

2014-03-31

Trabajo y salud. Estudio exploratorio del desgaste mental del personal en un servicio de salud mental de un hospital interzonal

Galante, Luciana

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/123>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de psicología.

Título del proyecto: Trabajo y salud. Estudio exploratorio del desgaste mental del personal en un servicio de salud mental de un hospital interzonal.

Apellido y nombres: Galante Luciana. **DNI** 30533188. **Mat.** 5908/02

Maifredini María Emilia. **DNI** 30781322. **Mat.** 5789/02

Supervisor: Pintos Susana Simmy.

Co-supervisor: Mg. Enrique Romanin.

Cátedra de radicación: Psicología de los Grupos.

Fecha de presentación: 05 de mayo de 2011

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Galante, Luciana y Maifredini, María Emilia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Galante, Luciana matricula nº 5908/02 y Maifredini, María Emilia matricula 5789/02, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a losdías del mes dedel año 2011.

Firma del Supervisor:

Aclaración:

Sello:

Firma del Co-supervisor:

Aclaración:

Sello:

Informe de Evaluación del Supervisor .

La tarea realizada es un aporte de valor a la temática que trabaja el Grupo de Investigación "Trabajo y Salud". En el transcurso de elaboración del trabajo se destaca esfuerzo, responsabilidad y entusiasmo.

Se observó capacidad para afrontar interrogantes con actitud abierta para el aprendizaje. El análisis fue realizado con espíritu crítico y honestidad intelectual.

El informe final cumple con los requisitos formales exigidos. Se aprueba el trabajo realizado y se estimula a continuar trabajando en la problemática abordada.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Galante Luciana mat. 5908/02 y Maifredini, María Emilia mat. 5789/02

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de Aprobación:

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de Psicología.

Apellido y nombres: Galante Luciana.

Maifredini María Emilia.

Cátedra de radicación: Psicología de los Grupos.

Supervisor: Pintos Susana Simmy.

Co-supervisor: Mg. Enrique Romanin.

El proyecto forma parte del: Grupo de investigación Trabajo y salud.

Título del proyecto: Trabajo y salud. Estudio exploratorio del desgaste mental del personal en un servicio de salud mental de un hospital interzonal.

Descripción resumida: La salud se intrinca como significación y construcción ética y moral en su esencia. Implica la capacidad de enfermar y la capacidad de sanar.

De acuerdo a lo planteado por Dejours (1992), entendemos la Salud como aquello que supone una construcción a través del confrontarse con lo real. Por lo que puede decirse que no hay salud individual, sino que es tributaria de un estar con otros.

El presente trabajo tiene como propósito analizar el impacto del desgaste mental en psicólogos/as y enfermeros/as de un servicio de salud mental de un hospital interzonal.

Palabras claves: Trabajo- Salud- Desgaste mental.

Descripción detallada: Hablar de salud mental es hablar de algo invisible. Lo mismo ocurre con otras significaciones sociales, como la belleza, la honestidad, la decencia. Son significaciones. Adquieren un significado de idealidad y constituyen el armazón del imaginario social. La cultura las construye.

Estas construcciones sociales, las significaciones en definitiva, son los ejes que dan dirección, sentido e identidad al grupo que las sostiene, y que es a su vez, sostenido por ellas. Brindan pertenencia y referencia.

La salud se intrinca como significación y construcción ética y moral. Es competencia de la persona, la familia, la sociedad y el Estado. Se la instituye dentro del derecho y el bien común. Es responsabilidad y obligación del ciudadano y de los conciudadanos resguardar y cuidar su salud, además de contar con los medios y las estructuras necesarias para este fin. Es por eso que se la regula, se la rige bajo un *nomos* y se la legisla bajo una ley.

La salud implica la capacidad de enfermar y la capacidad de sanar, desde donde curar implica la asistencia necesaria cuando lo enfermo, el enfermo, no puede sanar por sí mismo. Quienes tratamos con temas de salud-enfermedad sabemos que no producimos salud sino procedimientos o dispositivos con los que buscamos mejorar las condiciones para que el enfermo sane, o bien, que el sufrimiento sea mitigado. En definitiva, la meta suprema es volver a estar sano, e incorporar al asistido a su vida habitual y cotidiana, con capacidad de amar y trabajar.

En esta capacidad de enfermar y sanar, en el restituir, en el realcanzar el estado de salud, se inscribe no solamente la ilusión de volver a un lugar fuera de la perturbación; implica también la búsqueda de la ayuda, la asistencia precisa, idónea, donde la posibilidad del restablecimiento está implícita.

La salud no deja de lado la importancia y la responsabilidad de la familia, el grupo social inmediato, la comunidad y el Estado en ese proceso permanente que es la salud mental por extensión.

De acuerdo con Dejours (1992), la salud supone una construcción a través del confrontarse con lo real. Cuando aparece la falla, las consecuencias no solo son serias para el sujeto, sino que se reciente la organización del trabajo. Por lo tanto, puede decirse que no hay salud individual. La salud es tributaria de un estar con otros. La salud y la construcción de las defensas es una interacción cognitiva y afectiva.

Las condiciones ambientales, el tipo de trabajo, las relaciones sociales, los roles que se desempeñan, los sistemas de promoción y el estilo de dirección son valiosos determinantes del bienestar, la salud, la calidad de vida laboral y la satisfacción.

Las diferentes culturas y sociedades han generado diversas creencias y representaciones sociales de la realidad laboral y experiencia humana. Las actitudes ante el trabajo y los comportamientos en el mismo serán diferentes si se concibe como deber o como un derecho. La manera de entender el trabajo, individual y socialmente, influye en la forma en que se vive esa experiencia y en los comportamientos que genera.

Dejours (1992), plantea que el trabajo es la actividad desplegada por los hombres y las mujeres para enfrentar lo que no está dado por la organización del trabajo. Es decir, trabajar es poder hacer un poco más de lo que está formalmente prescrito, es realizar un plus de aporte y se caracteriza por el hecho de que solo una persona lo puede hacer, no una máquina.

Según este autor, las personas tienen que querer hacer este plus de aporte, tienen que tener el deseo de hacer esta contribución para que la tarea se logre. La mayor parte de los individuos emplean una buena parte de su vida en actividades laborales: primero, preparándose para ello, después en su ejecución, pretendiendo la satisfacción de necesidades biológicas, de seguridad, de relación social, de autoestima y de relación.

El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, ante ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo, es lo que varios autores llaman estrés laboral. Cuando el trabajador percibe que su entorno de trabajo y las demandas que éste le plantea superan sus capacidades para afrontarlas es cuando se desencadena la respuesta de estrés. Una de las consecuencias de la exposición prolongada a situaciones de estrés es la aparición del síndrome de desgaste, también conocido como el síndrome de burnout, síndrome de quemarse en el trabajo.

El desgaste es entendido como la pérdida de la capacidad efectiva y/o potencial, biológica y psíquica, en la medida en que el trabajo se convirtió en actividad, cuyo componente desgastante es mucho más efectivo que el de la reposición de esa capacidad y el desenvolvimiento de potencialidades del trabajador.

Estas situaciones vitales, como por ejemplo estar sobrecargado de trabajo, realizar actividades en las que uno no posee los suficientes conocimientos para resolverlas, etc; son indicios claros de estresores. Este estrés que es considerado por diferentes autores como desagradable, en el sentido que

ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga, es llamado también distrés.

La realidad socio/laboral hace necesario contemplar esta problemática considerando explícitamente un ajuste entre persona, el puesto de trabajo y la propia organización. La carencia de recursos para afrontarlo o neutralizarlo hace que surja el estrés.

Según diferentes estudios, los profesionales sanitarios, de la educación y de servicios sociales constituyen la población de mayor riesgo y vulnerabilidad al síndrome. Se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de las personas con las que se relacionan profesionalmente. Esta interacción con el sujeto se centra en los problemas actuales de éste (salud, higiene mental, relaciones personales o laborales, etc.) y éstos vienen cargados con muy diversos sentimientos, tales como la preocupación, el miedo, el rechazo, el odio, la desesperación, etc.

Estos problemas o preocupaciones con que llegan las personas se deben a la situación actual de crisis social, económica, política, las condiciones laborales, el desempleo, lo imprevisto, que afecta en su subjetividad a todas las personas, y es fuente de sufrimiento físico y psíquico. La incertidumbre respecto a la permanencia en el sistema, el fantasma de la exclusión social, el temor a la marginalidad, tornan vulnerables las condiciones físicas y psicológicas de toda la población. Ante ello, la emergencia de nuevas enfermedades y de formas de padecimiento físico, psíquico y social. Como causa de todos estos acontecimientos podríamos citar a la crisis económica del neoliberalismo, la que dio lugar a el crecimiento del desempleo, del subempleo, la mala remuneración, y los trabajos inseguros, lo cual tiene múltiples efectos, que se propagan más allá de las condiciones materiales de vida, y afectan al mismo ser social y a las relaciones más íntimas de los individuos afectados.

Motivo y antecedentes: El motivo del presente trabajo surge a partir de haber cursado las asignaturas Psicología de los Grupos y Psicología Laboral. Esto generó en nosotras ciertos intereses que nos llevó a querer indagar con mayor profundidad la relación entre trabajo y salud mental.

Se considera motivador la lectura de las siguientes investigaciones: “Nuevas formas solidarias de organización productiva. Producción de subjetividad y estrategias de afrontamiento”, Pintos, Giardelli y Amilkar (2006).

Además de la lectura de la investigación “¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores-de-la-salud?. Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el síndrome Burnout.” (2006) y el trabajo final de la Carrera de Especialización en Psicología de los Vínculos (2009), ambos realizados por la Lic. Yamila Silva Peralta.

Objetivos: Indagar en psicólogos/as y enfermeros/as de un servicio de salud mental de un hospital interzonal, el impacto del desgaste mental causado por el trabajo.

Métodos y técnicas: El presente proyecto se implementará a través de un estudio exploratorio, descriptivo. La población en estudio la constituyen psicólogos/as y enfermeros/as de un servicio de salud mental de un hospital interzonal.

Dicho trabajo se llevará a cabo mediante la implementación de la investigación participativa, utilizando la entrevista como medio de recolección de información. Se invitara a los participantes a reflexionar críticamente sobre sus propias experiencias.

La investigación participativa, en su sentido más genérico, puede comprender todas las estrategias en las que la población involucrada participa activamente en la toma de decisiones y en la ejecución de una o más fases de un proceso de investigación.

Se parte de entender a la investigación no solo un estudios para generar hechos, sino para desarrollar comprensión de uno mismo y su contexto. Ahora, la metodología participativa se describe como un conjunto de principios y un proceso de compromiso en la investigación.

Este tipo de investigación desafía las prácticas que separan al investigador del investigado y promueve la creación de una alianza estratégica entre los investigadores y las personas en estudio. Tanto el investigador como los participantes son actores en el proceso investigativo, influyen en el flujo, interpretan el contenido y comparten opciones para la acción.

Una característica metodológica esencial que distingue la investigación participativa de otra investigación social es el diálogo. Mediante el diálogo, las personas se unen y participan en todos los aspectos cruciales de la investigación. Es mediante la conversación entre unos y otros y haciendo cosas juntas que las personas se conectan, y esta conectividad conduce al significado compartido. El diálogo permite despertar las voces de los participantes y cultivar su participación como agentes fundamentales y activos del cambio.

El investigador no es un experto que supone tener todo el conocimiento y se lo da a las personas que supone no lo tienen. Es más bien un facilitador que establece situaciones que les permiten a las personas descubrir por sí mismas lo que ya conocen, además de ganar nuevos conocimientos. En este proceso, el investigador no sólo aprende de los participantes, sino también es parte activa del diálogo.

La comunicación es un asunto metodológico fundamental en la investigación participativa. Se asienta en las combinaciones creativas de la comunicación escrita, oral y visual para el diseño, ejecución y documentación de la investigación.

Lugar de realización del trabajo: Hospital interzonal.

Cronograma de actividades:

- 1- Búsqueda bibliográfica y del estado de las investigaciones sobre el tema.
- 2- Selección del instrumento.
- 3- Contacto con las instituciones. Presentación y solicitud de autorización para llevar a cabo el proyecto.
- 4- Aplicación del instrumento.
- 5- Recolección de datos.
- 6- Procesamiento e interpretación de datos.
- 7- Elaboración de conclusiones.
- 8- Elaboración y redacción del informe final.
- 9- Presentación del informe final.

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
1	X	X	X			
2			X			
3			X			
4				X		
5				X		
6					X	
7					X	
8						X
9						X

Bibliografía:

- Cascardo, N; Longo, D; Videla, M (2005). *Salud Mental y trabajo*. Estudio exploratorio del síndrome de burn out en hospital público. Tesis de grado.
- Dejours, C (1992). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires Hvmánitas.
- Pintos, S; Giardelli, D; Amilkar, M (2006). *Nuevas formas solidarias de organización productiva. Producción de subjetividad y estrategias de afrontamiento*. Revista de Psicología y Ciencias Afines "Perspectiva Psicológica", volumen 3, Nº 1.
- Santa Coloma, C. (2007). *Salud mental y sociedad desde una mirada psicoanalítica. Psicoanálisis y sociedad. Teoría y prácticas*. Cecilia Moise, compiladora. Ediciones Continente
- Silva Peralta, Y.(2006) *¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores-de-la-salud?.Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el síndrome Burnout.* Revista de Psicología y Ciencias Afines "Perspectiva Psicológica", volumen 3, Nº 1.
- Silva Peralta, Y. (2009). *Trabajo final de la Carrera de Especialización en Psicología de los Vínculos*.

Recursos electrónicos:

- http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital
- http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental

Firma del Director:

Firma del Supervisor:

Firma de los Alumnos:

ÍNDICE.

1. Introducción.

2. Consideraciones Teórica.

2.1. Primera Parte.

Servicio de Salud Mental Hospitalario.

Capítulo I.

Recorrido Histórico del Hospital Público en Argentina.

Capítulo II.

Políticas Públicas de Salud en Argentina.

Capítulo III.

Modelos de Provisión de Salud.

Capítulo IV.

Prácticas en Salud Mental.

2.2 Segunda Parte

Desgaste Mental del Sujeto en la Institución.

Capítulo V.

Sufrimiento Institucional.

Capítulo VI.

Estrategias de Afrontamiento.

Capítulo VII.

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

3. Metodología.

4. Análisis de los Datos. Extractos de las Entrevistas.

5. Reflexiones Finales.

6. Bibliografía.

7. Anexo.

1. INTRODUCCIÓN.

A partir de la revisión bibliográfica realizada, daremos a conocer el recorrido sobre conceptos teóricos que hemos considerado más relevantes para llevar a cabo nuestra investigación.

La necesidad de estudiar el *estrés laboral en profesionales de la salud mental*, surge al pensarnos como futuros profesionales y las vicisitudes que la labor conlleva.

Resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia del trabajo de los profesionales de la salud pública, ya que la calidad de vida y el estado de salud física y mental que conlleva tienen repercusiones sobre la tarea (ausentismo, rotación, disminución de productividad y calidad).

Para dar cuenta del estrés laboral producto del quehacer en un hospital público, comenzaremos con una breve exposición sobre lo que se considera *salud mental, salud y trabajo, y burnout*.

Hemos considerado necesario un recorrido histórico del Hospital Público en Argentina, las Políticas Públicas de Salud, la institucionalización y morfología de los diferentes modelos de provisión de servicios médicos en Argentina.

A partir de la metodología utilizada (investigación participativa) y el vivenciar la realidad del hospital público, nos llevó a la investigación de temas como el sufrimiento institucional, el desgaste mental y las estrategias que las personas emplean para afrontarlo.

Finalizada la exploración expondremos las conclusiones a las cuales arribamos.

2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS.

Hablar de *salud mental* es hablar de algo invisible. Lo mismo ocurre con otras significaciones sociales, como la belleza, la honestidad, la decencia. Son significaciones. Adquieren un significado de idealidad y constituyen el armazón del imaginario social. La cultura las construye.

Estas construcciones sociales, las significaciones en definitiva, son los ejes que dan dirección, sentido e identidad al grupo que las sostiene, y que es a su vez, sostenido por ellas. Brindan pertenencia y referencia.

La salud se intrinca como significación y construcción ética y moral. Es competencia de la persona, la familia, la sociedad y el Estado. Se la instituye dentro del derecho y el bien común. Es responsabilidad y obligación del ciudadano y de los conciudadanos resguardar y cuidar su salud, además de contar con los medios y las estructuras necesarias para este fin. Es por eso que se la regula, se la rige bajo un *nomos* y se la legisla bajo una ley. (Santa Coloma, C. 2007).

La salud implica la capacidad de enfermar y la capacidad de sanar, desde donde curar conlleva la asistencia necesaria cuando lo enfermo, el enfermo, no puede sanar por sí mismo. Quienes tratamos con temas de salud-enfermedad sabemos que no producimos salud sino procedimientos o dispositivos con los que buscamos mejorar las condiciones para que el enfermo sane, o bien, que el sufrimiento sea mitigado. En definitiva, la meta suprema es volver a estar sano, e incorporar al asistido a su vida habitual y cotidiana, con capacidad de amar y trabajar. (Santa Coloma, C. 2007).

En esta capacidad de enfermar y sanar, en el restituir, en el realcanzar el estado de salud, se inscribe no solamente la ilusión de volver a un lugar fuera de la perturbación; implica también la búsqueda de la ayuda, la asistencia precisa, idónea, donde la posibilidad del restablecimiento está implícita.

La salud, reiteramos, no deja de lado la importancia y la responsabilidad de la familia, el grupo social inmediato, la comunidad y el Estado en ese proceso permanente que es la salud mental por extensión.

Ahora bien, podemos apreciar que existen muchas significaciones acerca de las características, procesos y componentes de la salud mental. Es un

concepto cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él.

La OMS ¹ considera la *“salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en ausencia de enfermedad”*.

Esta definición presenta la ventaja de considerar la salud no en términos negativos y de asociar el estado físico a condiciones sociales y mentales. Sin embargo, resulta algo estático, y dado que la salud no lo es sino que es un proceso multidimensional, una situación construida, una suerte de equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, su relación es con el medio natural, familiar y social.

Al igual que el concepto de salud, la salud mental se define como:

- un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado.
- un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía, etc.
- el resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés post-traumático, o la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.

La salud mental puede asociarse también a características de la persona como los “estilos de afrontamiento”: la competencia y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno y participa en actividades motivadoras. (Cascardo, N; Longo, D; Videla, M. 2005)

A partir de lo expuesto anteriormente podemos decir que la salud mental no sólo es considerada un proceso o una variable de resultado, sino también como una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

La salud mental estaría determinada por las características del entorno y por aquellas que son propias del individuo. Puede decirse que la salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional, en el cual el individuo es capaz de utilizar sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

¹ OMS (Organización Mundial de la Salud). Santa Coloma, C. (2007)

Los precursores de la (“mala”) salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido y con las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones formales e informales en el trabajo. (Cascardo, N; Longo, D; Videla, M .2005)

De acuerdo con Dejours (1992), “...*la salud supone una construcción a través del confrontarse con lo real. Cuando aparece la falla, las consecuencias no solo son serias para el sujeto, sino que se recienta la organización del trabajo, pudiendo llegar hasta el estancamiento de la tarea. Los conflictos, el sufrimiento, las defensas, no sólo tienen que ver con la historia del trabajador y con el grupo de trabajo, sino también con la situación misma del trabajo...*”.

“...*La salud es tributaria de un estar con otros. La salud y la construcción de las defensas es una interacción cognitiva y afectiva. Al trabajar operan tres racionalidades: eficacia productiva, construcción y protección en la salud, y el vivir con otros en el trabajo...*”.

La *salud y el trabajo* se definen como conceptos íntimamente relacionados. El trabajo, en tanto actividad exclusivamente humana, tiene entre sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico. Pero el trabajo es más que el empleo, participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador y en ese sentido se constituye en proceso social básico. (Cascardo, N; Longo, D; Videla, M. 2005)

Las condiciones ambientales, el tipo de trabajo, las relaciones sociales, los roles que se desempeñan, los sistemas de promoción y el estilo de dirección son valiosos determinantes del bienestar, la salud, la calidad de vida laboral y la satisfacción.

Las diferentes culturas y sociedades han generado diversas creencias y representaciones sociales de la realidad laboral y experiencia humana. Las actitudes ante el trabajo y los comportamientos en el mismo serán diferentes si se concibe como deber o como un derecho. La manera de entender el trabajo, individual y socialmente, influye en la forma en que se vive esa experiencia y en los comportamientos que genera. (Santa Coloma, C. 2007).

En los comienzos de la [historia](#), el trabajo era realizado primordialmente por mano de obra esclava, poseída por un propietario que tenía el derecho de disfrutar o usufructuar con los bienes producidos. Así, el esclavo era tratado como una mercancía más, con la posibilidad de ser vendido o comprado. Esta

situación es comprobable desde la civilización griega, el imperio Romano y el comercio negrero realizado durante la conquista de América. Este estado particular del trabajo finalizó en el siglo XIX.

Previamente, durante la [edad media](#), se había desarrollado el régimen feudal, en donde la [esclavitud](#) estaba excluida. En este caso, al trabajo se le denominaba servidumbre, siendo los siervos hombres libres, puesto que aunque tenían límites en su obrar, sus personas no eran [propiedad](#) de otra. Básicamente, en este período y durante esta forma de [organización](#) social, el trabajador (siervo) hacía un contrato con un señor feudal en el que se comprometía a trabajar a cambio de protección.

En la actualidad, el trabajo es realizado a cambio de un salario. Así, el trabajador vende su fuerza de trabajo en el mercado y recibe una remuneración por éste. El empleador, por su parte, contrata personal con la finalidad de percibir una ganancia. Los intereses de los trabajadores están protegidos por los sindicatos, que negocian colectivamente los salarios según cada sector en particular. Además de esta protección, los trabajadores están amparados por el conjunto de leyes laborales.

Podemos considerar al trabajo como una actividad que además de la subsistencia otorga al individuo la posibilidad de crecer y realizarse en relación al medio ambiente al que modifica y por medio del cual él mismo se modifica.

Dejours (1992), plantea que *“el trabajo es la actividad desplegada por los hombres y las mujeres para enfrentar lo que no está dado por la organización del trabajo. Es decir, trabajar es poder hacer un poco más de lo que está formalmente prescripto, es realizar un plus de aporte y se caracteriza por el hecho de que solo una persona lo puede hacer, no una máquina”*.

