

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES.

TRABAJO FINAL INTEGRADOR:

“Rol del Psicólogo y Psiquiatra en el Servicio de Admisión. Síndrome del Burnout”

Autor: María Cristina Klotzpach.

## 1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo final integrador se basa en la pasantía realizada en un Hospital en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Sus objetivos principales son describir el rol y función del psicólogo y del psiquiatra en el ámbito hospitalario del Hospital elegido.

El interés por realizar este trabajo surgió de la experiencia en el Servicio de Admisión de dicho Hospital al ser movilizador el contacto con las personas que padecen trastorno esquizofrénico o psicótico. Así fue como el interés se focalizó en el actuar de los profesionales de la salud pública, el manejo de los distintos dispositivos médicos y el desempeño laboral en un contexto complejo como el que implica el trabajo con este tipo de pacientes en una institución como la considerada.

Trabajar en el servicio de Admisión con pacientes que padecen trastornos mentales, patologías duales, depresiones maníacas y suicidas requiere de preparación emocional y psíquica de parte de los profesionales, psicólogos y psiquiatras. Resulta imprescindible contar con recursos y estrategias para evitar que la historia personal del paciente afecte la subjetividad de los profesionales debido a las diversas situaciones estresantes. Bulacio (2011) menciona que el estrés puede ser causado por el ámbito organizacional o extra-organizacional dependiendo de diferentes factores que puedan afectar la salud de los profesionales. Cuando las estrategias y recursos son insuficientes para superar la crisis y los efectos del estrés se mantienen en el tiempo, el cuadro resultante se conoce como síndrome de Burnout.

El estrés se investigó por ser causa de infarto de miocardio, muerte súbita, en pacientes profesionales que antes del infarto sufrieron síntomas de cansancio y agotamiento físico. Estudios realizados sobre el estrés laboral demostraron que los trabajadores sanitarios están más expuestos a sufrir pérdida de energía, aumento de irritabilidad, desmoralización, cansancio o agotamiento físico como consecuencia de problemas en el trabajo y hogar (Pérez Jáuregui, 2000). Giménez Arrausi (2000), menciona los estudios realizados por Matheus (1988) y Dorian y Taylor, (1984) acerca de

que las personas con insatisfacción laboral, ante mayor exigencia y responsabilidad, están más expuestas al riesgo coronario.

## **2 OBJETIVOS**

### ***2.1 Objetivo general***

Describir el rol del psicólogo en interacción con el rol del psiquiatra en la atención de pacientes del Servicio de Admisión del Hospital elegido y evaluar la presencia de burnout en los profesionales.

### ***2.2 Objetivos específicos***

Describir el rol del psicólogo en el servicio de Admisión del Hospital al que se concurrió.

Describir el rol del psiquiatra en el servicio de Admisión del Hospital elegido.

Evaluar si los profesionales que trabajan en el servicio de Admisión del Hospital del estudio padecen el síndrome de burnout.

## **3 MARCO TEÓRICO**

### ***3.1 Salud mental en la Argentina***

#### ***3.1.1 Antecedentes***

La Psicología en Argentina ocupa actualmente un lugar muy importante. Los orígenes de la carrera de Psicología estuvieron atravesados por las cambiantes situaciones políticas, y la conceptualización de la psicología cambió según los regímenes de la democracia restringida o la democracia ampliada hasta llegar -mediante múltiples debates académicos internos, coexistentes con influencias científicas europeas- a reconocerse en 1985 mediante la Ley 23.277 el Ejercicio Profesional del psicólogo con sus funciones e incumbencias (Rossi, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) demanda de los profesionales de la salud mental evaluar, diagnosticar y brindar tratamiento al paciente que ingresa al

Servicio de Admisión. Aliviar síntomas, tratar la enfermedad, prevenir recaídas e indicar psicofármacos cuando la psicoterapia sea insuficiente. A los principios de la OMS se adhiere la Ley de Salud Mental 26.657 (2010) sancionada por el Congreso de la Nación de la República Argentina, dirigida tanto a los Hospitales monovalentes como a los Hospitales Generales para que promuevan y desarrollen planes concretos y eficaces con el apoyo de los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Además, esta ley convoca a participar a usuarios de los servicios de salud mental, a las familias y al sector comunitario. También invita a las Provincias y municipios a adherirse para que apoyen la descentralización de los Hospitales psiquiátricos.

