores populares”, se inició un primer proceso de familiarización con el grupo de medic@s residentes de medicina general de la localidad de J.

Como resultado de este primer acercamiento, l@s residentes manifestaron el deseo de trabajar situaciones que sucedían en su práctica cotidiana y que l@s sobrepasaban a nivel psicológico y emocional, generando agotamiento incluso antes de comenzar con el trabajo cotidiano en sí mismo.

L@s médic@s residentes manejaban un perfil en la red social Facebook usada de manera informativa. En dicho perfil, en el mes de julio del año 2017, colocaron una noticia titulada: “*Más de la mitad de los médicos sufre trastornos psicológicos por su profesión*”. Esta noticia en particular, puso el acento en la situación de los equipos de salud de la ciudad de La Plata, donde se especificaba cifras que giran en torno a 550 médic@s encuestad@s y cuyos resultados fueron: 53,6% reconoció sufrir algún trastorno psicológico asociado al ejercicio de su profesión. Mientras que un 49,6 % de ell@s dijo experimentar desgaste emocional y ansiedad; un 34,4 % reportó episodios de insomnio y un 15,9 % aseguró sufrir o haber sufrido depresión. Estos datos fueron presentados ante la Cámara de Diputados de la ciudad citada por la Agremiación Médica Platense.

La precedente noticia dio lugar a proponer a l@s médic@s con quienes trabajamos, co-construir un espacio que fuese propicio para el encuentro del grupo, así como para la práctica y adquisición de un dispositivo de trabajo denominado Grupo de Ayuda Mutua (GAM), cuyo objetivo fue evitar llegar a situaciones extremas de salud como lo puede ser algún malestar o trastorno psicológico, psicosocial, pensado desde la prevención.

El trabajo fue llevado adelante tomando conceptos teóricos de la Psicología Comunitaria, la Educación Popular y de dispositivos grupales, demostrando que de la interacción de los mismos, se puede generar una interesante experiencia de trabajo grupal para la promoción y prevención salud.

- ANTECEDENTES

La búsqueda de antecedentes sobre el tema se centró en el malestar psicosocial que experimentan medic@s durante su práctica laboral. Las investigaciones encontradas en su mayoría refieren a un síndrome en concreto denominado Síndrome de Burnout. Dentro de estas investigaciones, decidimos realizar dos distinciones de lo hallado: por un lado, aquellas investigaciones que explican lo que medic@s sienten frente a situaciones de trabajo que l@s sobrepasan, relacionado con el malestar vivido frente a la práctica de la medicina. Y por otro, las propuestas de dispositivos de intervención grupal para colectivos de profesiones que trabajan con personas y que se ven aquejados por situaciones donde los recursos que poseen para hacerles

frente no llegan a ser lo suficiente como para enfrentarlas de manera satisfactoria, de forma tal que produzca una vivencia de bienestar en l@s profesionales.

Como anteriormente se mencionó, las investigaciones refieren a la presencia del Síndrome de Burnout. Por este síndrome se entiende según Maslach y Jackson (1986) “una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización” (p.25). Estas mismas autoras hablaron de tres dimensiones que aparecen en el Síndrome del Burnout: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. El cansancio emocional se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación. El segundo aspecto relatado es la tendencia a la despersonalización, por la que aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia l@s beneficiarios del propio trabajo, a l@s cuales se puede considerar como meros números. En este sentido, se ha argumentado que la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para l@s profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia la/os otra/os, de insensibilidad y cinismo. El tercer componente del Burnout es el sentimiento de falta de realización personal, por el que aparecen una serie de respuestas negativas hacia un@ mism@ y a su trabajo, típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima. (Maslach y Jackson, 1986)

Para citar algunas de las investigaciones encontradas a nivel internacional, mencionaremos las realizadas en España por Albaladejo et al. (2004); en México por Beltrán et al. (2006); Arenas Osuna (2006), quienes trabajaron con personal de enfermería y auxiliares técnicos de un hospital de Madrid; con médic@s familiares que laboran en una institución de salud para l@s trabajador@s del Estado de la ciudad de Guadalajara; y con médic@s residentes en formación de diferentes especializaciones en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, respectivamente.

A través de la aplicación de distintos cuestionarios ad-hoc en conjunto con el Maslach Burnout inventory, los trabajos anteriormente citados, obtuvieron resultados que indicaban la presencia de la dimensión de despersonalización y falta de realización personal; la vivencia de la falta de reconocimiento a su labor como factor predictor de Burnout; enfermedades o molestias musculoesqueléticas, metabólicas y cardiovasculares, respiratorias superiores, gastrointestinales, neurológicas y odontológicas y psicológicas asociadas a los reactivos de las escalas aplicadas; Asimismo, se hace referencia a los efectos de los estresores externos que contribuyen a un mayor grado de estrés como lo son la sobrecarga de trabajo, ambiente físico degradado, exceso de responsabilidad, falta de incentivos, burocracia organizativa, las evaluaciones, la competencia grupal, las exigencias de médic@s adscritos y compañera/os de mayor jerarquía.



En el plano nacional, mencionamos las investigaciones presentadas por Llera y Durante (2014), Davenport (2017), Casari et al. (2017) Dagatti et al. (2017); llevadas adelante en Bs. As, Córdoba, Mendoza, con residentes y personal profesional de la salud de diferentes especialidades en hospitales públicos y privados.

De manera similar a los estudios internacionales antes mencionados, se aplicaron escalas ad-hoc referidas a clima educacional durante la residencia médica, calidad de vida percibida, clima laboral, calidad de atención, estrés laboral en conjunto con el Maslach Burnout Inventory.