Según este autor, las personas tienen que querer hacer este plus de aporte, tienen que tener el deseo de hacer esta contribución para que la tarea se logre. La mayor parte de los individuos emplean una buena parte de su vida en actividades laborales: primero, preparándose para ello, después en su ejecución, pretendiendo la satisfacción de necesidades biológicas, de seguridad, de relación social, de autoestima y de relación.

El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, ante ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo, es lo que varios autores llaman estrés laboral. Cuando el

trabajador percibe que su entorno de trabajo y las demandas que éste le plantea superan sus capacidades para afrontarlas es cuando se desencadena la respuesta de estrés.

El trabajo es productor de subjetividad, esta producción se da en el juego con los otros, en el que opera la necesidad de reconocimiento del hacer, desde el aprecio que se hace de lo útil y de lo bello, en el acto de trabajar. Cuando éste no se hace presente, cuando no se actúa de acuerdo a lo que se considera que está bien, aparece el sufrimiento. (Pintos, S; Giardelli, D y Amilkar, M. 2006) Una de las consecuencias de la exposición prolongada a situaciones de estrés es la aparición del síndrome de desgaste, también conocido como el *síndrome de burnout, síndrome de quemarse en el trabajo*.

Fue a mediados de los años '70, cuando se hace alusión por primera vez al fenómeno de burnout. Freudenberguer (1974) comenzó a observar una serie de manifestaciones de agotamiento en los psicoterapeutas de una clínica y utilizó este término para explicar el proceso de deterioro en los cuidados profesionales.

No existe una definición unánimemente aceptada de burnout, pero cada vez existe mayor consenso en considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución. (Cascardo, N; Longo, D; Videla, M. 2005)

En la delimitación conceptual del síndrome se puede diferenciar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. Mientras que la primera entiende el síndrome de quemarse por el trabajo como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral haciendo alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surgen en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios; la segunda perspectiva amplía el espectro de factores intervinientes y considera al burnout como un proceso que se desarrolla por la interacción de característica del entorno laboral y características personales.

Desde esta perspectiva psicosocial, el síndrome de quemarse por el trabajo se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo

aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables aptitudinales (despersonalización). Asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. (Redondo, A. 2001).

Desde la perspectiva psicosocial, el burnout es un síndrome cuyos síntomas son:

-bajos niveles de realización personal en el trabajo. Esta es entendida como una tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atiende.

-altos niveles de agotamiento emocional. Es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos).

-despersonalización. Es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen este síndrome muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el miedo. (Cascardo, N; Longo, D; Videla, M. 2005)

Las situaciones vitales, como por ejemplo estar sobrecargado de trabajo, realizar actividades en las que uno no posee los suficientes conocimientos para resolverlas, etc.; son indicios claros de estresores. Estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Cuando el estrés se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que se ve reflejada en el organismo y en la aparición de enfermedades, anomalías y anormalidades patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. (Wikipedia. 2009).

El estrés incluye distrés, con consecuencias negativas para el sujeto sometido a estrés, y eustrés, con consecuencias positivas para el sujeto estresado. Es

decir, hablamos de eustrés cuando la respuesta estrés del sujeto favorece la adaptación al factor estresante. Por el contrario, si la respuesta estrés del sujeto no favorece o dificulta la adaptación al factor estresante, hablamos de distrés. Este estrés es considerado por diferentes autores como desagradable, en el sentido que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga.

La realidad socio/laboral hace necesario contemplar esta problemática considerando explícitamente un ajuste entre los sujetos, el puesto de trabajo y la propia organización. La carencia de recursos para afrontarlo o neutralizarlo hace que surja el estrés. (Castro Soto, M .2006)

Según diferentes estudios, los profesionales sanitarios, de la educación y de servicios sociales constituyen la población de mayor riesgo y vulnerabilidad al síndrome. Se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de las personas con las que se relacionan profesionalmente. Esta interacción con el sujeto se centra en los problemas actuales de éste (salud, higiene mental, relaciones personales o laborales, etc.) y éstos vienen cargados con muy diversos sentimientos, tales como la preocupación, el miedo, el rechazo, el odio, la desesperación, etc.

Estos problemas o preocupaciones con que llegan las personas se deben a la situación actual de crisis social, económica, política, las condiciones laborales, el desempleo, lo imprevisto, que afecta en su subjetividad a todas las personas, y es fuente de sufrimiento físico y psíquico. La incertidumbre respecto a la permanencia en el sistema, el fantasma de la exclusión social, el temor a la marginalidad, tornan vulnerables las condiciones físicas y psicológicas de toda la población. Ante ello, la emergencia de nuevas enfermedades y de formas de padecimiento físico, psíquico y social. Como causa de todos estos acontecimientos podríamos citar a la crisis económica del neoliberalismo, la que dio lugar al crecimiento del desempleo, del subempleo, la mala remuneración, y los trabajos inseguros, lo cual tiene múltiples efectos, que se propagan más allá de las condiciones materiales de vida, y afectan al mismo ser social y a las relaciones más íntimas de los individuos afectados.

2.1. PRIMERA PARTE.

Servicio de Salud Mental Hospitalario.

CAPÍTULO I.

Recorrido Histórico del Hospital Público en Argentina.

En los siglos XVII y XVIII, los hospitales en la Argentina constituían prácticamente albergues destinados a aislar a los enfermos contagiosos, a los dementes y a los indigentes. Las medidas que se adoptaban en salvaguarda de la salud de la población eran escasas y habitualmente conllevaban un fin utilitario, tal como el que se impondría posteriormente en los inicios de la Revolución Industrial, cuando el valor de la salud devenga en horas productivas de trabajo.

En época de la dominación hispánica en Argentina, los enfermos eran tratados de sus enfermedades y curaban o morían en sus propios domicilios. Los partos eran patrimonio casero de las comadronas, práctica que se prolongó en nuestro país hasta bien adentrado el siglo XX.

Durante la conquista y posterior organización colonial fue norma legislada, que debía destinarse un lugar físico para hospitales en toda ciudad que se fundare, y generalmente el solar dispuesto para ello estaba en las proximidades de una iglesia o convento. El rey destinaba parte de los diezmos para su mantenimiento.

Se supone que el primer hospital que se fundó fue en la ciudad de Santiago del Estero.

Algo a destacar de dicha época, es que las personas con bajos recursos económicos no acudían a los hospitales. El concepto más difundido atribuía a la salud una responsabilidad individual, la mención de la salud como un derecho en las cartas constitucionales de los países se hace visible después de la Primera Guerra Mundial. Hasta hace aproximadamente cien años, la salud no era un asunto de los Estados.

Durante las inmigraciones, la entrada de los nuevos habitantes al Río de la Plata se hallaba reglamentada en virtud de la serie de vicisitudes y afecciones

que los asechaban durante la travesía. Por razones de salud pública, el virrey ordena que los negros no puedan entrar antes de hacer constar su sanidad.

Cuando llegó el momento de nuestra independencia, se hizo necesaria una reestructuración en materia de salud. Los primeros hospitales sustentados por el gobierno son destinados a brindar asistencia a los militares. Entre 1810 y 1815 se inaugura el Hospital Militar en Santa Fe que aunque apoyado y parcialmente sustentado por el Ejército, continuaba siendo operado por hombres de la comunidad local.

En 1822, bajo el gobierno del General Martín Rodríguez, se produce la ley de “arreglo de la medicina”, la cual fue un verdadero código sanitario, que establecía la forma y condiciones de la asistencia médica y de la farmacia.

Esta ley reforzaba las funciones de los médicos, empleados ahora por el Estado.

Aparecerán luego los médicos higienistas, que vieron el problema de la salud con ojos promisorios y trataron de anticiparse a la aparición de las enfermedades.

Buenos Aires había sido conmovida por sucesivas y diversas epidemias. La quinta de Leinit había sido construida por un médico y abrigaba pretensiones de hospital. Había servido de lazareto durante las epidemias de cólera de 1869 y de fiebre amarilla en 1871. En 1882, José María Ramos Mejía, la denominó Casa Municipal de Aislamiento.

Comenzaba a tener vigencia la salud social, por lo menos en lo que se refería a evitar la diseminación de las enfermedades.

Las últimas décadas del siglo XIX se caracterizaron por la intensa labor de legisladores y concejales, hicieron que, en poco tiempo, hubiera una seguidilla fundacional: hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención que tendieron a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos económicos.

Uno de los hospitales fue el de Clínicas, modelo en su época. A partir de allí se fueron creando sucesivamente los distintos hospitales en todas las provincias. (Pérgola, F. 2004).

Para Centrángelo y Devoto (2002), la conformación actual del sistema argentino de salud, entonces es el resultado de una compleja evolución. En los comienzos la provisión de servicios de salud se desarrollo alrededor de un

grupo de prestadores que comprendían establecimientos privados, sin intervención del estado en la organización del sector y en la definición de una política de salud nacional. A mediados de la década del 40' el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto en el diseño como en el desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio gran impulso a la salud pública. Desde el estado se fomentó la creación de entidades de la seguridad social que aseguraran la cobertura de salud a los asalariados que afiliaban de forma voluntaria. La creciente importancia de las obras sociales fue generando nuevas modalidades del sector.

Desde 1970, el sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La aplicación de esta legislación significó una importante reforma del sistema. Amplió considerablemente la cobertura y puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico.

El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados.

La extensión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad.

Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservado a la atención de la población más carenciada, sin cobertura social.

En los años 80', el sector de salud argentinos había consolidado una organización que se caracterizaba por su fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad.

El sector público se divide según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad

de operación. El sector privado, por último, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas.

A principios de los años 90', los recursos de las obras sociales provenían de aportes y contribuciones sobre el salario, que recaen sobre trabajadores y empleadores con porcentajes que a lo largo del tiempo habían ido en aumento. En esta etapa acontecieron una serie de cambios que afectaron negativamente al mundo del trabajo, en particular lo que conocemos como precarización laboral, lo que fue dificultando cada vez más el sostenimiento de los sistemas de protección social basados en la contribución solidaria; este proceso fue dejando sin cobertura de salud a una cantidad cada vez más importante de personas.

Por otro lado, existe una línea de actuación que contribuyó decisivamente a la mercantilización de la salud y que podemos descomponer en dos series de medidas: una de privatización y otra de desregulación de los bienes y servicios sanitarios.

Al mismo tiempo, el desfinanciamiento del sector deterioró las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud pública. Lo que da como escena final de la situación, hospitales públicos vaciados y faltos de recursos, con profesionales mal pagados, padeciendo pésimas condiciones de trabajo y con una incidencia preocupante de patologías asociadas al trabajo de tener que atender una demanda cada vez más cuantiosa y compleja. (Más, F; Mazzetti, M S. 2007).

CAPÍTULO II.

Políticas Públicas de Salud en Argentina.

1. Políticas de Salud.

La historia de las políticas sociales y de salud ha sido clasificada en fases acordes a las etapas del desarrollo capitalista en Argentina. De acuerdo a un modelo de análisis que busca identificar los determinantes de cada política de salud, pueden distinguirse cuatro grandes fases de las mismas:

1. La primera etapa del desarrollo estaría caracterizada, según este modelo, por la orientación del proceso de acumulación hacia los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora. La modalidad de ejercicio del poder político instituida por esta clase fue denominada Estado liberal, a pesar de sus características fuertemente autoritarias y excluyentes. Las demandas sociales emergentes solo fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. En esas situaciones se promulgaron leyes que casi nunca fueron cumplidas con relación a la jornada laboral, a los accidentes y al trabajo femenino e infantil.

2. El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento "hacia fuera". La misma desplazó a la oligarquía agroexportadora dando lugar a una amplia coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y aún a los trabajadores urbanos, dando origen al denominado Estado de Compromiso. En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social.

3. La etapa siguiente del desarrollo del capitalismo industrial marcada por la internacionalización del capital en un proceso de asociación entre capitales de origen nacional e internacional, da lugar a un Estado burocrático-autoritario, empresarial, militarizado y tecnocrático; que excluyó del poder al movimiento obrero organizado. En lo que se refiere a la política social la misma se subordina a los intereses de acumulación dando lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.

4. Finalmente, la crisis económica reciente del capitalismo mundial, así como la de los países socialistas, redefine tanto los patrones de acumulación como los

modelos de producción y la división internacional del trabajo, configurando grandes bloques. En los países industrializados cuya producción es liderada por los modernos sectores productivos, se abandona el modelo fordista anteriormente preponderante. Se produce entonces el agotamiento del Estado Benefactor y se impone el discurso neoliberal.

Este esquema permite, también, describir la evolución del sector salud en la Argentina. De acuerdo con él podrían identificarse básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en desmedro de otras. En conclusión, desde ese esquema, las etapas o fases de la evolución del sector salud argentino, según Federico Tobar son:

1. La Policía Médica
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo Desarrollista
4. El Modelo Neoliberal (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf)

1.1. La Policía Médica.

Durante una extensa primera fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio de los médicos, registraba un muy leve impacto en la agenda de políticas públicas. Esto se debe fundamentalmente a que en el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias.

El prestigio médico fundamentaba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo. Durante el siglo XIX se instituía un modelo de atención en salud pública sobre dos ejes de acción vinculados entre sí: por un lado la Psiquiatría Alienista y por el otro el Higienismo.

Para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por aislar a los enfermos que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquella resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad.

En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la cuestión pública. En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de “policía médica” ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno. A esta modalidad particular de relación Estado - ciudadano los analistas han denominado “ciudadanía invertida” porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una “dádiva” otorgada a los excluidos, los no ciudadanos. La denominación proviene de la política asistencialista desarrollada a partir de las Poor Laws inglesas del siglo XVIII, por las cuales para tener acceso a la asistencia social las personas (pobres) perdían sus derechos civiles. Es decir, cuando se recibía ayuda social se perdía la condición de ciudadanía. (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf)

1.2. El Estado de Bienestar y la Salud.

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras epidemias y grandes catástrofes, unido a las expansión de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud. Por ejemplo, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas. (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf)

Durante la etapa del Estado de bienestar, las instituciones tutelares pierden vigencia por la acción redistributiva e integradora del Estado. Uno de los resultados del proceso histórico que desemboca en la década del 40, será la aparición de la política social, la que adquiere una proyección que la coloca más allá de ciertas interpretaciones teóricas que la circunscriben a ser sólo un “sistema de administración de recursos públicos”. La política social como pieza estratégica del Estado de bienestar, será la condensación de las luchas reivindicativas de los nuevos actores sociales que por primera vez podrán expresarse en los espacios autónomos del Estado como políticas públicas, abriendo a partir de ellas una nueva etapa de democratización real de la sociedad argentina. El proceso de burocratización autoritaria del Estado de bienestar, es el que permitió que las políticas sociales que garantizaron una integración del conjunto de las clases asalariadas al proceso de movilidad social ascendente, fueran reemplazadas por “políticas sociales”, que en la medida que avanza el proceso autoritario, van adquiriendo un carácter cada vez más tutelar, basadas en privilegios corporativos, que mientras mantenían los beneficios para ciertos sectores de la clase asalariada recortaban o retiraban dichos beneficios a otros sectores, de menor calificación y los más expuestos a las “racionalizaciones”. (Daso, C. 2003)

El sistema de seguridad social experimenta un sostenido crecimiento, de este modo, se va conformando el conjunto de instituciones que más tarde serán reconocidas como el sistema de las obras sociales. (Rossi, M.T; Rubilar; A.N. 2007).

1.3. El Estado Desarrollista y la Salud.

El rol distribucionista del Estado es reemplazado, en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación del capital. Dentro de este esquema el sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta política de transferencia que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación.

No obstante, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf)

1.4. El Estado Neoliberal y la Salud.

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico.

Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial. Aunque

en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales. (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf).

La salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina sus recursos a nivel secundario (patologías serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural y más costo-efectiva al sistema de atención médica.

Desde 1991, se sumo la introducción de un nuevo modelo microeconómico conocido como Hospital de Autogestión al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Desde el punto de vista de la equidad, la idea central consiste en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos.

Sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia.

La tendencia predominante en las reformas de seguridad social en los 90´ ha sido la devolución a cada afiliado de prestaciones equivalentes a los recursos aportados. La nueva tendencia responde más a la definición de la previsión y la salud como bienes meritorios, sin consideraciones claras con la equidad. (Centrángelo y Devoto. 2002).

2. Trayectorias Históricas en la Organización de los Servicios de Salud en Argentina.

En conclusión, pueden identificarse en nuestro país cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de salud. En el primero (liberal), la salud es totalmente subsidiaria y el rol del Estado se limita a garantizar que esta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población.

En la década del cuarenta, las principales transformaciones en la estructura social del país consolidan las bases sociales de un nuevo Estado (de compromiso). Este incorpora la premisa de la modernización pero más en la acción que en el discurso.

La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud. Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un poder ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden pero el acceso no se plantea de manera universal sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras sociales) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

El desarrollismo provoca un giro en el rol del Estado por el cual el compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales. La premisa de la modernización se consolida para ser reeditada por todos los gobiernos posteriores. No obstante, se incorpora como novedad la tendencia centrífuga de las acciones estatales. El sistema de salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente los mismos son devueltos a Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias.

El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del

mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital.

Los Gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los períodos de transición y consolidación de la democracia no consiguieron encontrar aún fórmulas superadoras de las recetas básicas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación de la esfera central de cualquier compromiso de gestión que pudiera involucrar conflictos. Se consolidan así las tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios, incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública.

La descentralización permanece como resultado de la confluencia de esta premisa en dos grandes discursos ideológicos, el neoliberal y el de la reforma progresista que se despliega en los sistemas de salud bajo la consigna de incorporar un modelo de asistencia social.

No obstante, la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud. Esta participación está dando sus primeros pasos y las pocas experiencias desarrolladas con éxito dificultan la identificación de estrategias apropiadas para todos los contextos. En la formulación de las políticas de salud la participación difícilmente supera el carácter declarativo.

Estos sumarios antecedentes permiten explicar la transformación profunda que se da en el campo de las políticas y servicios de salud. Desde la situación inicial caracterizada por un poder político del Estado que considera primero la protección sanitaria y el control de enfermedades transmisibles considerando competencia de la atención médica a la población sin recursos económicos una función social de caridad.

En esta época las políticas de salud están muy fuertemente vinculadas a un arte y una ciencia, que es patrimonio de los médicos, y que por otro lado no tiene mayor trascendencia en el campo político. La salud o mejor dicho la enfermedad como concepto general en esa época es totalmente compartido, indiscutido y de responsabilidad médica.

Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, a la que se suma la exigencia de control por la autoridad de salud sobre otros campos que se relacionan con la producción, el trabajo y la satisfacción social, surge la mayor importancia de las políticas de salud.

En la actualidad el campo de la salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población.

En el presente mantener y mejorar la salud es una inversión indiscutible.

La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la salud. La deuda económica se paga en gran proporción incrementando la deuda social.

La tradición de privilegiar la atención médica, ampliamente justificada por su carácter de necesidad sentida y expresada por la comunidad, genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados.

La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, matizadas en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud. No obstante, la interpretación del fenómeno político en el campo de la salud y el tipo de respuestas continúa siendo de corte sectorio. (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf)

CAPÍTULO III.

Modelos de Provisión de Salud en Argentina.

1. Institucionalización y Morfología de los Diferentes Modelos de Provisión de Servicios Médicos en Argentina.

Hasta fines del siglo XIX la atención de la salud de la población en Argentina estaba basada en el hospital público, gratuito y la medicina privada independiente. A partir del siglo XX se produce una dinámica de extensión de servicios con el surgimiento, de esquemas comunitarios o de base social inspirados en una lógica solidaria tales como las mutuales y asociaciones profesionales y asociaciones sindicales. Estas últimas derivan en el modelo de Obra Sociales y se expanden de forma sostenida a tal punto que en la década del 70 más de las tres cuartas partes de los argentinos eran sus beneficiarios. En la década de 1980 surge una nueva conformación de servicios médicos privados, se trata de la medicina prepaga.

Hasta la segunda mitad de la década del 90 los diferentes tipos de servicios de salud en Argentina avanzaban por carriles separados. Cada uno se dirigía a una clientela o población beneficiaria específica y contaba con sus propias fuentes o esquemas de financiación. Sin embargo, un conjunto de medidas de reforma del sistema intensifican y redefinen las interrelaciones incorporando flujos de financiación y servicios entre los diferentes tipos de servicios o subsectores.

A continuación se presenta cada uno de los modelos de provisión de servicios médicos que surgieron en Argentina durante el siglo XX.

3. La Prestación a través del Consultorio Privado.

El médico operando en su consultorio particular es la figura central del modelo liberal de servicios de salud.

Se pueden distinguir dos grandes esquemas de organización de la atención médica de los consultorios privados. Por un lado es modelo tradicional del consultorio autónomo, por el otro el modelo del consultorio contratado por un seguro de salud.

En Argentina el modelo tradicional lo constituía el médico de familia que atendía en su propio consultorio, en el domicilio de sus pacientes y en Sanatorios con sistema abierto y con las prestaciones totalmente financiadas por los individuos que necesitan de atención. Este esquema de atención presentaba algunas ventajas: propiciaba una intensa y fluida relación médico-paciente y reforzaba el prestigio profesional.

Hasta mediados de la década de 1940 un 95% de las prestaciones ambulatorias privadas eran provistas a través de consultorios independientes en los que el médico cobraba directamente al paciente. En la actualidad las proporciones se invierten y menos del 5% de las consultas ambulatorias son provistas bajo este esquema. Es decir, el 95% de las prácticas ambulatorias realizadas en consultorios privados son financiadas total o parcialmente por seguros de salud (obras sociales o prepagas).

4.Prestación Institucional

El mercado de clínicas y sanatorios constituyen los prestadores institucionales que surgen asociados a la expansión de las obras sociales. Históricamente estas entidades han establecido distintos criterios en la relación con los prestadores. Desde los primeros policlínicos ferroviarios diseminados a lo largo de las vías férreas, de propiedad del Instituto, con profesionales y trabajadores en relación de asalariados, hasta la tendencia general del las Obras Sociales creadas a partir de 1970 que masivamente contrataron servicios privados, generando un gran crecimiento de la capacidad prestaciones instalada a expensas de este tipo de organizaciones.

Antes de la mencionada expansión de las obras sociales los establecimientos privados de internación funcionaban bajo la órbita de las mutuales y entidades de socorros mutuos. La consolidación de un mercado privado de establecimientos hospitalarios tenía dos precondiciones económicas. Por un lado la existencia de un flujo estable de recursos financieros que los individuos (pacientes) por separado no conseguiría garantizar. En segundo lugar, el declino del modelo universalista y público del estado de compromiso que impulsaron los dos planes quinquenales del Justicialismo cuyo ideólogo sanitario fuera Ramón Carrillo.