Siguiendo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se debe brindar a los pacientes parcialmente recuperados, asistencia integral por un equipo especializado, enfermeros, psicólogos clínicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y voluntarios, y por otro lado los equipos multidisciplinarios deben encargarse de enfermedades orgánicas y patológicas más complejas.

La ley de Salud Mental 26.657 (2010) propone terminar con las internaciones prolongadas de los pacientes. Para ello promueve la externación en el menor plazo posible. El equipo profesional debe ajustarse a las normativas de esta ley y tratar interdisciplinariamente la problemática del paciente a fin de programar su alta cuanto antes. Según Cohen y Nathella (2007) el paciente internado por largos períodos pierde su comunicación con la familia y la conexión con el mundo exterior.

### *3.1.2 Definición de Salud Mental*

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) la definición de Salud Mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental.

Para Cohen y Natella (2007) la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales sino que la definen como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, que puede afrontar las tensiones normales de la

vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Como parte de una tendencia mundial, todas las leyes convergen hacia la protección y al cumplimiento de los derechos humanos en beneficio de los pacientes con problemas psíquicos. Por un lado, apuntan a llevar la nueva práctica hacia la desmanicomialización, y por otro adherir a los hospitales generales para que presten sus servicios en el área salud mental y mediante esta estrategia descentralizar la atención exclusiva de los hospitales psiquiátricos.

Las disposiciones de la Ley 26.657 de Salud Mental (2010) comprometen a todos los profesionales de la Salud, no sólo a los profesionales de Salud Mental, a que se capaciten asistiendo a charlas, ateneos, congresos, cursos, etc. El fin es preparar intensivamente a los trabajadores para que puedan afrontar la ardua y compleja tarea que representa lograr que el enfermo pueda reinsertarse en la sociedad.

Según la Ley de Salud Mental 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000) el Estado debe garantizar los derechos de todas las personas que habiten en la ciudad de Buenos Aires, derecho al trabajo, bienestar, vivienda, seguridad social, educación, cultura, capacitación y a un ambiente saludable. Promueve la salud mental como parte integral del sujeto, reconoce a la persona como un ser bio-psico-socio-cultural teniendo en cuenta la salud como un todo para que la persona alcance su mayor potencial a través de la mejoría en el desarrollo físico, intelectual y afectivo mediante enfoques que se vinculan a la promoción y prevención de enfermedades mentales en la asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria. También promueve la articulación intersectorial más la articulación con otras instituciones y organizaciones no gubernamentales. Para la intervención promueve las diversas concepciones teóricas en la atención del paciente. La función del Estado será de garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria.

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental define a la Salud Mental como un proceso determinado por los componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento debe apuntar a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Si bien las leyes están dirigidas a hacer cumplir los derechos de las personas con padecimiento mental esto sólo será posible mediante las incumbencias de los profesionales psicólogos y psiquiatras más el trabajo intersectorial y los dispositivos para llevar a cabo una atención eficaz mediante la psicología y la psiquiatría.

### *3.1.3 Historia de la Psicología en Argentina*

La psicología actual en Argentina se fue perfilando sobre la base de diferentes profesiones, como dice Vezzetti (citado en Alonso y Nicenboim (1997) se inició como una “psicología sin psicólogos”, una disciplina que se desarrolló en el seno de otras disciplinas y prácticas profesionales. Alonso (1999) sostiene que la trama histórica de la psicología académica en Argentina, cursó períodos, intereses e ideologías diferentes. Bleger (1967) coincide en que la diversidad de métodos y técnicas como diferentes corrientes teóricas e ideologías coexisten en un caos. Estas marcan un ambiente difuso, sin orden, sin nexos, sin comunicación. Lo correcto sería unir las diferentes escuelas, métodos y campos de la psicología con el fin de llegar a una única dialéctica excluyendo el eclecticismo.