De los resultados obtenidos por las diferentes investigaciones, podemos resumir que los residentes muestran mayor riesgo de burnout; una correlación negativa entre clima total con agotamiento y despersonalización, y una correlación positiva entre clima total y realización personal (peor clima se correlaciona con mayores puntajes de Burnout en las respectivas sub-escalas del Maslach Burnout Inventory y mejor clima con mayor sensación de realización personal). Asimismo, se encontró la presencia de estrés psicológico crónico en el personal de salud y la necesidad de implementar programas de prevención a fin de evitar mayores daños y fortalecer el ambiente positivo de trabajo.

Por último cabe mencionar el trabajo hecho por Salomón, Camera y Valdéz (2015) cuyo objetivo fue la realización de una compilación de estudios sobre el tema desde el año 2005 al 2015 en nuestro país, arrojando aproximadamente 15 estudios en ese lapso de tiempo, todos concluyen la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de la salud.

Por otra parte, y como lo mencionamos anteriormente, el segundo objetivo de nuestra búsqueda de antecedentes fue conocer investigaciones o experiencias acerca de dispositivos aplicados para la reducción y/o manejo de las situaciones de malestares y estrés laboral en residencias médicas. Entre ellos, mencionaremos la propuesta hecha por Klein (2016), Klein et al (2016), quienes plantean que los servicios que cuenten con programas de formación de residentes tengan un protocolo de actuación que incluya entre los ítems el relevamiento de determinantes del Síndrome de Burnout, detección, prevención, apoyo del afectado y seguimiento de la estrategia preventiva. Este estudio es solo una propuesta teórica que los autores hacen en el contexto de un foro realizado entre colegas afines que abordan la temática.

Muñoz, Canale y Chairello (2019), valoraron el resultado del Proyecto Comodín con residentes del Hospital Italiano. El mismo consiste en la selección mensual de un residente de tercer año que tenga como objetivo reemplazar diariamente las funciones del/la residente posguardia del mismo año, que ha trabajado toda la noche en la central de emergencias de adultos y pueda retirarse del hospital luego de realizar el pase médico de la mañana. Con este proyecto se intenta disminuir la carga horaria para todos los involucrados, así como la carga mental que implican guardias de más de doce horas seguidas. Los resultados arrojaron puntuaciones positivas para el Proyecto Comodín y la totalidad de los encuestados recomendarían el proyecto a otras residencias médicas.

Es importante remarcar que, si bien las propuestas argentinas intentan ser superadoras a los acontecimientos actuales en las residencias médicas, no dejan de ser abordajes individuales de la problemática, entendiendo desde nuestra posición que la misma surge del atravesamiento de factores individuales, grupales y políticos/institucionales. Por otro lado, la mirada de los trabajos analizados se hace, a nivel individual y bajo un modelo biomédico que intenta intervenir desde la patología presente. A su vez, no se observarían resultados acerca de la aplicación de posibles dispositivos que trabajen desde la promoción y prevención y, que a su vez, sea de aplicación grupal teniendo en cuenta el contexto, la historia y las individualidades de cada sujet@ de manera integral.

Montaño Fraire (2004) investigó sobre el dispositivo grupal como instrumento de intervención e investigación en el campo de la Psicología Social. El autor define el concepto de dispositivo grupal entendiéndolo como instrumento para la intervención y también para la investigación. Además es el medio por el que se establece un lugar para decir y atender lo dicho por otros. Está armado de manera tal que permite a los integrantes expresarse de formas y sobre asuntos imposible sin él. Cada tipo de dispositivo grupal se especializa en un nivel, forma y carácter de lo que los participantes pueden escuchar de otros.

En relación a lo anterior, y en el campo de la educación, citamos a Guerrero Baraona y Rubio Giménez (2005), quienes trabajaron en torno a un estudio que analizó estrategias para hacer frente al Burn Out. Ellos intervinieron definiendo y operando desde el modelo cognitivo conductual lo cual les permitió abordar un tratamiento fundamentado en la interacción persona-medio, centrado en conductas específicas actuales y en las variables que la controlan en el momento presente. Con base en este modelo, se propuso el diseño de un programa de intervención con formato grupal cuyo objetivo es equipar a l@s participantes con estrategias de afrontamiento que les permitiesen mejorar su salud, calidad de vida laboral y comodidad personal. Para llegar a tales conclusiones realizaron una revisión bibliográfica del tema, y concluyen que este síndrome para ser abordado debe enfocarse desde una perspectiva amplia, para lo cual la prevención y el tratamiento del mismo se debe llevar a cabo desde una intervención integral que actúe en las dimensiones individual, social y organizacional.

Para resumir este apartado de antecedentes desarrollados, podemos decir que en l@s profesionales de la salud es posible observar malestar psicosocial en sus ambientes laborales, referidos a varios factores:

- Individuales: características de personalidad propias de cada trabajador/a de la salud
- Organizacionales: este factor está relacionado a las características propias de la organización en las que están insertas/os: cultura organizacional, clima de trabajo, etc.

- Institucionales políticas: Son aquellas políticas propias de cada región cuyas características hacen que las/os trabajadoras/es se sientan incómodas/os en su ámbito laboral. Por ejemplo: situación en torno a derechos laborales.

Por otro lado, en el marco de las intervenciones, se puede afirmar que si bien hay propuestas teóricas, su puesta en marcha mediante programas formalizados e institucionalizados se visualizó como difícil de implementar.

Breve fundamentación teórica

El siguiente trabajo fue pensado para que conceptos de Psicología Comunitaria, de Educación Popular y sobre grupos, trabajaran de manera constante y transversal a lo largo del mismo. Entre las razones de lo expuesto están las siguientes:

1. Visibilizar enfoques teóricos dentro de la Psicología que difieren de los clásicos y hegemónicos;
2. Dar a conocer que las tres enfoques propuestos tienen una amplia aplicación dentro de los campos de la Psicología y;
3. Fortalecer la aplicación de los mismoas entre estudiantes, docentes y trabajador@s de la salud en general.