5. El Sistema Hospitalario.

Si a nivel ambulatorio los servicios médicos se consustanciaban con el modelo liberal, el nivel hospitalario continuó manteniendo esquemas precapitalistas esencialmente solidarios y comunitarios. A diferencia de otras colonias españolas, las primeras instituciones hospitalarias en Argentina tuvieron origen comunal. Esta peculiaridad y el hecho de que no se hayan originado en Buenos Aires sino en el interior pueden considerarse antecedentes matriciales de un destino de los hospitales públicos descentralizados y con participación comunitaria.

Las comunidades religiosas y benevolentes fundaron y sustentaron en base a la caridad un conjunto de hospitales entre el siglo IV y XVIII. Esta fase concluye con la creación, en 1780, del Protomedicato, institución corporativa creada en España mucho antes incluso del descubrimiento de América que actuaba a través de tres funciones: a) dirigía la enseñanza en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; b) administra justicia constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos así como persecución de curanderos; c) fijaba aranceles para exámenes y visitas de boticas.

Sin embargo, aunque se inauguraban funciones de Estado en salud, los hospitales continuaban siendo comunitarios y administrados por las hermandades vecinales o por los betleheimitas. Los primeros hospitales sustentados por el gobierno son destinados a brindar asistencia los militares bajo el gobierno criollo. Entre 1810 y 1815 se inaugura el Hospital Militar en Santa Fe que aunque apoyado y parcialmente sustentado por el Ejército, continuaba siendo operado por hombres de la comunidad local.

Fue Rivadavia quien operó una paulatina estatización de los hospitales. El primer paso para desplazar esta administración de base comunitaria se da durante el directorio de Álvarez Thomas y bajo el comando de Bernardino Rivadavia que estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales expropiando los hospitales religiosos y comunitarios y estableciendo juntas hospitalarias. El segundo paso lo estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822. En la misma se establecen criterios para

nombramiento de los médicos. Aparece entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas.

Bajo el gobierno de Urquiza el hospital general de Hombres fue pasado a la esfera de la Municipalidad de Buenos Aires. También se contemplaba la participación de hermanas de caridad para hacerse cargo de los cuidados de los enfermos pero esto no se planteó desde la comunidad local sino que el propio gobierno mandó importar hermanas de Francia.

Mientras en Buenos Aires se operaba una descentralización del Hospital desplazando la titularidad y responsabilidad por el Hospital de hombres hacia el gobierno local, en las provincias ese desplazamiento se realizaba desde las juntas de vecinos hacia la sociedad de Damas de Beneficencia (Santa Fe y Rosario).

Tras la epidemia de Fiebre Amarilla (1870-1871) y con la consolidación de las ideas liberales de la Generación del Ochenta se inaugura en 1806 el primer hospital nacional.

Hasta 1825 se construyeron 16 hospitales nacionales con la misión de constituirse en referentes regionales. Se trataba en su mayoría de hospitales de aislamiento o de concentración de crónicos que no escapaban a la concepción de la policía médica.

A nivel provincial se repetía el mismo esquema, los organismos provinciales se dedicaban preferentemente a obras públicas de saneamiento y control de la higiene mientras dejaban libradas a las iniciativas vecinales el desarrollo y la sustentación de la asistencia médica hospitalaria.

El punto de inflexión de este modelo surge con el estado de Compromiso afirmado por el Peronismo. Hasta 1944 el máximo organismo del modelo liberal había sido el departamento Nacional de Higiene, una dependencia del Ministerio del Interior con funciones precisas de Policía Médica. Al asumir Perón lo transforma en Dirección Nacional de Salud Pública expandiendo sus funciones de forma continua. Poco después al designar a Ramón Carrillo, este organismo se convierte en secretaría y en 1949 pasa a ser Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El modelo de atención del esquema de Carrillo era preciso. Habría un único seguro de salud para toda la población donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratado por

el Estado, luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública, por último se llegaría a verdaderas “ciudades hospitales” que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible.

El modelo carrillo en su conjunto no llegó a conquista la hegemonía necesaria para transformar al sistema en su conjunto. Sin embargo, dejó huellas indelebles en los servicios de salud del país. Entre 1946 y 1954 se duplica la cantidad de camas públicas, todas ellas bajo la jurisdicción del Estado Nacional.

6. Mutuales.

A finales del siglo XIX comienzan a gestarse las primeras formas de organización comunitaria, copia de organizaciones europeas, como un aporte adicional de la inmigración impulsada como estrategia para el desarrollo por La Generación del '80.

Estas organizaciones conocidas como “mutuales o mutualidades” son expresión de la solidaridad de grupos sociales afines, en particular por la nacionalidad de origen, impulsados por la necesidad de satisfacer las demandas de atención médica de grupos de población de escasos recursos.

En ellas, por una cuota mensual de ayuda mutua de los asociados voluntarios, en un principio se organiza y administra la demanda de servicios médicos, y se continúa luego con la organización y administración de la oferta.

Con el transcurrir del tiempo estas mutuales se abrieron a otros núcleos de la población, limitando la posibilidad de ingreso a la voluntad de los interesados y a la aceptación por parte de los directivos.

7. Asociaciones Profesionales.

A principios del siglo XX apareció un segundo tipo de organizaciones, llamadas asociaciones profesionales, que se crearon para atender las necesidades de atención médica para sectores determinados como la policía, las fuerzas armadas y también los ferroviarios. A diferencia de las mutuales, estas

organizaciones obtienen su financiamiento de un importante aporte estatal, además del proveniente de los aportes de sus beneficiarios. Para estos grupos se crean hospitales destinados a la atención exclusiva de sus integrantes.

8. Organizaciones Sindicales.

La organización sindical de los trabajadores, también importada de Europa, en un principio con el único objetivo de luchar por mejores condiciones de empleo, evolucionó lenta y desorganizadamente en formas incipientes de organización de la demanda de atención médica.

A principios de la década de 1920 el país ha evolucionado de la organización económica exportadora basada en la ganadería, a una organización más compleja que incorpora la actividad agrícola, una incipiente industria y el comienzo del desarrollo de las actividades de servicios. Como resultado se consolida una cada vez más amplia clase media.

La diferencia en cuanto a prestaciones que determinaba la pertenencia a distintas clases sociales, las ideas de igualdad ante la enfermedad y la generalización de las ideas de solidaridad que muestran las organizaciones colectivas mencionadas, instalan en nuestro país la noción de necesidad de asistencia médica para toda la población, aún cuando no se diseña un plan orgánico para prestarla.

9. La Medicina Prepaga.

Los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones, hacen nacer los prepagos sanatoriales. En el año 1955 se forma el Centro Médico Pueyrredón, cuya modalidad de atención era únicamente para los pacientes de los médicos de ese centro. Ese mismo año un sanatorio encara decididamente explotar un sistema asistencial comercialmente, para ello desarrolla un producto cerrado, centralizado (brinda toda la cobertura dentro de un solo edificio), el cual se denomina Policlínica Privada. Esta idea, de uno de los fundadores de Policlínica Privada tuvo su origen en los seguros de salud de Estados Unidos, los cuales asumían la responsabilidad, únicamente desde el

punto de vista económico. La novedad que se introdujo en este mismo sistema fue asumir la responsabilidad de la prestación del servicio médico.

En el año 1963, se lanza el Sanatorio Metropolitano, con un sistema también cerrado y centralizado pero con una particularidad, ya que únicamente se atendían los abonados al plan del sanatorio. Posteriormente en 1962 nace Asistencia Médica Social Argentina (A.M.S.A.), quién produce un verdadero cambio, ya que implementa un sistema cerrado descentralizado, cuya característica fue ofrecer una cartilla de profesionales que atiende en sus consultorios particulares, y estudios diagnósticos o internación en distintos centros de diagnóstico y tratamiento, como así también en varios sanatorios de Capital y del Gran Buenos Aires. A muy cercana fecha nace Centro Médico del Sur (CEMES), con la misma particularidad de sistema anterior, pero convirtiéndose en la primera empresa en brindar cobertura en todo el país, inclusive en las Islas Malvinas y también pioneros en cubrir a sus afiliados propios y de otras prepagas en las zonas de veraneo.

Los planes de cobertura en los inicios de la actividad, cubrían principalmente la internación, pero el mercado no sólo exigió la ampliación de ellas sino que como efecto de la competencia fueron incorporándose más y mejores coberturas, al tiempo que exclusiones y tiempos de espera fueron disminuyendo.

En los setenta aparecen las obras sociales de personal de dirección y superior de las empresas, como una segmentación especializada de las Obras Sociales. A raíz de esta situación se dificulta la ampliación de las carteras de socios de las entidades de medicina prepaga, las cuales fueron orientándose más a la clase media y media-alta, ya que eran las que adquirieron mayor conciencia, a través de los ejemplos que brindaban las mutualidades y obras sociales, de las ventajas que implicaba este tipo de cobertura.

En los ochenta la situación social cambia radicalmente, a raíz de la disminución del salario de los trabajadores en términos relativos y el incremento continuo de los costos prestacionales, agravándose la situación de las obras sociales. Esto genera condiciones propicias para la expansión de las prepagas. Entre 1961 y 1980 ingresan al sector 60 entidades, y brinda cobertura a una importante cantidad de población ya sea porque el asociado ingresó en forma directa al sistema o porque a través de su obra social accede a los servicios de un

prepago. Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades. Desde entonces y hasta 1992 se mantiene una situación de estabilidad en el número de prepagas, cuando comienzan profundos cambios, mediante liquidaciones, fusiones y absorciones y la llegada de empresas extranjeras a competir en este mercado. (www.isalud.org/documentacion/breve_historia.pdf)

En 1997, ya eran 269 empresas de medicina prepagada, aglutinadas en Capital Federal y el Gran Buenos Aires, y sólo un tercio de ellas cubrían el interior del país.

Luego de la crisis económica del 2001 y la devaluación subsecuente las prepagas sufrieron una importante caída de afiliados, incrementaron sus cuotas en un 25% promedio; en ese mismo lapso, casi el 40% de los beneficiarios de las prepagas se cambió a un plan más económico.

Para tener un mayor número de afiliados que permitiera distribuir mejor los riesgos y bajar los costos por persona, las prepagas, además de fusionarse entre sí, firmaron cerca de 150 contratos de concesión y gerenciamiento con [obras sociales](#) que delegaron la responsabilidad de la asistencia médica de sus beneficiarios estableciendo para ello un pago mensual per cápita. De este modo, las prepagas entraron a competir de manera indirecta en el sistema de las [obras sociales](#), porque si bien los afiliados al sistema solidario no están autorizados a elegir una prepaga sí pueden cambiar de [obra social](#), las cuales optaron por aliarse con prepagas para mejorar sus atractivos y ampliar su porción en un mercado que a simple vista continuaba "cerrado". Las empresas de medicina prepaga (que pueden adoptar la forma de sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, simples asociaciones o fundaciones) brindan en general servicios de cobertura de salud, a cambio de una cuota mensual; si bien cumplen la misma función social que los Planes de Adherentes organizados por las [obras sociales](#), a diferencia de estas últimas a la fecha no cuentan con una ley marco (por lo que los contratos se rigen por las normas generales y la Ley de Defensa del Consumidor) y tampoco existe ningún organismo público que ejerza el control institucional, jurídico o económico financiero o que represente legalmente o controle a las EMP (Empresa de Medicina Prepaga) como la [Superintendencia de Servicios de Salud](#) lo hace con las [Obras Sociales Nacionales](#), a excepción del aspecto prestacional ya que la Ley 24.754 de 1996 las incorporó al Sistema Nacional

del Seguro de Salud obligándolas a ofrecer como piso mínimo de cobertura el Plan Médico Obligatorio (coopsalud.blogspot.com.2007).

CAPÍTULO IV.

Prácticas en Salud Mental.

En el campo de la “salud mental” coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos.

1.La Salud Mental en cuanto Concepto o Representación.

La concepción dualista (mente-cuerpo) está contenida en los orígenes del pensamiento occidental. Planteada la existencia de una “psique”, es dable suponer un “estado óptimo” posible de la misma. Estado de bienestar que llamaremos salud.

Platón y la filosofía idealista: el alma debe dominar al cuerpo. El alma platónica es inmortal, precede y antecede al cuerpo y logra el conocimiento pese a la engañosa sensorialidad, por reminiscencia de su contacto con las esencias inmutables. Su bienestar deviene de las virtudes como la justicia y la pureza. Nos hallamos ante una definición positiva del término de “Salud Mental”; no sólo ausencia de enfermedad sino despliegue de sus potencialidades de fuerza, belleza y placer. La enfermedad es la ausencia de las virtudes que caracterizan y definen a la salud.

Aristóteles; filosofía base de la lógica formal: se estructura el empirismo como base del conocimiento. Los sentidos exteriores son la vía por la cual el intelecto capta “la forma” de las sustancias materiales. Los “sentidos interiores” (sentido común, imaginación, memoria, etc.) son los encargados de escindir las formas de los contenidos perceptivos, mediante un proceso de abstracción. La salud de tal mente será el correcto funcionamiento lógico del intelecto.

Si Platón se liga a lo innato, Aristóteles remite a lo adquirido.

El orden feudal: el sometimiento. Durante la edad media, en el orden feudal, la reflexión acerca del hombre y la naturaleza se realiza en el campo del pensamiento religioso. Los hombres se dividen en “pastores” o “doctos”, y en “rebaño” o “simples”. Estos últimos deben ser guiados por su tendencia al desorden, producto de las amenazas del mal.

El sujeto está dividido en un cuerpo origen de las caídas y las degradaciones, puerta de entrada del demonio; y un alma capaz de toda perfección. Podemos

deducir que “el bienestar del alma” en esta época es el estado de gracia al cual se llega por la vía del sometimiento. La enfermedad adquiere un carácter moral, es el producto de la “caída”.

La salud como acatamiento o sometimiento a la norma.

El pensamiento moderno: la razón/conciencia. Un nuevo orden comienza a gestarse en los burgos (ciudades). Bacon permite entrever una ciencia experimental. El alma sigue siendo espacio de lo teológico, pero lo natural es pensado desde la lógica, la mecánica y la percepción empírica.

En el caso de Descartes, plantea que el sujeto está dividido en dos sustancias; res cogitans (pensante) y res extensa (material). Ambas sustancias entran en contacto con la glándula pineal, dentro del cerebro. Esta doctrina impregnó la psicología académica desde entonces hasta nuestros días.

Desde esta concepción, se desprenden distintas relaciones entre mente y cuerpo: biologismo, psicologismo o interaccionismo.

La Revolución Francesa: la libertad. Con la Revolución Francesa y la Revolución Industrial Inglesa surge el concepto de libertad e igualdad entre los hombres. Este concepto idealista es la representación de “bienestar subjetivo” que aporta esta época.

Lo sano es la potencialidad natural que se despliega en el sujeto libre; lo enfermo proviene de la influencia social.

Sin embargo, la sociedad regida por el contrato deviene en el imperio napoleónico. La Revolución Industrial somete a los hombres “libres de elegir” a interminables jornadas de trabajo, a la insalubridad y al sufrimiento.

2.Las Teorías.

Bajo la influencia positivista los problemas psíquicos o de la mente se categorizan en enfermedad y se lo supone como localizado en un órgano: el cerebro. En nuestro país vemos surgir instituciones manicomiales con carácter de hospital en las cuales se investiga, se enseña y se desarrolla la ciencia.

Derivan de esta concepción también, las grandes categorizaciones de cuadros y nosografías psiquiátricas del siglo pasado, meticulosamente registradas y observadas en el “hombre asilar”. Lo observado objetivamente, en la medida en que se repite, constituye la norma. Lo que se desvía de la norma constituye

una alteración de ese orden que la ciencia convalida. He allí el criterio de salud-enfermedad.

En EEUU surge en el contexto del pragmatismo una teoría que afirma hacer de la psicología una ciencia natural: el conductismo. Construye un modelo de determinaciones posibles de la conducta humana y sus formas de encarrilamiento. Repercute en la educación y en las técnicas terapéuticas.

En Skinner encontramos un modelo de prevención: programar científicamente para evitar que aparezcan conductas fuera de la norma, es el criterio normativizante de prevención unidireccional dirigido a sujetos pasivos.

el psicoanálisis: la constitución subjetiva. Nos presenta un sujeto dividido en consciente-inconsciente, eludiendo la división mente-cuerpo.

La concepción de salud sería la de la capacidad de romper el circuito de repetición resignificándolo. Es indudable su repercusión en las prácticas de Salud Mental, en la medida en que rompe con la concepción causalista y biologista de la psicopatología (instaurada por el positivismo) e introduce una nueva concepción de la cura.

3.Las Prácticas de la Salud Mental.

En ellas encontraremos operando, en forma implícita, los supuestos filosóficos-ideológicos enunciados anteriormente.

La Concepción Liberal.

Plantea el cuidado de la salud como una responsabilidad individual basada en la "libertad de elección". En ella se mantiene la consideración de lo privado de la salud, reservándose la intervención de lo público para aquellos individuos o grupos de indigentes que no pueden valerse por sus propios medios. El Estado debe ocuparse de las medidas preventivas y de administrar las instituciones para indigentes.

El modelo de atención en salud, coherente con esta propuesta es el llamado Modelo Médico Hegemónico. Sus características son: biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, mercantilismo, eficacia pragmática. Tiene características básicas del modelo positivista. Se trata de una práctica

centrada en lo curativo, que se refleja en la medicina del órgano, y que suma la eficacia de la alta tecnología en salud.

Se basa en lo normal (en sentido normativo) para definir lo sano. Salud es ausencia de enfermedad o el silencio de los órganos. En Salud Mental la asistencia difiere según sea pública o privada. En la privada las posibilidades terapéuticas varían según lo que ofrezca el momento sociocultural. La pública se centra en el hospital psiquiátrico, desvinculada de la población. Ambas coinciden en su nula intencionalidad de actuar sobre los determinantes sociales que interactúan en el malestar del paciente y por lo tanto se reducen a lo curativo.

Buena parte de los profesionales se transforman en trabajadores a sueldo. La necesidad de expandir el mercado conlleva a la medicalización de la vida.

La Concepción Tecnocrática Normativa.

Tiene sus raíces en la década del 30', cuando el principio de la regulación del mercado libre mostró sus fisuras, obligando al mundo occidental a aceptar una práctica nacida en los países socialistas: la planificación.

La planificación normativa mantiene el sueño positivista de la sociedad científicamente programada. El Estado deja de ser el mejor garante del contrato y pasa a tener una participación más activa en el ordenamiento de las líneas a seguir por la sociedad.

La equiparación poder-saber del positivismo coloca a los recursos de la planificación en manos de los técnicos. Se desplaza el eje de la demanda explícita (modelo liberal) al diagnóstico de las necesidades de la población, necesidades evaluadas como tal por los técnicos.

Esta concepción asigna particular importancia a la prevención. En Salud Mental esta prevención "normativa" reconoce su afinidad con el sueño positivista/conductista. Se halla al filo de la evitación de conductas consideradas "inadaptadas".

Surgen los servicios de psicopatologías en hospitales generales, los centros periféricos de salud mental y el uso de técnicas terapéuticas combinadas con psicofármacos, junto con las medidas de readaptación a la sociedad del

paciente psiquiátrico. Se incorpora el trabajo en equipos interdisciplinarios, coherentemente con el criterio multicausal.

Se mantiene el concepto esencialista de la enfermedad como algo que le sucede al sujeto, aunque se reconoce que pueda tener causalidad social.

Concepción Participativa Integral.

La participación es en sí un hecho de Salud Mental, en la medida que permite a las poblaciones (y a los sujetos) salir de un lugar imaginario (y real) de sometimiento a una autoridad sentida como omnipotente y arbitraria.

Dentro de esta concepción se tiende a acciones integrales, incorporando lo específico de salud mental en las acciones generales de salud en relación permanente con otras prácticas sociales como educación, cultura, etc. Esta propuesta supone rupturas radicales con la concepción positivista de la ciencia, el causalismo y el mecanicismo.

La concepción de salud implícita en este tipo de prácticas es la de un proceso de búsqueda y constitución de situaciones nuevas. El criterio de normalidad no define la salud, y por ende sus acciones preventivas consisten en facilitar procesos en los cuales emergen conflictos y se transforman situaciones productoras de malestar.

Es por eso que se habla de “salud” como el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad. (Stolkiner, 1987).

2.2. SEGUNDA PARTE.

Desgaste Mental del Sujeto en la Institución.

CAPÍTULO V.

Sufrimiento Institucional.

"...La institución es una formación de la sociedad y de la cultura, cuya lógica propia sigue. La institución es el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros: se inscribe en la permanencia. Cada institución tiene una finalidad que la identifica, y las diferentes funciones que le son confiadas se encasillan en tres grandes grupos: las funciones jurídico-religiosas, las defensivas o de ataque, y las productivas-reproductivas. Sobre este tríptico la institución asegura su subsistencia y constituye para sus sujetos el trasfondo de continuidad sobre el que se inscriben los movimientos de su historia y de su vida psíquica..." (Kaës, 1989).

Toda institución está dotada de normas de organización, regulación, transformación y transmisión. Castoriadis identificó dos movimientos antagónicos en la institución, el movimiento impulsado por el deseo instituyente, innovador, y el orden instituido contra el que choca. Se trata de una dialéctica que asegura la vida de las instituciones en su conflictualidad esencial entre orden y transgresión. (www.apdeba.org/publicaciones/2004/pdf/Kaes.pdf)

De acuerdo con Kaës, la institución no es solamente una formación social y cultural, sino que también realiza funciones psíquicas múltiples para los sujetos. Moviliza cargas y representaciones que contribuyen a la regulación endopsíquica y aseguran las bases de la identificación del sujeto al conjunto social.

"...La institución precede al individuo singular y lo introduce en el orden de la subjetividad, o sea en el orden simbólico. Así es productora de subjetividad a través de la pertenencia. Pertenencia que lo construye y lo afirma en la red social..." (Pintos, 2001)

La institución, es el cuerpo normativo jurídico-cultural compuesto de ideas, valores, creencias y leyes que determinan las formas de intercambio social.

Toda institución debe estar apoyada en preceptos morales y éticos. Una institución es tal cuando la sociedad la acepta.

Las Organizaciones, por su parte, son unidades construidas o reconstruidas para alcanzar fines específicos a los que se llega cuando la estructura es funcional.

Los elementos básicos de la organización son los sujetos. Al interactuar establecen relaciones entre la organización y otras organizaciones o ambientes.

