



## BURN OUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RESILIENTES EN QUIENES NO ENFERMAN

Trabajo Integrador Final

Licenciatura en Psicología  
Instituto Universitario en Ciencias de la Salud  
Fundación H. A. Barceló  
Facultad de Medicina

Liliana Alejandra Farfán  
Asesor de TIF: Lic. Florencia Pérez Rincón  
AÑO 2018

## Abstract

El presente trabajo aborda el síndrome de *burn out* en los profesionales de la salud, y busca establecer relaciones con la presencia de resiliencia como factor protector en quienes no enferman. Para ello se desarrolló un estudio de campo durante 200 horas en el Hospital Fernández de la Ciudad de Buenos Aires, donde se participó del servicio de Toxicología. Allí se entrevistaron 40 profesionales a fin de administrarles el cuestionario MBI para determinar el *burn out* y la Escala de Resiliencia. Esos datos en conjunto con las observaciones realizadas en campo constituyen el principal insumo del análisis.

Palabras claves: Profesionales de la Salud, *Burn Out*, Resiliencia, Hospital público, Toxicología, Salud Mental, Clima Laboral.

## Contenidos

|   |    |
|---|----|
| <b>Abstract</b> .....   | 1  |
| <b>Contenidos</b> .....                                       | 2  |
| <b>1. Introducción</b> .....                                  | 4  |
| <b>2. Fundamentación</b> .....                                | 6  |
| <b>3. Marco Teórico</b> .....                                 | 10 |
| <b>4. Justificación del Proyecto</b> .....                    | 28 |
| <b>4.1. Objetivo General</b> .....                            | 28 |
| <b>4.2. Objetivos Específicos</b> .....                       | 28 |
| <b>4.3. Alcance de la investigación</b> .....                 | 28 |
| <b>4.4. Limitaciones y supuestos</b> .....                    | 31 |
| <b>4.5. Relevancia de la Investigación</b> .....              | 31 |
| <b>4.6. Resultados Esperados</b> .....                        | 32 |
| <b>5. Diseño Metodológico</b> .....                           | 34 |
| <b>5.1. Características del Período de Relevamiento</b> ..... | 34 |
| <b>5.2. Población y Muestra</b> .....                         | 35 |
| <b>5.3. Técnicas e Instrumentos</b> .....                     | 37 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>5.4. Metodología de Análisis .....</b>                           | <b>39</b> |
| <b>6. Análisis de Datos Relevados .....</b>                         | <b>40</b> |
| <b>6.1. Perfil socio-demográfico de la muestra.....</b>             | <b>40</b> |
| <b>6.2. Resultados MBI .....</b>                                    | <b>42</b> |
| <b>6.3. Resultados ER .....</b>                                     | <b>44</b> |
| <b>6.4. Relación ER/MBI.....</b>                                    | <b>46</b> |
| <b>7. Articulación Teoría – Práctica.....</b>                       | <b>51</b> |
| <b>8. Conclusiones .....</b>  | <b>64</b> |
| <b>9. Referencias Bibliográficas .....</b>                          | <b>68</b> |
| <b>10. Anexos.....</b>  | <b>71</b> |
| <b>10.1. Instrumentos.....</b>                                      | <b>71</b> |
| <b>10.1.1. Cuestionario General .....</b>                           | <b>71</b> |
| <b>10.1.2. Test de Escala de Resiliencia .....</b>                  | <b>73</b> |
| <b>10.1.3. Test de Inventario de Burnout de Maslach (MBI) .....</b> | <b>75</b> |
| <b>10.2. Acerca del Hospital Fernández .....</b>                    | <b>79</b> |
| <b>10.3. Ley Nacional de Salud Mental (26.657) .....</b>            | <b>80</b> |
| <b>10.4. Fotografías.....</b>                                       | <b>93</b> |

# 1. Introducción

La presente investigación busca profundizar sobre el análisis del *burn out* en profesionales de la salud, como en la identificación de factores resilientes existentes en quienes no enferman por esta problemática.

Los individuos que trabajan en centros asistenciales pueden presentar estrés laboral como respuesta disfuncional frecuente. El *burn out* se manifiesta en los profesionales de la salud a través del cansancio emocional, la despersonalización –destrato hacia los destinatarios de los servicios que prestan- y una percepción distorsionada de la propia labor y de uno mismo. Las condiciones laborales, el estado de las instituciones donde se desempeñan, la problemática de los pacientes y el contexto socio-político contribuyen al desarrollo de este trastorno, que se presenta frecuentemente en el ámbito de la salud.

La resiliencia –entendida como la capacidad humana de enfrentar y sobreponerse frente a la adversidad, saliendo incluso fortalecido de ella- constituye una parte importante de la salud mental y de la calidad de vida de las personas<sup>1</sup> (Melillo A; Suárez Ojeda, E: 2001, P. 24, 25). Quienes son resilientes pueden lidiar con situaciones de estrés y presentan signos emocionales negativos en menor medida.

El desarrollo de esta investigación se orienta a identificar la presencia síntomas o indicadores de *burn out* en la población abarcada por la muestra, buscando dar cuenta del potencial de la resiliencia para mitigarlo, reduciendo la angustia y contribuyendo a la recuperación de las personas afectadas con recursos sanos. Conocer la relación entre ambos permite en el

---

<sup>1</sup> Melillo, A. Suárez Ojeda, E. (comps.) (2001) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Introducción. Nuevas tendencias en resiliencia pp. 24-25-27. Cap I. La Resiliencia como proceso. Editorial Paidós. Buenos Aires. SAICF.

ámbito de la salud, lograr un mayor bienestar general y personal en los profesionales, así como mejorar el vínculo con los pacientes y colegas, recobrando la capacidad de aliviar, acompañar al “otro” en el sufrimiento y beneficiar la calidad del servicio.

A partir del trabajo de campo llevado a cabo en la División de Toxicología del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, de la Ciudad de Buenos Aires, se busca trazar líneas de análisis para comprender el modo en que la resiliencia puede atenuar los síntomas de *burn out* en los profesionales de la salud. El tipo de estudio que se seleccionó tiene un enfoque cualitativo con diseño exploratorio, en un tiempo sincrónico, transversal y prospectivo.

El trabajo se desarrolló entre los meses de octubre y diciembre de 2016 y consta de la observación y registro de la labor diaria de los profesionales de la división de Toxicología del hospital. Se ha implementado el Inventario de Burn Out de Malasch MBI (Malasch inventory, 1986) en una población de 40 casos, integrada por personal de salud (enfermeros, psicólogos, toxicólogos, sociólogos) que participaron de manera voluntaria y anónima. El instrumento de recolección de datos consistió en la administración de una encuesta estructurada para conocer otras variables que potencian el desarrollo de síndrome de *burn out*. Este instrumento proporciona fiabilidad cercana al 90% y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones acerca de las dimensiones que constituyen el síndrome de *burn out*. Además se aplicó la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young que consta de 25 ítems para evaluar las áreas de Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida.

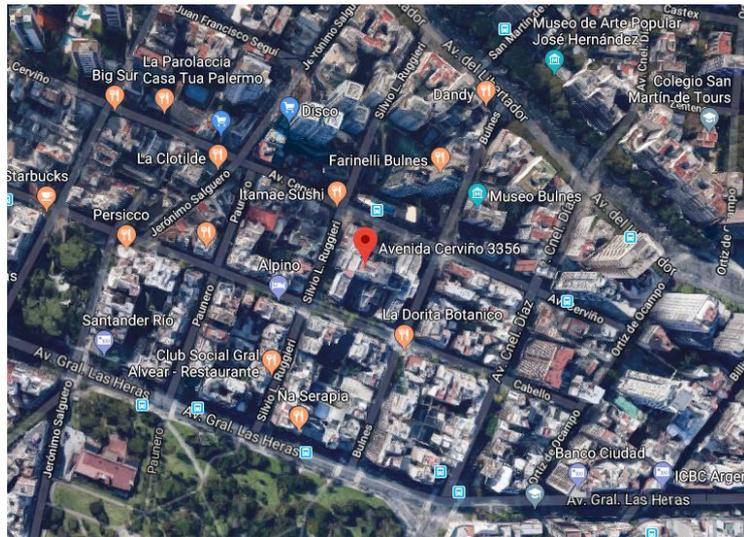
## 2. Fundamentación

Entendiendo que los profesionales de la salud están expuestos a factores estresantes, siendo una población sensible al desarrollo del síndrome de *burn out*, y que la resiliencia constituye una herramienta eficaz para disminuir la incidencia de esta afección, se presentan diversos interrogantes que operan como disparadores de la presente investigación. ¿Cuáles son los factores existentes en el hospital que predisponen al síndrome de *Burn Out* en los profesionales de la salud? ¿En qué medida se ven afectados por las condiciones laborales, las problemáticas de los pacientes, el vínculo con sus colegas, su entorno familiar y el contexto socio-político? ¿De qué manera quienes presentan resiliencia enfrentan las adversidades de su labor cotidiana? ¿Cómo operan todos estos elementos en la práctica?

Para responder a estos interrogantes, es preciso desarrollar un perfil institucional dado que se trata de un elemento condicionante del trabajo en las instituciones, que puede incidir en la presencia del síndrome de *Burn Out* en los profesionales de la salud, así como en la posibilidad de desplegar su capacidad de resiliencia. A continuación se describen las características principales que configuran el perfil institucional del Hospital Fernández.

El Hospital Juan A. Fernández es considerado una de las instituciones de salud más destacadas en la CABA, tanto en atención primaria como en prácticas de mediana y alta complejidad. Sus prestaciones cubren la demanda de un amplio abanico poblacional que incluye la CABA, el conurbano, provincias y algunos países limítrofes.

Está ubicado en Cerviño 3356, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuenta con 442 camas y un total de 566 médicos se desempeñan allí. Se estima que por día se atienden 1500 pacientes en consultorios externos, mientras que 230 acceden a los servicios de promoción y protección. El hospital recibe 200 consultas diarias.



Este hospital de alta complejidad para la atención de pacientes agudos, cuenta con un departamento de Medicina, donde se desarrollan las especialidades de Clínica Médica, Cardiología, Unidad Coronaria y otras especialidades (105 camas). Por otro lado, el departamento de Cirugía ofrece Cirugía General, Urología, Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, Quemados y Ginecología (166 camas). El Departamento Materno Infantil cuenta con servicios de Obstetricia, Pediatría, Neonatología (141 camas). Por último, también cuenta con un departamento de Urgencias.

El trabajo en las guardias está caracterizado por las urgencias constantes. En ese contexto, no hay tiempos disponibles para el trabajo compartido, el debate colectivo, o para pensar pautas organizativas. Sumado a eso, el estado del hospital público en general agrava las condiciones materiales en que se desarrolla la tarea de los profesionales. Ocurrió en una ocasión que se solicitó la reparación de un picaporte de la puerta principal de acceso al servicio. También se rompió la cama del médico de guardia, habiendo tenido que reponerla los propios usuarios de la misma. Son sólo algunos ejemplos del modo

en que el lugar de trabajo y sus condiciones afectan a los profesionales y los exponen al sufrimiento de estrés laboral que podrían evitarse con apoyo estatal.

La falta de seguridad, de servicios básicos y el estado general de las instalaciones en el marco de las cuales los médicos deben desarrollar sus actividades, inciden negativamente en el clima laboral y predisponen al desarrollo del síndrome de *burn out* en los profesionales que allí se desempeñan.

Tomando el caso de los profesionales de la salud de la División de Toxicología del Hospital de Agudos Juan A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires, y enmarcado en estos interrogantes, el presente trabajo estará orientado a responder:

***¿De qué manera los factores estresantes conllevan al Burn Out en sus distintas fases a los profesionales de salud del Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”, Departamento de Urgencias, División Toxicología, de Buenos Aires, comprendido entre el periodo de octubre a diciembre del año 2016?***

A partir de este interrogante se desprende la hipótesis del trabajo:

***La capacidad de Resiliencia permite mitigar el efecto de los factores estresantes que predisponen al desarrollo del Burn Out en los profesionales de la salud.***

Si bien los síntomas del *burn out* varían su grado de severidad de persona a persona, el desgaste ejerce su efecto negativo en dos planos. Por un lado, en el plano profesional, se produce una alteración en el rendimiento laboral, una baja en la adhesión del paciente al tratamiento y una tendencia a dejar la

práctica<sup>2</sup> (Rama-Maceiras, P. y Kranke, P.: 2015, p. 151). Por otro lado, en la esfera personal se presentan problemas de salud (trastornos del sueño, ansiedad, fatiga, irritabilidad, entre otros), conflictos interpersonales, depresión y consumo de drogas o abuso de alcohol.

La resiliencia, entendida como la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas<sup>3</sup> (Rodríguez, M., Pereyra, M., Gil, E.: 2009, p. 72), se presenta como un factor necesario para disminuir el *burn out*.

---

<sup>2</sup> Rama-Maceiras, P. y Kranke, P. (2015). Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? Current Opinion- Revisión. Vol 28 p 151- 8.

<sup>3</sup> Rodríguez, M., Pereyra, M., Gil, E., al et. (1993) Propiedades Psicométricas de la Escala de Resiliencia versión Argentina, de Walding y Young. Facultad de Ciencias Humanas San Luis, Argentina.

### 3. Marco Teórico

Este apartado presenta los conceptos teóricos a la luz de los cuales se realizará el análisis de los datos recolectados durante el trabajo de campo. A continuación se presentan los conceptos seleccionados y su caracterización a partir de los aportes de diversos autores.

#### Trabajo Humano y Organizaciones

Schlemenson (2002), describe que el **trabajo humano** tiene un significado profundo para las persona, constituye un aspecto central de su vida<sup>4</sup>. En particular el trabajo en las organizaciones en que las personas son contratadas a cambio de un salario, sueldo, honorarios, una retribución, etc.

La **organización** constituye una invención humana para llevar adelante el trabajo de muchos y para que juntos lleguen a un objetivo de trabajo explícito y definido con economía de esfuerzo, eficiencia y satisfacción. Para ello se debe tener en cuenta que la conducta forma parte de un proceso continuo que se despliega en un contexto donde se establecen relaciones de intercambio relevantes.

No es posible pensar el desarrollo social si no se tiene en cuenta las motivaciones, deseos, fantasías, y necesidades, así como los factores no psicológicos que afectan a la persona en acción; esto es un condicionante para generar *burn out*.

El padre del psicoanálisis Sigmund Freud, alude particularmente, el sentido profundo del trabajo en la vida del hombre y afirma: “*dos condiciones básicas para la salud mental: la capacidad de amar y trabajar*” (Freud, S.: 1936, p. 395). En particular el método psicoanalítico de Freud (1904-1978) señala que

---

<sup>4</sup> Schlemenson, A. (2002). La estrategia del talento. Paidós. Buenos Aires.

el restablecimiento de la salud mental y el estado psíquico general coinciden con la capacidad de rendimiento (a que alude el trabajo), y de goce (alude a la capacidad de amar). Freud agrega que ninguna otra actividad liga la estructuración del psiquismo a la realidad como lo hace el trabajo, ligándolo a un fragmento de la realidad, la comunidad humana. Desde esta perspectiva, el vínculo que establecen las personas con su trabajo resulta indispensable para la salud mental. Quienes padecen el síndrome de *burn out* encuentran debilitada su capacidad de trabajar y en consecuencia, enferman.

