

SUFRIMIENTO LABORAL EN EL EQUIPO DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR RURAL DEL SUR DE CHILE

WORK SUFFERING IN THE TEAM OF A RURAL FAMILY HEALTH CENTER FROM THE SOUTH OF CHILE

RESUMEN

La presente investigación busca comprender por qué se produce sufrimiento en los trabajadores de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) rural del sur de Chile. El equipo participante está compuesto por profesionales, técnicos, administrativos y personal de apoyo, y su tarea es dar atención primaria a personas con problemas de salud física y psíquica. En este artículo se analizan algunos antecedentes teóricos y empíricos sobre el problema del sufrimiento en el trabajo, y se presentan los resultados del estudio realizado en el CESFAM. El diseño metodológico corresponde a un estudio de caso, y las técnicas de producción de datos utilizadas fueron entrevistas, observaciones y análisis de artefactos culturales. Los resultados apuntan a las transformaciones del CESFAM y su contexto territorial, así como de la población, que aportan a la comprensión del sufrimiento laboral; también se analizan las exigencias institucionales que afectan a los trabajadores, y las relaciones y conflictos dentro del equipo. Esta investigación permite comprender el sufrimiento laboral como un fenómeno complejo y multideterminado, que se origina en diferentes condiciones existentes en la institución, las cuales afectan la actividad del equipo y la salud de sus agentes individuales.

Palabras clave: sufrimiento psíquico, burnout, estrés laboral, equipo de salud.

MARÍA CRISTINA SILVA

Universidad de Chile,
Facultad de Ciencias
Sociales,
Doctorado en Psicología
mcsilvad@gmail.com,
silva.delosrios@gmail.com

Fuente de apoyo económico: Beca Estudios de Doctorado en Chile, año académico 2011, CONICYT-PCHA/Doctorado Nacional/2011/Folio 21110014

Declaración de conflicto de intereses: No existe conflicto de interés

ABSTRACT

This research aims to understand why workers in a rural Family Health Center (CESFAM) in the south of Chile become distressed and suffer burnout. Participants consisted of the CESFAM's healthcare professionals, technicians, administrators, and support staff, who are tasked with providing primary healthcare to patients with physical and mental health problems. In this article, we briefly analyze theoretical and empirical literature on work distress, and later present the results of the study, which utilized case study research methodology. Data was collected through interviews, observations, and cultural artifact analysis. The results describe the transformations undergone by the CESFAM, its territory, and the population it serves, to contextualize work distress; institutional demands that affect the workers, as well as relationships and conflicts between team members, are also analyzed. This study determines that work distress is a complex, multi-factorial phenomenon, originating in different institutional conditions, which affect the team's activities and the health of individual workers.

Keywords: Mental suffering, burnout, work stress, healthcare team

INTRODUCCIÓN

El trabajo es un fenómeno privilegiado para observar el encuentro entre el individuo, el colectivo y la sociedad. Las transformaciones históricas de las formas de trabajo, las condiciones y organización del trabajo, las estrategias que los sujetos elaboran para responder a las demandas de sus tareas, y las formas en que se expresa el bienestar y el sufrimiento laboral, son aspectos centrales al investigar este fenómeno.

Los trabajadores deben adaptarse a las condiciones que se imponen en sus contextos laborales. El esfuerzo cognitivo, emocional y la movilización subjetiva que se demandan pueden llegar a ser muy costosos para las personas. Cuando el trabajo se adecua a las capacidades del sujeto o permite a los equipos ser creativos, se puede obtener salud y placer en él. Si las condiciones de la actividad llevan al límite los recursos personales o sitúan a los equipos en situaciones conflictivas, puede producirse sufrimiento laboral.

El sufrimiento laboral no equivale a una enfermedad, sino que es un estado de equilibrio inestable en el que el sujeto logra mantenerse trabajando pese a estar experimentando síntomas y malestares diversos. La persona que sufre implementa una serie de mecanismos defensivos que le permiten seguir cumpliendo su tarea, “conjurando la locura”

(Dejours, 2001). El sufrimiento y el placer en el trabajo se expresan de formas complejas y pueden aparecer simultáneamente, gracias a las satisfacciones que otorgan los aspectos del trabajo que se acoplan a las necesidades subjetivas.