Los elementos de trabajo de la organización o recursos, son empleados por sujetos. Elementos materiales, mercadotécnicos y conceptuales.

No existen barreras entre instituciones y organizaciones, pero debe tenerse en cuenta que las instituciones condicionan la capacidad de las organizaciones para crear sus propias normas y autonomía.

El individuo participa en variados ámbitos, uno de ellos es la organización. Sin embargo no es reductible a ella, no es un elemento del sistema, ya que proviene de otros lugares. Cada miembro de una organización es el entorno de los sistemas sociales y establece con ellos relaciones.

En relación a la organización, el sujeto puede verse atacado o destruido en provecho de ella. El sacrificio puede adoptar la forma de exclusión manifiesta o la aparición de síntomas psíquicos o somáticos en ciertas personas que pasan a ser los "portasíntomas" del conjunto. No todo sufrimiento del vínculo o causa del vínculo es patológica. Todo encuentro, todo compromiso vincular supone estas contantes de sufrimiento. Se sufre la desilusión, la ambivalencia, las intermitencias del corazón a causa de las investiduras y representaciones de cada cual dentro del vínculo. (Pintos, 2001)

Sufrimos de no comprender la causa, el objeto, el sentido y el sujeto mismo del sufrimiento que experimentamos en la institución. Este rasgo específico del sufrimiento institucional corresponde a la indiferenciación intrínseca de los espacios psíquicos, este sufrimiento de lo inextricable es la característica fundamental de la patología institucional. (Kaës, 1989)

Kaes da cuenta de tres proposiciones que serán útiles para nuestra reflexión:

1º La institución es una organización compleja en la que intervienen entre sí diversos órdenes de realidad. Entre estos órdenes de realidad, se halla la realidad psíquica que se forma en la institución y las funciones psíquicas con

que cumple: por ejemplo, satisfacción de deseos inconscientes, identificaciones, apuntalamientos narcisísticos, ideales, etc.

2º La *tarea primaria* de la institución es aquella que asegura la identidad de la institución. Existimos y mantenemos lazos con la institución y con los otros en la institución, según estamos definidos en la relación con la tarea primaria de la institución: cuidar, administrar, producir, formar, etc.... Las investiduras y las conrainvestiduras de la tarea primaria son elementos de la realidad psíquica común, compartida, conflictiva. En la institución, somos sujetos "parciales".

3º Si existe una realidad psíquica de (en) la institución, existe una fuente de placer y de sufrimiento para sus miembros. Placer y sufrimiento están ligados a las dimensiones organizacionales de la institución, y más específicamente a la realidad psíquica producida por la institución. Placer del cumplimiento de la tarea primaria, sostenida por las fantasías inconscientes y los ideales, sufrimiento asociado al incumplimiento del encuadre o al no-reconocimiento de la capacidad de sus sujetos, etc.

1º Complejidad, ensamblaje y transferencias de los niveles de la realidad en la institución.

La institución es una organización compleja en la que intervienen diversos órdenes de realidad: socio jurídico, político, económico, cultural y psíquico. La institución liga, junta y procesa formaciones y procesos heterogéneos. Por ejemplo una institución hospitalaria está organizada según ensamblajes de estructuras internas: servicios, administración, grupos de profesionales funcionales y jerarquizados, grupos o talleres terapéuticos, etc. Está inserta y encuadrada por las instituciones paralelas: organismos de tutela, otras instituciones de cuidados, asociaciones de enfermos, padres y familia de enfermos, etc. En cada uno de estos componentes funcionan lógicas y objetivos diferentes.

2º La tarea primaria de la institución asegura la identidad de la institución y hace de sus miembros sujetos "parciales".

La *tarea primaria* de la institución asegura la identidad de la institución. Define y delimita un lugar (un adentro/afuera), una economía de investiduras, una dinámica de los conflictos y sus modalidades de resolución. La tarea primaria es también una fuente de identificación que refuerza en los miembros el

sentimiento de pertenencia a un conjunto, una profesión, saberes, ideales, etc...., pero también la seguridad que no pertenecen a otro universo: los locos son los que son cuidados. Evidentemente, esta proximidad de la pertenencia y la no-pertenencia crea zonas de perturbación y conflicto.

Suscita dispositivos de distinción, protección y diferenciación, contra los riesgos de contaminación, tanto como las transferencias, desplazamientos y depositaciones tienden a abolir los límites, los espacios diferenciados

3º Complejidad de la realidad psíquica en la institución.

La realidad psíquica en el campo institucional no es homogénea. Si bien está hecha de la misma materia prima, no se articula de la misma manera en el nivel del *sujeto singular* (el paciente, el cuidador, el administrador, que, según he dicho, son aquí sujetos parciales), y en el nivel del grupo de pacientes, del *equipo* de cuidadores y del *conjunto institucional*.

En las instituciones, una parte considerable de las investiduras psíquicas está destinada a hacer coincidir, en una unidad imaginaria, esos órdenes lógicos diferentes y complementarios, a fin de hacer desaparecer los conflictos que contienen. Las instituciones alientan la ilusión de la coincidencia a fin de mantener el sentimiento de cohesión de los lazos y de la tarea primaria. Pero al hacerlo contribuyen también a mantener la negación del sufrimiento psíquico en ellas.

La complejidad de los niveles lógicos de la institución y de la realidad psíquica que la atraviesa y la naturaleza de la tarea primaria, tienen una incidencia directa sobre el sufrimiento psíquico de origen institucional. El entrecruzamiento de varias fuentes de sufrimiento en la institución es uno de los mayores problemas.

El sufrimiento es la consecuencia de las restricciones, renunciaciones, obligaciones, desilusiones que acompañan todo vínculo con otro, con más de un otro.

El rasgo más corriente del sufrimiento de origen institucional es que es producido por un mal funcionamiento de la institución misma: por ejemplo, su organización instaura una distancia insuperable entre la tarea, la formación que exige y los medios disponibles para realizarla. Los cuidadores sufren porque no son reconocidos en su calificación, su necesidad de formación, los medios de trabajo que necesitan, etc.... sufren en sus relaciones con el trabajo, por el hecho de la institución.

El rasgo más específico del sufrimiento institucional está ligado a la tarea primaria, y en las instituciones de cuidados psíquicos, en el contacto con la enfermedad mental, con la locura.

(www.apdeba.org/publicaciones/2004/pdf/Kaes.pdf)

Siguiendo a Freud en “El malestar en la Cultura”, enuncia que el sufrimiento humano tiene tres fuentes posibles: la fuerza de la naturaleza, la finitud del cuerpo, y el vínculo con los seres humanos. A este último Freud refiere que “lo sentimos tal vez más doloroso que a cualquier otro”.

Dentro de los vínculos sociales podríamos pensar cómo se enlazan o deslazan estos vínculos, en especial los institucionales, que generan malestar, sufrimientos, angustia, en lugar de alivio y satisfacción.

Kaës, caracteriza tres fuentes de sufrimiento institucional siempre intrincadas en la queja o en la designación de la causa. Una es inherente al propio hecho institucional; otra a cierta institución en particular, su estructura social y su estructura inconsciente propia; la última a la configuración psíquica del sujeto singular.

Se sufre del hecho institucional mismo en base a los contratos, pactos y acuerdos, inconscientes o no, que vinculan al sujeto y la organización recíprocamente en una relación asimétrica, donde se ejerce necesariamente la violencia, donde se experimenta la distancia entre: las exigencias restrictivas y los sacrificios o abandonos de los intereses del Yo; y los beneficios esperados. Cualquier organización de la modernidad, exige y produce una subjetividad particular con poder de discriminación al obligarse a sostener cambios, con complejos niveles de participación que la separan de su desenvolvimiento en la organización original y a tener capacidad de adaptación a desplazamientos, ya que las tensiones surgidas en un campo puede relajarse en otro. Se exige gran tolerancia a la frustración y la capacidad de diferir la gratificación. (Pintos, 2001).

Según Lewkowicz (2002), la subjetividad moderna se constituye bajo la impronta de una serie de desgarros. Con ello nos está diciendo que las transformaciones que se dan actualmente no constituyen ocasiones de fortalecimiento de la subjetividad, no acarrear su reinvención sino el desfondamiento, la destitución, el desvanecimiento de lo instituido previamente.

Este desfundamiento del que nos habla Lewkowicz, consiste en el desvanecimiento del mundo nacional y estatal; acarreado ello con el agotamiento de un medio sólido e institucional. Vemos el pasaje de un medio sólido a un medio fluido, de un mundo estable a un universo inestable e indeterminado. En este movimiento se altera el mundo y sus habitantes. La subjetividad que hizo del estado nacional y las instituciones disciplinarias su único medio, no logra habitar las nuevas circunstancias. Esta alteración del entorno exige una decisión subjetiva: pensar los modos de transitar en este mundo fluido. El pasaje de la experiencia de la solidez a la experiencia en la fluidez implica el ingreso a una era marcada por la presencia del neoliberalismo. Época donde la información, la imagen, el capital no permanecen estables, existen fluyendo. Entonces, se puede decir que la existencia actual es velocidad. Con ello Lewkowicz quiere significar que la subjetividad actual está marcada por la velocidad en la fluidez. Los parámetros que organizaban la experiencia en un medio sólido se desvanecieron con la solidez misma. Pero este derrumbe no forjó otras estrategias generales para guiarse en la velocidad.

Sin mecanismos de orientación en la fluidez, no sabemos si hay espacio o tiempo. Estos dos últimos eran condiciones a priori en la solidez, pero en la fluidez ya no es así, hay velocidad. Y si hay pura velocidad, la operación reflexiva queda imposibilitada. Sin espacio-tiempo ni operación reflexiva, la posibilidad de orientarnos en la aceleración deviene imposible.

Según palabras de Lewkowicz, si el ser de la velocidad es un ser sin espacio ni tiempo ni reflexión, es necesario suspender este tipo de existencia para inventar otros modos de existencia. Si la velocidad impide organizar una experiencia vital, resulta estratégico fundar un espacio y un tiempo capaces de albergar esa experiencia.

Con una operación de reflexión será posible construir un espacio y un tiempo, es decir, las condiciones de una experiencia compartida.

CAPÍTULO VI.

Estrategias de Afrontamiento.

"...Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los [esfuerzos](#), mediante [conducta](#) manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente...". (www.wikipedia.org).

Cuando determinadas situaciones le exigen al ser humano cierto gasto de energía, este organismo pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a reestablecer el equilibrio en su transacción con el [ambiente](#) (más específicamente en la transacción persona-ambiente) o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias adversas que de él derivan. El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que introducen en los procesos valorativos.

Así, cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o [ansiedad](#) pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y deliberado (www.wikipedia.org).

Los equipos de trabajo, con el uso de estrategias grupales se permiten enfrentar situaciones cotidianas adversas y amenazantes.

El sufrimiento del sujeto convoca a defensas al entrecruzarse en su juego con el colectivo ya sean equipos o grupos formales e informales. (Pintos, S; 2001).

Dice Dejours que la invención de *estrategias de afrontamiento* en la situación de trabajo está dada por el ingenio y la astucia. Ambas permiten el cumplimiento de los objetivos y la satisfacción del deseo de que lo producido sea considerado como justo y bueno por el sujeto y por el equipo.

"...El ingenio es el conjunto de técnicas inventadas en el ejercicio del trabajo y es expresión de una forma de inteligencia. Dejours desarrolla esta noción explicitando que surge desde lo accidental, a partir de lo cual se presenta una alerta dada a los sentidos orientando el ritmo, la precisión y la destreza. Son momentos y situaciones en que la intuición precede al acto intelectual..." (Pintos, S; 2001).

Tanto el sufrimiento como el ingenio son experiencias singulares, este último permite el uso de estrategias que pueden ser usadas colectivamente y organizar el conjunto de la actividad.

Los mecanismos defensivos se van construyendo colectiva e individualmente, provocando estrategias que pasan desde la creatividad conjunta al individualismo, al aislamiento o a padecimientos psíquicos y/o somáticos. (Pintos, S; 2001).

Desde la concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman, se sostiene que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de *afrentamiento (coping)*, entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

Lazarus y Folkman definen al *afrentamiento* como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (www.ninosunt.com.ar).

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. A su vez, las *estrategias de afrontamiento* pueden resultar adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

Se hace preciso diferenciar los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado,

las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Así, mientras los estilos son las formas habituales relativamente estables, que tiene una persona para manejarse con el estrés; las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria. (www.ninosunt.com.ar).

Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por *estrategias de afrontamiento* el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera. Dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Lazarus y Folkman propusieron ocho *estrategias de afrontamiento*.

1. *Confrontación.*
2. *Planificación.*
3. *Aceptación de la responsabilidad.*
4. *Distanciamiento.*
5. *Autocontrol.*
6. *Re evaluación positiva.*
7. *Escape o evitación.*
8. *Búsqueda de apoyo social.*

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción, ya que apuntan a la regulación de la emoción, y la última estrategia se focaliza en ambas áreas. Además algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, pensar positivamente es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social.

Por su parte, dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, éste será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar. (www.ninosunt.com.ar).

Ante los cambios, las etapas esperables pasan desde un período de retraimiento defensivo a una movilización psíquica en los sujetos. El propósito es el mantenimiento del sistema para garantizar su continuidad. (Pintos, S; 2001).

Las situaciones de cambio son también llamadas crisis. Crisis es un concepto multidimensional, que supone en los sujetos un problema decisional, está ligada a la oportunidad y siempre supone tensión.

Toda organización vive sus crisis. Identificarlas, hace visibles niveles de la cultura organizacional. Hay cambios que son previsible, pero en todos los casos altera la trama de las relaciones sociales organizacionales. (Pintos, S; 2001).

Sin tener una buena representación del cambio y sus efectos, no se puede cumplir con las metas del trabajo. La evaluación de la situación nueva debe ser seguida de la evaluación de conducta para definir el nivel y la estrategia del nuevo plan de acción.

Todo cambio se traduce en adaptaciones ya sean conductuales, de actitudes, normas operativas, estructuras y funciones.

Ante las situaciones de cambio inicialmente se siente malestar y no se trata de actuar sobre él buscando sus causas; el movimiento espontáneo es siempre la puesta en marcha del sistema autoengañador de búsqueda de antiguos placeres. Es natural la negación de una realidad que plantea problemas, algo diferente.

Ante la experiencia de cambio el sujeto trata de desarrollar estrategias con el fin de reducir el impacto. Estas *estrategias de afrontamiento* pueden ir dirigidas a eliminarlo o a mitigarlo. Pueden llegar a una reestructuración subjetiva o apuntar a neutralizar las consecuencias. (Pintos, S; 2001).

Desde el enfoque psicoanalítico se las ha definido como estrategias de adaptación adecuadas a la realidad ante una situación problemática o difícil.

Desde otra teoría están caracterizadas como rasgos de personalidad. (Pintos, S; 2001).

Tomando a Ricardo Malfé, se presenta la siguiente caracterización:

- Adaptaciones funcionales al trabajo: En este tipo de adaptación se utilizan *estrategias de afrontamiento* útiles para el sujeto y para la organización. Son aquellas que permiten la adecuación de los sujetos a los objetivos de la organización en acuerdo con los objetivos personales. En el orden personal hay individuos que llegan a poder hacer surgir su creatividad e invención en el desarrollo de las tareas.
- Adaptaciones disfuncionales al trabajo: Se utilizan *estrategias de afrontamiento* poco útiles para el sujeto y para la organización. Están relacionadas con la autoviolencia, distrés, desacomodación y falta de adecuación de los sujetos a la situación de trabajo. Este tipo de adaptaciones origina fracturas en el tejido social del trabajador y en las relaciones de trabajo. Puede observarse pérdida de motivación por la tarea, falta de comunicación. Indiferencia. También condiciones para la vulnerabilidad, que se observa en la repercusión del conflicto en el cuerpo, en los vínculos o en la familia. Puede estar acompañada por ansiedad, descompensación, angustia, sobreexigencia.

Estas condiciones van acompañadas de padecimiento psicológico. Las descompensaciones psicológicas suponen crisis de identidad, por lo que las alteraciones de la salud mental generadas por los distintos factores de distrés laboral influyen en el juego vincular dentro del ámbito de trabajo y en el medio familiar y social. Hay gran sufrimiento en las relaciones vinculares, en ocasiones provocando violencia dentro del equipo de trabajo, bloqueos intelectuales, sensación de desamparo, padecimiento somático, etc. Cuando el cuerpo está agotado o enfermo debilita la inteligencia astuta y la creatividad. Las enfermedades buscan expresarse en el cuerpo y el funcionamiento psíquico en lucha de defensas se debilita. El sujeto se vuelve ineficaz para enfrentar los cambios.

CAPÍTULO VII.

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Los cambios políticos, sociales, en salud que fueron desarrollados en los capítulos anteriores, que tienen que ver en rasgos generales por un lado, con la precarización laboral que dificultó el sostenimiento de los sistemas de protección social; y por otro lado, medidas tomadas por los gobiernos como la privatización y la desregulación de bienes y servicios lo que fue conocido como la mercantilización de la salud. Estos trajeron como consecuencia, la aparición en escena de hospitales públicos vaciados y faltos de recursos, con profesionales mal pagados, padeciendo pésimas condiciones de trabajo y con una incidencia de patologías asociadas al trabajo por tener que atender una demanda cada vez más compleja.

Por estas razones, en esta investigación, decidimos estudiar como patología el síndrome de “quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales (enfermeros y psicólogos) de salud pública.

1.El Desgaste Mental en los Profesionales de la Salud.

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, lo que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, generando conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

Según Redondo (2001), el Burnout puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral y en el propio sujeto. Variables de carácter demográfico (por ejemplo, edad, sexo, estado civil, número de hijos, etc.), el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad,

entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores del síndrome.

Se entiende por desencadenantes a aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral. Peiró (1992) establece las siguientes categorías para el análisis de los estresores laborales:

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral.
- b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
- c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto de trabajo.

Estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral. Junto con el ruido, las vibraciones y las características de la iluminación (luminosidad, brillo y contraste), así como la temperatura y las condiciones climatológicas en las que hay que trabajar, o las condiciones higiénicas del lugar de trabajo, toxicidad de los elementos que hay que manejar en el puesto y la disponibilidad de espacio físico para desempeñar el trabajo, aparecen descritos como elementos del ambiente físico de trabajo desencadenantes de estrés laboral.

También las demandas estresantes del puesto como los turnos rotativos de trabajo, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral, pueden desencadenar el síndrome de quemarse por el trabajo.

En relación a las demandas estresantes del puesto generadas por los contenidos del puesto, variables como la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación recibida sobre su desempeño o la identidad de las tareas que realiza, pueden llegar a ser una importante fuente del síndrome.

b) Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.

El rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. Una de las principales fuentes de estrés laboral para profesionales y directivos es el desempeño de roles en las organizaciones. El denominado estrés de rol está integrado por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol.

La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña el rol tiene respecto al mismo. Puede estar producida por un déficit de información, cualitativo o cuantitativo, que impide un desarrollo adecuado del rol por parte del sujeto. A su vez el conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. No es un conflicto interpersonal sino un conflicto entre expectativas, el sujeto recibe dos o más expectativas de uno o varios miembros de su organización que no puede satisfacer simultáneamente porque resultan contradictorias entre sí, aunque sería importante satisfacerlas.

Un último grupo de estresores a considerar se refiere al desarrollo de carrera y posibilidades de promoción de los profesionales. Los individuos se orientan hacia la consecución de recursos y están motivados para conseguirlos con el fin de prevenir futuras pérdidas y mejorar sus bienes, estatus, autoestima y relaciones.

c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.

Las nuevas tecnologías pueden facilitar o dificultar el desempeño de las tareas e implican un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo. Este cambio puede afectar a los sistemas cognitivos y emocionales del sujeto en mayor o menor medida, dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico.

Como dice Peiró (1992) trabajos con un alto grado de componentes tecnológico pueden generar puestos puramente cognitivos que separan el procesamiento de la información de los procesos sociales que tradicionalmente

los han acompañado. Esta tecnificación de las relaciones interpersonales cliente-profesional favorece en gran medida actitudes de despersonalización en la atención propiciando un trato de frialdad e indiferencia hacia los usuarios de la organización. Asimismo, problemas de carácter ético asociados al uso continuado de instrumentos tecnológicos pueden afectar el sistema emocional de los profesionales aumentando sus sentimientos de agotamiento emocional. Esta última relación es bastante relevante en el caso de los profesionales de la salud y especialmente cuando estos trabajan en unidades de cuidados intensivos. Por ejemplo, tener que decidir repetidamente si desconectar o no una máquina a la que un paciente está conectado durante un largo tiempo y poner fin a su vida puede desgastar las emociones de estos profesionales, sin olvidar que la introducción de nuevas tecnologías en el ámbito hospitalario, incluye en numerosas ocasiones acciones más lesivas y dramáticas sobre los pacientes.

Las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización) también han sido identificadas como variables desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo. La centralización alude al grado en que las decisiones son tomadas por una persona o grupo pequeño de personas en el vértice de la jerarquía organizacional (estructura centralizada) o son tomadas por miembros de la organización distribuidos lateral y verticalmente en los distintos niveles de la jerarquía organizacional (estructura descentralizada). La complejidad se refiere a la multiplicidad de unidades estructurales en las que se agrupan los miembros de una organización. Y la formalización alude al grado en que los roles están definidos y las normas e instrucciones fijadas.

En relación al clima organizacional, cabe destacar el grado de participación e implicación de los sujetos en la toma de decisiones, la autonomía permitida en la realización de las tareas sin necesidad de consultar a los superiores y el tipo de supervisión ejercida o el apoyo social recibido desde esa supervisión. Entonces el Burnout se asocia significativamente con la falta de participación en la toma de decisiones, falta de autonomía y falta de apoyo social por parte de la supervisión. Tanto el apoyo técnico como el apoyo emocional ofrecido por compañeros y supervisores disminuyen los sentimientos de quemarse por

el trabajo.

2.Características de los Sujetos.

Desde los primeros estudios del Burnout se constató que mientras algunos sujetos eran claramente vulnerables, otros mantenían una fuerte resistencia al mismo. Aunque el origen del síndrome se situara en el tipo del ejercicio profesional y sus condiciones, las variables individuales ejercen una influencia indudable. Por ello, desde el primer momento los aspectos singulares no quedaron totalmente dejados de lado, para que el síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertas condiciones personales. Entre ellas, Maslach (1976) ha identificado las siguientes:

- deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes
- trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento
- relaciones negativas y antagonismos con los colegas.