## **Trabajo en instituciones hospitalarias**

Según García de Amusquibar (1992)<sup>5</sup>, el trabajo en urgencias supone grandes desafíos para los profesionales de la salud. Principalmente, se trata de enfrentar la reacción de los médicos ante los pacientes con problemas de salud mental. Es importante para el personal de salud tener en cuenta, aceptar y considerar los sentimientos positivos y negativos que despiertan los pacientes en general y que puedan trabajar los sentimientos de impotencia y culpa. En el marco de la nueva ley de Salud Mental N° 26.657 (ver Anexo 11.3), el desafío es que los sujetos de derecho puedan exigir su cumplimiento, y sólo se podrá aplicar un tratamiento involuntario cuando esté en riesgo la vida de sí o de terceros. El protagonismo que otorga al Psicólogo (al tener que contar con la firma de éste para que se lleve a cabo la internación) también conlleva mayores responsabilidades.

Uno de los objetivos de la salud mental es hacer algo por el enfermo mental, llevándolo a condiciones más humanas y con ello a una mayor proporción de curaciones. Otro objetivo es que el diagnóstico de las enfermedades mentales sea precoz posibilitando una alta tasa de curaciones y un tercer objetivo es la profilaxis o prevención de las enfermedades mentales, lo

---

<sup>5</sup> García de Amusquibar, A. (1992). *Urgencias Psiquiátricas*. Revista Argentina de Psicopatología, p: 3-10.

que supone actuar antes de que éstas hagan su aparición y, en consecuencia, las evita.

La salud mental en una institución debe funcionar engranada o incluida en el proceso regular o habitual de la misma, y no transformarse en una superestructura superpuesta. Los sucesos se deben encarar en función de la problemática institucional.

El hospital como institución es un sitio donde se desarrolla una tarea altamente ansiógena, como lo es el contacto diario con los problemas de la enfermedad y la muerte, crea necesariamente en el equipo médico y auxiliares comportamientos defensivos de distinto tipo, entre los cuales nos interesan particularmente los que el psicólogo debe atender en su tarea institucional.

### **Estrés Laboral: identidad de sí – identidad de rol**

Pérez Jáuregui (2005)<sup>6</sup> analiza la cuestión del **sentido de la existencia laboral** y el modo en que se va construyendo esa particular trama que se teje entre el hombre y el mundo a partir de nuestro mundo interior. La autora reflexiona en torno a los interrogantes: ¿cuál es el límite de nuestras capacidades para adaptarnos a las exigencias propias y de la organización? ¿Cuánto y cómo nos exigimos y nos exigen? ¿Cuál es el costo que las condiciones de trabajo y la índole que tiene nuestra tarea sobre nuestra salud o la de quienes nos rodean? ¿Es nuestro trabajo fuente de satisfacción o de sensaciones de monotonía y vacío?

Para avanzar en esta línea, la autora observó los modos de presentación de las personas y encontró que con frecuencia, ante la pregunta “¿quién eres?” la respuesta porta una significación vinculada a “¿qué haces o de

---

<sup>6</sup> Pérez Jáuregui, I. (2005) *Burn-Out y estrés Laboral. Sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para afrontarlo*. Cap.2 y 4. Psicoteca Editorial.

qué trabajas?”. Para comprender la relación que da lugar a esta traducción de sentido, adopta en su trabajo la clasificación de Kraus (1985) que describe los conceptos de **identidad de sí** (aspecto más internalizado, vivencial, oculto de las miradas de los otros, lo que la persona siente y percibe que es), y la **identidad de rol** (aspecto más externalizado, comportamental, lo que los demás pueden ver, y conocer fácilmente acerca de una persona). Valiéndose de estos conceptos, la autora realiza distinciones sobre la problemática de la persona atravesada por una situación de estrés laboral, partiendo del **interjuego de la identidad de sí con la del rol**. El comportamiento que manifiesta un crecimiento desmedido de la identidad de rol en desmedro de la identidad de sí se manifiesta en el **estrés laboral**.

## **Burn Out. Algunas definiciones y características**

Desde la perspectiva de Pérez Jáuregui<sup>7</sup>, el síndrome de **burn out** es el resultado del fracaso en la búsqueda de dar sentido a la vida. Afecta especialmente a personas altamente motivadas hacia su trabajo. Cuando esta alta motivación no se da, aparecen otras patologías, como depresión, alienación, estrés o fatiga, pero no *burn out*.

La autora define al síndrome de *burn out* como una **modalidad laboral sobreadaptada**. El proyecto de vida laboral implica una adaptación excesiva a los requerimientos del mundo externo, es una actividad sacrificada y sostenida a lo largo del tiempo, en desmedro de su persona. El sujeto busca responder con gran autoexigencia. Esta modalidad laboral responde exitosamente a las exigencias de una sociedad como la actual, altamente competitiva y despersonalizante.

El *burn out* se trata precisamente del sufrimiento debido a la sobreadaptación de la personalidad al trabajo en organizaciones laborales

---

<sup>7</sup> Pérez Jáuregui, I. (2005) Op. Cit.

caracterizadas por **sobreexigencia** y **condiciones perturbadoras** ya sea en lo remunerativo o por exceso y complejidad de tareas y horarios, hostilidad en el trato, poco estímulo y valoración a la personas, informaciones insuficientes, ambiguas, contradictorias, poco margen para la creatividad.

En ocasiones graves los sujetos tienden a la disociación y a la creación de un falso *self* que le impide ver la realidad, mostrando un yo fuerte, en apariencia exitoso laboralmente y con una identidad social destacada, aunque empobrecido en el plano afectivo. Experimentan fortaleza yoica por la diversidad de roles que tuvieron que desempeñar, con características de omnipotencia respecto de su trabajo y su desempeño laboral. En el trasfondo su personalidad es pasiva respecto de las exigencias externas proceso en el cual no participó su interioridad, la cual se halla postergada, delegada, pues no le puede asegurar la admiración y la aceptación indemne de su yo ideal.

En las patologías psicosomáticas que aparecen en el curso del síndrome, se expresan esas necesidades básicas en la sintomatología pluridimensional que las caracteriza. Necesidades que no fueron suficientemente satisfechas en su medio familiar por haber pertenecido a un medio familiar y social en que faltó esa protección y cuidado. Son pacientes que tuvieron que asumir desde pequeños un papel de supremacía, de poder y control delegado en ellos por sus padres, que aseguraba un ansiado ascenso social y económico.

Gil Monte, P. (2005)<sup>8</sup> define las **relaciones interpersonales**, en especial con los clientes de la organización, como la principal fuente de estrés que origina el desarrollo hacia el SQT (síndrome de quemarse por el trabajo). Clientes o personas que tienen problemas o son problemáticas o demandan algún tipo de ayuda, y conllevan una exigencia desmedida y una tensión para los componentes emocionales y cognitivos de la psique. Desde este enfoque se

---

<sup>8</sup> Gil Monte, P. (2005): *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burn out), una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid. Pirámide.

utiliza el término “quemarse por el trabajo” o “quemarse en el trabajo” denominando a la respuesta al estrés laboral crónico característico de las profesiones de ayuda.

Un estudio realizado por Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Lodieu, M.<sup>9</sup> indica que el *burn out* se ha asociado en mayor medida al **género femenino**, con una mayor incidencia entre las mujeres. Una explicación puede encontrarse en el hecho de que las mujeres por lo general reportan un nivel significativamente más alto de trabajo, de conflicto, de la familia, probablemente debido a la todavía expectativa arraigada en algunas sociedades que las mujeres deberían pasar más tiempo en actividades de la familia.

Asimismo, según las autoras, el estrés se percibe de forma diferente entre **directivos y subordinados**, porque los gerentes por lo general tienen más influencia y más oportunidades para el ajuste de su trabajo. Como consecuencia, los subordinados por lo general tienen un mayor nivel de síntomas de agotamiento que los gerentes.

Por otro lado mencionan que las **políticas neoliberales** al provocar desempleo y marginación determinan que amplios sectores poblaciones presenten problemáticas de salud y carencias en las condiciones cotidianas de vida que dificultan el logro de objetivos terapéuticos. Este interjuego negativo entre el deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas, y la problemática compleja de los usuarios de los servicios de salud impacta tanto a nivel de la salud de los efectores de salud como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica, y en problemas organizativos.

---

<sup>9</sup> Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et. al. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Cap III: Trabajo y subjetividad. Buenos Aires: EUDEBA.

Maslach y Jackson (1981)<sup>10</sup>, son los autores cuya definición de **burn out** ha logrado mayor aceptación científica. Definen el **estrés laboral asistencial** como una respuesta disfuncional frecuente en individuos que trabajan en servicios asistenciales y educativos. Identificaron factores o indicadores de la presencia del trastorno.

## Componentes del síndrome de Burn out

1. **Cansancio emocional (EE)**: definido como desgaste, agotamiento, fatiga, y que puede manifestarse tanto física como psíquicamente, vaciamiento de los recursos emocionales y personales, sensación de no tener nada más que ofrecer profesionalmente.
2. **Despersonalización (DP)**: pone de manifiesto un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, especialmente beneficiarios de su trabajo, acompañado de un incremento de la irritabilidad y pérdida de motivación hacia el mismo, reacciones de distancia, cinismo u hostilidad hacia los beneficiarios del trabajo y también hacia sus compañeros de trabajo.
3. **Sentimiento de inadecuación y disminución de la realización personal en el trabajo (PA)**: se refleja en respuestas negativas hacia uno mismo y su labor, típicas de los estados depresivos, evitación de relaciones interpersonales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima. Percepción de inadaptación profesional.

De estos tres rasgos principales derivan las tres subescalas que conforman el cuestionario de evaluación MBI, para el diagnóstico de Burn Out de Maslach (Maslach Inventory, 1986). Se trata de un instrumento específico estandarizado,

---

<sup>10</sup> Maslach, C. y Jackson, S. (1981): "Burn out in organizational settings", en S. Oskamp (Ed), applied social Psychology Annual, vol 5, Beverly hill, sage.

de amplia y reconocida difusión internacional. La escala actual consta de 35 preguntas y debe ser respondido en 15 a 20 minutos. Cada ítem es valorado en términos de intensidad y frecuencia.

El **cansancio emocional** se caracteriza por una sensación de estar emocionalmente agotado, carente de la energía necesaria para prestar los servicios. Se considera un síntoma central y está influenciado por el entorno.

La **despersonalización**, también entendida como “cinismo”, es un estado en el que las personas se alejan de lo que es trabajar, lo que representa el contexto interpersonal de agotamiento. Se trata de una auto-preservación, como técnica en respuesta a la sobrecarga emocional (la distancia es una respuesta a la angustia).

Por último, los **sentimientos de ineficacia y falta de logro personal** aluden a una evaluación subjetiva hecha por el individuo, por lo general influenciado por la despersonalización. Por lo general ocurre cuando los individuos trabajan con altos estándares de atención y rendimiento, que no son capaces de cumplir, situaciones de peligro moral, en la que estamos excluidos del proceso de toma de decisiones, puede aumentar esta sensación negativa.

Useche Parada, M., Alejo, B., Torres, A. (2008)<sup>11</sup> abordan el síndrome de *burn out* como un problema psico-laboral importante debido al consecuente deterioro de la salud mental y física de los trabajadores con repercusión en la organización por la gran cantidad de síntomas psicológicos que presentan: sentimiento de impotencia frente a situaciones de la vida laboral, sentimiento de confusión e inutilidad, irritabilidad, poca atención a los detalles, aumento de ausentismo laboral, aumento de sentimiento de responsabilidad exagerada o fuera de contexto hacia la situación de enfermedad del paciente,

---

<sup>11</sup> Useche Parada, M., Alejo, B., Torres, A. (2008) *Factores de la personalidad relacionado con el Síndrome de Burn out a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina .Bogotá.

actitud negativa, rigidez, bajo nivel de entusiasmo, y llevar a la casa los problemas del trabajador. Además se informan el consumo de alcohol y drogas, como una forma de amortiguar el cansancio y agotamiento.

El estudio presenta los **factores de personalidad** que predisponen al *burn out*. Se pueden identificar a partir de la personalidad A, B y C. Los autores adoptan la definición de personalidad que da Morris (1992)<sup>12</sup> cuyo concepto refiere a patrones de pensamiento característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra. La personalidad estaría íntimamente ligada con el temperamento y el carácter.

Los factores de **personalidad tipo A** son predisponentes al *burn out*. Corresponde a un perfil psicológico de respuesta excesiva, agresiva, y tensa. Son personas competitivas, ambiciosas, hostiles. Además muestran en sus relaciones interpersonales dominancia y control, dificultad para establecer contactos sociales, pues presentan sensibilidad a la crítica, tendencia a la desconfianza e interpretan las intenciones de otros como agresiones (Useche Parada, 2008).

Los factores de **personalidad tipo B** que corresponden al *burn out* se asocian al neurotismo debido a su naturaleza totalmente negativa, las personas que experimentan los eventos de su vida más negativos que otras personas, en el trabajo lo traduce a niveles bajos de satisfacción laboral y poca satisfacción al mismo y la extroversión.

Por último, no hay factores de **personalidad C** predisponentes a *burn out*, por el contrario entre las personas introvertidas, apacibles, que controlan sus expresiones de hostilidad y con la habilidad de establecer contactos interpersonales en busca de aprobación, generan mecanismos

---

<sup>12</sup> Morris (1992) citado en Useche Parada, M., Alejo., B., Torres, A. (2008) *Op Cit*.

adecuados de afrontamiento de los agentes estresores, los que los hace poco propensos a desarrollar el síndrome.

Los autores plantean un **nuevo constructo** sobre *burn out* que abarca factores de la personalidad, aclarando que por sí solo no son estresantes, sino que encierran en su génesis el estar acompañados por condiciones adecuadas: contextos organizacionales como el diseño de puesto de trabajo, jerarquización, participación en la toma de decisiones, y satisfacción laboral; y de características personales, en cuanto al afrontamiento del agente estresor; y una adecuada relación con el contexto ambiental, generando sinergia en la relación de cada uno de estos contextos, máxime si se entiende al trabajador como un ser integral y sistémico.

## Grados de Burn Out

Para Golvarg (1996)<sup>13</sup> existen **tres grados** de *burn out* laboral, que determinan la especificidad de las acciones de abordaje y la reversibilidad de los síntomas padecidos:

1. Ocasional y de breve duración
2. Cansancio físico y emocional de duración y repercusión media
3. Síntomas crónicos de depresión

## Diferencia entre Estrés y Burn Out

A fin de comprender las características y principales indicadores del síndrome de *burn out* resulta necesario distinguirlo del concepto de estrés. Greenglass, Burke y Ondrack (1990)<sup>14</sup> diferencian estrés vital de estrés laboral

---

<sup>13</sup> Golvarg (1996) citado en Pérez Jáuregui, I. (2005) *Op. Cit.*

<sup>14</sup> Greenglass, E., Burke, R. y Ondrack, M. (1990). *A gender role perspective of coping and burnout*. *Applied Psychology. An International Review*, 39. 5-27.

(que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo). El *burn out* es encuadrado en éste último. De esta manera, el estrés vital puede entenderse como el conjunto de cambios físicos, biológicos y hormonales que experimenta nuestro organismo ante una situación demandante; es una forma de respuesta o reacción orgánica ante un estímulo específico. En el plano laboral esto remite a la relación entre las demandas profesionales y la capacidad personal para enfrentarlas. Desde esta mirada, el estrés vital no posee connotaciones negativas, sino que alude a una preparación para la acción.

La diversidad de reacciones de las personas frente a las situaciones que impone la vida laboral, sumadas a las características del contexto puede dar lugar al síndrome de *burn out*. En este caso, los trabajadores presentan una serie de síntomas físicos y emocionales, como taquicardias, dolores musculares, hipertensión, sentimiento de soledad, entre otros.