Diversos investigadores, internacionalmente (De Gaulejac, 2008; Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012; Blanch, Crespo y Sahagún, 2012; Wlosko y Ros, 2012; Wlosko, 2014; Wlosko y Ros, 2015) y en el contexto nacional (Sisto, 2014; Soto, 2014; Stecher, 2014), estudian las transformaciones del trabajo y sus efectos sobre la subjetividad, identidad, narración de trayectoria laboral, y en la producción de salud. En Chile se han propuesto iniciativas para crear conciencia sobre la necesidad de mejorar las condiciones en que se desempeñan los trabajadores, entre ellas la encuesta ENETS (MINSAL, DT y ISL, 2011) y el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales (MINSAL, 2013).

Esta investigación busca comprender el porqué se produce sufrimiento laboral en un equipo del área de la salud. Específicamente, busca explorar las experiencias de trabajo y los motivos del sufrimiento en el equipo de un Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile, contexto en que estas problemáticas no han sido investigadas. El equipo fue elegido

por su motivación a participar en este estudio y por encontrarse en un proceso de cambio que debiera conducir a mejoras en sus condiciones de trabajo.

ANTECEDENTES

Según Wlosko (2014) existen grupos de síntomas que alertan sobre la presencia de sufrimiento. Ellos son una manifestación de procesos subyacentes, que incluyen las formas de organización del trabajo, las cualidades de los vínculos, y las transformaciones del trabajo que originan dispositivos agrupados en el nuevo *management*. La aparición de síntomas también involucra la estructura psíquica individual, apareciendo efectos según vulnerabilidades específicas (Dejours, 2001).

Primero distingue los síndromes vinculados a la sobrecarga de trabajo (Wlosko, 2014). Entre ellos está el *burnout*, “que afecta a todas las profesiones que mantienen una relación de asistencia o cuidado, y que está presente en todos los trabajos en los que hay una ‘relación de servicio’” (p. 358). También incluye al *karoshi*, o “muerte súbita por accidente cerebro-vascular o cardíaco que se da en sujetos menores de 40 años que no presentan ningún factor de riesgo cardiovascular” (p. 358), cuya jornada sobrepasa las 70 horas semanales. Los problemas músculo-esqueléticos, dolores e inflamaciones son parte de este grupo dado que se producen por esfuerzos que causan trastornos funcionales en el cuerpo.

Los síndromes vinculados al acoso laboral “se presentan como síndromes depresivos o confusionales (desorientación temporo-espacial y de problemas del pensamiento), y en ocasiones, como síndromes de persecución” (Wlosko, 2014, p. 358). Se asocian a la fragilización personal producto de maniobras de acoso, y a “la desestructuración de los recursos defensivos, particularmente las defensas colectivas vía la desestructuración de los vínculos en los grupos de trabajo” (p. 358). Dejours las denomina patologías de la soledad (2006 en Wlosko, 2014).

El *estrés laboral* pertenece al primer grupo de síntomas. También conocido como síndrome general de adaptación, corresponde a

una reacción del organismo, funcional para enfrentar situaciones vitales amenazantes, pero disfuncional cuando no se asocia a estímulos riesgosos. Depende de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático y se manifiesta en cambios fisiológicos, hormonales, circulatorios, cardíacos y musculares, que desencadenan procesos cognitivos y afectivos perjudiciales para la persona. Se ha documentado su influencia sobre enfermedades cardiovasculares, accidentes laborales, trastornos psicológicos y músculo-esqueléticos (Cornejo y Quiñónez, 2007).

Por otra parte, el *burnout* es un síndrome asociado a la sobrecarga de trabajo ampliamente estudiado en personal de salud. Ha sido investigado en médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos, profesionales jurídicos y en fundaciones que atienden población vulnerable (Maslach y Jackson, 1981; Leiter y Maslach, 1988; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Quintana, 2005). También se ha pesquisado en personal administrativo, conductores de movilización, y en el staff de aseo y alimentación que se desempeña en instituciones de salud (Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009).

El *burnout* es “un tipo de estrés laboral que emerge del enfrentamiento continuo de situaciones problemáticas que se acompañan de sentimientos de turbación, frustración, temor y desesperación” (Aiken et al., 2001 en Sanfuentes, 2008, p. 51). Sus dimensiones son el agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación de falta de eficacia en el trabajo.