Cherniss (1980) insistía en las formas de asumir el propio trabajo profesional, Farber (1983) proponía el perfil de profesional implicado como idealista y obsesivo, y Freudenberger y Richelson (1980) describían la tendencia a la sobreidentificación con el cliente del propio trabajo.

El Sujeto Resistente.

La tendencia más consistente en los últimos años se ha orientado a vincular el Burnout y las variables subjetivas en el contexto de un enfoque de la salud, como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona. La ubicación del sujeto a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo su ubicación tanto de las variables orgánicas como de las variables contextuales y personales. En general, se han enfatizado la relevancia de las variables singulares, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los

factores de estrés. Este estilo de conducta estaría compuesto por tres dimensiones características: compromiso, control y reto:

- El compromiso es la tendencia a desarrollar conductas caracterizadas por la implicación personal, la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo. Ello conlleva el reconocimiento de los propios valores y de las metas que orientan la conducta personal. Supone igualmente la consideración positiva del valor de la propia acción y una cierta confianza en la relación interpersonal.
- El control se refiere a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Al pensar de esta manera, los sujetos consideran que no son ajenos al desarrollo de los episodios en los que están inmersos y que pueden influir en ellos alterando o modificando su curso. Ello les permite considerar que pueden utilizar los sucesos, al menos parcialmente, en su propio beneficio.
- La dimensión de reto lleva a los sujetos a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida y que supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias y capacidades. La dimensión de reto proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, dos características que permiten considerar el cambio como la condición natural y más deseable.

El conjunto de las tres dimensiones constituye lo que Moreno-Jiménez denominan "personalidad resistente" entendiéndolo por la misma a aquel sujeto que tuviera altos niveles en las tres variables. El uso de este constructo puede ayudar a comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad.

Los estudios citados por Moreno-Jiménez, que han utilizado conjuntamente el enfoque del burnout y de la personalidad resistente, han encontrado de forma sistemática que la personalidad resistente actuaba globalmente y mediante cada una de sus dimensiones disminuyendo los niveles globales de Burnout y los efectos específicos del mismo. Aunque podría objetarse que estas tres dimensiones corresponderían más a un patrón de conducta que a un tipo de personalidad. Así la formulación inicial del mismo se efectúa en términos de

"complejo de acción-emoción que emplean los individuos para enfrentarse a los desafíos y su medio ambiente".

Del mismo modo el concepto de afrontamiento, clave en gran parte de los estudios actuales sobre el proceso de salud-enfermedad, se ha propuesto como un proceso diferenciado de rasgos y estilos cognitivos.

Las características personales, entonces, constituyen una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podría facilitar el desarrollo del proceso de enfermedad. Este idealismo y los sentimientos altruistas llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Ello va a conllevar que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional.

Características del Sujeto Vulnerable.

Así como se señala la personalidad resistente como factor interviniente, también se encuentra la descripción del perfil de la persona vulnerable al Burnout. Este perfil está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Estos sujetos organizarían una distorsión cognitiva según la cual se perciben a sí mismos como los únicos capaces de resolver y hacer las cosas bien. La vinculación con la sobrecarga emocional es evidente. Otro autor, Waring, agrega que se trata de personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones personales en otros ámbitos, y el sentimiento de "indispensabilidad". Es decir, la restricción personal al mundo profesional. También podrían asociarse factores tales como eran: insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física. A las personas víctimas del Síndrome de Burnout, les resultan casi imposibles disfrutar y relajarse. Pero

también señalan los investigadores que algunas características personales positivas suelen ser un caldo de cultivo apropiado para el Síndrome: por ejemplo, personas entusiastas, idealistas y con gran nivel de implicación personal en el trabajo, más vinculados a la profesión.

3.Las Variables Singulares Profesionales

Para una adecuada comprensión del proceso hay que ver la interacción de la singularidad, conjuntamente con las variables organizacionales, la forma de orientarse en el ámbito laboral, actitudes o estilos profesionales, la orientación de carrera de los trabajadores, las metas, los valores y las actitudes que se buscan en el trabajo. Las actitudes ante el trabajo pueden dar lugar a cuatro grupos de estilos profesionales:

- *Los activistas sociales*, aquellos que quieren cambiar el mundo.
- Los *centrados en sus carreras*, quienes quieren principalmente promocionar en sus trabajos y obtener beneficios.
- *Los artesanos*, motivados por la naturaleza de su trabajo.

Una alternativa más completa y más enraizada en la Psicología de las Organizaciones es la propuesta por Schein (1978). Schein habla de "*anclas de carrera*" para referirse a patrones distintivos en la forma de asumir necesidades y expectativas dentro de las organizaciones. Propone cinco tipos de patrones específicos de la orientación profesional: competencia técnica, competencia administrativa, seguridad, autonomía y creatividad. En función de los cinco tipos de patrones de carrera, el tipo de expectativas que se desarrolla en el ámbito profesional es marcadamente diferente por lo que cabe suponer que la vulnerabilidad al Burnout sería diferente en función del tipo de orientación profesional.

Durante el período de formación profesional cada sujeto va construyendo una representación interna de su propio ejercicio profesional, cargada con una serie de expectativas que entraran en contacto con la realidad cotidiana una vez que comience a desarrollar su carrera

Básicamente se pueden agrupar tres tipos de expectativas.

1. **Expectativas altruistas:** poder ayudar a los que sufren.

2. **Expectativas profesionales:** ser un profesional competente y ser considerado como tal.
3. **Expectativas sociales:** tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

Las características que los servicios sanitarios han adquirido en la actualidad, de alguna manera van impactando corrosivamente en cada una de las expectativas que el sujeto se ha formado. El trato directo y continuado con los pacientes y sus familias, la mayor proximidad al sufrimiento cotidiano, la implicación emocional y la difícil tarea de mantener distancia terapéutica, la variabilidad e incertidumbre diagnóstica con síntomas inicialmente vagos de enfermedades potencialmente graves, excesiva burocratización de las consultas que disminuye la capacidad resolutoria profesional, etc. Las altas expectativas que se forma en un principio crea un importante grado de frustración al no verse cumplidas en un grado adecuado.

4. Características de los Profesionales de Salud.

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticas-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

Tienen incidencia estresores como pueden ser la escasez de personal, el trabajo por turnos, el trato con personas con problemas (contacto con la enfermedad, el dolor, la exclusión, la muerte, etc.), falta de especificidad de fines y tareas lo que apareja consigo conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo.

El conjunto de los elementos antes descritos, mas los problemas económicos de la administración, con un achicamiento indiferenciado del aparato estatal y su retiro paulatino, pero continuo, de políticas públicas y de su rol de estado benefactor, han llevado a las profesiones de servicio, que suelen ejercerse en el ámbito público, a una situación en que sus roles han quedado poco definidos para la población y para los propios profesionales.

3. METODOLOGÍA.

Debido a que la Investigación Participativa es la metodología elegida, nos pareció relevante dar cuenta en primer lugar cómo surge esta metodología, algunas de sus características más importantes según nuestro criterio, las fases o pasos a seguir y sus objetivos; para luego poder desarrollar como la implementamos.

Tuvimos que llevar a cabo un estudio etnográfico; que es el estudio directo de personas o grupos durante un cierto período, utilizando la [observación participante](#) o las [entrevistas](#) para conocer su comportamiento; para lo que fue imprescindible el trabajo de campo como herramienta básica adentrándonos en la cotidianidad de los entrevistados.

Algo que también tuvimos en cuenta además de las entrevistas formales y de la observación, fue los comentarios o charlas informales que mantuvimos con los profesionales (psicólogos y enfermeros) del servicio en los pasillos del hospital.

3.1. Cómo surge la Investigación Participativa.

Según [Eizaguirre](#) y [Zabala](#) (2005), la Investigación Participativa es un método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social.

Como toda idea y concepto, el tratamiento que se ha hecho de la Investigación Participativa se ha ido reconfigurando según las transformaciones contextuales. La IAP surge en los años 70', en un clima de auge de las luchas populares y ante el fracaso de los métodos clásicos de investigación en el campo de la intervención social. Sin embargo, el término *investigación – acción* fue propuesto por primera vez en 1946 por el autor [Kurt Lewin](#). Se trata de una forma de investigación para enlazar el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social que respondan a los problemas sociales principales. Mediante la investigación–acción se pretende tratar de forma simultánea conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica. El concepto tradicional de investigación-acción proviene del

modelo de Lewin de las tres etapas del cambio social: descongelamiento, movimiento, recongelamiento. El proceso consiste en:

1. Insatisfacción con el actual estado de cosas.
2. Identificación de un área problemática;
3. Identificación de un problema específico a ser resuelto mediante la acción;
4. Formulación de varias hipótesis;
5. Selección de una hipótesis;
6. Ejecución de la acción para comprobar la hipótesis
7. Evaluación de los efectos de la acción
8. Generalizaciones.

Lewin esencialmente sugería que las tres características más importantes de la investigación acción moderna eran: su carácter participativo, su impulso democrático y su contribución simultánea al conocimiento en las ciencias sociales. Era entendido como un proceso participativo y democrático llevado a cabo con la propia población local, de recogida de información, análisis, conceptualización, planificación, ejecución y evaluación. Se trataba de una propuesta que rompía con el mito de la investigación estática y defendía que el conocimiento se podía llevar a la esfera de la práctica, que se podían lograr de forma simultánea avances teóricos, concienciación y cambios sociales.

Estas formulaciones fueron retomadas a fines de los 60' en Latinoamérica, por diferentes iniciativas y enfoques comprometidos en la lucha contra la pobreza y la desigualdad social. Fue clave para ello el brasileño Paulo Freire y su obra "La pedagogía de los oprimidos", de 1968, en la que argumenta que los pobres están capacitados para analizar su propia realidad. En consecuencia, se asume que la identificación y consolidación de los conocimientos y [capacidades](#) que poseen los pobres pueden utilizarse como herramientas para su propio empoderamiento. Esta perspectiva contribuyó a una reconceptualización del trabajo social con los sectores vulnerables, así como a una expansión de la educación de adultos y la [educación popular](#).

En la década de los setenta, de acuerdo con Gabarrón (1994), el sociólogo colombiano Fals Borda desarrolla una estrategia metodológica que denomina

Investigación-acción. Es una vertiente más sociológica que pedagógica. Es la misma que en la actualidad, que el propio autor prefiere denominar investigación acción participativa o IAP.

Posteriormente, en 1977, varios enfoques partidarios de combinar la reflexión con la acción transformadora confluyeron en el Simposio Mundial sobre el Investigación-Acción y Análisis Científico celebrado en Cartagena (Colombia). Fue a partir de este encuentro cuando comenzó el desarrollo de la IAP como una metodología de investigación participativa, transformadora y comprometida con la praxis popular. Ahora bien, aunque el carácter participativo estaba implícito en esas formulaciones, parece que no fue hasta mediados de los 80 cuando al concepto investigación-acción se le añade el de “participación” y se utiliza claramente el término IAP.

La IAP ha contribuido al desarrollo de diversos enfoques y corrientes que, a su vez, también le han enriquecido a ella. A pesar de sus diferencias, su característica común es la preocupación sobre la utilidad de la investigación para la mejora de la realidad, y entre ellos destacan: los movimientos de renovación pedagógica, los movimientos de [educación popular](#), las nuevas concepciones de la educación, o los movimientos de intervención comunitaria. Una de sus principales contribuciones fue la realizada al desarrollo de los movimientos populares de los años 80. La IAP comenzó a ser utilizada no sólo para analizar problemas a pequeña escala en zonas rurales, sino también otros más complejos como los problemas urbanos y regionales, la salud pública o la historia del pueblo.

En estos días, por lo tanto, podríamos entender a la IAP como un proceso metodológico que rompiendo los moldes de la investigación tradicional, conjuga las actividades del conocimiento de la realidad mediante mecanismos de participación de la comunidad, para el mejoramiento de sus condiciones de vida. En su conjunto se configura como una herramienta de motivación y promoción humana, que permitiría garantizar la participación activa y democrática de la población, en el planeamiento y la ejecución de sus programas y proyectos de desarrollo.

En este sentido, para Hall (1983) el *“...proceso de investigación debe estar basado en un sistema de discusión, indagación y análisis, en el que los investigados formen parte del proceso al mismo nivel que el investigador. Las*

teorías no se desarrollan de antemano, para ser comprobadas o esbozadas por el investigador a partir de un contacto con la realidad. La realidad se describe mediante el proceso por el cual una comunidad crea sus propias teorías y soluciones sobre sí misma... ” (Durstun, J y Miranda, J, 2002).

3.2. Características de Investigación Participativa.

La investigación-acción participación (IAP), como dicen Eizaguirre y Zabala (2005), combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros [enfoques participativos](#), la IAP proporciona un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, [capacidades](#), recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su [empoderamiento](#).

Se caracteriza por la combinación de tres componentes:

- a) La *investigación* consiste en un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica.
- b) La *acción* no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento, al tiempo que la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención.
- c) La *participación* significa que en el proceso están involucrados no sólo los investigadores profesionales, sino la comunidad destinataria del proyecto, que no son considerados como simples objetos de investigación sino como sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su propia realidad.

La finalidad de la IAP es: a) Generar un conocimiento liberador a partir del propio conocimiento popular, que va explicitándose, creciendo y estructurándose mediante el proceso de investigación llevado por la propia población y que los investigadores simplemente facilitan aportando herramientas metodológicas. b) Como consecuencia de ese conocimiento, dar lugar a un proceso de [empoderamiento](#) o incremento del poder político (en un sentido amplio) y al inicio o consolidación de una estrategia de acción para el

cambio. c) Conectar todo este proceso de conocimiento, empoderamiento y acción a nivel local con otros similares en otros lugares, de tal forma que se genere un entramado horizontal y vertical que permita la ampliación del proceso y la transformación de la realidad social.

3.3. Fases de la IAP.

En la Investigación Acción Participativa, siguiendo a Eizaguirre y Zabala, se siguen cuatro fases, aunque no siempre se diferencian nítidamente unas de otras.

a) La observación participante, en la que el investigador se involucra en la realidad que se estudiará, relacionándose con sus actores y participando en sus procesos.

b) La investigación participativa, en la que se diseña la investigación y se eligen sus métodos, basados en el trabajo colectivo. El investigador presenta al grupo los diversos métodos disponibles para la obtención de información, explicándoles su lógica, eficacia y limitaciones, para que aquél los valore y elija en base a los recursos humanos y materiales disponibles. Para la recogida de información se usan técnicas como la observación de campo, la investigación en archivos y bibliotecas, las historias de vida, los cuestionarios, las entrevistas, etc. La información es recogida, y luego sistematizada y analizada, por la propia comunidad, siendo el papel del investigador de mero facilitador.

c) La acción participativa implica, primero, transmitir la información obtenida al resto de la comunidad u otras organizaciones, mediante reuniones, representaciones teatrales u otras técnicas, y, además, con frecuencia, llevar a cabo acciones para transformar la realidad.

d) La evaluación, sea mediante los sistemas ortodoxos en las ciencias sociales o simplemente estimando la efectividad de la acción en cuanto a los cambios logrados, por ejemplo en cuanto al desarrollo de nuevas actitudes, o la redefinición de los valores y objetivos del grupo.

3.4. Sus Objetivos.

En base a la literatura sobre el tema, podríamos plantear como objetivos de la IAP los siguientes:

- Promover la producción colectiva del conocimiento rompiendo el monopolio del saber y la información.
- Promover el análisis colectivo en el ordenamiento de la información y en la utilización de que de ella puede hacerse.
- Promover el análisis crítico utilizando la información ordenada y clasificada a fin de determinar las raíces y causas de los problemas, y las vías de solución para los mismos.
- Establecer relaciones entre los problemas individuales y colectivos, como parte de la búsqueda de soluciones colectivas a los problemas enfrentados.

De este modo, los objetivos de la investigación son conocidos no sólo por los investigadores, sino también por la propia comunidad, constituyéndose un proceso de investigación conjunto y una efectiva democratización del conocimiento. A su vez, intenta promover la cohesión activa de la comunidad para la participación, ayudando a sus participantes a descubrir problemas y a razonar en torno a la búsqueda de soluciones.

Por último, permite también operativizar la investigación para cambiar la realidad, orientándose hacia la realización de acciones conjuntas, para la realización de hechos concretos que permitan los cambios.

3.5. Metodología utilizada en esta Investigación.

Los pasos que se siguieron en esta investigación fueron los siguientes: el primer acercamiento, una vez seleccionada la institución (un Hospital Interzonal, Servicio de Salud Mental), fue contactarnos con la misma a través de un informante clave.

Una vez hecho el contacto, se acordó un día de encuentro en la institución.

El informante nos permitió llevar a cabo la observación de la institución, nos informó sobre su funcionamiento y su historia. Luego accedimos a una entrevista más focalizada sobre variables que deseábamos analizar.

Mediante la técnica “bola de nieve”, este informante nos contactó con otro y así sucesivamente. Con cada uno llevamos a cabo entrevistas dirigidas que cubrían las temáticas o variables a estudiar.

Las entrevistas se realizaron a Psicólogos y enfermeros del Servicio de Salud Mental de un Hospital Interzonal.

Los temas que indagamos fueron los siguientes:

- ✓ Relación trabajo-salud: ¿cómo cree que impacta el trabajo en su salud?
- ✓ Relación trabajo-contexto socioeconómico: ¿cómo considera que influye el contexto socio económico en su trabajo?
- ✓ Estrategias de afrontamiento: ¿cuáles son las actividades que lleva a cabo para “desconectarse” del trabajo?

A partir de los datos que obtuvimos de las entrevistas se llevará a cabo un análisis de los mismos. Para que posteriormente, las conclusiones a las cuales arribamos, se transmitan a los participantes mediante una reunión (devolución).

4. ANÁLISIS DE LOS DATOS. EXTRACTOS DE LAS ENTREVISTAS.

A continuación presentaremos extractos de los testimonios de los profesionales entrevistados. Dichos fragmentos son a nuestro entender los más representativos para nuestra investigación; sirviendo así para las reflexiones finales.

∨ Relación trabajo-salud. Síndrome de quemarse por el trabajo.

Relatos de psicólogos.

“...que más me va estresando, porque eso tiene que ver con lo que uno va trabajando a medida que pasan los años... tiene que ver con los informes que se hacen para el servicio judicial, tiene que ver con cómo organizar el trabajo en el servicio. Entonces las preocupaciones han ido variando a medida de cómo fue variando mi inserción en el servicio...”

“...me produce cansancio pero sé que son los gajes del oficio, es que el hospital es una torre de babel, porque es una torre habitada por muchísimos discursos, el discurso político, el discurso social, el discurso de las diferentes especialidades y la relación con los profesionales de enfrente, que lo llamamos el hospital grande...”

“...institucionalmente a veces hay niveles de maltrato gratuito...”

“...el trabajo me impacta de manera positiva, porque recién empiezo... después de un tiempo no sé. No sé por ahí esa es una pregunta para chicos con más con más experiencia...”

“...hace poco que estoy, por eso lo acumulado no lo siento aun, si por ahí es cansador...”

“...También depende el día, por ahí es un día estándar con pacientes que ya los conoces y después tenés clases, no te vas tan cansado; pero si estas con una guardia que te demanda un montón... pero depende también...”

“...hay un nivel de estrés importante que se debe al trabajo. O sea, si bien es lo a mí me gusta y lo que yo quería hacer, yo he tenido síntomas que tienen que ver con el estrés. No sé si tanto de la cantidad de actividad, sino en el contexto en el cual uno está haciendo la actividad...”

"...lo más perverso del estado en este momento es crear un programa de capacitación para formar agentes de salud para el ámbito público, y después expulsarlos al ámbito privado o casi. Y en una forma que no te dan elección, porque no hay una propuesta de continuidad. Es estresante eso para uno también..."

Relato de enfermeras/os.

"...a mí nunca me afecta, mi trabajo empieza acá y termina acá, yo a mi casa no llevo ningún problema...hay gente que dice "hay sí pobrecito, me quede pensando..."; yo no, termina acá..."

"...Hay cantidad de carpetas médicas, pero es por eso por estrés, llegan a enfermarse y ellas (compañeras) no se dan cuenta de que se van enfermado, carpeta psiquiátrica, separación de matrimonio...porque el trabajo lo va absorbiendo, lo va absorbiendo y cuando querés acordar no tenés mas familia, estas tanto tiempo acá adentro que no haces otra cosa. Entonces uno siempre tiene que estar alerta a lo que quiere y a lo que le demandan, en este momento yo me siento bien..."

"...en la parte de jefatura no se aplica la psicología, no se enseña tampoco. Pero hay gente que no lo soporta, no lo superan...hay gente que llega al hospital y se vuelven para atrás, cuando ya la enfermera empieza a faltar es signo de que algo anda mal. Si vos estas bien físicamente y contenida no faltas..."

"...la enfermera sufre mucho. Porque es la que está cotidianamente, la que contiene al paciente, al familiar, a los propios compañeros..."

"...en este servicio existe la mala comunicación, porque eso se observa desde un principio estando con los pares médicos, los psicólogos; esa mala comunicación que hay llega a la enfermera, que recarga todo en una. Es porque hay una rivalidad entre el psicólogo y el médico, entonces todo eso lo absorbes vos. Uno dice una cosa, el otro otra..."

"...La enfermera tiene que hacer de psicólogo, de todo. Contenedora. Y uno después va a la casa y siguen las demandas, y... ¿cuándo termina?...tendría que implementarse la contención psicológica para todos, nosotros pedimos pero no nos escuchan, nada..."

"...yo esto lo tomo como una casa... me hace bien, estoy ocupada..."

"...Y sí, impacta. Porque nosotros estamos entrenados para el cuidado de los pacientes, y a veces no están dadas las condiciones para eso. Como ser acá, la parte edilicia, tenemos pocas camas, poca capacidad, hay superpoblación. Y no tenemos enfermeros, sólo tres por turno..."

"...Lo que te cansa o satura es el entorno, la familia de los pacientes también, son muy exigentes con nosotros. Al entorno me refiero a las autoridades de acá, viste, a veces pretenden algo y choca con nosotros; no podemos realizar lo que pretenden. Por falta de tiempo o materiales..."

"...La salud nuestra está afectada por los familiares de los pacientes y por la institución en sí, hay mucho maltrato psicológico de las autoridades, se vuelven muy exigentes..."

Comentario: Está claro que las exigencias propias del trabajo afectan la salud psíquica de los profesionales. Algo a tener en cuenta es la antigüedad que cada uno tiene en su puesto de trabajo, ya que es un factor que influye en el estrés.

v Relación trabajo-contexto socioeconómico.