A diferencia del estrés vital –que en cierta medida puede motorizar el desarrollo de las actividades que llevan a cabo las personas en su trabajo- el *burn out* se caracteriza por una declinación del rendimiento laboral.

## **Burn Out en los Profesionales de la Salud. Antecedentes.**

Una tesis realizada por Serial, S. (2013)<sup>15</sup> titulada “Prevalencia del Síndrome de Burn out en el personal de asistencial de enfermería, en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires Argentina” describe que el personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida o muerte, su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El síndrome de *burn out* se define como respuesta al estrés laboral crónico, que afecta a las personas cuyo trabajo

---

<sup>15</sup> Serial, S. y Torre, V. (2013). *Prevalencia del Síndrome de Burn out en el personal de asistencial de enfermería, en un hospital público metropolitano de Buenos Aires Argentina*. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Psicología. Licenciatura en Psicología.

tiene como centro ayudar y aportar a otros, generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental, hasta las relaciones interpersonales conflictivas.

Según este estudio, el cansancio emocional fue más frecuente en auxiliares, profesionales con antigüedad en la profesión, y en la institución de más de 26 años, que trabaja en el turno de 6 a 12 horas, y aquellos sujetos que tienen hijos. En tanto, los niveles más altos de despersonalización corresponden a los trabajadores que son jefes de hogar, del sexo masculino y sin hijos. Por su parte la dimensión más afectada en esa población fue la Realización Personal, donde los viudos presentaron el menor índice.

En cuanto a las variables demográficas estas se correlacionan de forma estadísticamente significativa con algunas de las tres subescalas del Inventario del Burn out de Maslach. También mostraron falta de significación con relación a la edad, lugar de residencia, y la existencia de otro trabajo. Culminado el análisis de los datos se concluye que el personal no presentaba niveles altos de *burn out*.

De acuerdo con Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al (2015)<sup>16</sup> los médicos pueden ser considerados como una población en riesgo, con las tasas más altas de depresión, de ansiedad, de suicidio, de divorcio, de estrés y de agotamiento emocional que otros segmentos de la población en general. Según el estudio realizado por los autores, el papel desempeñado por los médicos requiere de muchos sacrificios que duran horas, el aislamiento de amigos y la familia, el estrés psicológico y la responsabilidad en el cuidado para los pacientes muy enfermos, la tolerancia de la incertidumbre, la falta de sueño, y enormes cargas económicas después de muchos años de costosa educación, entre otros. En este sentido, señalan que aproximadamente la mitad de los

---

<sup>16</sup> Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al. (2015) *Physician Wellbeing: A Critical Deficiency in Resilience Education and Training*. p. 9-12.

estudiantes de medicina experimentan el desgaste emocional durante los cuatro primeros años de formación.

Las autoras Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Lodieu, M. (2010)<sup>17</sup> realizaron un análisis comparativo entre guardias de distintos centros asistenciales. Desde un enfoque de epidemiología crítica, utilizaron una investigación-acción, considerando los determinantes macroestructurales. Realizaron un breve análisis de los efectos de la hegemonía neoliberal, sobre el sector salud, imprescindible para dimensionar las problemáticas subjetivas, colectivas e institucionales. Indagaron la existencia del síndrome de *burn out* en los trabajadores de la salud y exploraron las condiciones de producción de los actos de salud en los Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las autoras adoptaron para investigación la definición propuesta por Macarena Martínez y Patricia Guerra (1997)<sup>18</sup> según la cual el síndrome es el *“...resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este Síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización, Sensación de Reducido Logro Personal, y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal”*.

Esta definición amplía la de Maslach y Jackson (1981) incluyendo variables individuales, laborales y organizacionales, aunque no está presente el

---

<sup>17</sup> Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et. al. (2010). Op. Cit.

<sup>18</sup> Martínez, M. y Guerra, P. (1997) citadas por Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et. al. (2010). Op. Cit.

marco histórico y político económico, considerado en su perspectiva como un determinante estructural en la configuración de las problemáticas laborales.

Rama-Maceiras (2015)<sup>19</sup> detalla una investigación francesa que revela altos niveles de estrés, en el 29,8% de los profesionales que trabajan en el quirófano. El 69% de los irlandeses residentes en anestesiología sintieron que la presión en el trabajo había afectado a su salud y que el trabajo relacionado al estrés causado que puedan desempeñar esta debajo de lo óptimo.

Las puntuaciones más altas de la fatiga se muestran en los anestesiólogos que en otros empleados o incluso son pacientes diabéticos, y una correlación positiva entre la fatiga y la angustia psicológica se observó en los anestesiólogos. El estrés en el trabajo de uno es a veces necesario y beneficioso para mejorar el nivel de alerta. Además, genera -después de superarla- un sentido de ser exitoso y capaz de hacer frente a la demanda.

## Resiliencia

La **resiliencia** supone dos funciones complementarias: la preventiva (resistencia a la adversidad) y la correctiva (hacer frente con eficacia en situaciones traumáticas). Cuanto más una persona comparte con otros (amigos, familia, mentores, compañeros y otras figuras importantes a lo largo de la vida) más habilidades son aprendidas, habilidades que mejoran la prevención y afrontamiento. Tales habilidades incluyen la capacidad de comunicarse con eficacia y utilizar la ayuda de los demás hacia la construcción de medios de prevenir o tratar eficazmente con dificultad.

Cuanto más un individuo es consciente de sus fortalezas, debilidades y vulnerabilidades, mejor se posiciona a ser resiliente. Además, el

---

<sup>19</sup> Rama-Maceiras, P. y Kranke, P. (2015). Op. Cit.

conocimiento del entorno, la cultura, y otras influencias en la sociedad resultan cruciales en la construcción de resiliencia (Zwack y Schweitzer, 2013)<sup>20</sup>.

## **El fortalecimiento de la resiliencia de médicos**

Promover la resiliencia como una necesidad y componente básico del profesionalismo supone un cambio de actitud entre los médicos que puede influir también en las estructuras institucionales y las políticas del sector. Asimismo, en la formación profesional deben impartirse no sólo los conocimientos médicos sino también las habilidades que permitan afrontar situaciones en la práctica laboral. Esto implica considerar el impacto del cambio de identidad del "laico" al "doctor", los retos en la vida personal y profesional, la gestión de la incertidumbre y la ambigüedad, el cuidado de los pacientes difíciles, el trabajo en equipos disfuncionales, la posibilidad de hacer frente a resultados fallidos, entre otras habilidades. En este sentido se podrá revisar las prácticas institucionales que favorecen el *burn out* y favorecer la búsqueda de fuentes personales de renovación (Beresin ,E. V. Milligan ,Tracey A.,Balon ,et al: 2015)<sup>21</sup>.

Roberts et al. (2011)<sup>22</sup> han demostrado que la empatía, la compasión, la sintonía, y la comunicación pueden ser alimentadas mediante la reflexión sobre la experiencia de uno con la enfermedad, ya sea personalmente o en un ser querido, con módulos sobre nutrición, ejercicio, y sano desarrollo de dieta en la licenciatura médica y educación de postgrado.

---

<sup>20</sup> Zwack y Schweitzer (2013) Citado en Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al. (2015) Physician Wellbeing: A Critical Deficiency in Resilience Education and Training. p. 9-12.

<sup>21</sup> Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al. (2015) Op. Cit.

<sup>22</sup> Roberts et al. (2011) Citado en Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al. (2015) Op. Cit.

## Escala de Resiliencia

Munist et al<sup>23</sup>, en “Propiedades Psicométricas de la Escala de Resiliencia” define la resiliencia como *“la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”*.

Para la medición de esta capacidad proponen la **Escala de Resiliencia (ER)** que consta de 25 ítems: diecisiete evalúan el área de “competencia personal”, y ocho la “aceptación de sí mismo y de la vida“. Se probó su eficacia para la población argentina. La muestra estuvo compuesta por 222 argentinos (152 mujeres y 70 hombres). El rango de edad fue de 18 a 70 años. En el análisis factorial fueron extraídos tres factores (capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida, y evitación cognitiva) que explican la varianza. La resistencia interna concluye que según Alfa de Cronbach de la ER fue de 0.72 por lo que es confiable para su aplicación en la población Argentina.

## Naturalización y Quiebre de la Resiliencia

Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Lodieu, M. (2010)<sup>24</sup> expresan que las modalidades de afrontamiento singulares son conductas que le permiten al profesional enfrentar las situaciones-problema con eficacia. Fue tomada la definición de Suárez Ojeda, (1996) sobre resiliencia, como *“capacidad del ser humano para transformar factores adversos en elementos de estímulo y de proyección”*. Sin embargo esta capacidad no aparece explícitamente en los relatos de los profesionales, más bien lo que pudo sistematizarse es un **proceso de naturalización y/o el quiebre de la resiliencia**. La **naturalización** es un proceso que se produce a lo largo de la formación profesional y que transforma

---

<sup>23</sup> Munist et al, citado en Rodríguez, M., Pereyra, M., Gil, E., al et. (1993) *Propiedades Psicométricas de la Escala de Resiliencia versión Argentina, de Walding y Young*. Facultad de Ciencias Humanas San Luis, Argentina.

<sup>24</sup> Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et. al. (2010). Op. Cit.

en natural o habitual lo estresante de la práctica sanitaria. Analizaron de ese hecho considerar que esa naturalización dificulta realizar la “evaluación cognitiva” del estrés y del desgaste laboral e instrumentar recursos saludables para el afrontamiento.

## **Estrategias de Prevención y Mejora**

Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Lodieu, M. (2010)<sup>25</sup> concluyen en su investigación que la promoción y prevención de la salud de los que cuidan la salud de la población, implica propiciar espacios que faciliten el reconocimiento de los condicionantes de la fragmentación y alienación del colectivo de trabajo y la producción de nuevas formas de relación intra e inter equipo y con los usuarios de salud.

La elaboración de proyectos comunes, la posibilidad de imaginar cambios y la circulación grupal de convergencias y diferencias favorecen los psicodinamismos grupales y opera positivamente al viabilizar el reconocimiento y la valorización del otro y promueve subjetividades creativas y responsables. Una dinámica que impida la repetición, la fragmentación y el sometimiento a las lógicas verticalistas de la organización del trabajo, iluminará estrategias preventivas del Síndrome de *burn out* y propiciaría condiciones más favorables en la producción de los actos de salud. En estas acciones el protagonismo debe partir de los actores del sector.

Por su parte, Rama -Maceiras, y Kranke (2015)<sup>26</sup> especifican que hay una falta de pruebas definitivas para guiar el manejo del estrés y *burn out* en profesionales de la medicina en general y en anestesiología en particular. Se necesitan estudios longitudinales y una mejor manera de intervención para determinar las formas de acción. Mientras tanto, la creación de un clima de

---

<sup>25</sup> Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et. al. (2010). Op. Cit.

<sup>26</sup> Rama-Maceiras, P. y Kranke, P. (2015). Op. Cit.

trabajo positivo y el apoyo institucional así como promover el control sobre el trabajo y la autonomía de los empleados son las estrategias más recomendadas. Los trabajadores también deben aprender a lidiar con el estrés y la práctica de estrategias personales de bienestar y la capacidad de resistencia para luchar contra el agotamiento.

## 4. Justificación del Proyecto

### 4.1. Objetivo General

Evaluar la incidencia de *burn out* en los Profesionales de salud de la División Toxicología del Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández” de Buenos Aires, así como las causas que lo generan y las consecuencias de la exposición en la salud de los profesionales, dando cuenta de su relación con la capacidad de resiliencia en aquellos que no enferman.

### 4.2. Objetivos Específicos

- Distinguir las manifestaciones de *burn out* en sus diferentes grados, en los profesionales abarcados por este estudio.
- Identificar los tipos de afecciones orgánicas más relevantes en los profesionales de salud.
- Reconocer las fases de *burn out* más frecuentes en los profesionales de la salud.
- Identificar factores de riesgo existentes en los profesionales de la salud.
- Analizar la relación entre la capacidad de resiliencia y la presencia de *burn out* en los profesionales de la salud.

### 4.3. Alcance de la investigación

La presente investigación se centrará en el caso de los profesionales de la salud que se desempeñan en el Hospital de Agudos “Juan A. Fernández”, división de Toxicología, entre los meses de octubre y diciembre de 2016. Se buscará identificar aquellos factores que favorecen el desarrollo de *burn out*, considerando el clima laboral que se vive en la institución, las

características de la labor que allí se desarrolla, los principales rasgos de los pacientes que asisten y la propia historia de los profesionales entrevistados durante el estudio de campo.

El clima laboral es uno de los factores que contribuye a la formación de *Burn Out* en los profesionales de salud. Hodgetts y Altman (1985)<sup>27</sup> definen al clima laboral como *"un conjunto de características del lugar de trabajo, percibidas por los individuos que trabajan en ese lugar y sirven como fuerza primordial para influir en su conducta de trabajo"* (1985, p. 376). Por su parte, Rodríguez (2001)<sup>28</sup> define el clima laboral como *"las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan dicho trabajo"* (p. 159). El clima laboral se caracteriza entonces por dar cuenta de la percepción que poseen los trabajadores en relación con el ambiente en el cual desarrollan sus actividades. En modo en que se configura esta percepción está determinado por las relaciones entre los miembros de la organización y su conocimiento mutuo. De acuerdo con Juárez-Adauta (2012, p. 307)<sup>29</sup>, *"los climas no deben considerarse como estilos cognitivos o mapas lógicos. Más bien son esquemas colectivos de significado, establecidos a través de las interacciones desarrolladas en las prácticas organizacionales."*

A la creciente demanda en el desarrollo de sus funciones se suma el avance científico y tecnológico que impone un contexto donde todo es fácil y de rápido alcance, en palabras de Bauman (1999), una modernidad líquida. Basados en esta línea de pensamiento, la intolerancia a la espera de parte de

---

<sup>27</sup> Hodgetts, R. M. y Altman, S. (1985) Comportamiento en las organizaciones. (6ª ed). México: Interamericana SA de CV.

<sup>28</sup> Rodríguez, D. (2001) Diagnóstico Organizacional. (3ª ed) México: Alfaomega.

<sup>29</sup> Juárez-Adauta S. (2012) Clima organizacional y satisfacción laboral, recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4577/457745495014/>

los pacientes ocasiona una fuerte presión en los profesionales de la salud, que se ven insertos en un escenario de gran complejidad.

Al mismo tiempo, los profesionales de la salud se ven involucrados en las problemáticas y dificultades de la vida de los pacientes y sus familias, a las cuales están expuestos durante muchas horas en forma diaria. Este contexto demandante se agrava por las condiciones físicas y psicológicas de los pacientes, que generalmente presentan –además de la problemática toxicológica- un problema de salud mental de base.