Bajo las distintas conceptualizaciones y las nuevas perspectivas teóricas de las diferentes épocas van surgiendo diversas carreras en temas de salud. Una de las carreras que va a marcar el camino de la Psicología es la carrera de Consejeros en Orientación Profesional, creada en 1925. Los egresados de dicha carrera realizaban los exámenes psíquicos de los sujetos estudiando las aptitudes físicas y psicológicas por medio de la psicotecnia, instrumento utilizado para determinar el perfil de las personas que buscaban trabajo o un cargo profesional. La psicotecnia fue definida como una rama de la Psicología. Con la creación del Instituto de Psicotecnia y Orientación Profesional se instala la Sección de Psicometría (Rossi, Falcone e Ibarra, 2014). Otro hito importante para el futuro de la psicología se produjo en 1929, cuando comienza a funcionar en el

Consejo Nacional de Educación, el Instituto de Psicología Experimental que interviene en el campo educativo. La psicopedagogía se usa como disciplina correctiva para conocer la psicología normal o patológica de los alumnos desde la medicina a partir de un diagnóstico. En 1934, se crea la Escuela de Visitadoras Sociales de Higiene Mental al mando del Dr. Bosch. La función era asistir a enfermos, familias e internados convalecientes (Rossi, Falcone e Ibarra, 2014).

Además, la Universidad de Cuyo con sede en San Luis, comenzó a dictar estudios de posgrado universitario y a otorgar títulos de Especialista en Psicología con enfoque humanista (Ardila, 1979).

Falcone (1997) menciona que el ejercicio de la psicoterapia y el psicoanálisis, es tratado por primera vez en un apartado distinto dentro de las normas de la medicina en los extractos de la Resolución 2282 de la ley 19.212 en el período de la predemocracia, y menciona que los títulos extendidos por las Sociedades psicológicas o psicoanalíticas o instituciones científicas particulares solo tenían validez honorífica y no eran habilitantes para el ejercicio en dichas especialidades. También aclara que sólo pueden actuar como colaboradores de los psiquiatras administrando test psicológicos y colaborando en tareas de investigación bajo indicación, supervisión y control de los médicos. No les incumbe la práctica del psicoanálisis, ni la psicoterapia ni la prescripción de medicamentos.

Para Klapenbach (2000) el término -incumbencias- refiere a la competencia, obligación de hacer algo, derivado del término incumbir, competir a uno algo o estar a su cargo alguna cosa. Incumbencia para él: demarca, establece los límites de la formación universitaria en el conocimiento y el dominio del graduado; y expresa la hipótesis de que el punto de discusión eran los estudios de los psicólogos, no de la psicología. Pese al transcurso de los años, el ejercicio de la psicología y las incumbencias del psicólogo aún no logran su independencia.

Un hecho importante que designaría al Psicólogo como profesional autónomo fue la celebración del primer Congreso de Psicología en Argentina en 1954, donde quedaron asentadas las bases para la creación de la carrera universitaria de Psicólogos. Cabe señalar que en sus comienzos la disciplina Psicológica era un Departamento perteneciente

a la Facultad de Filosofía y Letras. Durante el proceso la carrera pasó a depender directamente del rectorado de la Universidad de Buenos Aires (UBA). En época de transición democrática Hugo Vezzetti fue el interventor y decano normalizador de la facultad de Psicología en los años 1984 y 1986 (Secretaría de Investigación, 2014).

Según Rossi et al. (2005), los psicólogos argentinos y extranjeros (aún no reconocidos y legitimados) presentes en el Congreso de Tucumán tomaron las palabras del expositor Plácido Horas para manifestar la necesidad de profesionalizar a nivel universitario la formación de la carrera con el otorgamiento del título habilitante.

No fue fácil que la psicología alcanzara su autonomía. En 1985 suceden tres hechos importantes para su trascendencia, se promulgó la ley 23. 277 del Ejercicio Profesional de la Psicología que reconoce y habilita la práctica psicológica conocida como “Ley del Psicólogo”, se elevó a rango de Facultad la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y se aprueban las incumbencias del título de Licenciado en Psicología. Sin embargo, la lucha por su reglamentación continuó y se trataba de alcanzar la colegialización de los Psicólogos (Falcone, como se cita en Rossi et al. 2005).

Alonso (1999) destaca que, con la promulgación de la ley del ejercicio profesional, el psicólogo deja de ser un profesional clandestino. Y que los docentes universitarios de psicología eran educadores, filósofos y médicos psicoanalistas que formaban a los psicólogos bajo el modelo médico psicoanalítico. Aunque solo podían desempeñarse como colaboradores de los médicos. Sin embargo, los psicólogos al independizarse hicieron grandes aportes desde el psicoanálisis. Situación que cambia con los aportes de las nuevas corrientes psicológicas. A partir de las nuevas aperturas laborales en instituciones públicas y privadas, el psicoanalista y el psicólogo clínico dejan de tener un papel protagónico debido a la difusión de nuevas y diferentes corrientes psicológicas.