Los factores causales del *burnout* involucran las dimensiones socioeconómica, organizacional, individual y las características de la población beneficiaria (Sanfuentes, 2008). Aparece en contextos de alta exigencia, en que los medios para trabajar son insuficientes, las redes de apoyo escasean, y las características de la población objetivo son complejas (gravedad del problema, vulnerabilidad, marginalidad). En Chile se encuentra una alta prevalencia, alcanzando hasta un 83% de los trabajadores de la salud (Órdenes, 2004, en Sanfuentes, 2008), en un contexto caracterizado por alta exigencia y apoyo social deficiente.

El *burnout* tiene consecuencias negativas que superan el sufrimiento individual. Se asocia a mayor ausentismo, rotación, intenciones de renuncia y renunciaciones efectivas. También se vincula a un menor compromiso organizacional, una baja de la satisfacción laboral (Maslach et al., 2001), y un aumento en los conflictos laborales (Burke y Greenglass 2001, en Maslach et al., 2001).

Una investigación del malestar psicofisiológico de profesionales de la salud pública, por Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch (2011) en el marco de la investigación *Proyecto Capitalismo Organizacional como Factor de Riesgo Psicosocial*, señala que la modernización de la Salud Pública en Chile, orientada desde la *Nueva Gestión Pública*, ha significado que la red de instituciones prestadoras haya perdido autonomía respecto a los criterios de mercado, instalándose un modelo de gestión, denominado capitalismo sanitario, caracterizado por una tendencia a la fragmentación y descentralización organizativa; fuerte énfasis en la reducción de los costos y aumento de la eficiencia; introducción de mecanismos de competencia entre los diferentes proveedores públicos y privados; uso más masivo y sistemático de formas flexibles de empleo; externalización de diversas funciones a empresas privadas; nuevos sistemas de seguimiento y evaluación centrados en el rendimiento individual y formas flexibles de gestión de recursos humanos basados en incentivos con objetivos e indicadores de desempeño medibles (p. 1185).

Estas modificaciones han producido cambios en la experiencia del trabajo de quienes se desempeñan en el área de salud. Un efecto central es el aumento del estrés y de la sintomatología psicofisiológica. Se encontró una alta prevalencia de sintomatología en profesionales, incluyendo desgaste emocional, agotamiento físico, saturación mental, sentimiento de baja realización, trato despersonalizado, trastornos digestivos, dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda y tensiones musculares. Los profesionales de enfermería demuestran puntajes más altos en las diversas manifestaciones del malestar (Ansoleaga et al., 2011).

METODOLOGÍA

El diseño de la presente investigación se planteó desde un enfoque cualitativo, correspondiendo a un estudio de caso (Merriam, 2007; Stake, 2007; Yin, 1994). Se apuntó a comprender por qué se produce sufrimiento laboral en un único equipo de salud. Las técnicas de producción de datos correspondieron a observación psicoanalítica en la organización (Hinshelwood y Skogstad, 2000; Sanfuentes, 2007; Sanfuentes, Cervellino, Garrido, Ugarte y Vodanovic, 2013); entrevistas con grupos homogéneos (Mendel, 1996), organizadas según pertenencia a estamentos o profesiones; entrevistas individuales, y análisis de artefactos culturales (Rodríguez, 2004).

El caso corresponde al equipo de un Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile, que fue convocado a participar voluntariamente en la investigación. Los trabajadores fueron observados en situaciones cotidianas durante cuatro meses, realizándose un total de veinticuatro observaciones de una hora de duración. Los lugares de observación correspondieron al Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME), Oficina de Administrativos y Sala de Espera. Para analizar los artefactos culturales se solicitó acceder a documentos relevantes para comprender la cultura organizacional, sus valores y los modos de gestionar el trabajo. Se analizaron las descripciones de cargos, el organigrama, la planificación estratégica y pautas de calificación funcionaria. Las entrevistas fueron semiestructuradas y se centraron en tres elementos: tareas a realizar en la institución, experiencia subjetiva del trabajo y experiencias de sufrimiento laboral. En cuanto a la actitud de la investigadora en las entrevistas, se siguió la consigna de la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1998a; 1998b; 2001), dando prioridad a las interpretaciones de los trabajadores sobre su actividad y las defensas implementadas frente al sufrimiento. Se realizaron entrevistas con seis grupos: Coordinadoras de Sector (2), Odontólogas (2), Médicos (3), Técnicos de Farmacia (2), Técnicos de Procedimientos (2) y Enfermeras (3); y dos entrevistas individuales: Administrativa SOME y Matrona encargada GES.