Por otra parte, los profesionales padecen diversos síntomas que abarcan aspectos físicos pero también mentales y emocionales. Según Rama-Maceiras (2015)<sup>30</sup> los síntomas varían su grado de severidad de persona a persona, pero ejercen su efecto en dos planos: el plano profesional y el plano personal. En cuanto a la esfera profesional, el autor sostiene que se observa una alteración en el rendimiento en el trabajo, una baja adhesión de los pacientes al tratamiento, una tendencia a dejar la práctica y falta de empatía hacia el paciente. En lo personal, Rama-Maceiras describe la presencia de problemas de salud, que incluyen trastornos del sueño, ansiedad, fatiga, irritabilidad, trastornos gastrointestinales, problemas de memoria e hipertensión. Asimismo se encuentran signos de agotamiento, conflictos interpersonales, dificultades maritales, consumo de drogas, abuso de alcohol, aumento de la tasa de accidentes, ideas suicidas y depresión. (Rama-Maceiras, P. y Kranke, P., 2015)

Asimismo, el alto nivel de responsabilidad, las exigencias de las relaciones interpersonales y la imprevisibilidad del trabajo configuran un clima laboral complejo que aumenta el riesgo de presentar *burn out*. En este sentido, los profesionales están expuestos a una vigilancia sostenida, presión de

---

<sup>30</sup> Rama-Maceiras, P. y Kranke, P. (2015). Op. Cit.

asistencia y del cumplimiento de las normativas institucionales, acompañados de un fuerte temor a un litigio e inmersos en un contexto social que no logra brindar atención en tiempo y forma a los pacientes debido a las derivaciones que reciben desde múltiples organismos (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico –SEDRONAR-, Administración Nacional de Aviación Civil (ANAC), American Society of Anesthesiologists (ASA), entre otros) sumadas a la demanda espontánea para admisión o readmisión de pacientes.

#### **4.4. Limitaciones y supuestos**

Teniendo en cuenta que el estudio se realiza a profesionales de la salud de manera voluntaria, se previó recolectar datos en todos los turnos del Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández” de Buenos Aires, división de Toxicología, en los meses de octubre a diciembre de 2016, asegurando una muestra válida para el posterior análisis de un estudio correlacional que permitiera determinar cómo se relacionan o vinculan el *burn out* y la capacidad de Resiliencia entre sí.

Frente al supuesto de que los profesionales de salud estuviesen atravesando *burn out* y contasen con escaso tiempo para auto administrarse el inventario de Maslach y de Resiliencia, se dispuso de 200 horas en el transcurso de dos meses para dispersarse en el campo donde se llevó a cabo la recolección de datos.

#### **4.5. Relevancia de la Investigación**

Numerosas investigaciones científicas han demostrado que el síndrome de *burn out* está en aumento, y se presenta de manera persistente en el tiempo. La posibilidad de identificar los síntomas o señales del *burn out*

disminuye las consecuencias desafortunadas relativas a la atención directa de los pacientes, mejorando al mismo tiempo el funcionamiento de la institución y la relación entre pares, lo cual impacta positivamente en el bienestar de todo el equipo de salud del hospital y en el desempeño profesional.

Conocer la relación entre el desarrollo del *burn out* y la capacidad de resiliencia en los profesionales de la salud resulta indispensable para el diseño de estrategias de intervención adecuadas, tendientes a la mejora de la salud de los profesionales que se desempeñan en los centros asistenciales, entendiendo que esto impacta también en una mejor calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

#### **4.6. Resultados Esperados**

A través de esta investigación realizada a los profesionales se anhela identificar la presencia real de *burn out* y el grado de alta resiliencia, mejorando sus capacidades de reconocer y afrontar el síndrome de *burn out*.

La resiliencia se presentará en estos profesionales como un recurso interno efectivo para enfrentar la adversidad pero también para la promoción de la salud mental, emocional y física.

El estudio realizado en campo permitirá dar cuenta de las relaciones entre *burn out* y resiliencia, revelando aquellos factores que inciden en el desarrollo del estrés laboral y el potencial que poseen las personas resilientes para mejorar o evitar este trastorno.

Los resultados de este estudio resultarán un insumo de interés para el diseño de estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud, aumentando el bienestar personal de los profesionales de la salud así como

hacia los pacientes, colegas y familias. De esta manera, podrán desempeñarse de forma objetiva, empática, e inteligente, siendo capaces de aliviar y acompañar a otros en el sufrimiento.

## 5. Diseño Metodológico

El tipo de estudio seleccionado tiene un enfoque cualitativo, es un estudio de campo, con diseño exploratorio, en un tiempo sincrónico, transversal, prospectivo, llevado a cabo en el Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”, División Toxicología, de la Ciudad de Buenos Aires, entre los meses de octubre y diciembre de 2016.

### 5.1. Características del Período de Relevamiento

El acceso al campo fue artesanal, el portero fue Bruno Barborini, administrativo de la guardia de Emergentología del Hospital General de Agudos “Juan Fernández”, Departamento de urgencias, División Toxicología. Como la bibliografía lo menciona, negociar el acceso al mismo llevó su tiempo de maduración y espera entre las notas de presentación, los seguros de vida de cobertura hacia el alumno, y la aprobación del asesor respecto al protocolo de investigación, pasando luego a la entrevista con el Jefe del Servicio de Toxicología, Dr. Carlos Damin, quien me asignó como referente al Coordinador del equipo de Psicología, Lic. Carlos Greco.

A dos semanas de iniciado el trabajo de campo, se había establecido un *rapport*. Los miembros del servicio de toxicología se habían habituado a mi presencia y tenían conocimiento de que estaba allí con el objetivo de realizar un trabajo integrador final correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología. Pude percibir que el servicio es abierto a la presencia de alumnos, pasantes, concurrentes y residentes, ya que quienes iban presentándose, inmediatamente preguntaban si correspondía a Psicología o Psiquiatría. Algunos de ellos ahondaban preguntando acerca del tema de la investigación y el método que se emplearía, ofreciéndome bibliografía o trabajos propios del profesional. Otros colaboraban haciéndome participar de las entrevistas de admisión, en

consultorios externos, o visitas a la sala de internación, entrevistas a familiares de pacientes internados y distintos talleres que se brindan en el servicio.

Ir conociendo el terreno, acercarme a los profesionales del equipo de salud, llevó a entablar lazos de empatía, y la adopción de una chaqueta blanca para mi ingreso diario al campo, respetando las normas y los horarios de interacción del escenario, aportando desde la humildad e interés sincero para lograr una buena interacción.

El servicio depende del Departamento de Urgencias, División Toxicología. Los pacientes llegan al servicio de toxicología por diferentes causas, entre ellas: “consumo problemático” (toxicomanía, exceso de consumo, sobredosis, consumos de sustancias: cocaína, alcohol), abstinencia, tolerancia, abuso, dependencia, que requiere de la intervención de más de una disciplina. En este sentido, se emplea la **interdisciplina** como método de trabajo. Desde ahí los pacientes pueden ser redirigidos a comunidades terapéuticas (si necesitan mayor contención y en forma diaria) o consultorios externos (tratamiento ambulatorio). (Ver en Anexo el registro fotográfico del circuito de admisiones y derivaciones del servicio).

## 5.2. Población y Muestra

La población abarcada por este estudio incluye 40 casos, y está compuesta por los siguientes profesionales del Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”, División Toxicología, pertenecientes a distintos turnos (mañana, tarde, noche, y sábados, domingos y feriados): 18 enfermeros, 8 psicólogos, 2 médicos psiquiatras, 11 toxicólogos y 1 sociólogo.

Se seleccionó una muestra no probabilística, intencional, ya que se eligieron las unidades observables de forma arbitraria designada por la característica de ser profesional de salud.

| Muestra |   |  |
|---------|---|--|
|         | Ciudad de Buenos Aires.                               | • <b>N:</b> 40   |
|         | División de Toxicología del Hospital Fernández.       | • <b>Criterio de Inclusión:</b> Profesional de salud, participación voluntaria, con más de un año de ejercicio en la profesión que pertenezca al Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, División Toxicología de la Ciudad de Buenos Aires, de todos los turnos (turno mañana, tarde, noches y francos). |
|         | 40 Profesionales de la Salud de los distintos turnos. |  |
|         | Participación Voluntaria.                             |  |

• **Criterio de Exclusión:** Quienes no sean profesionales de salud, quienes no posean más de un año de ejercicio en la profesión y los pertenecientes a otros servicios.

• **Criterio témporo-espacial:** La investigación se realizó en el Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”, División Toxicología, sito en calle Cerviño 3356 de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires, entre los meses de octubre a diciembre de 2016. Se ha seleccionado este sitio a fin de determinar la población de profesionales de la salud afectados por *burn out*.

• **Criterio Ético y Legal:** El presente trabajo no representa riesgo alguno para los involucrados voluntariamente, debido a que no se lleva a cabo ninguna intervención invasiva. A los integrantes voluntarios que conforman la muestra se les garantiza confidencialidad.

### 5.3. Técnicas e Instrumentos

La información relevada durante el estudio está compuesta por diversos tipos de datos, obtenidos a través de diferentes técnicas:

- **Datos Descriptivos:** Se incluye la caracterización de la institución y aquellos datos derivados de la búsqueda de información acerca de la misma en distintas fuentes.
- **Datos Numéricos:** Son aquellos que permiten identificar cómo está compuesta la muestra, cantidad de profesionales y sus perfiles, así como los obtenidos a través del relevamiento realizado.
- **Observaciones de Campo:** Incluye la información obtenida a partir del registro de lo observado durante la estancia en el hospital.

Asimismo, para la recolección de datos se administró una **encuesta estructurada**, a fin de caracterizar la población abarcada e identificar algunos indicadores que den cuenta de una predisposición para el desarrollo del síndrome de *burn out*. Entre ellas: edad, sexo, cantidad de trabajos, signos y síntomas con los que inicia el síndrome.

Por otra parte, se ha utilizado como **instrumento de medición** el Inventario de *Burn Out* de Maslach (MBI). Este instrumento proporciona fiabilidad cercana al 90% y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre las dimensiones del síndrome de *burn out*. Se realiza en 10 a 15 minutos. La escala que se establece para esta investigación es puntuación nominal, cuyo valor otorgará el riesgo de *burn out*.

| ASPECTO EVALUADO             | RESPUESTA A SUMAR     | SUBESCALAS  | PUNTUACIÓN MÁXIMA |
|------------------------------|-----------------------|---|-------------------|
| <b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b> | 1,2,3,6,8,13,14,16,20 | Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. | 54                |
| <b>DESPERSONALIZACIÓN</b>    | 5,10,11,15,22         | Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. | 30                |
| <b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>  | 4,7,9,12,17,18,19,21  | Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.     | 48                |

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo". Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

Por último, se utiliza la **Escala de Resiliencia (ER)** de Wagnild y Young que consta de 25 ítems, de los cuales diecisiete evalúan "Competencia

Personal” y ocho “Aceptación de sí mismo y de la vida”. Se trata de un instrumento confiable y validado para la población Argentina. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntos de la escala. Los valores teóricos van desde 25 a 175:

| <b>CAPACIDAD DE RESILIENCIA</b> | <b>VALOR</b> |
|---------------------------------|--------------|
| <b>MAYOR</b>                    | >147         |
| <b>MODERADA</b>                 | 121-146      |
| <b>ESCASA</b>                   | <121         |

#### **5.4. Metodología de Análisis**

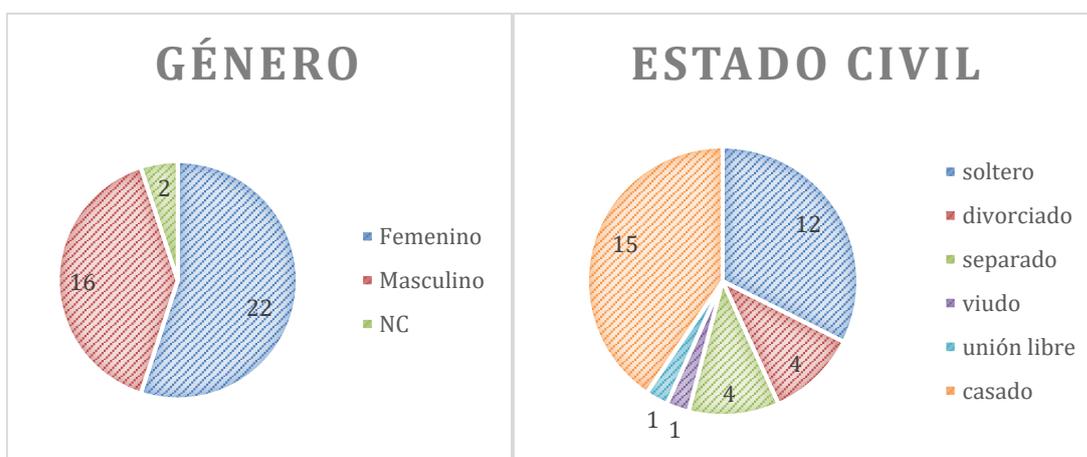
En base a los datos recolectados durante el proceso de investigación se efectuará la correlación de los datos con sus respectivos gráficos y un posterior análisis cualitativo que integrará el marco teórico.

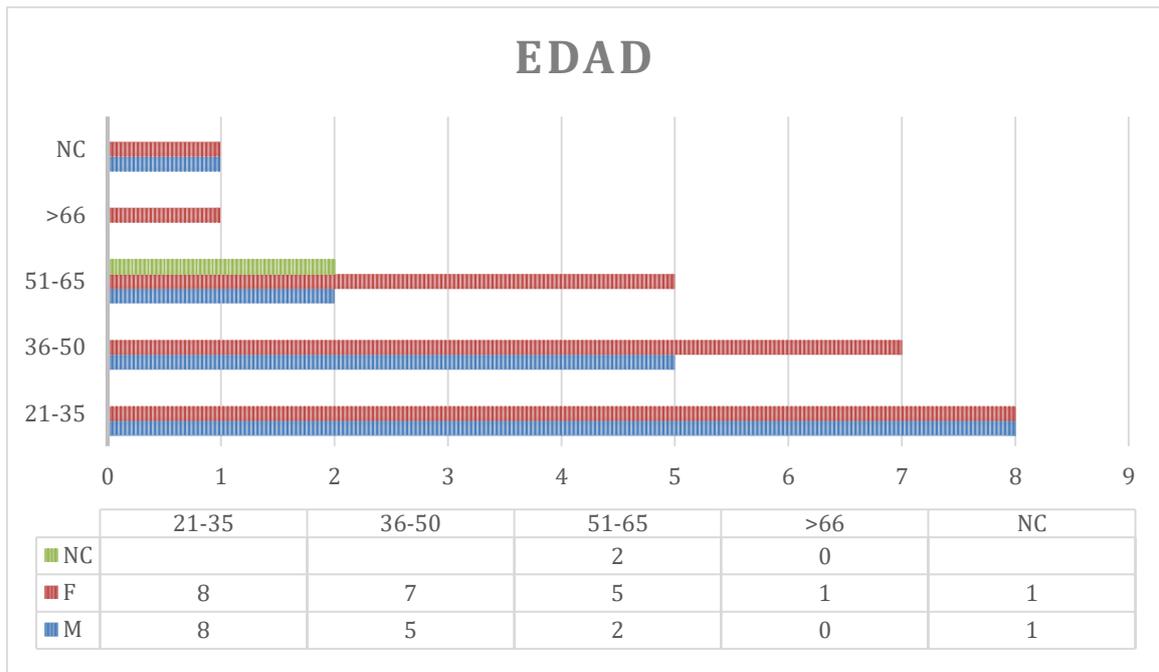
## 6. Análisis de Datos Relevantados

En el presente apartado se buscará profundizar en el análisis de los datos recolectados durante el estudio de campo realizado en el Hospital Fernández, división Toxicología, entre octubre y diciembre de 2016. Para ello se utilizarán los conceptos desplegados en el marco teórico, articulando además con las observaciones realizadas *in situ*.