Los antecedentes históricos dan cuenta que las diversas carreras habilitadas para la asistencia psicológica contribuyeron a que los hospitales generales participen en el tratamiento de la salud mental dentro de un amplio marco (Rossi, 2005).

#### *3.1.4 Historia del Hospital al que se concurrió.*

En Argentina, el hospital psiquiátrico es un Hospital monovalente especializado en salud mental ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El periodista Lipcovich (2012) entrevistó a Cohen, asesor en salud mental para Sudamérica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quien expresó que los programas comunitarios en salud mental no pueden desarrollarse en instituciones monovalentes de internación (en un hospital psiquiátrico). Además, manifestó que se deben seguir las recomendaciones de la OPS sobre la descentralización de las instituciones monovalentes y señaló que deben dejar de existir.

Las nuevas disposiciones para el abordaje de la Salud mental en los hospitales psiquiátricos como el Tobar García, Braulio Moyano están sufriendo una transformación como los primeros hospitales para alienados, salvando las diferencias de la época. Falcone, (1997) da cuenta que la transformación de los primeros hospitales en Argentina se basó en la metodología del Dr. Philippe Pinel y Jean E. Dominique Esquirol. Éstos aplicaron en los hospitales de Francia, por ejemplo el Bicetre y Salpêtrie un nuevo modo de intervención en el tratamiento del enfermo mental al cambiar el trato inhumano que se daba a los alienados. De igual modo ocurrió en Alemania y Suiza. Además, de considerar la dignidad del enfermo, la reforma consistió en derribar los muros y rejas, dejar las puertas abiertas durante el día y otorgar permiso de salida a los enfermos. Método conocido como “Open Door” (puertas abiertas).

Los hospitales existentes en Argentina eran el hospital Borda y, anexo a éste el asilo llamado, El Loquero, a cargo de los Jesuitas. Cuando fueron expulsados lo sucedieron los padres Betlehemitas que estaban a cargo del Hospital asistiendo a enfermos agudos. En 1863 se inaugura el asilo para orates “San Buenaventura” en homenaje al doctor Ventura Bosch. Más tarde en 1887, bajo la advocación de la Virgen, patrona de presos y asilados, se crea el Hospital psiquiátrico (Fudin, 2011). El comienzo de la reforma hospitalaria en Argentina tuvo como ejemplo a los países europeos.

La ciencia progresa en sus estudios a beneficio de los pacientes y en 1897 se crea el Laboratorio de Anatomía Patológica a cargo del doctor Cristofredo Jakob y en 1900

comienza la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica con los docentes Jones y Brandan. Los Consultorios externos de Psiquiatría y Neurología se crearon en 1931 a instancias de la Liga Argentina de Higiene Mental. En 1949 cambia el nombre de Hospicio por el de Hospital y en 1967 por el de Hospital. En 1996 por Hospital monovalente y hoy es llamado Hospital X (Falcone 1997). Actualmente presta sus servicios a través de los equipos de salud mental.

### *3.1.5 Servicio de Admisión de un Hospital monovalente*

El servicio de Admisión de un hospital como el Hospital X cuenta con un equipo ...: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y auxiliares. Éste dispositivo de trabajo en equipo permite que la cantidad de internaciones o estadías de las personas en la Institución disminuya drásticamente, aumentando las altas de externación (Asesoría General Tutelar, 2014).

La admisión comienza con una entrevista a cargo del psicólogo y/o psiquiatra. La persona que concurre por primera vez a los consultorios asiste a una entrevista para un diagnóstico presuntivo y una estrategia terapéutica (Asesoría General Tutelar, 2014). En el caso de estos hospitales, muchos pacientes reingresan al Servicio de Admisión. Se evalúa nuevamente al paciente y se establece un plan de tratamiento hasta su mejoría. Durante este período si es necesario queda internado en el Servicio. Siempre es derivado de la guardia y permanece unos días en la sala de Admisión hasta su compensación o alivio de su sufrimiento psíquico. Una vez programada el alta, tanto el paciente como su familia, se comprometen al cumplimiento de las prescripciones. O bien, es derivado a otro servicio del hospital en caso que necesite un tratamiento más prolongado con asistencia de los equipos profesionales (Asesoría General Tutelar, 2014). Esto, según Mastandrea, L; Saldaña, L; Rigone de Montes, M. y Farias, A. (2009), es posible por la red comunicacional entre los distintos profesionales del servicio. Ante cualquier duda o inconveniente de los profesionales de un equipo, piden ayuda a cualquiera de los otros cuatro equipos para brindar al paciente el tratamiento más adecuado.