Maritza Montero ha sido pionera en los escritos de la Psicología Comunitaria, entre ellos la definición y algunas características de la disciplina que ameritan traerlos a colación ya que marcaron la manera de trabajar el desarrollo de la experiencia que estamos presentando en este artículo.

La autora explica en uno de sus libros (2004) que se ha definido de manera clásica a la Psicología Comunitaria como aquella que trata de la comunidad y cuyos abordajes se realizan dentro de la misma (en algunos de los casos). Esta definición, explica la autora, intenta visibilizar a la Psicología dentro de lo comunitario o con la comunidad, pero omite el rol activo que debiera tener la comunidad en cualquier abordaje, con lo cual el papel de la misma se torna pasivo y en calidad de observador de posibles intervenciones. Con ello al definir la Psicología Comunitaria debiera tenerse en cuenta el factor señalado previamente que la hace específica y permite enfatizar el lugar de la comunidad: su participación en cada abordaje.

(...) una característica, realmente la primera y primordial, la esencial de la psicología comunitaria: lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su participación. Y no sólo como invitada, como espectadora aceptada o receptora de beneficios, sino como agente activo con voz, voto y veto. Naturalmente, tener una primera característica supone otras (Montero, 2004, p. 32).

Desde este punto de vista es interesante lo que remarca la autora para definir Psicología Comunitaria, ya que enfatiza el lugar de la comunidad en el trabajo que se desee realizar, este es un posicionamiento activo. En nuestro caso, planteamos al grupo de medic@s residentes como una comunidad. Para ello, acordamos con Montero (2004) cuando caracteriza a la acción de la Psicología Comunitaria como aquella que intenta abordar al grupo en base a sus fortalezas y recursos, lo cual le permite al mismo posicionarse como activo, como constructor de su propia realidad además de reflexionar y criticar de manera constante a dicha realidad transformándola continuamente (p. 34).

De esta manera, por medio de la interacción interpersonal y con el medio ambiente en el que llevan adelante su cotidianeidad se busca que el grupo tenga el poder y el control sobre los procesos que lo afectan, a la vez que dicho proceso implica un cambio personal en l@s integrantes. De ahí que esta manera de abordar lo grupal/comunitario tenga un carácter predominantemente preventivo.

Este carácter predominantemente preventivo puede trabajarse de manera comunitaria y, dentro de lo grupal, es trabajar anticipándose a posibles conflictos o malestares psicosociales teniendo como principal objetivo la salud de l@s involucrad@s en el proceso. Trabajar desde el plano de la Psicología Comunitaria es hacerlo desde la promoción y prevención de la salud y con recursos, posibilidades y fortalezas de la comunidad, despatologizando todo accionar sobre ella y con ella.

Desde este punto de vista, el objeto de la Psicología Comunitaria pretende ser el de la misma comunidad. Haciendo hincapié en lo expuesto, se entiende que no se puede inculcar como objeto de estudio otro que no sea aquel establecido por la misma comunidad, aunando esfuerzos entre l@s participantes quienes establecerán las reglas y normas a cumplir. Si consideramos los antecedentes citados en la primera parte de este artículo, visualizamos que se diferencian justamente en la manera de abordar las investigaciones relacionado a los que se presume como objeto desde la mirada de l@s investigador@s.

De esta manera, conocer los conceptos básicos que rigen la Psicología Comunitaria desde la perspectiva de Maritza Montero nos permiten darle un encuadre específico al trabajo con l@s Residentes de Medicina General.

A su vez, y como facilitador del proceso propuesto desde la Psicología Comunitaria, nos resultaron interesantes los aportes de la Educación Popular para trabajar con l@s residentes. La educación popular nos permitió generar un intercambio permanente entre diálogos y saberes, habilitando que se presente una dinámica de conocimiento permanente y profundo entre los integrantes del grupo de residentes y l@s profesionales psicólog@s que trabajamos con ell@s.

Paulo Freire (1984) hace referencia a los modelos de educación y de la posición de l@s protagonistas dentro de ella. En su obra Pedagogía del Oprimido (1984) explica el concepto de educación bancaria:

En la visión bancaria de la educación, el saber, el conocimiento, es una donación de aquellos que se juzgan sabios a los que juzgan ignorantes. Donación que se basa en una de las manifestaciones de la ideología de la opresión: la absolutización de la ignorancia, que constituye la alienización de la ignorancia, según la cual ésta se encuentra siempre en el otro (Freire, P., 1984, p.52).

En la concepción bancaria que estamos criticando, para la cual la educación es un acto de depositar, transferir, de transmitir valores y conocimientos, no se verifica ni puede verificarse esta superación. Por el contrario, al reflejar la sociedad opresora, siendo una dimensión de la cultura del silencio. La educación bancaria mantiene y estimula la contradicción (Freire, P., 1984, p.53).

Con lo anterior, y comparando la experiencia educativa con el proceso de intervención psicosocial que llevamos adelante, se remarca que expresar la educación en términos bancarios es apostar a una educación donde los saberes no son compartidos, sino más bien transferidos de una persona que poseería los conocimientos a otra que se cree desposeída de los mismos. Y esta postura es justamente la que no consideramos asumir en función de ser coherentes con los postulados de la Psicología Comunitaria

No obstante, así como expone la situación de desigualdad que existe entre educand@s y educador@s por medio de la educación bancaria, Paulo Freire piensa una alternativa para hacer frente a dicha situación en educación, es lo que él denomina educación problematizadora:

Al contrario de la educación bancaria, la educación problematizadora, respondiendo a la esencia del ser de la conciencia, que es su intencionalidad, niega los comunicados y da existencia a la comunicación. (...) (Freire, P., 1984, p.60).