Relatos de psicólogos.

"... Y bueno el contexto socioeconómico influye de manera directa en el trabajo, directa porque somos un servicio público y lo que pasa en el hospital público, como lo que pasa en la escuela pública...refleja lo que pasa en la sociedad..."

"...nuestro trabajo no pasa solamente por pensar solamente en los criterios clínicos, sino fundamentalmente en los recursos sociales con los que cuenta el paciente..."

"...el contexto influye, porque hay pacientes que no reúnen los criterios para estar acá, y la razón por la que están acá son sociales y vínculos familiares. Gente que no tiene nada prácticamente, y que se queda acá, hasta que se encuentra una solución..."

"...Lo veo en situación precaria de los pacientes. Yo como empleada no siento la crisis económica, porque soy empleada pública. Pero en los pacientes, sí hay

mucha intervención de la asistente social es porque hay precariedad económica y falta de contención familiar... no tienen dónde irse a vivir..."

"...a mí lo que me parece de la institución pública, es que hay una demanda masiva a veces no es la específica de trabajo, sino más bien una demanda en relación a la carencia que tiene todo el mundo que acude al hospital, tanto por parte de los colegas como parte de los pacientes y uno no tiene las herramientas para dar respuesta a esa demanda, no solo porque la infraestructura esta como deteriorada, sino que te hablo de que alguien te pide una entrevista de urgencia no tener el consultorio para atenderlo...eh como también la disponibilidad horaria..."

Relato de enfermeras/os.

"...No creo que afecte lo socio- económico en mi trabajo..."

"...la enfermera ya viene mal desde la casa. Hay enfermeras que vienen en bicicleta en pleno invierno, porque no tienen con qué venir... Y a esto sumale la falta de insumos que hay acá..."

"...En este momento que está muy difícil, acá trabajamos con donaciones porque se nos fue de las manos...Hay algunos pacientes que no tienen para viajar, hay algunos que no empezaron su tratamiento porque no tienen como llegar..."

"...pretendemos tener un sueldo un poco más de lo que cobramos. La señora de la limpieza cobra casi igual que nosotros. Eso es injusto, porque nosotros estudiamos, y nos van pasando de un área a otra. Te va desgastando en tu psiquis, sentís que sos una inútil, porque te van pasando de sectores..."

Comentario: El contexto socio económico influye en los profesionales, en los pacientes y en la institución en sí misma; derivando en falta de insumos, problemas edilicios, falta de recursos económicos (tanto en profesionales como en pacientes) para hacer frente a distintas situaciones.

v Estrategias de afrontamiento.

Relatos de psicólogos.

"...dos veces por semana hago actividad física, eso lo hago hace dos años. Después otra cosa que hago...tengo novio eso favorece mucho. Leo, camino..."

"...Estudiar y supervisar le carga nafta al trabajo, cuando lo que yo hago recibe una interpretación a mí me renueva el interés..."

"...Voy al gimnasio a veces, salir a veces a la noche a bailar..."

"...me busco espacios de "hueveo", de juntarse a pavecitar con amigas o algo así..."

"...hago análisis, y actividad física y artística..."

Relato de enfermeras/os.

"...pileta. Y cuando tengo tiempo voy a caminar, corro, en realidad tengo todo el tiempo, después de salir de acá no tengo nada que hacer, viste porque yo no tengo hijos, influye mucho eso. Ando mucho en bicicleta, porque tengo un campo de deporte cerca de casa. Viajo mucho, me gusta viajar..."

"...yo duermo; es la actividad que puedo. La actividad que tenemos es la rutina de la casa... y digo cuándo se termina el día, porque no termina nunca parece..."

"...me enchufo con la computadora, chatear, y eso me desconecta un poquito; es lo único que me distrae. Después nada más..."

"...a mí me gusta hacer cursos, informática, iba a la facultad para hacer cursos con salida laboral, un taller de trabajo en cuero, de tejidos. Yo salgo del hospital y trato de hacer alguna otra cosita. Hacer alguna otra actividad, estar ocupada; porque yo vivo sola entonces siempre trato de ocupar mi tiempo, de no estar mucho en mí casa encerrada..."

"...Salgo a caminar, charlo con las vecinas y miro la novela. Otra cosa no hago porque no me dan los tiempos ni la plata..."

Comentarios: Si bien sabemos que las estrategias de afrontamiento son necesarias para el equilibrio de la salud mental, pareciera ser que los profesionales entrevistados no se dieran cuenta de la importancia de las mismas; poniendo como excusa la falta de tiempo, el incremento de responsabilidades a medida que asumen otros cargos, falta de recursos económicos,

5. REFLEXIONES FINALES.

El camino recorrido nos permitió arribar a las conclusiones que a continuación desarrollaremos.

En la primera parte del trabajo nos abocamos a estudiar la historia del Hospital Público en Argentina. Junto con ello, las Políticas Públicas de Salud, los Modelos de Provisión y las Prácticas en Salud Mental. Esto nos permite conocer el por qué de la actualidad del hospital, ya que se halla inmerso en una sociedad, en un momento histórico al cual lo preceden distintos momentos y situaciones que van configurando las políticas de salud y los modelos de provisión. Cuestiones que determinan las formas de trabajo, la relación sujeto-trabajo.

Ya en la segunda parte desarrollamos temas como el sufrimiento institucional, estrategias de afrontamiento y el síndrome de quemarse por el trabajo.

Es decir, indagar la historia nos permitió introducirnos en el campo de trabajo. Al realizar las entrevistas exploramos el malestar y el sufrimiento de los trabajadores, esto nos hizo rastrear teorizaciones que acceden a esta problemática en las instituciones.

La metodología utilizada (investigación participativa) generó el surgimiento de las temáticas de este trabajo.

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) se presenta como un esquema explicativo de problemas laborales en profesionales de la salud (Psicología y Enfermería). Pudimos ver en sus relatos la expresión de que se encuentran en constante riesgo de experimentar el síndrome de Burnout. Este último, como un proceso que agota los recursos físicos y emocionales afectando a los individuos responsables en tratamiento de pacientes. Así mismo, la realización con el trabajo involucra un deterioro, un autoconcepto negativo y una pérdida de interés por el mismo.

La exposición crónica a los estresores laborales puede llevar a los profesionales a sufrir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Las principales causas del desgaste profesional, pueden ser tanto laborales como extralaborales.

Entre los elementos más importantes que dan cuenta del estrés laboral encontramos la valoración o significado psicológico que el sujeto le da a la

situación. Además pudimos observar en el relato de los profesionales que en ocasiones las exigencias superan los recursos (personales, económicos, institucionales) para poder afrontarlas. También cabe resaltar el alto nivel de compromiso que los profesionales de la salud tienen con el paciente y la implicación en el trabajo que puede dar como resultado la despersonalización y la baja realización personal.

Las enfermeras manifestaron su dolor y sufrimiento ya que perciben poco apoyo y se enfrentan a grandes desafíos, manifiestan identificarse con sus compañeras pero no encuentran adecuadas relaciones interpersonales con sus superiores y trabajadores de otras disciplinas. Como ejemplo podemos tomar algunos de los siguientes relatos: *“...la enfermera sufre mucho. Porque es la que está cotidianamente, la que contiene al paciente, al familiar, a los propios compañeros...”*

“...en este servicio existe la mala comunicación, porque eso se observa desde un principio estando con los pares médicos, los psicólogos; esa mala comunicación que hay llega a la enfermera, que recarga todo en una. Es porque hay una rivalidad entre el psicólogo y el médico, entonces todo eso lo absorbes vos. Uno dice una cosa, el otro otra...”

Por su parte los psicólogos manifestaron su sufrimiento institucional mediante expresiones como: *“...me produce cansancio pero sé que son los gajes del oficio, es que el hospital es una torre de babel, porque es una torre habitada por muchísimos discursos, el discurso político, el discurso social, el discurso de las diferentes especialidades y la relación con los profesionales de enfrente, que lo llamamos el hospital grande...”*

“...institucionalmente a veces hay niveles de maltrato gratuito...”

“...hay un nivel de estrés importante que se debe al trabajo. O sea, si bien es lo a mí me gusta y lo que yo quería hacer, yo he tenido síntomas que tienen que ver con el estrés. No sé si tanto de la cantidad de actividad, sino en el contexto en el cual uno está haciendo la actividad...”

Un factor a tener en cuenta es el tiempo, es decir, la antigüedad que tienen los profesionales en el puesto de trabajo y cómo ello influye en el desgaste mental. Notamos una diferencia entre psicólogos residentes que se encuentran en los primeros años, de aquellos que llevan más años en el cargo. Ejemplo *“... soy de las más viejas en el servicio estoy ligada a un trabajo más de índole*

institucional, tiene que ver con los informes que se hacen para el servicio judicial, tiene que ver con cómo organizar el trabajo en el servicio. Entonces las preocupaciones han ido variando a medida de cómo fue variando mi inserción en el servicio...”.

Ante la pregunta de cómo impacta el trabajo en su salud, un residente nos contestó “... en mi caso bien, porque recién empiezo...después de un tiempo no sé...”.

Es importante tomar en cuenta que los profesionales de la salud se encuentran en un continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte, la caída del valor social de la profesión y la sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la carencia de recursos, la presión del horario, que generan el desarrollo de estrategias de afrontamiento frente al estrés laboral.

Podemos destacar que las enfermeras parecieran sufrir más las exigencias laborales en comparación con los psicólogos, algo que pudimos inferir de las entrevistas. Creemos que la enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados, posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, son el intermediario entre el paciente, médico y la familia, soportan críticas y exigencias de médicos psicólogos, pacientes y familiares; existe una devaluada imagen de la profesión, poco reconocimiento social de ésta y las dificultades organizativas de la institución hacen a este grupo más vulnerable al estrés laboral.

El afrontamiento generalmente se refiere a los esfuerzos que realiza una persona para anticiparse, desafiar o cambiar las condiciones para alterar una situación que es evaluada como estresante.

Se define el afrontamiento como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

Visto de esta manera, como un proceso y no como una característica estable, existe la posibilidad de que un individuo pueda afrontar de diferente forma las diversas situaciones estresantes a las que se verá expuesto a lo largo de su vida.

La función principal del afrontamiento es aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores; la efectividad de los recursos de afrontamiento

estará en función del evento y las evaluaciones continuas y de los recursos de afrontamiento personales.

Basándonos en la revisión bibliográfica pudimos dar cuenta que diferentes autores plantean una diferencia entre el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. En el primer caso, se busca alterar la relación individuo-ambiente manipulando el entorno, este tipo de afrontamiento se presenta cuando la situación es evaluada como susceptible de cambio. En el afrontamiento dirigido a la emoción busca regular la respuesta emocional que aparece como resultado de la situación estresante. Este tipo de afrontamiento tiene lugar cuando el individuo considera que no puede hacer nada para alterar su relación con el entorno.

Consideramos que los profesionales entrevistados utilizan estrategias dirigidas a la emoción, porque en muchas de las situaciones que les generan descontento con el trabajo no tienen el poder de modificarlas. Sí, pueden trabajar sobre las emociones que dichas situaciones les provocan.

Dicho esto, también observamos que las estrategias de afrontamiento son escasas. No existe un adecuado registro sobre la importancia de poder llevarlas a cabo para mantener una buena relación salud-trabajo.

Podemos retomar de Malfé las estrategias que él plantea:

- Adaptaciones funcionales al trabajo: En este tipo de adaptación se utilizan *estrategias de afrontamiento* útiles para el sujeto y para la organización. Son aquellas que permiten la adecuación de los sujetos a los objetivos de la organización en acuerdo con los objetivos personales. En el orden personal hay individuos que llegan a poder hacer surgir su creatividad e invención en el desarrollo de las tareas. En este caso no observamos invención alguna tanto por psicólogos como por enfermeras. Parecieran que actuaran como verdaderos autómatas, trabajando por pura repetición y respondiendo órdenes.
- Adaptaciones disfuncionales al trabajo: Se utilizan *estrategias de afrontamiento* poco útiles para el sujeto y para la organización. Están relacionadas con la autoviolencia, distrés, desacomodación y falta de adecuación de los sujetos a la situación de trabajo. Este tipo de adaptaciones origina fracturas en el tejido social del trabajador y en las

relaciones de trabajo. Puede observarse pérdida de motivación por la tarea, falta de comunicación. Indiferencia. También condiciones para la vulnerabilidad, que se observa en la repercusión del conflicto en el cuerpo, en los vínculos o en la familia. Puede estar acompañada por ansiedad, descompensación, angustia, sobreexigencia. Claramente se infiere en los profesionales entrevistados ansiedad, sobreexigencia, disconformidad, todos estos factores que llevan a una mala adaptación al trabajo. *“...yo duermo; es la actividad que puedo. La actividad que tenemos es la rutina de la casa... y digo cuándo se termina el día, porque no termina nunca parece...”*

Los distintos factores de distrés laboral influyen en el juego vincular dentro del ámbito de trabajo y en el medio familiar y social. Hay gran sufrimiento en las relaciones vinculares, en ocasiones provocando violencia dentro del equipo de trabajo, bloqueos intelectuales, sensación de desamparo, padecimiento somático, etc. Cuando el cuerpo está agotado o enfermo debilita la inteligencia astuta y la creatividad. El sujeto se vuelve ineficaz para enfrentar los cambios. Dentro del ámbito hospitalario, es posible encontrar un gran número de situaciones que resultan estresantes y que de no afrontarse de manera adecuada pueden llegar a alterar el estado de salud, la adaptación hospitalaria, el rendimiento laboral, propiciar el ausentismo, y enfermedades laborales; los cuales son algunos de los tantos problemas que están asociados con el estrés laboral.

A partir de la lectura de distintas investigaciones damos cuenta de que en el ámbito laboral, cada trabajador difícilmente pueda controlar o modificar las situaciones estresantes, debido a que en gran medida no dependen de él, sino de un grupo de personas o de directivos, de ahí que las estrategias de afrontamiento eficaces en otros ámbitos, quizás, no sean aplicables en éste. Por ello, las respuestas al estrés en el medio laboral requieren la participación activa de toda la organización, proponiendo cambios en la estructura organizacional, rediseñando puestos, realizando selecciones de personal correctas, desarrollando sistemas de promoción adecuados; aunque también resulte beneficioso trabajar a escala individual.

Al estudiar la relación entre el individuo y el trabajo Christophe Dejours (1988) sostiene que distintos niveles de malestar psíquico pueden surgir tanto por las condiciones laborales, como por la organización del trabajo. Un elemento en el que centra su atención es, la construcción de sistemas defensivos frente a las situaciones de riesgo que asumen los colectivos laborales. Considera que el ejercicio de la inteligencia en situaciones de trabajo implica a menudo hacer trampas respecto de las prescripciones, los reglamentos y los procedimientos, lo que acarrea sufrimiento.

Las investigaciones en psicodinámica del trabajo le han permitido mostrar que existen defensas individuales y colectivas -ideologías defensivas- contra el sufrimiento en el trabajo. Dejours (1998) diferencia el sufrimiento "creativo" del sufrimiento "patológico". En el primer caso, los sujetos ponen en juego recursos simbólicos -invención y creatividad- al servicio de estrategias que permitan afrontar los requisitos impuestos por el trabajo prescripto. En el sufrimiento patológico en cambio, las tácticas apuestan a la negación de las cargas laborales mediante rituales o pactos de desmentida.

El Servicio de Salud Mental de este hospital, es un servicio desmantelado o deteriorado que produce efectos en la psiquis y en la salud física de los profesionales.

La hegemonía de las políticas neoliberales se expresan a través del control y restricción del gasto público, en particular el asignado al sector salud.

El trabajo hoy se caracteriza por la precarización, la flexibilización, la priorización del costo-beneficio.

El desfinanciamiento del sector deterioró las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud pública. Lo que da como escena final de la situación, hospitales públicos vaciados y faltos de recursos, con profesionales mal pagados, padeciendo pésimas condiciones de trabajo y con una incidencia preocupante de patologías asociadas al trabajo de tener que atender una demanda cada vez más cuantiosa y compleja. (Más, F; Mazzetti, M S. 2007).

Existe una profundización del malestar institucional al combinarse con la insalubridad del trabajo y con las condiciones precarias en las que se desarrollan las actividades profesionales: largas jornadas de trabajo, condiciones de vida difíciles en lugares de trabajo, mala calidad higiénica, etc. En ese sentido, advertimos que la implementación de las políticas neoliberales

que llevan a los actos de salud a situaciones críticas, por medio de medidas de ajuste y reducción drástica del presupuesto, aumenta el riesgo de sufrir Burnout en las instituciones.

Dicha situación constituye una dificultad para el establecimiento de lazos relacionales que propicien soportes identificatorios para los profesionales.

La tradición de privilegiar la atención médica genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados.

Las transformaciones que se dan actualmente no constituyen ocasiones de fortalecimiento de la subjetividad, no acarrear su reinención sino el desfondamiento, la destitución, el desvanecimiento de lo instituido previamente.

Este desfondamiento del que nos habla Lewkowicz, consiste en el desvanecimiento del mundo nacional y estatal; acarreado ello con el agotamiento de un medio sólido e institucional.

En el actual contexto laboral la relación entre las personas y las organizaciones ha sufrido un fuerte deterioro. La organización se constituía como modelo donde el sujeto podía apoyar la conformación o el desarrollo de su identidad. Nos es posible seguir pensando una organización protectora, dadora, contenedora. El sometimiento, la ruptura de vínculos, el maltrato, la pérdida de placer se transforman en el día a día.

La desocupación, la exclusión y el aislamiento, marcan el discurso dominante. Los sujetos se resignan, se entregan, no luchan.

El sujeto pasa a formar parte de una cultura que lo lleva a resignarse. Lo impulsa a la aceptación de un discurso único. (Giardelli, D. 2009).

De acuerdo con Lewkowicz, la subjetividad actual está marcada por la velocidad en la fluidez. Los parámetros que organizaban la experiencia en un medio sólido se desvanecieron con la solidez misma. Pero este derrumbe no forjó otras estrategias generales para guiarse en la velocidad.

La especificidad del trabajo y su relación con el sufrimiento, la enfermedad, no puede tornarse exclusivo en la determinación del estrés, sino articularse con las consecuencias subjetivas del deterioro salarial y la escasa estimulación, reconocimiento y la desvalorización subjetiva.

Acorde a la aportación de diferentes autores, ya existen diferentes técnicas o estrategias para la prevención y el afrontamiento del Síndrome de Quemarse por el Trabajo que podemos tomar en cuenta a modo de recomendación.

Las estrategias de intervención deben contemplar tres niveles:

- Estrategias cognitivos-conductuales que permiten eliminar o mitigar la fuente de estrés.
- Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales.
- Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional.

Desde la perspectiva de las estrategias individuales, encontramos modelos de efectos directos, como el de modulación, adecuado para explicar las relaciones que se establecen entre las estrategias de afrontamiento y el Síndrome de Quemarse por el trabajo. El empleo de estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción facilita la aparición del síndrome.

Se puede recurrir al entrenamiento en solución de problemas, al entrenamiento de la asertividad y del manejo eficaz del tiempo.

También aparecen como estrategias: olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, hacer ejercicio físico.

Desde la perspectiva grupal e interpersonal, las estrategias pasan a fomentar el apoyo social por parte de compañeros y supervisores.

Desde un enfoque interpersonal, la búsqueda de apoyo debe ir orientada a la obtención de apoyo emocional; mientras que desde un enfoque más grupal, el apoyo social conlleva también connotaciones aptitudinales.

Desde la perspectiva organizacional, se deben desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. (Redondo, A. 2008).

Para finalizar debemos que mencionar que esta investigación exploratoria es una visión recortada de la relación entre trabajo y salud mental. Dicho esto es claro que queda abierta una amplia gama de posibles investigaciones sobre el tema o sus derivados.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Cascardo, N; Longo, D; Videla, M (2005). *Salud Mental y trabajo*. Estudio exploratorio del síndrome de burn out en hospital público. Tesis de grado.
- Centrángolo, O. y Devoto, F. (2002): *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto en la crisis actual*. Comunicación para la Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health: Toronto (Canadá).
- Dejours, C (1992). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires Hvmánitas.
- Durston, J y Miranda, J, compiladores (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Serie 58. Santiago de Chile, División de Desarrollo Social.
- [Eizaguirre](#), M y [Zabala](#), N. (2005) *Investigación-acción participativa (IAP)*. [Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo](#).
- Gabarron, L y Hernandez Landa, L. (1994) *Cuadernos Metodológicos*. Cap 1. ¿Qué es la Investigación Participativa?
- Giardelli, D. (2009). *El desempleo como disciplinador social*.
- Kaes, R. (1989) *Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones en La institución y las instituciones*, Buenos Aires, Editorial Paidós,
- Lewkowicz I. et al. (2002) *Pausa. Notas ad hoc. Pausa 0, Pausa 15*
- Más Fermín y Mazetti Silvina (2007) *Los avatares del trabajo profesional en salud mental. Manifestaciones y tendencias en el campo de la psicología marplatense*. Ponencia presentada al Congreso de la Asociación Argentina en Salud Mental (ASAM)
- Maslach, C. (1976). *Burned-out*. Human Behaviour.
- Peiró, J. M., Salvador, A. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral* (1ª. ed.). [España](#): Editorial UDEMA S. A.
- Pégola, Federico (2004). *Historia de la Salud Social en la Argentina*. Tomo I. Editores Argentinos Asociados.
- Pintos S. (2001) *El sujeto en la organización. Pertenencia. Participación. Mecanismos adaptativos. Resiliencia*. Tesis Maestría Psicología Social. UNMP.

- Pintos, S; Giardelli, D; Amilkar, M (2006). *Nuevas formas solidarias de organización productiva. Producción de subjetividad y estrategias de afrontamiento*. Revista de Psicología y Ciencias Afines "Perspectiva Psicológica", volumen 3, N° 1.
- Redondo, A.I (2001). *Burnout: delimitación conceptual, diagnóstico, estrategias de afrontamiento y prevención*.
- Redondo, A; (2008). *Calidad de vida laboral: Burnout y la importancia del tiempo libre para la salud*. Conferencia central en Congreso de Psicología de la UADE.
- Santa Coloma, C. (2007). *Salud mental y sociedad desde una mirada psicoanalítica. Psicoanálisis y sociedad. Teoría y prácticas*. Cecilia Moise, compiladora. Ediciones Continente
- Silva Peralta, Y (2006) *¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores-de-la-salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el síndrome Burnout*. Revista de Psicología y Ciencias Afines "Perspectiva Psicológica", volumen 3, N° 1.
- Silva Peralta, Y. (2009). *Trabajo final de la Carrera de Especialización en Psicología de los Vínculos*.
- Stolkiner, A. (1987) *Prácticas en Salud Mental*. Ponencia presentada durante el 4to. Congreso Latinoamericano y 5to. Congreso Mundial de Medicina Social.