Los hospitales generales también están regulados por la ley 26.657 (2010) en la atención de urgencias y admisión para las internaciones en salud mental. Existen dos

modalidades de internación, tanto para los hospitales monovalentes como para los hospitales generales: por un lado, el ingreso obligatorio, que se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el diagnóstico del profesional y que el tratamiento médico y psicosocial sea de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos. Y, por otra parte, el ingreso voluntario, en este caso también se evalúa y diagnóstica para indicar un tratamiento más apropiado.

En ciertas ocasiones surge la necesidad de aislar al enfermo, modalidad que sólo se aplicará excepcionalmente para proteger la salud e integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia del personal calificado debido a que los profesionales que trabajan en el servicio médico psiquiátrico y terapéutico tienen la función de atender, proteger y dar seguridad a los usuarios (OMS, 2001).

### *3.1.6 Particularidades del Servicio de Admisión del Hospital.*

El servicio de admisión está integrado por 6 médicos psiquiatras (1 Jefe de Planta del Servicio y cinco psiquiatras de Planta), seis psicólogos clínicos, 2 residentes médicos y 1 trabajador social. Además cuenta con 9 médicos y 6 psicólogos ad honorem, concurrentes. Se agregan al equipo, residentes que pertenecen a otras Instituciones Asistenciales y realizan rotaciones, en el servicio de Admisión.

El tipo de atención es de urgencia, los pacientes ingresan por guardia y pasan al servicio de Admisión bajo la modalidad de internación hasta su alta, o se deriva a otro servicio, según el cuadro o patología. Además, se cuenta con la atención ambulatoria para los pacientes externados desde el servicio de Admisión.

El psicólogo interviene desde su experiencia, caso por caso. Desde el modelo médico aceptado por la comunidad científica internacional se interviene desde la medicina basada en la evidencia y el uso racional de psicofármacos (Donnoli, 2009).

Las entrevistas a los pacientes se realizan en el consultorio que le corresponde a cada equipo. El trabajo se distribuye entre los cinco equipos. Los pacientes que ingresan los lunes son asignados al equipo 1, los pacientes del día martes al equipo dos y, así sucesivamente. La evaluación del enfermo es de gran importancia, se trata de aprovechar todos los datos que aporte para guiar el interrogatorio. La entrevista comienza con los antecedentes del paciente, enfermedad de algún familiar, grado de instrucción del paciente y entretenimientos y luego se busca saber cuándo comenzó la enfermedad, cómo fue evolucionando, si recibió tratamientos anteriores, si está medicado, etc. Se observa la prolijidad del paciente, la conducta, comunicación, el aspecto psíquico, si presenta excitación psicomotriz, si es tranquilo o indiferente. Hay preguntas fundamentales que guían el diagnóstico como las autopsíquicas que permiten saber si el paciente se reconoce a sí mismo, si sabe cómo se llama, si está casado, si tiene hijos y; las alopsíquicas para saber si está orientado en el tiempo y espacio, si sabe dónde está, qué fecha es, el año; la conciencia de situación, si sabe por qué está en el hospital y si se da cuenta de su enfermedad (Betta, 1981).

Finalizada la entrevista se discute sobre el caso mientras se completa la parte administrativa, se registra la medicación y la dosis. Se explica al paciente cómo será el tratamiento, y en aquellos casos en que el grado de conciencia lo hace posible se conversa acerca de cómo espera que el profesional lo ayude. También se pide colaboración, así la evolución es más rápida y favorable. La guía de consulta para ciertos diagnósticos es el manual CIE 10, aunque, el modelo teórico del Hospital sigue su raíz psicoanalítica como en sus inicios. El abordaje es según el cuadro y particularidades de la persona. Las entrevistas tienen una duración de acuerdo a cada caso y necesidades del profesional para una mejor intervención futura. Si el paciente no está ansioso y quiere hablar permanece en el consultorio el tiempo necesario para un mejor diagnóstico, mientras se toma nota para completar la historia clínica. Se lo escucha y ante la demanda se trata de explicar todo lo que quiera saber.