En este sentido, la educación liberadora, problematizadora, ya no puede ser el acto de depositar, de narrar, de transferir, o de transmitir conocimientos y valores de los educandos, meros pacientes, como lo hace la educación bancaria, sino ser un acto cognoscente. Como situación gnoseológica, en la cual el objeto cognoscible, en vez de ser el término del acto cognoscente de un sujeto, es el mediatizador de sujetos cognoscentes - educador, por un lado; educandos por otro-, la educación problematizadora antepone, desde luego, la exigencia de la superación de la contradicción educador-educandos. Sin



ésta no es posible la relación dialógica, indispensable a la cognoscibilidad de los sujetos cognoscentes, entorno del mismo objeto cognoscible.

El antagonismo entre las dos concepciones, la bancaria que sirve a la dominación, y la problematizadora, que sirve a la liberación surge precisamente ahí. Mientras la primera, necesariamente, mantiene la contradicción educador-educandos, la segunda realiza la superación (Freire, P., 1984, p.61).

Asumir el trabajo con la comunidad/grupo desde el punto de vista de Paulo Freire, nos permite como profesionales acercarnos a la comunidad desde otra posición: desde la posición de sujeto que aprende y enseña. A su vez, el laborar desde esta perspectiva comenzó a plantearle a l@s medic@s residentes problematizar el rol que como agentes de salud tienen frente a sus consultantes en sus prácticas: se aprende de manera conjunta, en el día a día.

En cuanto al tercer sostén teórico de este trabajo a desarrollar a continuación, nos referiremos a grupo y dispositivo grupal. Uno de los autores referenciados fue Rojas Arredondo (2009) quien en su trabajo explica la importancia de conocer acerca de los conceptos que giran en torno a la noción de grupo, sobre todo en Psicología Social. El autor señala: “Los grupos constituyen uno de los factores más importantes en nuestras vidas, formamos parte de muchos de ellos: los/las amigos/as, la familia, la pareja, los/las compañeros/as del trabajo, etc.” (Rojas Arredondo, 2009, p.10). .

Rojas Arredondo (2009) refiere a definir con cautela el concepto de grupo dado las diferentes concepciones provenientes de los modelos individualista y psicosocial. Justamente, este último consideramos adecuado para enmarcar nuestra tarea:

(...) una propuesta psicosocial de los grupos debería dar cuenta de la realidad social de los mismos no reduciéndolos a las características personales de las personas que los conforman. A este tenor, una propuesta psicosocial de los grupos debe ser lo suficientemente amplia como para incluir tanto a los grupos pequeños como a los grandes. Y, por último, asimismo, debe incluir también el carácter histórico y el contexto social de los grupos (Rojas Arredondo, 2009, p.17).

Desde esta perspectiva el concepto de grupo varía de las concepciones tradicionales que, en general, hablan de los mismos como un conjunto de individuos que se reúnen entre sí con un objetivo común, para presentar una propuesta superadora que permite definir al grupo de la siguiente manera “Un grupo es esa estructura de vínculos y de relaciones entre las personas que se orientan en cada circunstancia en función de sus necesidades individuales sin olvidar los intereses colectivos (Rojas Arredondo, 2009, p.18.)”.

Frente a la teoría trabajada, que nos dota de elementos analíticos y permite construir una visualización de la comunidad de trabajo con elementos característicos, nos cuestionamos cómo utilizar de manera efectiva los mismos. Para ello, se decidió hablar de Dispositivo Grupal, desde Montaña Fraire (2009), que permite no solo definir el concepto sino utilizarlo como elemento de intervención e investigación dentro del campo de la Psicología Social. El autor, en forma similar a lo que plantea Rojas Arredondo (2009), se inclina para hablar de lo grupal como parte de la vida de los sujetos, como el elemento que se encarga de poner en estrecha relación la realidad social con el mundo interno de cada sujeto. En consonancia con lo expuesto define Dispositivo y Dispositivo grupal.

En la práctica profesional, el dispositivo es un medio y un método complejo para la acción.

En un proyecto de investigación, el objetivo puede muy bien ser la desconstrucción de un dispositivo, para su transformación en un discurso, explicitando así lo que en el mismo se encuentra implícito. Más comúnmente, el proceso de investigación puede implicar la implementación de un dispositivo, para hacer visible lo que se explora (Montaña Fraire, 2009, p.4).

El autor explica más adelante que un dispositivo, dispone, ordena y permite estructurar las estrategias y tácticas. Con lo cual hablar de Dispositivo grupal permite ordenar el trabajo en grupo para orientarlo desde una mirada científica y lo más objetiva posible.

La pregunta sería por qué investigar desde esta perspectiva, es decir, enmarcado desde lo que se ha denominado Dispositivo Grupal, para explicarlo tomamos las palabras del autor recientemente nombrado: "Se interviene *para* algo. Ese *para* no es el interés personal, político o de proyecto del profesional o investigador. Es un trabajo con la comunidad, incluso para el caso de un investigador." (Montaña Fraire, 2009, p.7). Comprendiéndolo de esta manera, nuestra propuesta se basó en realizar una investigación adentrándonos en la comunidad, pero a la vez intentando formar parte de ella en la medida en que se fuera afianzando la confianza y los vínculos se fueran fortaleciendo.

Así, se pretendió hacer del trabajo comunitario un trabajo de investigación con la rigurosidad científica que amerita, centrándonos en los objetivos de la Psicología Comunitaria para poder entender a la comunidad con la que se llevó a cabo el presente trabajo de investigación.

Para finalizar este apartado de fundamentación teórica, dentro de los dispositivos grupales encontrados nos decidimos trabajar con el Grupo de Ayuda Mutua (GAM), tomado del Manual de herramientas Básicas para la Organización y Funcionamiento de Grupos de Ayuda Mutua del Programa de Soporte de Autoayuda de Personas Seropositivas (PROSA) elaborado en Perú (s/año).