Recursos Electrónicos.

- http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital
- http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental
- <http://psicomed.saludmental>
- www.definicionabc.com
- www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf
- dicc.hegoa.efaber.net
- coopsalud.blogspot.com.2007
- www.apdeba.org/publicaciones/2004/pdf/Kaes.pdf

7. ANEXO.

Primera Entrevista:

¿Cual es el área en la que se desempeña? Y la función que cumple?

Yo me desempeño en el servicio de salud mental del Hospital Interzonal general de agudos "Oscar Allende" de Mar del Plata. Yo cumplo dos funciones: una es como Psicóloga de planta permanente, eso quiere decir que cumplo funciones durante 36 horas semanales y que mi cargo es interino y que estoy nombrada. Es un cargo donde atiendo pacientes que están internados, de consultorio externo y de interconsulta, y cuando era residente hice guardias, ya no hago más. Y después tengo otro cargo, y es que soy la instructora de los residentes de psicología, eso quiere decir que durante 15 horas cátedra, que son 10 horas reloj, les doy clase, supervisamos pacientes, hacemos ateneos clínicos y ateneos bibliográficos. Esa sería mi función.

¿Nos podría relatar un día de trabajo?

Un día de trabajo es así: Llego a las 8, voy al sector de enfermería de mujeres y al sector de enfermería de hombres a ver si ingresaron pacientes internados. Si ingresaron pacientes internados leo la hoja de ingreso, donde el profesional que estuvo de guardia el día anterior anota por que el paciente se internó, que síntomas agudos tenía, que medicación...yo leo eso y voy al tanque. Voy ahí, hablo con los residentes. Tenemos un listado de cuantos pacientes tiene cada residente, de acuerdo a eso al que tiene menos pacientes le asigno el paciente nuevo, o sino muchas veces tomo yo ese paciente acompañada por los residentes de primer año, que son los que menos experiencia tienen. Entonces, una vez que hacemos esa justa distribución de trabajo...voy con los residentes de primero a evaluar a los pacientes internados, escribimos las historias clínicas. Y después...hay otros días en que atiendo a pacientes de consultorio externo, dos horas dos o tres veces por semana, son pacientes que vienen desde afuera de forma ambulatoria. Y otros días a la mañana, superviso casos clínicos con los residentes. Y después dos veces por semana me quedo hasta las tres de la tarde a dar clase a los residentes. Eso es un día de trabajo...

¿Como crees que impacta el trabajo en tu salud?

En mi salud...eh yo lo voy a tomar por ciclos. Cuando era residente, impactaba mucho emocionalmente, o sea yo me iba del hospital, como le pasa a todos los

residentes, y me llevaban los pacientes a casa en la cabeza. Porque estaba muy preocupada y porque tenía bastante miedo de que por mi falta de experiencia algo se me pasara y que al paciente le sucediera algo.

Después conforme fueron pasando los años, esa preocupación se achico, pero empezaron otras preocupaciones, que eran formar bien a las residentes, por transmitir con precisión los conceptos.

Y ahora me parece que lo que más me va estresando, porque eso tiene que ver con lo que uno va trabajando a medida que pasan los años, como yo ahora soy de las más viejas en el servicio estoy ligada a un trabajo más de índole institucional, tiene que ver con los informes que se hacen para el servicio judicial, tiene que ver con cómo organizar el trabajo en el servicio. Entonces las preocupaciones han ido variando a medida de cómo fue variando mi inserción en el servicio. Sigo atendiendo pacientes, sigo siendo instructora, pero como fui adquiriendo experiencia en eso no me genera tanta preocupación, pero no me angustia.

Lo que ahora me parece que me produce cansancio son las dificultades que tenemos para transmitirle a quienes no pertenecen al servicio de salud mental, por ejemplo otras instituciones el servicio judicial, los penales. Acá nos regimos por criterios clínicos, y que muchas veces se pretende que el servicio cumpla otras funciones. Y lo otro que a mí me parece que ocurre en el hospital, y que muchas veces me produce cansancio pero sé que son los gajes del oficio, es que el hospital es una torre de babel, porque es una torre habitada por muchísimos discursos, el discurso político, el discurso social, el discurso de las diferentes especialidades y la relación con los profesionales de enfrente, que lo llamamos el hospital grande. Entonces esa torre de babel, genera niveles de estrés, porque de acuerdo al objeto que uno lo define como aquel en que uno va a insertar su intervención y muchas veces no se logra entender, porque no tiene por qué haber acuerdo total de cómo vemos algo para trabajar!! Entonces esa tensión muchas veces estresa.

Y eso es lo que a mí me produce estrés. No es que yo piense que debe haber un acuerdo total, sino todo lo contrario, yo creo que cuanto más claro tiene cada uno cual es el nivel de su intervención mejor se trabaja. Pero institucionalmente a veces hay niveles de maltrato gratuito.

Después en cuanto al hospital, es como un amante... a veces que uno anda chocho y otras veces no lo aguanta más, pero no se lo puede largar...

¿Como consideras que influye el contexto socio- económico en el trabajo?

Y bueno el contexto socioeconómico influye de manera directa en el trabajo, directa porque somos un servicio público y lo que pasa en el hospital público, como lo que pasa en la escuela pública...refleja lo que pasa en la sociedad. Entonces actualmente, nuestro trabajo no pasa solamente por atender cuestiones psicopatológicas y clínicas del paciente, sino también por orientarlo con la asistente social en cuanto a planes sociales, hacer los documentos... tener que pensar no solamente en los criterios clínicos, sino fundamentalmente en los recursos sociales con los que cuenta el paciente. Sabemos que para que el paciente hable tiene que comer, si no come nosotros no tenemos sujeto. Una cosa que enseña el hospital es a no confundir el tipo de demanda, si lo que el paciente necesita es chapa... es chapa, si lo que necesita es cacerola...es cacerola lo que hay que darle. Y ser buen clínico es poder distinguir la demanda. Entonces la cuestión social permanentemente esta presente en nuestro trabajo. Viste como las maestras dicen que cuando van a la escuela no solamente tienen que enseñar sino que además tienen que pensar si el chico comió, cuantos hermanitos tiene, si los padres tienen trabajo o no tienen trabajo, y que para enseñar las letras el chico debe ir comido.. Bueno acá nosotros es lo mismo. El otro tema que socialmente a mi me parece que cambio bastante, es el consumo de sustancias, eso está presente de manera permanente en nuestro trabajo. Entonces ser buen clínico, a mi entender, es distinguir cual es el síntoma principal, que alguien consuma no hace diagnostico, porque consumen los psicóticos, los neuróticos, los perversos, no es eso lo que hace diagnostico. Lo que si cuando yo era residente, hace veinte años lo más insistente era el alcoholismo, ahora tenemos el alcoholismo y el consumo de sustancias psicotrópicas, esto en veinte años aumento exponencialmente, y eso habla de nuestra sociedad. Entonces nuestro trabajo hoy en día está atravesado por esa situación.

¿ cuáles son las actividades que lleva a cabo para “desconectarse” del trabajo?

Ehhh...dos veces por semana hago actividad física, eso lo hago hace dos años. Toda mi vida fui una persona enormemente sedentaria...y me ayudo mucho. Después otra cosa que hago...tengo novio eso favorece mucho. Leo, camino...pero es una profesión que me gusta muchísimo, pero soy de las que termino el horario, termino el consultorio y no interpreto más. Análisis fuera de sesión es agresión. Pero esta profesión me gusta mucho, entonces además de trabajar en el hospital, de trabajar en el consultorio, hago grupo de estudio, dos veces por semana voy a Buenos Aires me analizo y superviso. Que hago para desestresarme?..y realmente estudiar me desestresa. Por que? porque si lo público es precarizado, que uno no termine identificándose con la precarización, me parece que esa es la cuestión. Estudiar y supervisar hace darme cuenta de cosas que no había pensado, que lo que puede ser agobiante uno le descubra cosas, entonces eso renueva el interés por el trabajo. Estudiar y supervisar le carga nafta al trabajo, cuando lo que yo hago recibe una interpretación a mi me renueva el interés.

Segunda entrevista.

¿Cual es el área en la que se desempeña? ¿Y la función que cumple?

Edo: yo soy residente de primer año de Psicología. Acá hay varios dispositivos que es internación, consultorio externo e interconsulta, los residentes de primero generalmente lo que más vemos es internación de hombres y de mujeres, primero lo haces acompañado y después empezás a ver pacientes solo, una vez que empezás a hacer guardia solo empezás a hacer consultorio. Pero lo que más vemos nosotros es internación por ahora.

¿Nos podría relatar un día de trabajo?

Bueno llegas al servicio, subís, cuando estas acá con los otros profesionales, te fijas si hubo algún ingreso. Si hay pase de sala, los martes es el pase de sala, ahí se ven todos los ingresos de la semana, ahí se ven las actas y los permisos, los pacientes que van mejoran se les da el permiso terapéutico y después el alta. Llegas te tomas un café o algo...nosotros hasta hace poco acompañábamos por I tanto nuestra actividad dependía de la actividad de los residentes superiores, ahora lo que hacemos es bajar a internación y empezás a tener entrevistas con pacientes, eso lo haces todos los días. Algunos días después del mediodía tenés clases, y si estas de guardia depende de la demanda de la guardia.

¿Que horario cumplís?

De 8 a 17 hs. Y tenés un día que tenés guardia. Tenés cuatro guardias en el mes.

¿Como crees que impacta el trabajo en tu salud?

En mi caso bien, porque recién empiezo...después de un tiempo no se. No sé por ahí esa es una pregunta para chicos con mas con más experiencia.

Bueno pero por ahí es algo personal, hay gente que le abruma por más de que sea poco tiempo...

No, a mi me resulto gratificante

¿Consideras que influye el contexto socio- económico en el trabajo?

Si, muchísimo.

¿Y de qué forma?

Y porque hay pacientes que no reúnen los criterios para estar acá, y la razón por la que están acá son sociales y vínculos familiares. Gente que no tiene nada prácticamente, y que se queda acá, hasta que se encuentra una solución.

¿Lo edilicio crees que influye?

A mí no, hay gente que si...si te enganchas mucho con eso. Igual ahora está mejor, porque empezaron a pintar, a arreglar. Yo mucho no me engancho, pero puede ser, sobre todo para los pacientes de internación.

¿Y llevas a cabo alguna actividad para “desconectarte” del trabajo?

Y ahora no mucho...estoy trabajando mucho. Voy al gimnasio a veces, salir a veces a la noche a bailar.

Tercera entrevista.

Primero, en que área te desempeñas? ¿Y la función que cumplís?

Bueno yo me desempeño en el servicio de salud mental del Hospital Regional en la residencia de Psicología, y la función...Yo soy residente de primer año.

¿Nos podrías relatar un día de trabajo?

Entramos a las 8, se ficha en la entrada general. Después se viene acá al servicio, cuando llegas hay una cuestión informal...si hubo alguna entrada te enteras porque están los chicos de psiquiatría que estuvieron de guardia a la noche. Te tomas un mate o algo y después bajas a la sala. Cuando pasas a las salas, lees la historia clínica de tus pacientes, te fijás que es lo último que esta anotado en la evolución y entras a la sala a evaluarlo. Tenés una entrevista, que generalmente son a la mañana en la sala, porque no hay consultorio disponible porque los están usando para consultorio externo. Entonces generalmente a la mañana es la actividad de sala. También en el transcurso de la mañana hablas con los médicos que trata a los pacientes, los vas buscando, les vas preguntando. Después almorzamos acá enfrente. Y a la tarde tenemos...lunes y jueves siempre clase hasta las tres, los de primero tenemos ahora los martes. Ahh...los miércoles temprano cuando entramos tenemos un ateneo clínico, que es una reunión de todos los residentes con la instructora y otra psicóloga, y nos vamos turnando y cada uno presenta un caso o un texto teórico que trabajo, esto es a las ocho.

A la tarde también te queda alguna cuestión para ver de los pacientes. Ah... porque después de ver cada paciente, tenés que consignarlo en la historia y eso también te lleva tiempo. Y a veces estas de guardia hasta las ocho de la noche. No te quedas a dormir es de las ocho de la mañana hasta las ocho de la noche.

¿Como crees que impacta el trabajo en tu salud?

El trabajo en mi salud? Mmm...hace poco que estoy, por eso lo acumulado no lo siento aun, si por ahí es cansador. También depende el día, por ahí es un día estándar con pacientes que ya los conoces y después tenés clases, no te vas tan cansado; pero si estas con una guardia que te demanda un montón... pero depende también.

¿Consideras que el contexto socio- económico influye en el trabajo?

Lo veo en situación precaria de los pacientes. Yo como empleada no siento la crisis económica, porque soy empleada pública. Pero en los pacientes, si hay mucha intervención de la asistente social es porque hay precariedad económica y falta de contención familiar, eso se ve un montón. Los pacientes acá se les terminan tramitando una pensión, una jubilación, esas cosas que hace la asistente social, porque no tienen recursos. Y se ve re claro...o que no tienen dónde irse a vivir.

¿Y realizas alguna actividad para “desconectarte” del trabajo?

En realidad poco... las otras actividades que hago reconectan con el trabajo, va no con el trabajo sino con el estudio. Lo que si a veces me busco espacios de “hueveo”, de juntarse a paversear con amigas o algo así.

Cuarta entrevista.

¿Cual es el área en la que se desempeña? Y la función que cumple?

En este momento soy la Jefa de la residencia de Psicología del Servicio de Salud mental, de este Hospital.

Relatanos un día de trabajo...

Bueno un día de trabajo...por ejemplo el lunes, llego al hospital a las 8 de la mañana. En este momento mi primer actividad es en el servicio de clínica médica, en la parte de interconsultas...estoy en el pase de sala de clínica médica, después veo algún paciente que me hayan derivado o que ya este viendo en interconsulta. Después vengo acá al servicio, generalmente primero hago un recorrido por la sala de internación, y después el almuerzo de trabajo que es acá enfrente. Y a la tarde generalmente tenemos consultorio externo o tenemos una clase, depende el día de la semana. En eso consiste mi día de trabajo en el hospital.

¿El horario también es de 8 a 17?

El horario es de 8 a 17, generalmente el jefe de residente como hace tareas de gestión no cumple el horario completo.

¿Cómo crees que impacta el trabajo en tu salud?

En función de estos cinco años que hace que estoy en el hospital, lo que puedo evaluar es que hay un nivel de estrés importante que se debe al trabajo. O sea, si bien es lo a mí me gusta y lo que yo quería hacer, yo he tenido síntomas que tienen que ver con el estrés. No sé si tanto de la cantidad de actividad, sino en el contexto en el cual uno está haciendo la actividad. Que si a ustedes les interesa yo les digo lo que pienso en cuanto al contexto.

Si...si, porque una de las preguntas siguientes era sobre eso...

ahh, bueno en relación al contexto a mí lo que me parece de la institución pública, es que hay una demanda masiva a veces no es la especifica de trabajo, sino más bien una demanda en relación a la carencia que tiene todo el mundo que acude al hospital, tanto por parte de los colegas como parte de los pacientes y uno no tiene las herramientas para dar respuesta a esa demanda, no solo porque la infraestructura esta como deteriorada, sino que te hablo de que alguien te pide una entrevista de urgencia no tener el consultorio para atenderlo...eh como también la disponibilidad horaria, y eso mas la exigencia,

en el caso particular mío que soy residente, que hay que estudiar y formarse dentro, que teóricamente es dentro del lugar de trabajo, pero a veces el tiempo no te da y tenés que seguir estudiando fuera del horario de trabajo, entonces esas nueve horas se transforman en doce a veces. Y eso que yo ya estoy terminando de hacer guardias, si hiciera guardias más todavía.

¿Realizas alguna actividad para “desconectarte” del trabajo?

Al principio no, porque al principio es como...esta cosa masiva que tiene la institución es como que es lo único a lo que te puedes dedicar. Pero desde segundo año más o menos, ya me di cuenta que si no hacia algo...entonces bueno hago análisis, y en este momento hago actividad física y artística. Y bueno, no sé de donde saco el tiempo, pero yo familia no tengo, hijos no tengo...pero para mí es vital, es vital hacer algo porque sino llega un momento que te la pasas pensando en esto nada más.

Una preguntar por fuera de lo que estaba estipulado...tiene que ver con las políticas públicas y la política hospitalaria, crees que son restrictiva o si hay libertades para hacer cosas?

Si...yo lo dividiría en dos: por un lado, a nivel macro vos tenés lo que es la salud pública, las políticas del estado que son un desastre. No hay programas donde uno diga, desde el estado la propuesta es coherente. La propuesta es incoherente. Después estas dentro del servicio y lo que se puede hacer desde la jefatura, hay libertad, pero es una libertad que se basa por ahí a veces en que uno lo haga desde su interés pero sin poder integrarlo con la dinámica total de lo que es el servicio. Entonces yo tuve la libertad de hacer lo que yo quise, pero hacer una modificación a nivel institucional, por ejemplo en cuanto al dispositivo de cómo se atiende a los pacientes, ahí no te puedes meter, porque es muy difícil. Es como que cuando llegas a tomar conciencia de lo que tenés que hacer ya te estás yendo, porque es una beca de cinco años. Y a parte cuando cobras dimensión, de la energía que tendrías que invertir, y daría para estar de planta permanente, no con una beca, que vos estas pensando que vas a hacer el año que viene, tenés que abrirte camino en relación a eso también. Y quedar en planta permanente en este momento es improbable. Yo creo que lo más perverso del estado en este momento es crear un programa de capacitación para formar agentes de salud para el ámbito público, y después expulsarlos al ámbito privado o casi. Y en una forma que no te dan elección,

porque no hay una propuesta de continuidad. Es estresante eso para uno también...

Quinta Entrevista:

¿Cuál es el área en la que se desempeña? Y la función que cumple?

Yo soy enfermera del turno mañana. Y mi servicio es atender a los pacientes, medicarlos, revisarlos. Se toman los signos vitales de cada hora y de cada turno. Los turnos son de seis horas, yo hago de 6 a 12, después están mis compañeras de 12 a 18 hs, de 18 a 24 y de 24 a 6 hs. Y en todos los turnos siempre cuando hay un paciente que ingresa, se le controlan los signos vitales, y de a poquito van saliendo solos. Bueno... Yo soy auxiliar de enfermería, acá el auxiliar hace todo el trabajo, porque también está el profesional, yo me quede con el auxiliar. En las clínicas no, el auxiliar hace el trabajo de auxiliar, que es control de signos vitales, higiene y confort. Medicamentos, historias clínicas, todo eso lo hace el profesional, pero nosotros acá cubrimos todo.

Relátenos brevemente un día de trabajo...

Bueno cuando ingreso se toma la guardia, se toma paciente por paciente. Después empiezo si hay que sacar sangre, por estudios. Luego a las 7.30 se empieza con los baños, higiene y confort, los cambios de sabanas, control de signos vitales, que puede ser a la mañana como puede ser en el horario antes de la leche. En el horario de la leche se hace que el paciente se levante, porque el paciente psiquiátrico es muy lento. Se les da el desayuno, se medica al que es oral se le da oral, al que es inyectable se le da inyectable. Hay pacientes que a veces hay que ayudarlos a darle de comer también y después pasar por las salas a hacer las camas; en las clínicas privadas es lo hace la mucama. Bueno hasta ahí se te hacen las 10 de la mañana más o menos, y ahí venís y volcás todo como ves el paciente, lo volcás en la historia clínica; se anota la medicación que toma, si hay pacientes con suero también. También después se hace un report, donde se vuelca todo lo que se ha hecho a cada paciente y si hubo alguna novedad. Y después cuando viene la enfermera de la guardia de las 12, se pasa la guardia, se da la medicación de las 12 y también controlar con el compañero que viene sala por sala y que salgan todas a comer y que coman. También vienen los pacientes que ya tienen el alta a buscar su medicación por mes, la medicación de depósito; eso también se anota en una carpeta. Suele pasar que algunos se les da el alta vienen una vez o dos y no vienen mas, y pueden volver a caer. Y más en esta época que ya empieza la época de la primavera, donde hay más brotes.

¿Cuántos años hace que está en el servicio?

Yo hace 19 años que estoy en el servicio. Pero te cuento porque, yo estoy acá desde el año `90, primero te pasean por todos los pisos, pero si no querías ir a psiquiatría en ese momento no te obligaban; pero como yo ya había estado en otro lugar en psiquiatría, en una clínica privada, entonces me dijeron y yo dije bárbaro porque estaba acostumbrada. Y bueno venir acá me encanto, en este momento soy una de las más viejas.

¿Son 19 años más los que estuvo en la clínica privada?

Si...pero saber que eso no te lo reconocen. Sería buenísimo que te lo reconocieran porque yo ya estaría jubilada. Peor lo importante es que te guste, y como me gusta no me pesa.

¿Cómo cree que impacta el trabajo en su salud?

A mí no, pero yo he visto a personas que le afecta si. No se si será porque no se adaptan. Yo te digo a mi nunca me afecto, mi trabajo empieza acá y termina acá, yo a mi casa no llevo ningún...hay gente que dice "hay si pobrecito, me quede pensando...", yo no, termina acá. Estar en terapia si me estresaría, ver una persona que hoy entro...que hasta ayer andaba caminando llena de vida, y la ves toda entubada, yo pienso que ahí me enfermo. En cambio acá, es una persona que siempre la vas a ver igual, siempre en su mundo, y están feliz. Pueden mejorar su calidad de vida, pero es una mejoría.

¿Considera que el contexto socio- económico influye en el trabajo?

No creo que afecte lo socio- económico en mi trabajo.

¿Y realiza alguna actividad para "desconectarte" del trabajo?

Fuera de este trabajo?...pileta. Y cuando tengo tiempo voy a caminar, corro, en realidad tengo todo el tiempo, después de salir de acá no tengo nada que hacer, viste porque yo no tengo hijos, influye mucho eso. Ando mucho en bicicleta, porque tengo un campo de deporte cerca de casa. Viajo mucho, me gusta viajar. Yo tengo mis vacaciones que son 35 días y yo me lo tomo en tres partes. Y vengo como nueva de los viajes. Yo lo que tengo, que cuando salgo de acá me olvido; pero cuando estoy acá me gusta estar atenta a mi trabajo. Pero después bien, como hay otros que se llevan pacientes a la casa, yo no mientras estoy acá les doy todo como enfermera, pero después ya no. Yo creo que todo trabajo merece unas buenas vacaciones. Con la misma voluntad que me levanto para venir a trabajar, salgo y voy a hacer alguna actividad. Como

todo trabajo es cansador, si yo hay veces que estoy deseando que lleguen mis vacaciones, pero si te gusta lo sacas.