Se entrevista a la familia, se le informa sobre el estado del paciente al momento de ingresar y la modalidad de intervención. Según Cohen y Natella el profesional al

responder las preguntas de los familiares, sus dudas y temores se disiparán y ayudará a que tomen una nueva actitud frente a la enfermedad. Los profesionales deben ser muy claros, instruir y educar a las familias en cuestiones relacionadas con el trastorno que padece el paciente y acerca de la administración de psicofármacos cuando el paciente recibe el alta provisoria o definitiva.

### *3.1.7 Reglamentación de internación para la admisión del paciente*

Según la ley Nacional 26.657 de Salud Mental la internación será un recurso terapéutico de carácter restrictivo y solo se hará cuando las intervenciones ambulatorias hayan fracasado o corra riesgo la persona del enfermo o la de terceros.

La OMS (2001); Cohen y Nattela, (2007) y la Ley 448 (2000) sostienen que el tiempo de internación debe ser lo más breve posible de acuerdo a la evaluación realizada por el equipo. Los profesionales deberán otorgar el alta una vez que el paciente esté en condiciones de ser externado o en lo posible derivado a otra Institución. El profesional debe recurrir a los organismos públicos competentes para atender casos de pacientes carenciados o en situación de calle para evitar una estadía que va contra las normas establecidas.

Los hospitales generales también están sujetos a la nueva Ley 26.657, respecto a la internación de pacientes con padecimiento mental. Algunos hospitales realizan internaciones en sala de otras especialidades no pertenecientes al área de Salud Mental. Se aclara que el Ramos Mejía lo hace en casos muy especiales cuando el Hospital no tiene vacante. Los Hospitales monovalentes en ningún caso efectúan internaciones en sala y sin excepción se solicita una derivación a un Hospital general para su admisión. En estos casos los pacientes que están al aguardo para la internación quedan en la guardia hasta su derivación (Asesoría Tutelar General, 2014).

Las internaciones involuntarias deben cumplir con todas las garantías del proceso judicial de acuerdo a la ley 26.657, respetando los estándares internacionales de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental. Esto se interpreta en el sentido de que, si no se respetan los protocolos establecidos para decidir sobre la internación de un paciente se lo estaría privando de su libertad (Ley 26.657,

2010; OMS, 2001; Asesoría Tutelar General, 2014). Ante dicha situación se debe informar al Poder Judicial enviando un formulario con los datos y diagnóstico del paciente vía fax, esto último en el caso del Hospital elegido. Esta rutina es aplicada para dar a conocer al Juez competente, dentro de las 48 horas, sobre las internaciones involuntarias, en cumplimiento de la Ley 26.657 (2010).

Si la condición del paciente lo permite tiene permiso de salida acompañado de un familiar o amigo. En períodos que requieren de mayor cuidado no se le permite salir hasta su mejoría. La norma del hospital según la ley 448 (2000) tiende a la externación de los pacientes y para ello los profesionales tratan de que sus intervenciones se puedan abordar de manera rápida y eficaz.

### ***3.2 Roles profesionales y funciones. Psicólogos y psiquiatras***

#### ***3.2.1 Funciones del Psicólogo en su campo de acción***

Según Richino (1985) el profesional es una persona que cursó estudios universitarios o terciarios y obtuvo un título habilitante que le permite pasar de la potencia al acto. Posibilita el desarrollo de su profesión en la carrera elegida, contando con la formación teórica y las herramientas necesarias para el a...je de su práctica. Esta práctica es la que lleva al profesional Psicólogo y Médico Psiquiatra al cumplimiento de su rol en la interacción con sujetos y que a su vez cumplen otros roles. Tomando a Riccino (1985), el psicólogo solo puede cumplir su rol si posee un título que lo habilite para la práctica profesional. En el Servicio de Admisión del Hospital, el psicólogo realiza diversas funciones regida por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental como evaluar y dar un diagnóstico que justifique la internación del paciente y lo habilita para dar curso al tratamiento en el servicio. Para eso se requiere la firma de dos profesionales a cargo, de las cuales una puede ser del psicólogo y/o psiquiatra. Cabe destacar que en el desempeño de su rol, el profesional debe posicionarse frente a la ética de respeto en la relación paciente-profesional basada en todo aquello que implique la consideración por el otro (Mucci y Benaim, 2009).