El dispositivo del GAM es de generalizada aplicación y no pretende generar un modelo estático ni homogéneo, sino más bien herramientas que pueden ser adaptadas a las necesidades de cada grupo.

Un Grupo de Ayuda Mutua o GAM, es un espacio en el que se reúnen un grupo de personas que comparten un problema en común. Este espacio está dirigido específicamente para compartir nuestras vivencias, emociones, tristezas, alegrías y otras situaciones propias de nuestra condición (Manual de Herramientas Básicas GAM'S, s/a, p.6).

Frente a esto, destacamos dos puntos: Primero, que es un espacio para compartir, no solo cuestiones laborales sino las representaciones de las mismas, y; segundo, si bien es un espacio en donde se comparten problemas, es necesario remarcar que no es la prioridad, sino más bien entender a las dificultades y transformarlas en algo colectivo, es decir, trabajar desde la salud y los recursos que la comunidad ya posee.

Otro concepto, a tener en cuenta, es el de la estructura de los GAM'S, y que habla de la simplicidad de las mismas y del bajo costo económico, con lo cual hace más simple su aplicación: "A nivel interno un GAM no requiere de una estructura orgánica grande ni compleja. Es suficiente un coordinador encargado de dirigir las reuniones de una manera adecuada" (Manual de Herramientas Básicas GAM'S, s/a, p.19).

Con ello se entiende que la coordinación de los mismos será un/a miembro del grupo o parte de la comunidad, que pueda llegar a entender y abordar las fortalezas y debilidades del grupo y hacer un uso adecuado de ambos factores. Los GAM's, son un proceso complejo y con ellos se pueden visualizar estas fortalezas y debilidades. Con esta propuesta no se pretende generar unanimidad sobre dispositivos grupales a utilizar, sino más bien presentar una herramienta que invite a pensar que no se necesita grandes recursos materiales y humanos, sino más bien un espacio y tiempo en donde todos tengan la posibilidad de acordar con los objetivos planteados y el trabajo a realizar.

METODOLOGÍA

Como objetivos generales nos propusimos desarrollar una experiencia autogestiva de trabajo grupal por parte de médic@s residentes de Medicina General del sistema de salud pública de la Provincia de San Luis, para abordar malestares laborales y psicosociales producidos en el desempeño de sus tareas.

Asimismo, proponer un dispositivo de trabajo grupal de ayuda mutua (GAM) que implique un espacio autogestivo de reflexión crítica y aprendizaje colectivo respecto a un desempeño saludable de su rol.

Como objetivo específico, que médic@s aprendieran a reconocer y resignificar de manera grupal los malestares laborales, psicosociales que acarrea la profesión, así como construir habilidades grupales para el manejo de situaciones que generan malestar psicosocial y/o conflictivas en el ambiente laboral.

Se trabajó con un grupo de aproximadamente 11 médic@s, pertenecientes a la Residencia de Medicina General y Familiar de la provincia de San Luis. El grupo al estar cursando en calidad de residentes de la especialización mencionada, tenía como principal característica la “rotación”, esto es, van trabajando por un tiempo determinado por diferentes centros de salud incluyendo el interior de la provincia, con lo cual el número de personas en cada encuentro fue variable. El grupo estuvo compuesto tanto por hombres como por mujeres, siendo minoría los primeros. En cuanto al nivel de formación, asistieron medic@s de todos los años de residencia, es decir, desde primero a cuarto año.

El trabajo se llevó a cabo en seis encuentros cada quince días, cada uno tenía una duración de dos horas aproximadamente. El encuadre de lo trabajado fue consensuado entre tod@s y dependía de la agenda del grupo, siempre hubo acuerdo unánime para concertar los días y horarios de encuentro.

La metodología utilizada fue la Investigación Acción Participativa (IAP), que es una metodología que se usa dentro del campo de las Ciencias Sociales, pero por sobre todo en el marco de la Psicología Comunitaria. Se optó por la IAP ya que permite una reflexión crítica de las prácticas realizadas (Rigal y Sirvent, 2010). Por definición la IAP se ajusta a nuestro propósito, en palabras de Rigal y Sirvent (2010) se define:

Como un modo de hacer ciencia de lo social que procura la participación real de la población involucrada en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con el triple objetivo de generar conocimiento colectivo crítico sobre dicha realidad, fortalecer la organización social y la capacidad de participación de los sectores populares y promover la modificación de las condiciones que afectan su vida cotidiana. (Rigal y Sirvent, 2010, p.6)



Esto significa que se pone como centro de la investigación a la comunidad de trabajo, donde el conocimiento fluye de manera constante, con lo cual se permite la construcción colectiva del conocimiento científico.

En las mismas líneas, la relación Sujeto/objeto de investigación implica ver al objeto como sujeto investigador de una investigación de su vida cotidiana; y por último en la IAP el trabajo en grupo es una estrategia central, ya que es el medio para concebir la construcción del conocimiento como algo colectivo.

En cuanto a los encuentros llevados adelante, los mismos iniciaban con la presentación de diversos materiales que actuaban a manera de disparador de la interacción. Estos materiales fueron elegidos en función de la demanda planteada por el grupo de medic@s y que iba construyéndose paso a paso.

De esta manera se trabajó con problemáticas psicosociales de salud atribuidas al ámbito laboral, maneras de reconocerlas, resignificarlas, trabajarlas para que resulten lo menos perjudicial posible. Asimismo, l@s medic@s residentes fueron tomando conciencia de los tres niveles (personal, grupal e institucional) que afectan y a la vez son afectados, integrando su lectura a partir del dispositivo grupal.

- RESULTADOS

En cada encuentro se trató de implementar el trabajo de manera paulatina y respetando los tiempos del grupo, eso desde la Psicología Comunitaria ha sido denominado Proceso de familiarización. En primera instancia se trabajó desde este lugar, del conocimiento mutuo, desde el encuentro con el/la otr@. Se intentó buscar una definición de grupo y de identidad grupal acorde a la comunidad de residentes, cuya característica principal es el compromiso y perseverancia.