El análisis de las entrevistas se basó en las estrategias de codificación abierta y axial del modelo de análisis de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), y se hizo una revisión adicional desde una lectura sintomal (Foladori, 2005). El análisis de las observaciones se realizó mediante relatos descriptivo-interpretativos que se sistematizaron desde las primeras visitas a la institución. Los artefactos culturales fueron analizados en tres ejes: contenidos explícitos, valores de la cultura organizacional y modos de gestionar el trabajo.

RESULTADOS

El CESFAM y los trabajadores

El CESFAM se encuentra ubicado en una región del sur del país, a 20 kilómetros de la capital regional. Está situado en la costa y atiende principalmente a usuarios de este sector. El territorio en que está emplazado es extenso y su población se encuentra dispersa en siete localidades interconectadas por una ruta parcialmente asfaltada. Estas localidades se mezclan con amplios sectores boscosos con poca población. El desplazamiento en el territorio es difícil, ya que existe escasa locomoción pública y la ruta se encuentra en malas condiciones en varios puntos, los que se tornan críticos en invierno por los temporales. Existe una importante raigambre cultural mapuche en parte de la población beneficiaria.

El establecimiento CESFAM es uno de los puntos de atención dentro de la red administrada por él mismo, del que dependen seis establecimientos, incluyendo cinco estaciones de salud rural y una posta rural. Las estaciones de salud funcionan en las sedes sociales de cada localidad o adjuntas a sus escuelas. La posta cuenta con mayor complejidad, incluyendo sillón dental y atención de urgencia. Solo una estación, correspondiente a la localidad con menor población, funciona en una residencia particular.

La dotación del CESFAM es de 40 trabajadores, incluyendo administrativos, técnicos en enfermería, enfermeros, médicos, kinesióloga, nutricionista, matrones, odontólogas, psicóloga, trabajadores sociales, secretarías,

ingeniero informático, facilitadora intercultural, y personal de apoyo. Parte del equipo debe trasladarse a las estaciones de salud y la posta en los días programados para realizar rondas.

Transformaciones del contexto y la población

En las entrevistas, el equipo señala que se ha producido una fuerte transformación del territorio y de la población beneficiaria, cambios que impactan su experiencia del trabajo y el sufrimiento que experimentan. Los cambios territoriales se vinculan a las actividades productivas y las oportunidades de trabajo, que son cada vez más acotadas; la pérdida de recursos naturales tradicionalmente explotados en el sector, y la mayor escolaridad de las nuevas generaciones, han llevado a una migración de la población joven y un envejecimiento de quienes permanecen en el territorio. Esto impacta las demandas que recaen sobre el equipo y las prestaciones que deben entregar. El envejecimiento poblacional, en particular, los confronta con la necesidad de adquirir un enfoque preventivo, en conjunto con competencias técnicas acordes a los nuevos problemas de salud. Asimismo, atender a una población que paradójicamente ha aumentado en número, producto de la inmigración desde otras localidades, se convierte en un desafío adicional para un centro cuya dotación es insuficiente. Finalmente los trabajadores manifiestan que en los últimos años los usuarios han adoptado un “empoderamiento” y actitudes “demandantes”, llegando a manifestar conductas agresivas hacia algunos funcionarios. Las agresiones son más frecuentes en el SOME y la Unidad Dental. Estos conflictos también se vinculan con la insuficiencia de horas, atrasos en las atenciones y la frustración de los usuarios ante sus demandas, dada la escasez de los medios disponibles.

Restricciones impuestas por el espacio físico

Durante las observaciones se constató que el espacio físico del CESFAM es insuficiente para cumplir las tareas del equipo, y para

recibir a nuevos trabajadores. Un aumento en la dotación es necesario, pero imposible en las condiciones actuales del edificio, el cual no puede acoger más unidades ni oficinas administrativas. En las entrevistas, los encargados de gestión señalan que se hará cada vez más necesario modificar las instalaciones, dadas las demandas que enfrentan con los cambios en la población beneficiaria y el aumento de la complejidad de las prestaciones.