Sexta entrevista

¿Cuál es el área en la que se desempeña? ¿Y la función que cumple?

El área en la que me desempeño es salud mental y mi función es enfermera. Esta el jefe y las enfermeras, no hay discriminación.

¿Nos podría contar un día de trabajo?

Bueno mi turno es de 6 a 12 hs. Pero a veces por falta de personal nos rotan, nos cambia todo lo que programamos en el área familiar, como que nos cambian todo el esquema, mas teniendo chicos, para mí se me dificulta. Pero bueno, lo que intentamos es que el servicio funcione bien, entonces tratamos de colaborar en ese sentido. De 6 a 7.30 hs, nosotros preparamos el trabajo, o sea vemos la cantidad de pacientes, el tipo de paciente que llega, si hay pacientes nuevos, tenemos que fijarnos si hay cambios en la medicación, y como vamos a abordar el trabajo. Programamos la jornada, de acuerdo a como están los pacientes de la noche anterior, nosotros ya vemos que tipo de día vamos a tener, por la cantidad de pacientes y por la calidad. Los pacientes que ya hace dos semanas que están, están tranquilos; la cuestión es cuando entra algún paciente nuevo, que esta sin medicación o esta muy complicado. Después tenemos preparación de medicación, tenemos un sistema de tarjetas; cuando viene el paciente nos fijamos en las indicaciones medicas que están en las tarjetitas. Después tenemos las carpetas, tenemos que ver si están todas las carpetas; tenemos que ver si hay que sacarle sangre al paciente, generalmente el primer día se a nota para el día siguiente que están más tranquilos para sacarle sangre. Y después ya nos ponemos a trabajar, si con suerte somos dos, porque siempre somos una y una, a veces hay dos de este lado y una allá porque son más cantidad siempre los hombres. No es que siempre estamos con los hombres, si por ejemplo un día esta más complicado el sector mujeres, vamos y ayudamos. Bueno, programamos, sacamos sangre, después hay que llevar el pedido a farmacia que se lleva todos los días y se vuelve a buscar más o menos 11.30 hs, que ya esta toda la medicación del día. Después también tenemos que llevar a alguno de los pacientes, si no hay camillero, a odontología, a podología o a una interconsulta con clínica médica. Hay algunos pacientes que vienen de la calle con hongos en los pies, maltratados, golpeados, son traídos por la policía. Vamos evaluando todo lo que necesita el paciente, generalmente eso es lo que hace la enfermera.

Generalmente hay un plan de cuidados que tiene que hacer la enfermera, de acuerdo como esta el paciente, pero como esto lo hacemos diariamente no lo volcamos en una planilla. Todo lo que observamos lo volcamos en una historia clínica, y a veces cuando no tenemos tiempo de escribir se lo contamos al médico, le damos los signos de alarma... Los pacientes son muy demandantes, todo el tiempo te están pidiendo, pide ibuprofeno, pide esto, pide aquello, pero en realidad es otra cosa lo que necesita, necesita más atención, hablar...eso es todo el tiempo, y nosotros no tenemos tiempo. Si fuéramos mas, por ahí uno puede darle un tiempo, sentarse a charlar. Son muy demandantes, quieren todo ya!...no pueden esperar. Hay que estar atentas... ya te digo por lo general somos dos o una y una ayudante que viene de enfrente que no conoce el servicio entonces tengo que estar encima de la ayudante; eso te produce mucho estrés, son seis horas pero terminas agotadísima!...querés salir corriendo, y llego a casa y no quiero ni que los chicos me digan hola! Si me piden plata para llevar a la escuela les digo no hay...jajaja!

¿Y cuanto hace que esta acá en el servicio?

Y acá desde Octubre del 2007, van a hacer dos años acá en el servicio.

¿Y trabajo antes en otro servicio?

Y allá si, hace 25 años que estoy en hospital. Pase por todas las áreas, por todos los servicios, clínica médica, cirugía, ginecología...

¿Y hay diferencia, es más demandante allá o acá?

Y es según como uno lo tome, para mi es más trabajo físico allá y me perjudica a mí la salud. Este si bien me estresa, porque es mas mental que otra cosa, yo lo puedo sobrellevar mejor. Y a parte, que a mí me gusta todo lo que se refiere a la psicología, entonces a uno que le gusta esa parte se siente más se gura. En otros sectores es como que demanda mas la parte física, tenes que andar corriendo, levantar peso, levantar las camas...y son muchas cosas mecánicas. Y acá es como que entablas otra relación con el paciente, a mi me gusta más, me satisface mas. Y esto de las seis horas me ayuda para estar más en casa con los chicos.

Bueno esta pregunta está relacionada con lo que estuvimos hablando...como cree que impacta el trabajo en su salud?

Y bueno...a mi me habían ofrecido la jefatura, porque soy enfermera profesional, y yo la rechace porque en este momento la jefatura de un servicio

te demanda muchas cosas que vos muchas veces no podés cumplir, horas extras y todo eso, que yo no puedo; pero...me gusta la jefatura, pero para mi salud no da. Ya estuve en traumatología y en clínica médica de jefa y note que había aumentado de peso, dormía mucho, me subía la glucemia, los triglicéridos, el colesterol, todo. Y cuando llegue acá, me sentí muy bien, muy cómoda, baje de peso, me sentí diferente, pero estuve suplantando a mi jefa un tiempo y otra vez empecé a andar mal yo. A sentirme muy atacada, muy presionada, entonces me di cuenta de eso que me influye mucho para mal, y veo que otras compañeras, creen que pueden abarcar mas y se enferman. Hay cantidad de carpetas médicas, pero es por eso por estrés, llegan a enfermarse y ellas no se dan cuenta de que se van enfermando, carpeta psiquiátrica, separación de matrimonio...porque el trabajo lo va absorbiendo, lo va absorbiendo y cuando querés acordar no tenés mas familia, estas tanto tiempo acá adentro que no haces otra cosa. Entonces uno siempre tiene que estar alerta a lo que quiere y a lo que le demandan, en este momento yo me siento bien. Otra de las cosas que yo siento es que trabajo con más libertad cuando no están encima mío, cuando no hay nadie que me este presionando!! Trabajo más tranquila, mas organizada, con mejor humor, porque sabemos lo que hay que hacer, peor si están todo el tiempo diciéndote lo que hay que hacer, es como que te están hostigando, y yo reacciono mal, me empaco, por mi carácter. Como fui jefa se llevar un grupo y se esto de la psicología y lo aplico, no como otros jefes, entonces me acerco a la persona y veo las necesidades que tiene. Pero en la parte de jefatura no se aplica la psicología, no se enseña tampoco. Pero hay gente que no lo soporta, no lo superan...hay gente que llega al hospital y se vuelven para atrás, cuando ya la enfermera empieza a faltar a faltar es signo de que algo anda mal. Si vos estas bien físicamente y contenida no faltas. Si te llevas bien con tus compañeros, pero si estas renegando porque no hay esto, no hay lo otro...en una clínica te dan termómetro, tensiómetro, la mediación no falta...y acá nada, es como que tenés que manejar todo pero sin nada, es como que tenés que inventar la medicación la tenés que conseguir vos, las cucharitas las tenés que conseguir vos.

Y otro tema son los pacientes que tienen una familia tan conflictiva que no los vienen a ver; después tenemos un paciente que está dado de alta y no lo

vienen a buscar, y qué hacemos. Tenemos que seguir atendiéndolo nosotros y conseguirle un jabón, desodorante, perfume.

No hay lugar y aquellos que vienen por orden del juez si o si los tenemos que internar. Y entonces tenemos que poner colchones en el piso, porque no hay lugar. Si no hay frazadas, los tapamos con ropa que nos dan las “damas rosadas”, porque no te dan, no hay. ¿Y si pasan frío?, acá las calderas a veces es pleno invierno y todavía no están funcionando, porque no hay material para armarlas y para ponerlas a funcionar.

Entonces la enfermera sufre mucho. Porque es la que está cotidianamente, la que contiene al paciente, al familiar, a los propios compañeros.

Y encima la escuela de enfermería te dice que todo depende de vos, entonces estás condicionada por lo que te enseñan. Te enseñan a hacer cosas, todo, para lograr llegar a nuestros objetivos.

Y existe un desfase entre lo que te enseñan y la realidad, la realidad nada que ver. Venís acá y no tenés con qué, no tenés las cosas para trabajar. Encima viene gente a visitar y te dicen que feo que es el servicio, que mal están los pacientes; y nosotros estamos dando todo, no damos más. Entonces tampoco hay apoyo de afuera, si no es por las damas rosadas que a veces nos tiran un pañal.

También en este servicio existe la mala comunicación, porque eso se observa desde un principio estando con los pares médicos, los psicólogos; esa mala comunicación que hay llega a la enfermera, que recarga todo en una. Es porque hay una rivalidad entre el psicólogo y el médico, entonces todo eso lo absorbes vos. Uno dice una cosa, el otro otra.

La enfermera tiene que hacer de psicólogo, de todo. Contenedora. Y uno después va a la casa y siguen las demandas, y ¿cuando termina?.

Tendría que implementarse la contención psicológica para todos, nosotros pedimos pero no nos escuchan, nada.

¿Considera que el contexto socioeconómico impacta o influye en el trabajo?

Y si, porque la enfermera ya viene mal desde la casa. Hay enfermeras que vienen en bicicleta en pleno invierno, porque no tienen con qué venir. O algunas se juntan y vienen en un remis. Y después tienen que estar vigiladas porque las pueden golpear o sacar los bolsos, como ya pasó acá bajando de

un colectivo. O las violan. Vos llegas a mitad del mes y ya no tenés un peso, entonces decís, si trabajo o no trabajo, es lo mismo porque igual no llego. Eso también te influye. O tenés que dejar los chicos solos. Hay enfermeras que les han dicho o venís de noche o te sacan la beca, y tienen chicos chiquitos, cómo puede ser. Eso no te contemplan. Si tenés chicos menores, no los podés dejar solos, la mamá no puede dejar los chicos solos. A mí me llegaron a decir, bueno buscate otro trabajo. No, este es mi trabajo y los chicos tienen derecho a estar con su mamá de noche. Entonces hay que estar cuidando todo eso. Hay chicas que dicen bueno, los dejo y a la mañana no saben con qué se van a encontrar. Dejan los chiquitos solos. Eso es aberrante, no por buena enfermera vas a dejar los chicos solos. No, primero está la familia.

Y a esto sumale la falta de insumos que hay acá. No hay lavandina, jabón, papel higiénico. No hay barbijos. Una sola enfermera con barbijos y las demás no.

Enfermeras que vienen enfermas porque si faltas te descuentan. Andan con tos, catarro, gastritis. No contemplan nada. Si no haces la carpeta, no podés faltar. Pero si estas enferma cómo vas a venir. Una enfermera no puede enfermarse. Y si no te castigan, como me hicieron a mí. Falté 15 días por cólico renal y me pusieron de noche, por faltadora. Con certificado médico y todo.

¿Realiza alguna actividad para desconectarse del trabajo?

No, yo duermo; es la actividad que puedo. La actividad que tenemos es la rutina de la casa.

Duermo, y no me despierto. Miro la novela y a las 5 ya salgo a buscar a la nena al colegio. Y busco las cosas para la cena. Y son las 21:30hs y digo cuándo se termina el día, porque no termina nunca parece. Y al otro día a las 5 hay que levantarse.

Encima acá como tenemos 6 horas un franco solo tenemos, así que está semana tengo que esperar al sábado. Pero pasa tan rápido el franco que no lo disfrutas; porque siempre tenés que hacer algo, que lavar los pisos, la ropa, ordenar. Algo de la casa, otra cosa no. O por ahí me enchufo con la computadora, chatear, y eso me desconecta un poquito; es lo único que me distrae. Después nada más.

Y las vacaciones, este año por ejemplo me la dieron con la gripe, así que no había reuniones, nada. Quería viajar a Buenos Aires, tampoco. Así que con los

chicos en casa, mirando películas. Pero no nos da para hacer viajes largos, como tendría que ser. No te da el presupuesto, con los chicos que tenés que poner todo ahí, la escuela, las zapatillas, la ropa. Bueno, el tema es adaptarse uno a lo que puede para vivir mejor. Lo que noto yo es por ejemplo en mis compañeras es que gastan más de lo que saben que van a cobrar, entonces eso también produce estrés. Porque siempre están en deuda, en deuda. O piden un préstamo para saldar la deuda y se quedan con el préstamo. Y después viene de nuevo la deuda, entonces también, al no llegar con el sueldo. Ni hablar si se enferma uno de la familia, porque los medicamentos están re caros. Y la obra social, IOMA, es 160 pesos por mes y es mucho. Hay medicamentos que entran, otros que no.

Después la enfermera tiene que ocuparse de su casa, tenés que hacer las compras, la comida; eso no lo podés delegar. Dónde hacer las compras, comprar mas barato, las ofertas. Uno no termina acá, sigue en la casa.

Pero gracias a Dios uno tiene trabajo, porque con la desocupación que hay.

A veces me salen inyecciones, o tomar la presión y voy. Vendo cosméticos, ropa. De alguna manera hay que arreglarse.

Séptima entrevista:

¿Área en que se desempeña y cuál es su función?

El área es el Servicio de Hospital de día, que pertenece a Salud Mental; y yo trabajo con pacientes ambulatorios, que ya están dados de alta, la mayoría. O el pre-alta de internación.

¿Nos puede relatar un día de trabajo?

Acá tenemos distintas tareas. Hay actividades con las chicas de terapia ocupacional que son las que más trabajan con los pacientes, porque en esta área hay una sola enfermera y después dos terapistas y una médica. Y viene gente de afuera, por ejemplo, viene gente de INTA. Viene una ingeniera, un día a la semana, dándoles actividades en huerta y jardín. Como se ve, tienen una huerta pequeña en donde están trabajando, antes la teníamos en el terreno detrás del hospital.

En este momento hay pocos pacientes porque se han ido dando de alta, derivándose a otros centros más especializados con la patología del paciente. Y ahora van a volver a ingresar pacientes.

Las terapistas tienen talleres de manualidades de distintos tipos, taller de tejido, de telar, de costura, de cocina. En la cocina se trabaja con los productos de la huerta. Se les enseña a los pacientes a manejar un emprendimiento para el afuera, entonces, a veces salen a vender para que vayan manejando el dinero. Tienen un taller con el Licenciado Torres en el área deportiva, expresión corporal. Taller de lectura. Todo con pocos medios, se hace mucho con las donaciones.

Hay pacientes que les gusta trabajar en pintura, otros en carpintería, y para poder seguirlo vos tenés que darle material; porque la mayoría no tiene medios, la familia no aporta.

Así todos los días hay un taller de una cosa, de otra.

El ingreso del paciente es 8:30hs, acá desayunan, almuerzan y se van 14:30hs con la medicación tomada. La de la mañana, la que le corresponde al mediodía y llevan lo de la noche.

Ellos vienen y toman su medicación. Eso es una forma de controlar el afuera, porque a veces no quieren seguir con el tratamiento y abandonan la medicación.

Mi horario de trabajo es de 8hs a 15hs, de lunes a viernes. Porque este servicio, sábados y domingos y días feriados, precisamente porque es ambulatorio no abre.

¿Cómo cree que impacta el trabajo en su salud?

No te lo puedo definir, para mí esto también es como una terapia. Yo tengo muchos años en esto, llevo ya 33 años en salud mental. Y que estoy en este servicio 9 años. Así que no te diría que me impacta, yo esto lo tomo como una casa,

Acá a veces haces de mama, me toca estar muchas horas con ellos. Algunos me toman como la gallina con sus pollitos, algunos me dicen abuela. O sea, no sé si será que hace tantos años que soy y yo le tengo mucho cariño a esto que hago. He hecho todos los trabajos en enfermería, todos, porque supe trabajar en un quirófano, he trabajado en clínica médica, he trabajado en consultorios internos. Pero esto es mi segunda casa. Si bien yo ya estoy para retirarme esto me hace bien, estoy ocupada.

¿Cómo influye el contexto socioeconómico en el trabajo?

En este momento que está muy difícil, acá trabajamos con donaciones porque se nos fue de las manos.

Hay algunos pacientes que no tienen para viajar, hay algunos que no empezaron su tratamiento porque no tienen como llegar.

¿Lleva alguna actividad para desconectarse del trabajo?

Sí, a mí me gusta hacer buzos, informática, iba a la facultad para hacer cursos con salida laboral, un taller de trabajo en cuero, de tejidos. Yo salgo del hospital y trato de hacer alguna otra cosita. Hacer alguna otra actividad, estar ocupada; porque yo vivo sola entonces siempre trato de ocupar mi tiempo, de no estar mucho en mí casa encerrada.

Y son cosas que me gustan, trabajar en otro lado no. Antes tenía dos trabajos, ahora ya no tengo edad de tener dos trabajos.

Yo trato de ocupar mi mente.

Octava entrevista:

Área en que se desempeña y cuál es su función.

Soy jefe del servicio de enfermería de Salud Mental y la función es mantener todos los elementos al personal, que no le falten para la buena realización de las tareas, formar planillas para que el servicio este completo con su personal existente día a día y tratar de resolver los problemas que puedan acontecer.

¿Nos puede relatar un día de trabajo?

Mí día comienza a las 6 de la mañana, ingresamos al turno de 6 a 12 hs, tomamos la guardia que nos entrega el turno anterior. Una vez que nos entregan la guardia, empezamos a ver las tareas que tenemos durante el día.

Una de las enfermeras se dedica a recoger todos los datos con respecto a las hojas de los laboratorios, verificar por historia clínica la medicación que corresponde. Una vez listo eso, se extrae sangre; viene la señora de la alimentación, nosotros le vamos diciendo que paciente come quien no, quienes van a estudio, y demás.

Una vez que verificamos que se le administre la alimentación acorde al plan terapéutico, aprovechamos en ese momento, aproximadamente las 8hs, le damos la medicación de esa hora. Más o menos entre las 9- 9:30hs, dos enfermeras se disponen a tomar los signos vitales, la higiene del paciente. Lunes, miércoles y viernes se hacen los cambios generales, de la ropa de cama, y durante martes y jueves se hace una mantención general de la higiene y de los pacientes.

Yo me encargo de hacer el pedido de farmacia, entre las 10 y 11hs tenemos aproximadamente 30 minutos de descanso donde el personal se turna para tomar algo, y después a las 11hs vienen alguna personas a consultorio externo, para aplicarse inyecciones, que para no tenerlos internados vienen por la medicación que necesitan por la semana o por el mes.

Una vez que ya están controlados e higienizados los pacientes, y se han hecho los estudios, a las 11hs empezamos a preparar la medicación de las 12hs.

Verificamos los últimos ajustes de la medicación, controlo el pedido de farmacia y tratamos de que la medicación no le falte a los otros turnos. A las 12hs entregamos la guardia a las otras enfermeras.

Ahí ya llegan los familiares de los pacientes, se los recibe y se va preparando la medicación de las 15hs.

Y bueno, ellas verifican que todo esté en orden. Desde la medicación, la higiene, etc.

Entre las 16 y 17hs, las enfermeras medican a algunos de los pacientes que los necesitan, y van controlando las planillas. Y 18hs entregan la guardia. Y así sucesivamente. Seguir controlando a los pacientes, su bienestar.

Vienen los médicos, y pueden ir haciendo algunas modificaciones con respecto a las indicaciones para los pacientes.

Y el turno de 24 a 0:6hs tiene que mantener la higiene de los pacientes y controlar el sueño de los pacientes, parte fundamental de la terapia de los pacientes. Controlando eso fundamentalmente. Y que no falten las hojas de la evolución de los pacientes.

¿Cómo cree que impacta el trabajo en su salud?

Y si, impacta. Porque nosotros estamos entrenados para el cuidado de los pacientes, y a veces no están dadas las condiciones para eso. Como ser acá, la parte edilicia, tenemos pocas camas, poca capacidad, hay superpoblación. Y no tenemos enfermeros, sólo tres por turno. Tanto para hombres y mujeres.

Hay que tomarlo con serenidad el día, mucha paciencia y tranquilidad. Si te dejás llevar por la desesperación de los pacientes no se puede. Vos tenés que mantenerlos coherentes a ellos.

Por eso buscamos otra cosa, un pasatiempo afuera. Acá no hay psicólogos o terapistas para nosotros, que sería fundamental. Poder pasear o algo, la jardinería. O lo que le guste a cada uno.

Lo que te cansa o satura es el entorno, la familia de los pacientes también, son muy exigentes con nosotros. Al entorno me refiero a las autoridades de acá, viste, a veces pretenden algo y choca con nosotros; no podemos realizar lo que pretenden. Por falta de tiempo o materiales.

La salud nuestra está afectada por los familiares de los pacientes y por la institución en sí, hay mucho maltrato psicológico de las autoridades, se vuelven muy exigentes. Ojalá cambie, que no sigamos con ideas de hace 50 años atrás, en el sentido de lo que pretenden de nosotros, con ideas viejas. Pero lo sobrellevamos, seguir. No queda otra.

¿Cómo considera que impacta el contexto socioeconómico?

Mal, nosotros pretendemos tener un sueldo un poco más de lo que cobramos. La señora de la limpieza cobra casi igual que nosotros. Eso es injusto, porque

nosotros estudiamos, y nos van pasando de un área a otra. Te va desgastando en tu psiquis, sentís que sos una inútil, porque te van pasando de sectores.

Nadie te pregunta si querés trabajar en tal servicio o no. O lo mismo con los turnos, por necesidad de servicio te dicen que te necesitan y listo. Tenés que cumplir. Y te hace mal, porque por ahí te ponen de noche y tu turno es de mañana.

Hace unos años propusimos que haya atención psicológica para nosotros, lo hemos hablado entre nosotras y todo. Pero siempre te dicen que no se puede.

Yo trabajé en otro lado y propusimos que hagan un servicio, por ejemplo, para la gente que va a cirugía. Es muy útil, el paciente está con mejor ánimo, con más voluntad. Para la familia también. Tiene que ver mucho para la recuperación del paciente. Es muy bueno.

¿Realiza alguna actividad para desconectarse del trabajo?

Salgo a caminar, charlo con las vecinas y miro la novela. Otra cosa no hago porque no me dan los tiempos ni la plata.