En un segundo momento, siguiendo las características del grupo, se abordó el trabajo desde una concepción educativa y popular, esto es, pretendiendo que sujeto y objeto de estudio estén en constante interdependencia y retroalimentación. Lo expuesto permite correrse de los ejes tradicionales de análisis y trabajo grupal. Por otro lado, en este momento se encuadró el trabajo en tres niveles: individual, grupal e institucional, tratando de hacer una mirada y análisis lo más abarcativo e integral posible, comprendiendo que la dinámica grupal responde a estos niveles de abordaje.

En el tercer encuentro se comenzó con la aplicación del dispositivo y encuadre planteado, se comenzó por el nivel individual, señalando y reconociendo que lo que sucede en su práctica, sucede a nivel grupal, por ende ambos niveles aunque diferentes, están en relación permanente. Se hizo una puesta en común del conjunto emocional que implican reconocer situaciones angustiantes y conflictivas en el área laboral.

Al llegar al cuarto encuentro y repasar lo expuesto, se llega al acuerdo de que la manera de afrontar las emocionalidades expuestas es a través del *compañerismo*, si lo traducimos al



lenguaje académico es a través del trabajo en grupo y si consideramos armar un encuadre del mismo se podría pensar en Grupos de Ayuda Mutua.

El quinto encuentro, fiel a los lineamientos de la Educación Popular y la Psicología Comunitaria se les dio lugar a las demandas del grupo de manera directa, la temática abordada fue algo que se estaba gestando dentro del mismo: la jefatura de la Residencia de Medicina General. Se abrió lugar al diálogo, dudas, conflictos para luego poder hacer nuestro aporte y brindar una posibilidad de trabajo que tal vez, antes no había sido tenido en cuenta: Liderazgo comunitario, con sus características, fortalezas y debilidades.

El último encuentro, se fue dando en base a los tiempos establecidos por el grupo, se pautó de manera distendida y se decidió por parte del equipo elaborar una devolución de lo trabajado de manera diferente, la denominamos socialización participativa. Tod@s y cada un@ de l@s presentes se hicieron eco de lo vivido, no solo desde el lugar de las emociones sino desde el lado de la construcción de conocimiento y con ello dándole lugar a la Investigación Social, por ello se tomó el concepto de retroalimentación en la Investigación Acción Participativa. (Descripta anteriormente)

Para cerrar este breve análisis retomaremos un fragmento del concepto de GAM ya citado: "...un espacio en el que se reúnen un grupo de personas que comparten un problema en común. Este espacio está dirigido específicamente para compartir nuestras vivencias, emociones, tristezas, alegrías y otras situaciones propias de nuestra condición. (...)" Manual de Herramientas Básicas GAM'S, s/a, p.6)

El grupo de Residencia de Medicina General podría plantearse desde esta mirada y bajo éste encuadre, ya que es un grupo que logró consensuar encuentros que tenían como objetivo central trabajar en torno a la experiencia de ser médic@ y compartir saberes, como así también hablar sobre aquellos malestares psicosociales percibidos en sus prácticas como residentes de medicina general.

En este espacio no solo se logró reflexionar sobre el tema sino generar un dispositivo de trabajo para hacerle frente, y este dispositivo fue el trabajo grupal.

En el Manual de GAM (s/a) se habla a su vez de la Estructura y Organización de los GAM's, donde se explica que no se requiere grandes estructuras o dimensiones para llevar a cabo un grupo de ayuda mutua. En este caso solo fue requerida el espacio donde se encuentran l@s residentes, que se encuentra de manera inmediata a un hospital de la Provincia de San Luis: Residencia de Medicina General y/o Familiar.

- CONCLUSIONES

El trabajo realizado, cuya comunidad central fue la Residencia de Medicina General y/o Familiar en el ámbito de salud pública de la ciudad de San Luis, nos permitió arribar a las siguientes conclusiones:

Entendiendo que el primer objetivo general planteado fue Desarrollar una experiencia autogestiva de trabajo grupal por parte de médic@s residentes de Medicina General del sistema de salud pública de la ciudad de San Luis, para abordar malestares laborales y psicosociales producidos en el desempeño de su tarea se abordó de manera procesal y transversal. En ese sentido fue un trabajo que por momentos resultó complejo ya que la metodología planteada era novedosa para la comunidad de trabajo. No obstante podemos inferir que dicho objetivo pudo ser concretado, lográndose fortalecer aspectos del grupo que parecían reflejar entre l@s miembros malestar y preocupación tanto a nivel individual como grupal. El grupo logró formular y reformular a través de diálogos y saberes compartidos las situaciones narradas en cada encuentro.

En este objetivo general es necesario remarcar que lo autogestivo se fue logrando a medida que el grupo pudo generar cada encuentro y desarrollar los mismos de acuerdo a los planteos surgidos. Si bien, las actividades en cada encuentro eran semiestructuradas, con disparadores temáticos, fueron pensadas en base a las características de la comunidad de médic@s residentes.

Así mismo, la experiencia desde el punto de vista de quienes coordinamos los encuentros fue enriquecedora, ya que se logró llevar adelante debates, críticas, y co- construcciones de saberes que para much@s de nosotr@s eran novedosos, con lo cual la circulación de los mismos pudo darse de manera fluida. En este sentido, el grupo de médic@s durante los encuentros refirió necesitar espacios similares a los planteados, esto se pudo ver reflejado en situaciones problemáticas que giraron en torno a la vulnerabilidad y la incertidumbre donde se citó al compañerismo como posible solución a las mismas. Lo antedicho arrojó como reflexión re-pensar el rol del dispositivo grupal en torno a l@s trabajadores de la salud como importante y necesario. No obstante, es elemental señalar que entender y comprender cada encuentro llevó su tiempo, ir desde lo individual, pasar por lo grupal hasta llegar al nivel institucional, fueron procesos que se gestaron de acuerdo a las demandas y necesidades de la comunidad, uno de esos resultados fue que el nivel institucional no pudo ser abordado de manera profunda y específica, entre sus causas por falta de tiempo y por otro lado, se entendió que el grupo en su dinámica no lo vio necesario en ese momento.