Según los relatos del equipo, el espacio físico no se ha ido construyendo de forma planificada, sino que se ha ampliado paulatinamente desde un antiguo edificio que funcionaba como posta rural. A ella se sumaron una serie de box y anexos en un nuevo sector. Además se adosaron oficinas que funcionan en lo que antiguamente eran habitaciones de la residencia de la técnico encargada de la posta. Por tanto, estas oficinas son muy pequeñas para la cantidad de personas que las ocupan. Algunos encargados de gestión deben trabajar en espacios que antes eran bodegas, y la bodega de Farmacia debió ser trasladada a los estantes superiores de dicha Unidad, entorpeciendo el trabajo de la técnico encargada. Es decir, el espacio no cumple con los estándares mínimos para que el equipo pueda trabajar de forma fluida, y deben “arreglárselas” creativamente para seguir funcionando en este lugar.

En definitiva, aun con todas las transformaciones que se han hecho en el espacio físico de trabajo, éste es insuficiente para las necesidades actuales y futuras del equipo. El espacio se considera una gran limitación por su tamaño, distribución y por las restricciones que impone a la actividad.

Cambios en la organización del trabajo

En el CESFAM coexisten diferentes diseños de funciones y tareas, que proceden de la antigua organización del trabajo y del nuevo diseño organizacional. Esta superposición de roles es producto de la discrepancia entre las exigencias de la municipalidad, de la cual el centro depende administrativamente, y del servicio de salud. En particular, los encargados de gestión han tenido que responsabilizarse de una multiplicidad de exigencias, lo

cual les ha producido un gran desgaste. Siendo la mayoría de ellos profesionales clínicos, se han visto obligados a cumplir dos o más roles de forma simultánea, entre ellos labores asistenciales, administrativas y de gestión en red, incluyendo la coordinación con la red comunal y actividades comunitarias. La baja dotación del CESFAM agrava la sobrecarga de trabajo, y no existe la posibilidad de crear cargos específicos para las labores de gestión, liberando a los trabajadores clínicos de dichas tareas.

Exigencias institucionales: registros y rendimiento

Una exigencia que va tomando fuerza en el CESFAM es el estricto control de los resultados y el rendimiento. Para dar cuenta de ellos, es obligatorio registrar electrónicamente todas las actividades realizadas en las atenciones y elaborar estadísticas mensuales que son utilizadas como insumo para reportar los resultados del establecimiento. Estas tareas consumen mucho tiempo, ya que se exige a cada trabajador que deje constancia de toda su actividad, o de lo contrario “es como si no se hubiera hecho”. Incluso se han producido conflictos entre estamentos por la relevancia otorgada a los registros en perjuicio de las tareas asistenciales, que quedan relegadas a un segundo plano.

La presión por aumentar el rendimiento, la acumulación de exigencias y la vinculación del cumplimiento de metas con la entrega de recursos económicos producen ansiedad en los trabajadores. En su experiencia, el estándar que deben cumplir es cada vez mayor: una vez cumplida una meta aumentan las exigencias, sin aumentar correspondientemente los recursos. La asignación de recursos según cumplimiento de metas se considera un método de gestión arbitrario y “perverso”, que afecta la estabilidad del equipo. Además, las asignaciones por rendimiento producen confrontaciones entre trabajadores, ya que hay bonos que se dan a un determinado coordinador o gestor, pero que dependen del cumplimiento de tareas que se realizan cooperativamente.

Soledad y conflictos en el equipo

Los trabajadores señalan que se desempeñan de forma solitaria y tienen la sensación de contar con escaso apoyo de la institución. Esta soledad en el trabajo no se produce por características de la personalidad o por la reticencia a cooperar, sino por la organización individualizada de la actividad y los roles prescritos que se ocupan en el CESFAM. Las restricciones a la cooperación emergen desde la individualización de la práctica clínica y de las nuevas formas de gestionar y evaluar la actividad, que fragmentan el trabajo en equipo.