. Hirsch (2012) considera que es importante incorporar elementos de otras teorías, la formación de postgrado y la supervisión como instancia de aprendizaje y enriquecimiento profesional para que el terapeuta pueda alcanzar el máximo grado de competencia y habilidad clínica.

Klappenbach (2000) menciona que las funciones e incumbencias que el psicólogo desarrolla dentro del ámbito hospitalario son evaluación psicológica de los pacientes desde su ingreso y hasta su egreso mediante entrevistas, instrumentos de evaluación por medio de test, encuestas, observaciones e implementación de técnicas específicas para cada tratamiento. Dichas entrevistas pueden ser individuales, atendido por el psicólogo o grupales según sea el caso y la instancia del tratamiento en que se encuentre el paciente. Además, el psicólogo participa de manera activa de ateneos y reuniones de equipo, evaluación de informes y evolución de las historias clínicas.

La práctica del psicólogo, según Hirsch (2012), se define dentro del ámbito institucional donde el profesional cumple su rol. Ya que el tipo de terapia, la duración de los tratamientos, la accesibilidad y la motivación del paciente a la terapia entre otros factores se determinan por el encuadre institucional de atención.

Los psicólogos cumplen en el servicio de admisión del Hospital ... funciones administrativas vinculadas al tratamiento. Se ocupan de establecer el diálogo con profesionales de otros servicios para la derivación de los pacientes (Ley 26.657 de Salud Mental, 2010), situación que no siempre es fácil para los profesionales del Servicio de Admisión. Si es aceptado en otro servicio se da el pase el mismo día o bien al día siguiente. Cuando el pase no se concreta provoca en el profesional preocupación y ansiedad porque lo mejor para el paciente es que permanezca el menor tiempo posible en Admisión y porque no se estaría cumpliendo con lo que plantea la ley. Tales situaciones demandan una respuesta rápida. La tensión según Pérez Jáuregui (2000), es un proceso que permite mantener al organismo en equilibrio entre lo interno y externo.

Cuando las personas ingresan de modo involuntario y sin documentos, la función del psicólogo es ubicar a la familia o persona responsable. Si se consigue un número

telefónico se llama y se cita en el hospital. A veces el estado del paciente impide que esta tarea se logre fácilmente y requiere de tiempo por parte del profesional.

Para terminar, otra función que puede cumplir el psicólogo es la de asesorar en cuanto a la administración de los medicamentos, al elevar una opinión acerca del grado de avance con la psicoterapia, o sobre las oportunidades de trabajo que presenta el paciente.

De acuerdo con Fudin (2011), el hospital público es un recurso valioso con el que cuenta la comunidad para tratar a los pacientes graves con padecimientos mentales, y la función del psicólogo es enfrentar estas situaciones con responsabilidad. Si el trabajo del terapeuta es exitoso, esto produce en el profesional satisfacción, esperanza y optimismo. Según Hirsch (2012) este es un ciclo positivo que provoca en el terapeuta aumento del nivel motivacional y permite abrirse a nuevos conocimientos, adquirir habilidades y autoconfianza. En cambio, en los períodos negativos el psicoterapeuta experimenta falta de motivación, aburrimiento, sensación de inutilidad y crecimiento limitado. Esta situación expresa una polaridad positivo-negativa que es experimentada por todos los terapeutas y sus manifestaciones sintomáticas deben ser identificadas para evitar un posible burnout.

### *3.2.2 Funciones del Psiquiatra*

Donnoli (2009) sostiene que en la práctica médica (psiquiátrica), diagnosticar se refiere, desde siempre, a la actividad de reconocer los signos de una enfermedad y tomar la decisión de cuál es ella. La metodología utilizada por el psiquiatra es la observación del conjunto de signos y síntomas mediante las entrevistas individuales.

La psiquiatría puede definirse como la rama de la medicina que se especializa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Para alcanzar ese objetivo adopta generalmente el modelo médico. El tratamiento implica con alta frecuencia la prescripción de psicofármacos que suele acompañarse con la indicación de psicoterapia. Según la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010), los psiquiatras prescriben psicofármacos solo en casos necesarios y nunca para suplir la terapia.