En relación a lo anteriormente expuesto y como señalamos, un aspecto que a este trabajo le quedó pendiente es el Nivel Institucional, su análisis es una de las aristas que l@s residentes dejaron entrever como parte importante de su práctica. No obstante creemos que si bien en el momento del trabajo éste no fue traído a colación, es de suma importancia su consideración, ya que es un nivel que se encuentra por encima de ell@s en lo jerárquico (organigrama) y con ello

sobrevienen malestares psicosociales propios de la práctica que pueden resultar difíciles de comunicar. Las situaciones de poder, relaciones, conflictos de intereses, entre otras cuestiones institucionales forman parte del grupo de residencia de Medicina general /o grupal, ya que configuran su status dentro de la institución, por ello se podría decir que dentro de sus malestares psicosociales podríamos nombrar el nivel institucional.

Como parte de estas conclusiones podemos indicar que el grupo de residentes, ha logrado reconocer tanto malestares individuales como grupales, esto realizado en el encuentro número cuatro y posteriores al mismo, con una actividad específica para ello, donde no solo se logró el reconocimiento de los mismos, la significación e implicancia como también posibilidades y alternativas para poder afrontar esas situaciones.

El segundo objetivo específico (Proponer un dispositivo de trabajo grupal de ayuda mutua (GAM) que implique un espacio autogestivo de reflexión crítica y aprendizaje colectivo respecto a un desempeño saludable de su rol) se entiende que surgió como herramienta que permitió sustentarse desde la promoción y prevención de la salud y que por otro lado, se ajustó a las características del grupo de residentes de medicina general. Propusimos dicha herramienta porque en sus individualidades cada medic@ entendió al compañerismo y al trabajo grupal como herramienta de afrontamiento y sostén, además de lograr identificarse en cada situación planteada.

Por otro lado, la dinámica grupal como dispositivo, el compromiso en cada encuentro, la apertura y la confianza brindada permitieron que cada actividad tuviera gran adherencia y permanencia. Se puede observar que el GAM con su estructura, pudo ser aplicado, no se necesitaron grandes espacios ni recursos materiales que impliquen gastos en demasía. Se señaló en reiteradas ocasiones que l@s mism@s trabajador@s de salud lo solicitaron, reclamando la necesidad de tiempo y espacio que implique reflexión, crítica, compartir saberes en los tres niveles explicitados: individual, grupal e institucional.

La propuesta del presente dispositivo hace posible pensar en una pronta aplicación, no solo por el reflejo de la necesidad en sus protagonistas, sino por el carácter flexible y preventivo que posee.

Se entiende que no es una estructura a ser aplicada de manera direccional y unilateral, sino que ha de ser modificada según se lo requiera, puesta a consideración de sus actores/actrices si es necesaria. Esto se puede ver reflejada en la capacidad autogestiva del grupo, en las planificaciones semiestructuradas de l@s coordinar@s y la posibilidad de flexibilizar el espacio de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

En consonancia, en referencia a los objetivos específicos planteados podemos decir, que el primer objetivo Aprender por parte de l@s medic@s a reconocer y resignificar de manera grupal los malestares laborales, psicosociales que acarrea la profesión: l@s residentes lograron reconocer que hay situaciones que se dan en su práctica de manera corriente, ellas fueron identificadas como situaciones conflictivas y situaciones angustiantes. El grupo no solo logro identificarlas, sino



posicionarse desde un lugar crítico, resignificando las mismas y hasta logrando colocarle en cada una de ellas las maneras de afrontarlas.

El segundo objetivo específico y último, propuesto (Construir habilidades grupales para el manejo de situaciones que generan malestar psicosocial y/o conflictivas en el ambiente laboral) planteó construir de manera grupal habilidades para poder afrontar las situaciones mencionadas y que en conjunto lograron discernir. Estas habilidades pudieron ser significadas y co – construidas, el proceso de nacimiento de dichas habilidades fue lento y movilizante ya que implicó re vivir situaciones que generan angustia, se pensó una solución por cada situación planteada y en conjunto l@s residentes pudieron hacer un abordaje de las mismas de manera colectiva, entendiendo que no solo compartían visión sino que el trabajo grupal era clave en la construcción de dichas habilidades. Es importante remarcar que uno de los potenciales de la residencia de medicina general, tal como l@s residentes señalaron, fue el compañerismo como manera de afrontar las prácticas cotidianas de la residencia, el apoyo del/la otr@ y la identificación en cada diálogo hace que cada malestar sea amortiguado con cada compañer@.