También existen conflictos explícitos entre trabajadores. Algunos de ellos se originan en las dificultades que impone ser un centro de baja dotación y alta demanda asistencial. Las licencias y permisos para ausentarse del establecimiento desorganizan la actividad, provocando malestar entre quienes deben reemplazarlos. Por esta razón existe una prohibición tácita hacia la enfermedad y las licencias médicas, que se respeta de forma generalizada ya que así se evitan los conflictos al regresar al trabajo. Esta prohibición se hace presente en castigos simbólicos por parte del grupo de pares, tales como comentarios, reprochaciones y “malas caras”.

Otros conflictos se originan en las diferencias de poder entre estamentos, y en el desconocimiento de la situación de trabajo de los otros, así como en la exclusión de algunos estamentos de los espacios de toma de decisiones. La aplicación de sanciones por parte del equipo gestor produce roces con los trabajadores de menor jerarquía, quienes son presionados por cumplir las múltiples exigencias institucionales. Quienes deben cumplir el rol de control sufren porque les es ingrato y los pone en contra de personas con las que podría existir una relación cercana. Se hace difícil captar las dificultades presentes en el trabajo de los otros: quienes cumplen roles administrativos parecen olvidar el sufrimiento ante la alta presión asistencial, y quienes realizan tareas clínicas miran despectivamente el trabajo “de escritorio”.

Finalmente, existen dos situaciones de conflicto que han llevado a denuncias en la

institución. Una de ellas es señalada como acoso laboral por la persona afectada, mientras que la segunda es relatada como un conflicto originado en una falta ética cometida por una funcionaria. Ambas situaciones pueden entenderse como resultado de la rivalidad entre trabajadores, de la competencia y desconfianza mutuas. Se han denunciado las acciones dañinas que han perjudicado tanto el trabajo como la reputación de la persona identificada como víctima, y la institución ha respondido a estas situaciones con diversas medidas, según la credibilidad otorgada a los trabajadores afectados.

CONCLUSIONES

El sufrimiento laboral presente en el equipo de salud estudiado, y las experiencias cotidianas del trabajo en el CESFAM, deben entenderse como fenómenos complejos y multideterminados. En particular, el sufrimiento laboral se origina en una serie de determinantes institucionales, contextuales y grupales que no pueden ser aislados unos de otros. Las transformaciones contextuales y del territorio, de la población beneficiaria, las exigencias institucionales que el equipo debe cumplir y la cualidad de las relaciones que se establecen entre personas, interactúan entre sí creando un panorama complejo, en que cada persona se ve confrontada con exigencias que ponen a prueba su subjetividad. El dilema del equipo se encuentra en la necesidad de seguir trabajando en un medio que desafía sus recursos personales y los obliga a ser creativos para seguir atendiendo “con calidad y calidez” a sus usuarios. Las manifestaciones del sufrimiento y el placer en el trabajo varían de persona a persona, sin embargo, sus orígenes deben ser problematizados desde la imbricación compleja de los factores contextuales, institucionales, grupales y las formas en que la psiquis individual responde a estos desafíos.

Nuevas preguntas que se abren desde esta investigación se relacionan con dos elementos. En primer lugar es necesario indagar acerca de la influencia que puede ejercer el tipo de pacientes atendidos y los problemas de salud que ellos presentan, sobre el sufrimiento.

miento laboral de los equipos de salud. Cabe preguntarse de qué forma las características de los pacientes inducen experiencias particulares en los trabajadores y pueden incidir en el malestar que experimentan. Por otra parte, es necesario indagar de manera sistemática los determinantes individuales del sufrimiento en el contexto laboral; esta pregunta presenta un desafío metodológico, en tanto se debe situar al sujeto en su contexto de trabajo, sosteniendo simultáneamente una mirada clínica que destaque los elementos estructurales de la personalidad que inciden en el malestar.