### 6.1. Perfil socio-demográfico de la muestra

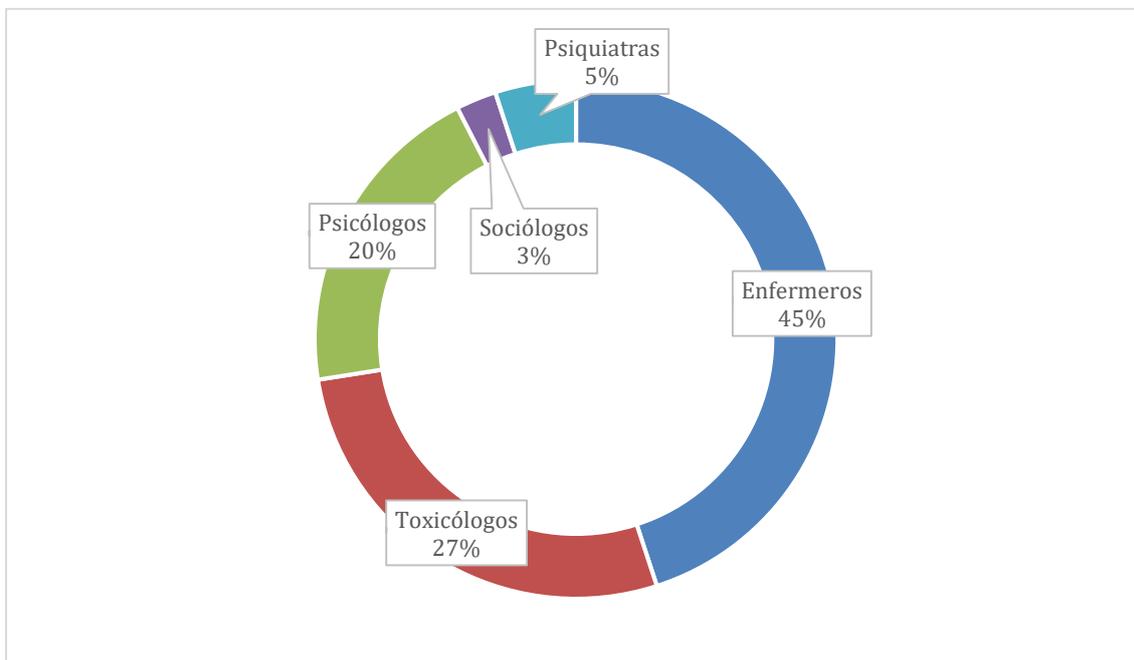
Para empezar, se muestra el perfil socio-demográfico de las personas abarcadas en la muestra, a través de los siguientes gráficos.





El rango de edad en la población femenina fue de 71 a 22 años .En el género masculino el rango de edad fue de 55 a 25 años. La edad promedio es de 37,7 años.

Las profesiones de la población abarcada por la muestra se distribuyen de acuerdo con los siguientes porcentajes:



Es preciso recordar que la participación fue voluntaria por lo cual se incluyen únicamente los profesionales que participaron del estudio, y no la totalidad de los trabajadores del sector.

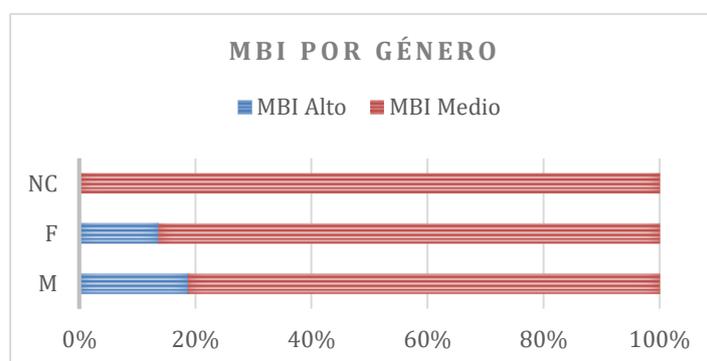
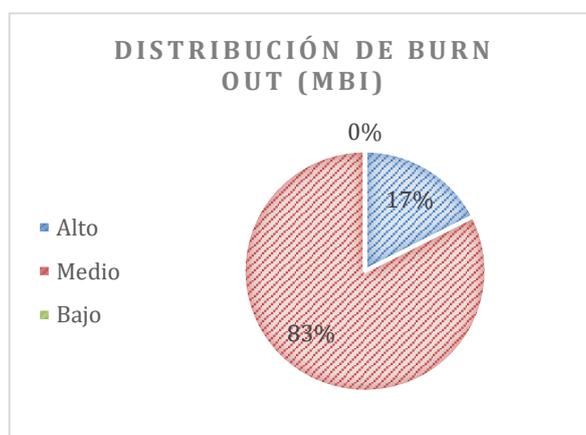
## 6.2. Resultados MBI

A continuación se avanzará en la presentación de los resultados obtenidos a partir de la implementación de dos instrumentos, por un lado, la medición del síndrome de *burn out*, utilizando el Inventario de Maslach (MBI) y, por otro lado, la escala de resiliencia, sobre una población de 40 profesionales.

En cuanto a la distribución del síndrome de *burn out*, la siguiente tabla presenta los resultados obtenidos:

| MBI                  | >75 alto | 75-25 medio | <25 bajo |
|----------------------|----------|-------------|----------|
| <b>Población: 40</b> | 7        | 33          | 0        |

De la tabla anterior se desprende que sólo 7 profesionales entrevistados presentaron un alto nivel de Burn Out. De una muestra de 40, 33 de ellos presentan un índice medio de MBI. La distribución por género no presenta diferencias significativas, aunque la incidencia del nivel alto de MBI es levemente mayor en los hombres que en las mujeres.

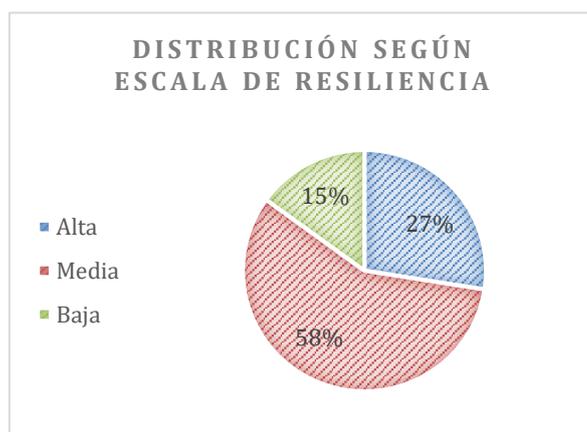


Si consideramos los tres grados de Burn Out propuestos por Golvarg (1996)<sup>31</sup> podemos señalar la mayor incidencia de un cansancio físico y emocional de duración y repercusión media, en la medida que la mayoría de los encuestados presentaría un nivel medio de burn out, según el inventario de Malasch. Una pequeña porción de la población abarcada en la muestra, por su parte, estaría dentro de lo que Golvarg llama “síntomas crónicos de depresión”, por presentar un grado elevado de burn out.

### 6.3. Resultados ER

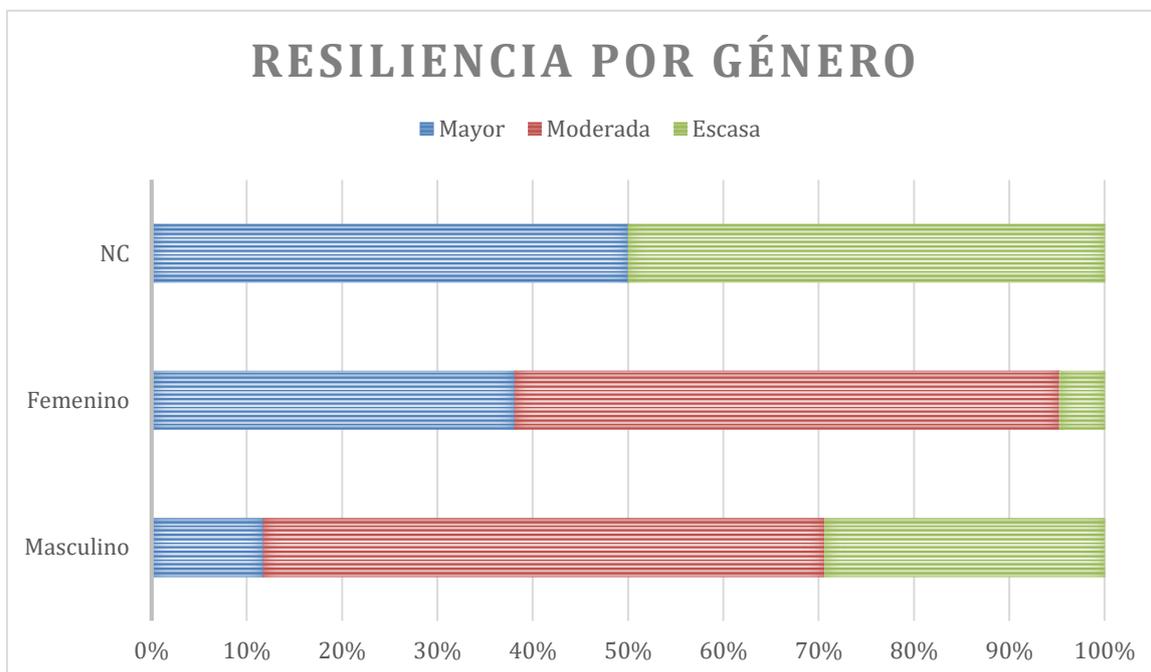
Respecto a la Escala de Resiliencia, los resultados fueron los siguientes:

| ER                   | Alta (>147) | Media (121-146) | Baja (<121) |
|----------------------|-------------|-----------------|-------------|
| <b>Población: 40</b> | 11          | 23              | 6           |



<sup>31</sup> Golvarg (1996) citado en Pérez Jáuregui, I. (2005) *Op. Cit.*

De una muestra de 40, 23 de ellos presentaron Resiliencia media, mientras que 11 una resiliencia alta y sólo 6 resiliencia baja.



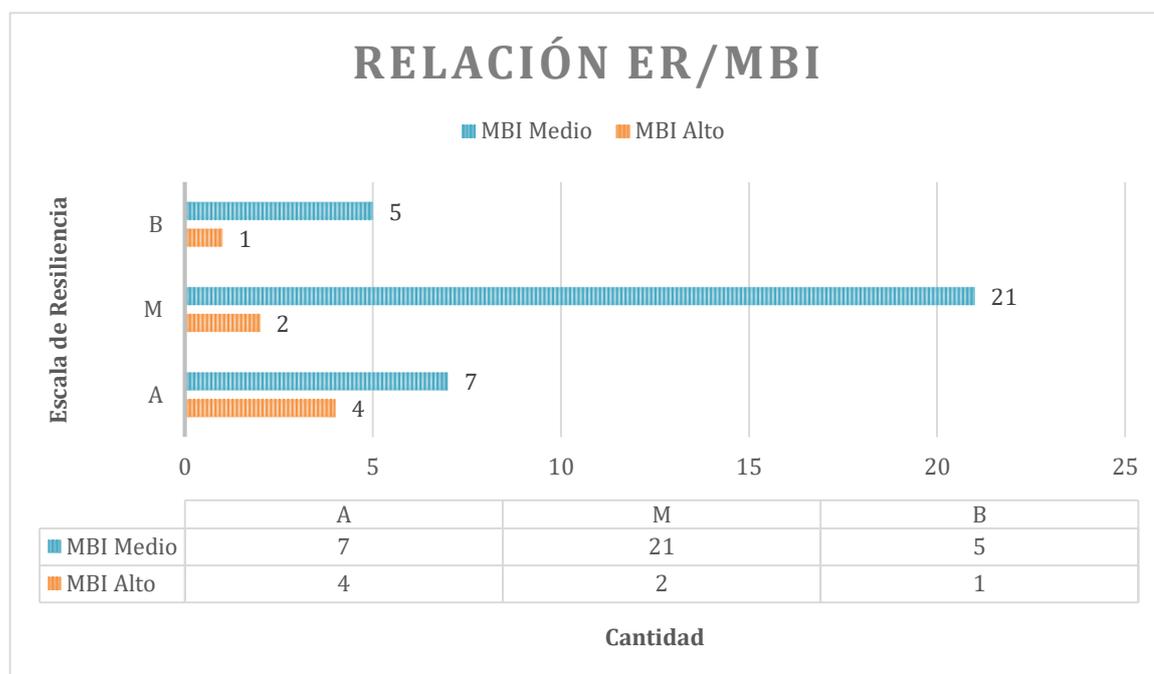
Como puede observarse en el gráfico anterior, la mayor resiliencia aparece en las mujeres, mientras que los hombres presentan moderados o escasos niveles de resiliencia.

Un primer análisis a partir de estos datos muestra la presencia de cierto nivel de burn out en la totalidad de la población, aunque sólo un 15% padecería un alto grado del síndrome. Al mismo tiempo, se observa a grandes rasgos una resiliencia media y alta en una importante porción de los voluntarios participantes, mientras que un escaso 18% tendría un bajo nivel de resiliencia. Si bien no puede establecerse una correspondencia directa entre los casos de mayor burn out y los de menor resiliencia, es posible inferir que las personas mediana o mayormente resilientes contarían con herramientas para afrontar el burn out de mejor manera, evitando enfermar.

Otro aspecto interesante para los fines del análisis es considerar la presencia de burn out en la población estudiada. Habiendo encontrado cierto grado del síndrome en todos los casos, es preciso identificar los factores causantes del mismo, considerando –más allá de las características personales de los profesionales- los aspectos contextuales dados por las condiciones laborales, el entorno organizacional y la vinculación con los pacientes, que sin lugar a dudas inciden directamente en el desarrollo del burn out.

#### 6.4. Relación ER/MBI

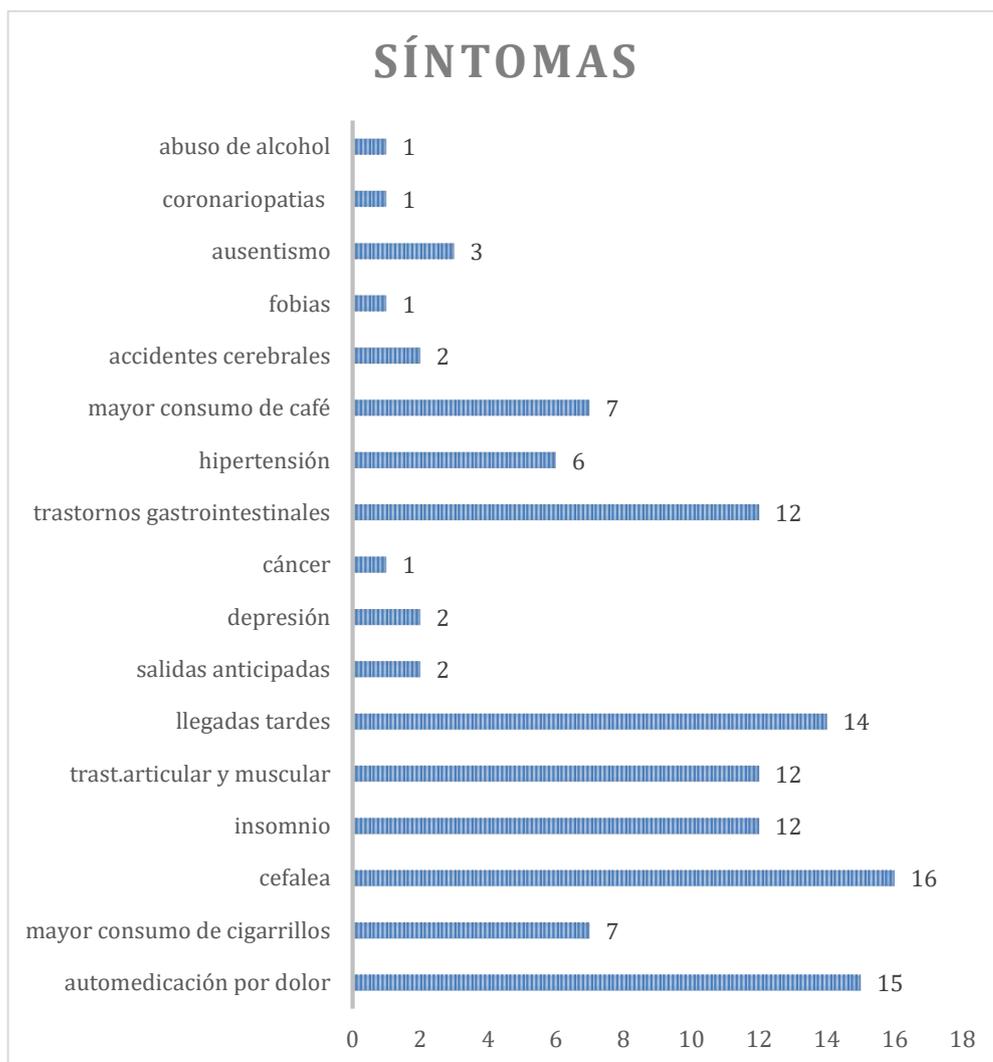
A continuación se presenta un esquema de resultados cruzados entre la Escala de Resiliencia y el MBI, a los fines de graficar la relación existente entre ambas variables.