Para finalizar, retomo las palabras de Enrique Saforcada, representante de la Psicología Comunitaria y Salud Comunitaria que en el marco del I Congreso Internacional de Psicología organizado por la Universidad de La República en Uruguay expuso sobre el concepto de Comunidad:

“(…) No solo es pertinente cuando se la aplica a conglomerados humanos de resiliencia binaria geográfica determinada, también tienen naturaleza comunitarias. Los colectivos humanos implicados en diferentes organizaciones de la sociedad inclusive desde la perspectiva hasta una familia extensa puede ser considerada y tratada como una comunidad. La universidad es una comunidad y la puedo trabajar desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria y cualquier institución puede ser trabajada: un hospital que es una organización muy compleja puede ser trabajada como una instancia comunitaria, lo cual nos está determinando muchos recursos, muchas tecnologías, destrezas y estrategias de acción, muy diferentes a las que llevaría adelante desde una perspectiva de la Psicología Organizacional, por ejemplo” (Facultad de Psicología Universidad de la República, Saforcada, 2018)

BIBLIOGRAFÍA

- Albaladejo, Romana et Al. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, núm. 4, julio-agosto, 2004, pp. 505-516. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17078408>.
- Arenas Osuna, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Revista Medigraphic Artemisa* en línea, vol.28 nº 2, pp.103-109. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8335>



- Beltrán, C. et Al. (2006). Síndrome del Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Revista Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol.16, número 001. pp. 15-21. <http://redalyc.uaemex.mx>
- Casari et. Al (2017). Burn Out y calidad de vida percibida en profesionales residentes del área materno-infantil de la provincia de Mendoza. *Investigaciones en Psicología*, vol.22, 2, pp.7 – 16. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/41284>
- Calderón, R. (1994). Liderando nuestro GAM. Mnaula de Grupo de Ayuda Mutua. Ed. Lima Perú. <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb4555fda5f75>
- Davenport, C. (2017). Abordaje del Burnout en médicos residentes (Diapositiva de Power Point). https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Mi%C3%A9rcoles%2027-9/dra_Davenport_burn_out.pdf
- Dagatti et Al. (2017). Estrés laboral en el recurso humano en salud en ciudad de Córdoba, Argentina. *Jornadas de Investigación Científica*, resúmen 765. Pp., <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/21435/21086>
- Facultad de Psicología Universidad de La República, 2018. Infancia: desafíos para la psicología ante los problemas sociales contemporáneos.[Video]. Youtube. <https://youtu.be/rFIFg7sdS-Y>
- Freire, P. (1984). *Pedagogía del oprimido*. (pp. 52, 53, 60-63). México Siglo XXI. Editorial SA de CV. <https://fhcv.files.wordpress.com/2014/01/freire-pedagogia-del-oprimido.pdf>
- Guerrero Baraona, E. y Rubio Giménez, J. Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo. *Salud Mental*, vol. 28, núm. 5, octubre, 2005, pp. 27-33. <https://www.redalyc.org/fasciculo.oa?id=582&numero=3275>
- Flores, J.M. (2008) *Guía de orientación y asesoramiento a mujeres jefas de hogar monoparentales separadas o divorciadas*. Manuscrito sin publicar.
- Jara, O. (1994). *Guía para sistematizar experiencias*. Programa UICN-NORAD.
- Klein, M. (2016). Estrategia de abordaje del problema de burnout por parte del Foro Argentino de Medicina Clínica. *Revista Argentina de Medicina*, Vol. 7, s. 1, pp. 41 – 43. <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/issue/view/26>
- Klein, M. et Al. (2016). Propuesta para la detección y el manejo del burnout de la Escuela Internacional de Líderes de Residentes de Medicina Interna. *Revista Argentina de Medicina*, Vol. 7, s. 1, pp. 44 – 46. <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/issue/view/26>
- Llera, J. y Durante, E. (2014). Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr*, vol. 112, pp. 6-15. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-708459>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- Mikulik, I y Muñoz, R. (2004). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: el Inventario de Calidad de Vida Percibida (ICV). *XII*



Anuario de Investigaciones, Secretaría de Investigaciones Universidad de Buenos Aires, Vol.12, pp 193-202.. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v12/v12a19.pdf>

Montaño Fraire, R (2004). El dispositivo grupal como instrumento de intervención e investigación en el campo de Psicología Social. Grupos de autoayuda y autogestión grupal. <http://www.rolandomontano.info/index.php/psicologia-social/40-el-dispositivo-grupal-como-instrumento-de-intervencion-e-investigacion4>

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos.* (Pp. 32,33,34,36- 92). Ed. Paidós. <https://catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria.* (pp. 77-89). Ed. Paidós. <https://docer.com.ar/doc/ss1s5c>

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad.* (pp- 98-101, 107-108). http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=542-teoria-y-practica-de-la-psicologia-comunitaria-la-tension-entre-comunidad-y-sociedad-10-parte&category_slug=psicologia-comunitaria&Itemid=100225

Muñoz, A., Canale y Chairello (2019). El proyecto comodín en la residencia de clínica médica del Hospital Italiano de San Justo. Una herramienta complementaria para disminuir y prevenir el síndrome del Burnout. *Revista Argentina de Medicina, Vol. 7, s. 1, pp. 52 – 59.* <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/issue/view/26>

Nuñez, D. (2016). *Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales:¿Cómo deberíamos cuidarnos quienes cuidamos? Guía de orientación (compilación).* <https://es.scribd.com/document/455715948/Como-deberiamos-cuidarnos-quienes-cuidamos-2016>

Rigal, L. y Sirvent, M.T. (2010). La investigación acción participativa: alcances y posibilidades. S/Ed. (pp- 4, 6, 8-10). Clase 4a) y 4b) en Curso Online en Construcción de Proyectos Sociales – CAICYT – CONICET.

Rojas Arredondo et. Al (2009). Dinámica de grupos. *Material docente de la Universidad Oberta de Catalunya,* CC-BY-NC-ND • XP09/80542/00395. <https://utecno.files.wordpress.com/2014/12/dinamica-de-grupos.pdf>

Saforcada, E. (2010). *Psicología y Salud Pública.* Ed. Paidós. Buenos Aires. <https://es.scribd.com/document/392061414/262277476-Saforcada-Psicologia-y-Salud-Publica-pdf>

Salomón, S. Et Al. (2015). Compilación de trabajos sobre el síndrome del burnout presentados en diez años de congresos de la Sociedad Argentina de Medicina (2005-2015). *Revista Argentina de Medicina, Vol. 7, s. 1, pp.23 – 34.* <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/issue/view/26>