REFERENCIAS

1. Ansoleaga E, Toro J, Godoy L, Stecher A, Blanch J. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 139: 1185-1191.
2. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. (2009). *Burnout* y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, 15(2): 55-68.
3. Blanch J, Crespo J, Sahagún M. (2012). Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. En E Ansoleaga, O Artaza, J Suárez (Eds). *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago: OPS/OMS, pp. 176-182.
4. Blanch J, Ochoa P, Sahagún M. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En E Ansoleaga, O Artaza, J Suárez (Eds). *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago: OPS/OMS, pp. 165-175.
5. Cornejo R, Quiñónez M. (2007). Factores asociados al malestar/bienestar docente: Una investigación actual. *Revista electrónica iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 5, 5e.
6. De Gaulejac V. (2008). "El costo de la excelencia". Conferencia realizada en Buenos Aires, Argentina, octubre 2008.
7. Dejours C. (1998^a). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors, M. Guiho-Bailly (Comps.). *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen, pp. 23-63.
8. Dejours C. (1998b). Inteligencia práctica y sabiduría práctica: Dos dimensiones desconocidas del trabajo real. En D Dessors, M Guiho-Bailly (Comps.). *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen, pp. 233-265.
9. Dejours C. (2001). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Lumen.
10. Foladori H. (2005). *Grupalidad: Teoría e Intervención*. Santiago: Espiral.
11. Hinshelwood R, Skogstad W. (2002). The method of observing organisations. En R Hinshelwood, W Skogstad (Eds.). *Observing organisations: Anxiety, defence and culture in health care*. New York: Routledge, pp. 17-26.
12. Leiter M, Maslach C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9: 297-308.
13. Maslach C, Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2: 99-113.
14. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. (2001). Job burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52: 397-422.
15. Mendel G. (1996). *Sociopsicoanálisis y educación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
16. Merriam S. (2007). *Qualitative research and case study applications in education: Revised and expanded from Case study research in education*. San Francisco: Jossey-Bass.
17. Ministerio de Salud - Chile. (2013). *Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo*. Santiago: MINSAL.
18. Ministerio de Salud - Chile, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral. (2011). *Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (2009-2010): Informe interinstitucional*. Santiago: MINSAL, DT, ISL.
19. Quintana C. (2005). El síndrome de *burnout*

- en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psykhé*, 14(1): 55-68.
20. Rodríguez D. (2004). *Diagnóstico Organizacional*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
 21. Sanfuentes M. (2007). Observación psicoanalítica en una unidad de pacientes psicóticos con antecedentes delictivos. *Revista de Psicología*, 15(2): 27-52.
 22. Sanfuentes M. (2008). Una mirada actualizada sobre el síndrome de *burnout*. *Psiquiatría y Salud Mental*, 1-2: 50-68.
 23. Sanfuentes M, Cervellino R, Garrido M, Ugarte M, Vodanovic J. (2013). El impacto del sentido de lo urgente: observación psicoanalítica en un hospital de urgencia. En E Acuña, M Sanfuentes (Eds.). *Métodos Socioanalíticos para la Gestión y Cambio en Organizaciones*. Santiago: Universitaria, pp. 457-493.
 24. Sisto V. (2014). Identidades en disputa: identidades laborales en el contexto de las actuales transformaciones en la gestión pública. En A Stecher, L Godoy (Eds). *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades: Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina*. Santiago: RIL, pp. 323-340.
 25. Soto A. (2014). Escenarios del trabajo en Chile: Una propuesta comprensiva de la actividad laboral. En A Stecher, L Godoy (Eds). *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades: Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina*. Santiago: RIL, pp. 299-322.
 26. Stake R. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
 27. Stecher A. (2014). El campo de investigación sobre transformaciones del trabajo, identidades y subjetividad en la modernidad contemporánea: Apuntes desde Chile y América Latina. En A Stecher, L Godoy (Eds). *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades: Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina*. Santiago: RIL, 19-76.
 28. Strauss A, Corbin J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
 29. Wlosko M. (2014). Malestar y sufrimiento en el trabajo: El frágil equilibrio. En A Stecher, L Godoy (Eds). *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades: Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina*. Santiago: RIL, pp. 343-367.
 30. Wlosko M, Ros C. (2012). Violencia laboral en el sector salud: Abordajes conceptuales y resultados de investigación en personal de enfermería en la Argentina. En E Ansoleaga, O Artaza, J Suárez (Eds). *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago: OPS/OMS, pp. 211-230.
 31. Wlosko M, Ros C. (2015). Violencias en relación al trabajo: Consideraciones teórico-metodológicas a la luz de experiencias de investigación. En L Godoy, E Ansoleaga (Eds). *Un campo en tensión o tensión entre campos: Psicología de las organizaciones y del trabajo en Iberoamérica*. Santiago: RIL, pp. 471-484.
 32. Yin R. (1994). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.