Tomando en consideración la distribución de la población estudiada en cuanto al MBI, se presenta en la tabla la relación con los distintos grados de resiliencia que presentan. Como puede observarse, a pesar de presentar rasgos

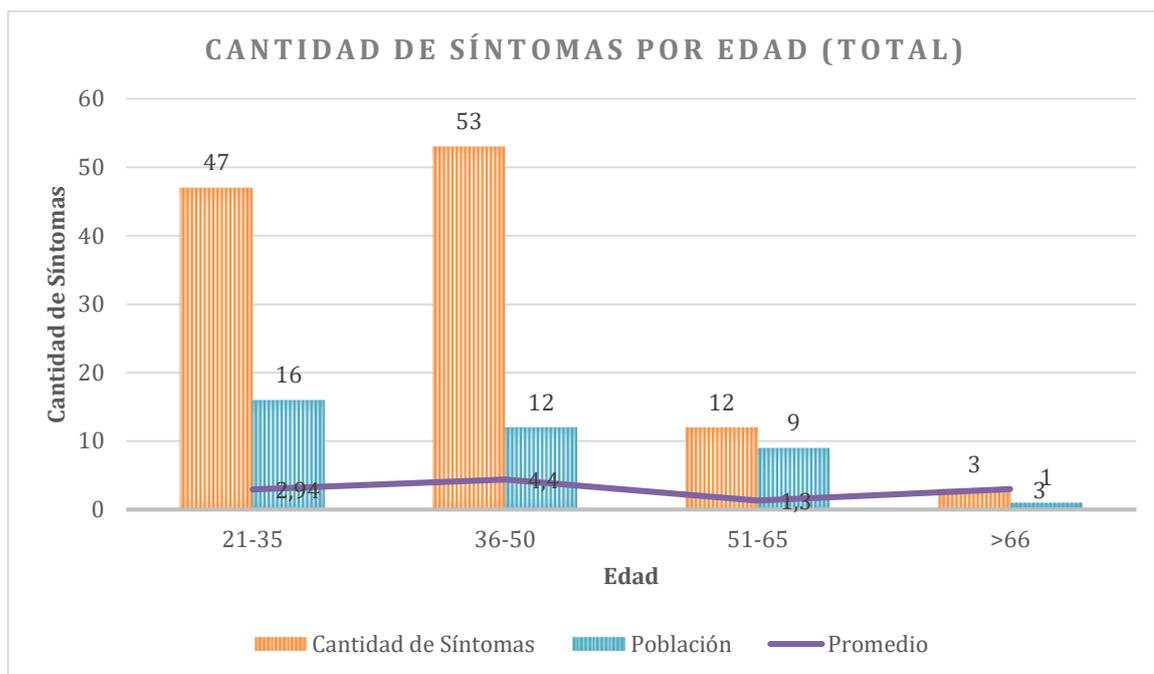
resilientes –incluso en alto grado- muchos de los profesionales abarcados en el estudio se encuentran afectados por el síndrome de burn out. En este sentido, aún considerando que la resiliencia ofrece herramientas para enfrentar y adaptarse a situaciones hostiles y contextos complejos, es posible inferir que las condiciones laborales que enfrentan los profesionales de la salud en el Hospital Fernández, División Toxicología resultan altamente estresantes, generando estrés laboral aún en sujetos que han desarrollado la resiliencia en cierta medida.

Cabe, entonces, avanzar en el desglose de estos datos, identificando los principales síntomas encontrados. De los cuarenta casos, 36 presentaron uno o más de los síntomas, mientras que cuatro no presentaron ningún síntoma de burn out.



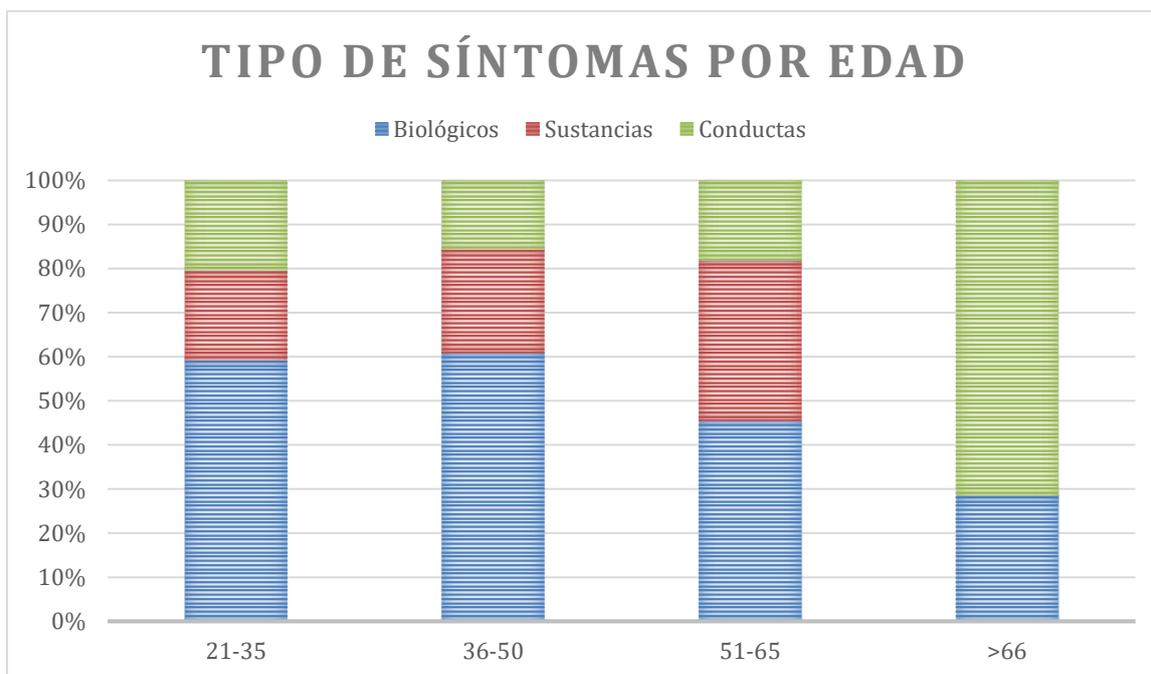
Cefaleas, automedicación, trastornos gastrointestinales, trastornos articulares y musculares e insomnio son los síntomas más presentes en esta población. También hay una fuerte incidencia de llegadas tardes, consumo de café y cigarrillos. Puede observarse que las patologías que revisten mayor gravedad tienen una baja incidencia en esta población, si bien los síntomas presentes constituyen indicadores del síndrome de burn out.

A continuación se presenta un gráfico que permite analizar la relación entre la cantidad de síntomas que presentan y la edad de los afectados.



Como puede verse en el gráfico anterior, los más jóvenes presentan más cantidad de síntomas respecto de los mayores. La línea de promedio indica cuántos síntomas por persona promedio hay en cada rango de edad, siendo el pico más alto en el rango de 36-50 donde hay 4,4 síntomas por persona, y el más bajo en la población entre 51-65, con 1,3 síntomas. Es posible inferir que quienes tienen más edad se encuentran dentro de un proceso de naturalización, en el sentido que mencionan Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Lodieu, M. (2010)<sup>32</sup> al referirse al “quiebre de la resiliencia” que transforma en natural o habitual aquellos aspectos estresantes de la práctica sanitaria. De esta manera,

<sup>32</sup> Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et. al. (2010). Op. Cit.



Si bien los síntomas biológicos son la mayoría, se destaca la incidencia del consumo de sustancias (alcohol, café, automedicación) en el segmento de 51 a 65 años. Del total de la muestra estudiada, el 59 % de la población presentó síntomas biológicos (cefalea, trastorno muscular, insomnio, depresión, cáncer, trastorno gastrointestinal, hipertensión, accidente cerebrovascular, fobia, coronariopatía). El 24% de la muestra presentó conductas sintomatológicas dependiente de sustancias (consumo de cigarrillos, automedicación, consumo de café, abuso de alcohol) y el 17% conductas vinculadas al cumplimiento de horarios laborales (llegadas tarde, salidas anticipadas, ausentismo). Estos últimos síntomas se enmarcan en lo que Rama-Maceiras (2015)<sup>33</sup> identifica como el plano profesional, donde se altera el rendimiento en el trabajo. Por otra parte, los anteriores (que son la mayoría) corresponderían a la esfera personal.

<sup>33</sup> Rama-Maceiras, P. y Kranke, P. (2015). Op. Cit.

## 7. Articulación Teoría – Práctica

Dado que este estudio abarca profesionales de la salud, es posible identificarlos como población de riesgo, de acuerdo con Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al (2015)<sup>34</sup>, quienes señalan que los médicos, por las características de la tarea que desempeñan, son propensos a desarrollar el síndrome de Burn Out.

Más allá de esta propensión ligada al tipo de trabajo que desarrollan los profesionales de la salud, Useche Parada, M. ,Alejo., B. ,Torres, A. (2008) identifican **factores de personalidad** que predisponen al desarrollo del síndrome de burn out. Si bien las encuestas realizadas y los instrumentos aplicados sobre la población son de carácter anónimo, es posible analizar los datos obtenidos a la luz de la tipificación ofrecida por el autor.

Las personalidades de tipo A corresponden a personas competitivas, ambiciosas, hostiles, muy predispuestas al burn out. Su estilo interpersonal es controlador, sensible a la crítica y desconfiado de los demás. En ocasiones, durante la estancia en el Hospital, se pudo observar que, a pesar de estar todo organizado por días y horarios y por planillas que determinaban las responsabilidades de los distintos integrantes del equipo, en el momento de atender las consultas no estaban los profesionales correspondientes según lo estipulado. Ocurrió una vez que el Jefe del sector salió ofuscado y gritando, preguntando dónde estaba quien debía estar atendiendo. Las otras profesionales presentes no atendían porque en teoría no era su franja horaria ni su día. El profesional al que le correspondía atender se encontraba con pedido de día para asistir a un congreso. En esta situación el Jefe le pidió a otra profesional presente si lo podía atender, la cual accedió pero aclarando que por

---

<sup>34</sup> Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al. (2015). Op. Cit.

esta vez lo hacía pero que él se ocupara de que realmente el otro colega haya faltado por formación, también aclaró que ella hacía sus congresos y cursos de formación en su horario no laboral. En este caso se entrelazan aspectos organizativos propios de la dinámica que tiene lugar dentro del equipo de trabajo junto con factores de personalidad que despiertan sentimientos de hostilidad, evidenciando comportamientos o actitudes hacia el entorno que dan cuenta de una personalidad con tendencia al desarrollo del síndrome.

Por otra parte, también pudo identificarse algunos profesionales con rasgos propios de personalidad tipo B, caracterizada por la negatividad excesiva frente a la vida en general y al trabajo como parte de la misma. Se muestran insatisfechos laboralmente. En una ocasión al regresar una de las profesionales que estaba de licencia por enfermedad y ofrecerle los formularios para participar de la investigación, la participante contó que estaba muy mal por la muerte de su papá, que se había quedado sola en el mundo y aún ni tenía muchos ánimos para trabajar pero que ya no le podían extender la licencia. Otra profesional asentía y se quejaba del espacio tan reducido de los consultorios en la entrevista familiar, cuando entraba el familiar, ella y yo quedábamos muy apretados. El mismo clima de negatividad se percibía durante los talleres de lectura cuando nos acercábamos a ayudar a los pacientes y se escuchaba murmurar que no se podía trabajar en esas condiciones, refiriendo a un problema con el pie del suerto que estaba roto y no apoyaba bien.

Si bien los tipos de personalidad pueden combinarse o presentarse en distinto grado, es posible inferir que este tipo de personalidad fuera la predominante en la población estudiada, dado que el clima laboral y los intercambios entre los profesionales denotaban un ambiente de insatisfacción, cansancio generalizado y cierto desgaste en las relaciones interpersonales.

En esta misma línea se identifican los componentes del síndrome de burn out que dan lugar al desarrollo del instrumento de análisis MBI. Tanto el

cansancio emocional, la despersonalización y los sentimientos de ineficacia y falta de logro personal se hacen presentes en las personalidades de los profesionales de la salud que se abordan en este estudio.

Tal como hemos desarrollado hasta acá, si bien existen factores de personalidad que predisponen al burn out, la presencia del síndrome en todos los casos analizados da cuenta de otros aspectos que estarían incidiendo en su desarrollo. Useche Parada, M. ,Alejo., B. ,Torres, A. (2008) señalan que los factores de personalidad en sí mismos no son estresantes, sino que se constituyen de esa manera en el marco de determinadas condiciones, dando lugar al desarrollo del síndrome.

A partir de situaciones vivenciadas durante el trabajo de campo, se identificaron algunas de estas condiciones:

- ✓ *Los aspectos institucionales*
- ✓ *La problemática y perfil de los pacientes*
- ✓ *El trabajo como proyecto de vida: la sobreadaptación de los profesionales*
- ✓ *La vinculación con los pares en el contexto laboral*

En los siguientes apartados se desplegarán sus principales rasgos y el modo en que se hicieron presentes en la práctica cotidiana del Hospital Fernández.

### ***Los aspectos institucionales***

La población abarcada en la muestra no incluye la totalidad del equipo de trabajo de la División Toxicología del servicio de guardia del Hospital Fernández. Según el organigrama expuesto en el lugar, a la fecha en que se

realizó el estudio el servicio contaba con 16 médicos toxicólogos, 8 psicólogos, 2 médicos psiquiatras, 2 integrantes del área ambiental (seguridad e higiene laboral), 1 integrante del servicio social y 3 administrativos. Todos ellos bajo la dirección del Dr. Damin, jefe del servicio. No se incluye en el organigrama expuesto el personal de enfermería, que rondaba las 20 personas.

Las tareas del equipo estaban destinadas principalmente a atender la demanda espontánea de los pacientes que llegaban al servicio. Allí se evaluaban los casos y se realizaban las admisiones correspondientes, derivando a los pacientes de acuerdo con lo observado en estas instancias. El médico orientador completaba la ficha clínica de ingreso del paciente. Si éste se encontraba sintomático se derivaba al toxicólogo, quien determinaba si el caso era leve/moderado o moderado/grave, para proceder a internación o al toxicólogo de guardia. Si el paciente no presentaba síntomas, pasaba a admisión donde se determinaba según el caso si era visto por el psicólogo u otro profesional del servicio, definiendo si correspondía que lo viera un médico psiquiatra o un trabajador social.

Por otra parte, el estado general del ambiente físico en el servicio de toxicología del hospital presenta muchas deficiencias, como camas viejas, poco espacio respecto de la distribución que genera hacinamiento, elementos rotos (como el pie del suero) que representan un riesgo para pacientes y trabajadores, entre otras cosas.

También cabe mencionar que no había servicio de seguridad los fines de semana por lo que se fugó en una oportunidad un paciente y sólo se detectó su ausencia luego de unas horas, situación que podría dar cuenta de una fuerte despersonalización y cansancio emocional del personal de salud del hospital.

## ***Problemática y perfil de los pacientes***

Los profesionales de la División Toxicología trabajan en forma cotidiana con pacientes que portan historias y situaciones de vida complejas, y se encuentran –en ocasiones- en situación de gran vulnerabilidad. En este contexto, cobra sentido la idea de trabajo humano y su profundo significado para la persona (Schlemenson, 2002)<sup>35</sup>, configurándose como un aspecto central de la vida. Los profesionales abarcados en este estudio desarrollan una tarea que trasciende el mero intercambio de trabajo por una remuneración, dado que el trato con los pacientes supone considerar los sentimientos positivos y negativos que estos despiertan en el profesional (García de Amusquibar, 1992)<sup>36</sup>.

Durante el trabajo de campo pudo observarse cómo con frecuencia recurren al servicio pacientes que han abandonado el tratamiento por varios meses y solicitan ser atendidos en el momento, sin cumplir el requerimiento de pedir turno para una readmisión. Otros días se presentaron pacientes de otros servicios que llegaban al sector extraviadas a través del hospital solicitando recetas de psicofármacos y/o pacientes que concurrían al hospital en un día equivocado, con nombres de profesionales erróneos y horarios desacertados. Se trata de situaciones donde prima la inmediatez y se vulneran las normativas del hospital, generando condiciones estresoras y una sobreexigencia para los profesionales que allí se desempeñan.

En una ocasión se presentó una paciente que agredió a la psiquiatra de guardia que se encontraba sola en el servicio. La psiquiatra refirió que el paciente le tiró el casco porque no le podía extender una receta, cuya emisión según el profesional agredido debía estar a cargo, del médico titular y según consta en la historia clínica debía extenderse al día siguiente. Situaciones

---

<sup>35</sup> Schlemenson, A. (2002). Op. Cit.

<sup>36</sup> García de Amusquibar (1992) Op. Cit.

de violencia física como la mencionada son habituales dentro del servicio y en las rotaciones de guardias.

De acuerdo con los testimonios del equipo de profesionales del servicio, el 44% de los intoxicados que recibe el hospital son consumidores de drogas legales, por lo que el jefe del servicio advierte que se trata de un problema de salud, no de seguridad, haciendo alusión a la no criminalización ni estigmatización de estos pacientes. Esta perspectiva permite dar cuenta de los desafíos que supone para los profesionales de la salud el trabajo en urgencias, de acuerdo con García de Amusquibar (1992)<sup>37</sup>, quien hace referencia a la reacción que provoca en los médicos el tratamiento con pacientes con problemas de salud mental, despertando sentimientos positivos y negativos.

Sostener un enfoque de estas características frente a las problemáticas que presentan los pacientes requiere de un equipo de profesionales sanos. En este sentido, los componentes básicos del burn out impedirían abordar la atención de los pacientes desde esta mirada empática, especialmente en lo que hace a la despersonalización, factor que revela una actitud negativa y hostil hacia los demás y una pérdida de motivación hacia el trabajo.

Las características de los pacientes que asisten al servicio dificultan en ocasiones la posibilidad de ofrecerles un abordaje desde el enfoque que plantea el jefe de toxicología. Por ejemplo, el nivel de medicalización de los pacientes limita sus capacidades durante los talleres de lectura, impidiendo desarrollar un trabajo adecuado. En estos casos se intentaba acordar con el psiquiatra a cargo para que le fuesen disminuyendo las dosis. Esto a su vez producía que los pacientes no solicitasen ir al baño y terminasen orinándose o

---

<sup>37</sup> García de Amusquibar, A. (1992). *Urgencias Psiquiátricas*. Revista Argentina de Psicopatología, p: 3-10.

defecándose en la sala. Se trata de situaciones altamente estresoras para los profesionales de la salud que se desempeñan en el servicio.

Por otro lado, los pacientes no respetan el horario previsto para los talleres de lectura o /y reflexión, por lo que se perdía tiempo en insistir en que se levantasen para que participen en los talleres. Esta situación a su vez se hablaba con el servicio de enfermería pero no se tenía puntualidad de partes de estos actores.

Sumado a esto a veces los mismos psiquiatras indicaban extraer muestras de sangre en horarios de talleres por lo que debían abandonar el mismo. En otras oportunidades los pedidos de orina se entraban mal solicitados- o sea mal formulado el pedido-. Más entendible en el caso de que se retirasen por estudios o procedimientos que van de acuerdo a un turno que es más difícil de conseguir. Todas estas situaciones operan como factores estresores para el personal del hospital que debe trabajar con esta población en condiciones inadecuadas.

Los pacientes se quejaban de que “no les dan medicación”, y uno de ellos concurre a dirección médica a hacer su queja formalmente. Esto está relacionado a que consumen dosis demás o no concurrieron oportunamente a la consulta programada. A su vez los profesionales son citados para dar cuenta en dirección médica del motivo por el cual el paciente no está instalado en el tratamiento.

### ***El trabajo como proyecto de vida. La sobreadaptación***

El interjuego entre los conceptos de identidad de sí e identidad de rol que propone Pérez Jáuregui (2005)<sup>38</sup> permite comprender la presencia de estrés laboral en la totalidad de la población abarcada en este estudio. Tal como se mostró en los resultados de MBI, más del 80% de los entrevistados presenta un nivel de burn out medio, y el resto, alto. Esta situación estaría dando cuenta de un crecimiento desmedido de la identidad de rol en los profesionales de salud estudiados en desmedro de la identidad de sí, configurando el cuadro de estrés laboral.

La presencia de burn out en la población abarcada en este estudio da cuenta de una modalidad laboral sobreadaptada, en términos de Pérez Jáuregui, en el marco de la cual el sujeto responde con gran autoexigencia a las demandas que le impone su tarea. Las condiciones laborales también inciden en esta respuesta sobreadaptada del sujeto. Como pudo verse en el caso estudiado, los entrevistados dan indicios de atravesar condiciones perturbadoras, ya sea en lo remunerativo o por exceso y complejidad de tareas y horarios, hostilidad en el trato, poco estímulo y valoración a la personas, informaciones insuficientes, ambiguas, contradictorias, poco margen para la creatividad.

A modo de ejemplo, cabe mencionar el caso de un profesional que una jornada se presentó angustiado en el servicio dado que se trataba de su último día de trabajo, tras haber recibido formalmente el aviso de jubilación. Refirió que lo tramitó un mes antes y le salió rapidísimo y no tuvo tiempo de asimilar su retiro. El caso da cuenta del grado en que el trabajo porta un profundo significado para la persona y cómo se privilegia el rol laboral desoyendo lo privado, personal e íntimo, pudiéndose observar como el rol absorbe la persona del profesional.

---

<sup>38</sup> Pérez Jáuregui, I. (2005) Op. Cit.

En palabras de Pérez Jáuregui (p. 24; 2005)<sup>39</sup>, *“el mundo de lo público y dentro de esto el trabajo ha pasado a configurar una señal de primer orden como significación social sobre las personas y sus valores personales. La profesión u oficio hace a nuestra identidad laboral, tiene un destino de búsqueda de autorrealización personal así como de trascendencia en el mundo de los otros.”*

A la angustia del retiro, se suma la preocupación por el futuro, dadas las magras jubilaciones que perciben. En este sentido, colegas del médico que se retiraba comentaron la situación de otra persona recientemente jubilada, aludiendo a la angustia que manifestó al cobrar la primera remuneración y la desazón de recibir como forma de pago la mitad del sueldo percibido durante su desempeño. Este caso permite reflexionar también en torno a las condiciones laborales, no sólo provistas por la organización en la cual se encuentra inmerso el trabajador sino también al contexto social y político-económico. Asimismo, esta situación impacta en los colegas que ven reflejado su propio futuro en la experiencia de su compañero.

El estrés laboral, entonces, no sólo queda configurado por un perfil de personalidad determinado –más propenso a sufrir estos trastornos- sino que está fuertemente influenciado por las condiciones laborales y el contexto en el cual se insertan las prácticas profesionales.

Pérez Jáuregui (p. 30; 2005) agrega al respecto que *“el respetar los límites entre lo privado y lo público debe cumplirse para lograr equilibrio salud y desarrollo. El proyecto laboral sobre adaptado se construye en base a motivaciones secundarias (aceptación y reconocimiento externo, estímulos económicos, imagen de superioridad), y desde un contexto general no está visto*

---

<sup>39</sup> Pérez Jáuregui (2005). Op. Cit.

*como algo negativo, como algo que se deba denunciar, sino al contrario como algo sobrevalorado, aunque se haya producido la pérdida del sujeto ante un mundo que lo avasalla y lo aliena.”* En una sociedad que exalta el perfil sobreadaptado en el ámbito laboral, se puede entender la presencia de burn out en toda la población estudiada en este caso.

### ***La vinculación con los pares en el contexto laboral***

Es preciso hacer referencia a los aspectos vinculares entre los colegas y profesionales del servicio como una cuestión que podría incidir en el desarrollo del síndrome de burn out. Estos vínculos están atravesados por la presencia de los tres componentes del tríptico de Maslach y Jackson (1981)<sup>40</sup> que configuran, según los autores, el síndrome de burn out. Despersonalización, cansancio emocional y sentimiento de inadecuación y disminución de la realización personal en el trabajo son las tres patas que sostienen el desarrollo del estrés laboral asistencial. A continuación recorreremos algunas situaciones observadas durante la estancia en el hospital que dan cuenta de los factores mencionados.

En una ocasión, uno de los psicólogos subió un paciente sin evaluación psiquiátrica, al no respetar el organigrama de atención programado por el servicio, dejando entrever una percepción de sí mismo como omnipotente, con capacidad de resolver solo, sin trabajar en equipo, demostrando evitación de relaciones interpersonales y cierta inadaptación profesional.

En otro momento se registró un conflicto a partir de un acuerdo existente en el equipo, para la compra de agua mineral y el pago del servicio de

---

<sup>40</sup> Maslach, C. y Jackson, S. (1981): “*Burn out in organizational settings*”, en S. Oskamp (Ed), *applied social Psychology Annual*, vol 5, Beverly hill, sage.

internet en forma conjunta. La falta de pago por parte de algunos generó hostilidad y tensión en el equipo. Quienes habitualmente contribuyen se mostraron molestos hacia quienes no abonan en tiempo y forma, generando actos de despersonalización (destrato) hacia los compañeros, surgiendo así una relación interpersonal conflictiva. Ante esta conducta que se reitera mes a mes, según refieren los miembros a cargo de la recaudación del dinero, decidieron hacer pública la lista de deudores al imprimirla y colocarla en la pared de la oficina. Esta situación permite inferir que el nivel de estrés vivenciado por los profesionales del servicio puede llegar a desatar situaciones de hostilidad entre los propios colegas, generando un clima laboral tenso. La persistencia de este tipo de conflictos basados en cuestiones cotidianas revela un profundo cansancio emocional en quienes trabajan en el servicio. Otra situación que da cuenta del cansancio emocional y de la hostilidad entre los profesionales fue la interrupción de actividades (por ejemplo, el desarrollo de un taller con pacientes) para la realización de extracciones de laboratorio, momentos en los que se detectaba tensión entre los colegas.

En otra ocasión se fugó un paciente un domingo por la tarde, dado que no había seguridad los fines de semana en las instalaciones del hospital. Esta situación altamente problemática está atravesada por cuestiones institucionales propios del hospital, así como por el descuido de quienes estaban en el momento a cargo de los pacientes, generando problemas vinculares entre los colegas. Esto da cuenta de un sentimiento de inadecuación y disminución de la realización personal en el trabajo, dado que la fuga de un paciente constituye un mal desempeño de las funciones laborales y baja productividad de los profesionales a cargo en el momento.

A través de estos ejemplos lo que puede verse es cómo el estado de burn out genera la despersonalización de los sujetos, que reaccionan con

hostilidad hacia sus colegas, mostrando irritabilidad y cinismo en el trato hacia los demás.

### ***Comentarios finales***

El análisis realizado permite dar cuenta de los modos en que los distintos factores predisponentes al desarrollo del síndrome de burn out se entrelazan en la vida cotidiana del servicio de toxicología del Hospital Fernández, dando lugar a condiciones estresoras, aspecto que –junto con los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud- puede desencadenar en esta patología.

## Observaciones

No se pudo discriminar los datos en correspondencia con las distintas profesiones. Al ser anónimo es un aspecto negativo, no se llega a evidenciar quiénes son las personas más afectadas dentro de cada área. Quizás deba ser una variable importante de poner dentro de la entrevista anónima. Se observa este aspecto como una falencia en el diseño de la misma.

## 8. Conclusiones

La recolección y el análisis de los datos evidencia que la relación entre *burn out* y resiliencia no sería tan lineal como aparentaba. Es decir que –a pesar de mostrar rasgos de mediana o alta resiliencia- todos los profesionales han evidenciado un cierto grado de *burn out*. En este sentido podemos incorporar la categorización de Golvarg (1996)<sup>41</sup> quien distingue tres grados de *burn out* laboral. La mayoría de los encuestados presenta un grado moderado de *burn out*, caracterizado por síntomas ligados al cansancio físico pero también emocional. En este nivel el *burn* es de duración y repercusión media.

Por otra parte, ninguna de las personas abarcadas en la muestra presentaron *burn out* leve, caracterizado por ser ocasional y de breve duración, y en unos pocos casos pudo identificarse la presencia de *burn out* grave, donde se desarrollan síntomas crónicos de depresión y patologías asociadas a nivel físico de mayor gravedad.

Conocer e identificar estos grados resulta esencial para determinar la especificidad del abordaje de esta problemática, ofreciendo la posibilidad de revertir o atenuar los síntomas padecidos.

De los profesionales que participaron voluntariamente el 85% de la muestra mostró percentil medio en *burn out* y el 15% alto percentil. En la escala de resiliencia, 22 de ellos presentaron resiliencia media, 11 profesionales una resiliencia alta y 7 resiliencia baja.

---

<sup>41</sup> Golvarg (1996) citado en Pérez Jáuregui, I. (2005) *Op. Cit.*

Esta idea que contradice la hipótesis principal del presente trabajo abre un amplio abanico de interrogantes que invitan a profundizar en el análisis de esta temática. Tal como se ha desarrollado en el análisis, más allá de los rasgos propios de la personalidad que puedan o no predisponer al síndrome de *burn out*, existen otros factores que inciden y afectan a pesar de las herramientas y capacidades con que cuentan las personas para enfrentar situaciones adversas.

En este sentido, el clima laboral, la disponibilidad de recursos, las condiciones materiales del lugar de trabajo, la vinculación con los pares, la gravedad de las patologías que afectan a los pacientes parecen presentarse con una intensidad que vulnera cualquier indicio de resiliencia en los profesionales de la salud abarcados en este estudio.

El interjuego negativo entre el deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas, y la problemática compleja de los usuarios de los servicios de salud impacta tanto a nivel de la salud de los profesionales como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica, y en problemas organizativos.

De esta manera, parece pertinente trazar líneas de acción tendientes a fortalecer los vínculos en el trabajo, mejorar las condiciones edilicias y materiales en general de los hospitales públicos así como las condiciones laborales de los profesionales, como estrategias que permitan afrontar las problemáticas de los pacientes desde una postura holística pero basados y sostenidos en un sistema de salud sólido y sustentable.

Desde el campo de la Salud Pública deberían instrumentarse programas de prevención y promoción destinados a trabajadores de la salud. Las problemáticas del desgaste laboral y de las condiciones de producción de

los actos de salud deberían incluirse en las currículas y ser encaradas por las asociaciones gremiales y profesionales.

El trabajo en un centro de salud mental plantea la paradoja respecto al mensaje que se brinda en torno a los necesarios cambios en el comportamiento para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes, frente a la propia incapacidad de aplicar dichos cambios en la propia vida.

A lo largo del presente trabajo –y de acuerdo con los objetivos específicos planteados al comienzo- se pudo distinguir las manifestaciones de burn out en sus distintos grados, en los profesionales abarcados por este estudio. También se logró identificar los tipos de afecciones orgánicas más relevantes y reconocer las fases de *burn out* más frecuentes. Asimismo, se logró dar cuenta de factores de riesgo existentes tanto en relación con el entorno como aquellos propios de la personalidad.

La gestión del *burn out* no sólo debe incluir los esfuerzos institucionales para mejorar las condiciones de trabajo, sino también un enfoque individual para mejorar el bienestar frente a situaciones complejas. Algunas consecuencias del *burn out* son la desmoralización y el desgaste. La desmoralización es un síntoma "agudo" que tiene similitudes a la depresión: un sentimiento o estado de "incompetencia subjetiva" resultante de una amenaza para los valores de la profesión.

Por último, y aludiendo a algunos aspectos contratransferenciales propios a partir de la experiencia transitada, quisiera destacar dos cuestiones. Por un lado, los primeros días los profesionales del Hospital Fernández se mostraban reticentes a compartir su trabajo conmigo, poniéndome en el lugar de una visita. Con el pasar de los días pudieron entrar en confianza y delegarme más funciones, de manera que fui sintiéndome "parte de la familia". Esto hizo

posible que yo comprendiera en profundidad la dinámica del sector y lo que efectivamente viven ellos en el servicio de salud, dando cuenta de las vulnerabilidades y aspectos críticos que resultan propicios para el desarrollo del síndrome de *burnout*.

Por otra parte, al ser yo integrante de un equipo de salud (me desempeñé como Licenciada en Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Italiano en la Ciudad de Buenos Aires) y desenvolverme en un área crítica en la cual permanentemente hay urgencias, me sentí reflejada en las características del *burnout* presentes en los profesionales entrevistados. De este modo, pude identificarme con esta población que estaba estudiando a través de estos aspectos en los que nos parecíamos por el tipo de actividad que desarrollamos a diario.

Analizando esta vivencia en mi espacio de terapia personal, pude pensar en torno al modo en que esta identificación tan fuerte con los profesionales estudiados actuó como obstáculo para avanzar y llevar a cabo este trabajo, constituyendo una resistencia en el plano inconsciente. Siguiendo la sugerencia de contar con un acompañamiento terapéutico propio durante el transcurso de la carrera, pude además encontrar en ese espacio una instancia que me permitiera desarrollar las prácticas sin perder la objetividad como consecuencia de la identificación mencionada anteriormente.

## 9. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM). Barcelona, España. Cuarta Edición. MASSON.
- Beckman, H. (2015). *The role of medical culture in the journey to resilience*. *Academic Medicine*, p. 7-102.
- Benjamín, A. Campana, L. (1992). *La emergencia en la urgencia. Psicoanálisis y el hospital*. p. 31-34.
- Beresin, E. V. Milligan, Tracey A., Balon, et al. (2015) *Physician Wellbeing: A Critical Deficiency in Resilience Education and Training*. p. 9-12.
- Bleger, J. (1980). *Psicohigiene y Psicología institucional*. Buenos Aires. Paidós.
- Boschan, P. (1981). *Aspectos contratransferenciales de la interconsulta psiquiátrica. Psicoanálisis*. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. p 253-265.
- Cordié, A. (2003). *Malestar en el docente. La educación confrontada con el psicoanálisis*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Ferrari, H., Luchina, I. *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Capítulo 4. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Freud, S. (1968: original de 1936). *Análisis terminable e interminable*. En: *Obras completas*, vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García de Amusquibar, A. (1992). *Urgencias Psiquiátricas*. Revista Argentina de Psicopatología, p: 3-10.
- Gil Monte, P. (2005): *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burn out), una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid. Pirámide.
- Greenglass, E., Burke, R. y Ondrack, M. (1990). *A gender role perspective of coping and burnout*. *Applied Psychology. An International Review*, 39. 5-27.

- Hodgetts, R. M. y Altman, S. (1985) Comportamiento en las organizaciones. (6ª ed). México: Interamericana SA de CV.
- Juárez-Adauta S. (2012) Clima organizacional y satisfacción laboral, recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4577/457745495014/>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010) Extraída de Infoleg, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Manes, F., Niro, M. (2016). *El cerebro argentino. Una manera de pensar, dialogar y hacer un país mejor*. Editorial Planeta. Buenos Aires.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981): “*Burn out in organizational settings*”, en S. Oskamp (Ed), *applied social Psychology Annual*, vol 5, Beverly hill, sage.
- Melillo, A. Suárez Ojeda, E. (comps.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Introducción. Nuevas tendencia en resiliencia* pp. 24-25-27. Cap I. *La Resiliencia como proceso*. Editorial Paidós. Buenos Aires. SAICF.
- Mendel, G: y otros. (1994) *Hacia la empresa democrática*. Buenos Aires. Paidós. Introducción y Cap.:”El dispositivo hoy”.
- Palazzoli, M., Cirilo, S., al et.(1986). *El mago sin magia*. Paidós. Educador.
- Pérez Jáuregui, I. (2005) *Burn-Out y estrés Laboral. Sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para afrontarlo*. Cap.2 y 4. Psicoteca Editorial.
- Rama-Maceiras, P. y Kranke, P. (2015). Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? *Current Opinion-Revisión*. Vol 28 p 151- 8.
- Reboiras, F., Grzona, E. (2015) *Prácticas meditativas para la reducción del estrés. El bienestar como competencia de los Profesionales de Salud*. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Rifkin, J. (1996). *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*. Paidós estado y sociedad.
- Rodríguez, D. (2001) *Diagnóstico Organizacional*. (3ª ed) México: Alfaomega.
- Rodríguez, F. (2016). *La Resiliencia del sistema*. Bitácora Enfermera. España.

- Rodríguez, M., Pereyra, M., Gil, E., et al. (1993) *Propiedades Psicométricas de la Escala de Resiliencia versión Argentina, de Walding y Young*. Facultad de Ciencias Humanas San Luis, Argentina.
- Rosetti, D. (2016). *Meditación y Estrés*. Recuperado de <http://ted.com/tedx>
- Rushton, C.H., Batcheller, J., et al. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*. Vol 24:412-421.
- Schlemenson, A. (2002). *La estrategia del talento*. Paidós. Buenos Aires.
- Serial, S. y Torre, V. (2013). *Prevalencia del Síndrome de Burn out en el personal de asistencia de enfermería, en un hospital público metropolitano de Buenos Aires Argentina*. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Psicología. Licenciatura en Psicología.
- Sitio Web de la Fundación Fernández. Sección “El Hospital”. Recuperado de [http://www.fundacionfernandez.org/el\\_hospital.html](http://www.fundacionfernandez.org/el_hospital.html)
- Sitio Web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Historia del Hospital Fernández. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/hospitalfernandez/historia>
- Useche Parada, M., Alejo, B., Torres, A. (2008) *Factores de la personalidad relacionado con el Síndrome de Burn out a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina .Bogotá.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M., et al. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Cap III: Trabajo y subjetividad. Buenos Aires: EUDEBA.

## 10. Anexos

### 10.1. Instrumentos

#### 10.1.1. Cuestionario General

Género:     M     F

Edad: \_\_\_\_años

Números de trabajos: \_\_\_\_\_

Nivel educativo (grado):

- Universitario
  - Grado
  - Posgrado

Estado civil:

- Soltero(a), nunca casado(a)
- Divorciado
- Separado
- Viudo
- Unión libre
- Casado

En ocasiones Ud. podría describir que presentó:

- cefaleas
- insomnio
- hipertensión
- trastornos gastrointestinales
- trastornos articulares y musculares
- mayor consumo de café
- mayor consumo de cigarrillos

En otras ocasiones Ud. presentó:

- ausentismo
- llegadas tardes
- salidas anticipadas
- abuso de alcohol
- se auto medica ante dolor

O presentó/ta enfermedades como:

- cáncer
- coronariopatías
- depresión
- fobias
- accidentes cerebrales

### 10.1.2. Test de Escala de Resiliencia

#### Test de Escala de Resiliencia

Asigna un puntaje de 1 (desacuerdo) al 7 (muy de acuerdo) a los siguientes ítems:

- “Cuando hago planes los llevé a cabo hasta el final”
- “Usualmente manejo los problemas de distintos modos”
- “Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás”
- “Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí”
- “Me basto a mí mismo si lo creo necesario”
- “Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida”
- “Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación”
- “Soy amigable conmigo mismo”
- “Siento que puedo manejar varias cosas a la vez”
- “Soy decidido/a”
- “Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas”
- “Hago las cosas de a una por vez”
- “He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes”
- “Soy auto- disciplinado/a”
- “Mantengo interés por las cosas”
- “Usualmente encuentro cosas de qué reírme”
- “La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles”
- “En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar”
- “Usualmente puedo ver la situación desde varios puntos de vista”
- “A veces yo hago cosas quiera o no”

- “Mi vida tiene sentido”
- “No insisto en las cosas que no puedo hacer nada al respecto”
- “Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida”
- “Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo ganas de hacer”
- “Me siento cómodo si hay gente a la que no le agrado”

**Total de puntos:**

Referencias:

- Mayor capacidad de resiliencia: valor mayor 147
- Moderada capacidad de resiliencia: valor de 121-146
- Escasa capacidad de resiliencia: valor menos de 121

### 10.1.3. Test de Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

| Test MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p> <p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p> |                                   |
| Nunca:..... 1  | Algunas veces al año:..... 2      |
| Algunas veces al mes:..... 3   | Algunas veces a la semana:..... 4 |
| Diariamente:..... 5  |                                   |
| <p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>   |                                   |
| 1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.   |                                   |
| 2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.  |                                   |

3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.

4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.

5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.

9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.

11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.

13. AE Me siento frustrado por el trabajo.

|   |
|---|
| 14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.   |
| 15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. |
| 16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.   |
| 17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.   |
| 18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.                       |
| 19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.  |
| 20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.  |
| 21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.                               |
| 22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.                              |
| AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.   |

- Subescalas de agotamiento emocional (AE): valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

- Subescalas de despersonalización (D): valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescalas de realización personal (RP): evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

## 10.2. Acerca del Hospital Fernández

El Hospital Fernández es una institución centenaria, fundada en 1888 como “Dispensario de Salubridad y Sifilocomio Municipal”, en el contexto de una gran epidemia de enfermedades de transmisión sexual. Años después, comenzó a ser utilizado como hospital general.

Más tarde y a medida que aumentaba su capacidad asistencial se construyeron nuevas salas y el 28 de octubre de 1904 se lo incluía oficialmente en el sistema de hospitales generales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, imponiéndole el nombre de “Dr. Juan Antonio Fernández” en honor al ilustre médico salteño (1786-1855), llamado el Hipócrates argentino por sus alumnos, fundador y primer secretario de la Academia Nacional de Medicina, profesor de clínica médica y primer presidente (equivalente en esa época a decano) de la Facultad de Medicina, hasta su muerte.

En 1937, y después de una etapa de ampliación de sus servicios de salud, se autorizó la reconstrucción total del viejo hospital. En las décadas del 70 y del 90 se realizaron grandes reformas, hasta alcanzar el complejo actual, una institución de excelencia en materia asistencial, de docencia e investigación.

### 10.3. Ley Nacional de Salud Mental (26.657)

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias.  
Derógase la Ley N° 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

#### LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

##### Capítulo I

##### *Derechos y garantías*

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

##### Capítulo II

##### *Definición*

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica

una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

### Capítulo III

#### *Ambito de aplicación*

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

### Capítulo IV

#### *Derechos de las personas con padecimiento mental*

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

## Capítulo V

### *Modalidad de abordaje*

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

## Capítulo VI

### *Del equipo interdisciplinario*

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

## Capítulo VII

### *Internaciones*

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El

juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

## Capítulo VIII

### *Derivaciones*

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organismo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

## Capítulo IX

### *Autoridad de Aplicación*

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud

mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

## Capítulo X

### *Organo de Revisión*

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

## Capítulo XI

### *Convenios de cooperación con las provincias*

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

## Capítulo XII

### Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

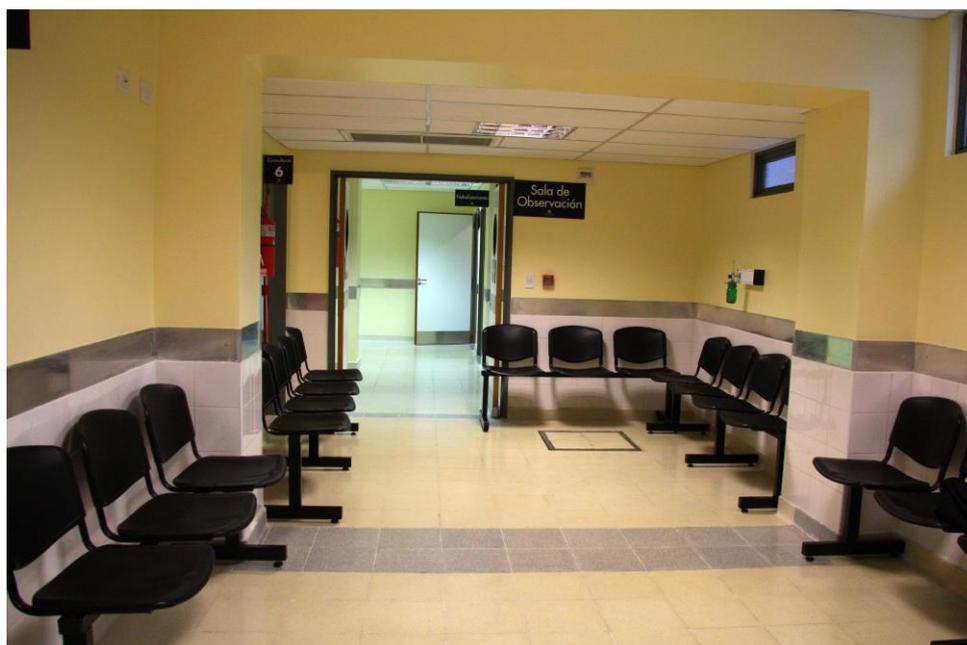
## 10.4. Fotografías



Acceso principal al Hospital sobre la calle Cerviño. Fuente: GCBA Sitio Web



Guardia del Hospital Fernández. Fuente: GCBA Sitio Web



Guardia del Hospital Fernández. Fuente: GCBA Sitio Web



Información institucional en la División Toxicología. Fuente Propia.