Menninger (1947) expresa que el psiquiatra juega un papel importante dentro de la ciencia médica pero también sobre el aspecto social de los sujetos, por lo que debe interesarse por la situación social de sus pacientes. Es necesario perfeccionar aún más el trabajo conjunto con los psicólogos y trabajadores sociales, sobre la psicoterapia. Una función esencial de la psiquiatría es la prevención de la enfermedad mental. La psiquiatría preventiva debe preocuparse por la causa y alivio de la enfermedad mental-neurosis, psicosis, trastornos del carácter. Se debe buscar la manera de reducir los síntomas de las enfermedades sociales, educar al público mediante información psiquiátrica e indagar sobre tratamientos más cortos y efectivos. La capacitación profesional es importante para la solución de problemas cada vez más complejos.

Según el proyecto de la Cooperación Técnica entre Honduras y Panamá (2008-2009), impulsado por la Organización Panamericana que fomenta el intercambio entre países de América sobre temas de salud mental, el médico Psiquiatra desempeña la función de brindar atención integral al paciente, las visitas diarias, evaluación, tratamiento y medicación a seguir en cada caso basándose en la observación minuciosa de la sintomatología desde el momento en que ingresa. Ordena la hospitalización y el egreso del paciente cuando es pertinente.

Picasso (2009) afirma que algunos pacientes mejoran a mediano plazo con tratamiento individual, familiar, ocupacional, de rehabilitación y trabajo social. Otras situaciones son muy complejas y requieren de tratamientos prolongados. Por ejemplo, los que padecen psicosis esquizofrénicas o las psicosis tóxicas con secuelas discapacitantes. Las consultas dependiendo de su tratamiento pueden ser a...das de forma individual o grupal según indicación del médico psiquiatra o de acuerdo entre el médico y el psicólogo.

### *3.2.3 Interdisciplinariedad*

La interdisciplinariedad es la labor conjunta de varias disciplinas que tienden a la resolución de un objetivo en común respetando los límites de competencia, saber y metodología de cada ciencia. Son grupos de expertos que se ocupan de una temática y elaboran planes de trabajo para cumplimentar cada uno su tarea específica. La

importancia que tiene la interdisciplinariedad para Elichiry (1987) es que surge de una construcción de la realidad que es estructurada y estructurante a la vez. Incluye el intercambio de conocimiento entre las distintas disciplinas y al mismo tiempo su transformación. Estos intercambios implican interacción y colaboración entre ellas, manteniendo su identidad, especificidad, función e individualidad.

Para Mastandrea et al. (2009) el trabajo en equipo es una dinámica interdisciplinaria que se realiza en común entre psicólogos y psiquiatras como reuniones en equipo donde cada profesional de la salud expone su perspectiva del caso a tratar explicando evaluación, tratamiento, seguimiento, atención a familiares y observaciones en general. En situaciones de crisis son frecuentes las consultas entre psicólogos y psiquiatras. En el contexto se encuentran los profesionales de otras disciplinas que complementan el tratamiento de los pacientes de acuerdo a cada caso en particular.

El grupo de profesionales comparte un espacio y un tiempo definido para establecer una adecuada interacción terapéutica y elaborar un plan de tratamiento integral teniendo en cuenta su contexto sociocultural, económico y familiar. Para Giménez Arrausi (2005), el factor tiempo es importante ya que en una institución conviven distintos tiempos: el de los pacientes, los familiares, los psicólogos, psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales, etc..

Tisera, Pauleau, Siquier y Lorenzetti (2005) investigaron a los equipos ...s del Hospital ... con el fin de presentar las tareas que se llevan a cabo para las prácticas resocializantes y comunitarias con prioridad a la reinserción social dentro del área de rehabilitación del hospital ....

Mastandrea et al. (2009) acuerdan con los principios de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley de Salud Mental 26.657 al considerar el trabajo de los profesionales como fundamental en la rehabilitación y resocialización del paciente. Interviniendo con tratamiento psicoterapéutico (basado en la teoría y práctica) utilizando distintas estrategias y dispositivos que permitan al enfermo capacitarse en la autonomía, reinserción laboral, social y familiar. Tarea que solo puede lograrse a través del discurso entre las diferentes disciplinas.

Si bien el trabajo en equipo ayuda a disminuir la carga laboral no implica que los profesionales no entren en una conflictiva de insatisfacción con su rol o desempeño. Según Maslach y Jackson citado en Pérez Jauregui, (2005) señala que el tedio o aburrimiento y burnout son términos equivalentes cuando se produce insatisfacción con el trabajo. Y a su vez señalan que altos niveles de estrés y burnout pueden convivir con satisfacción laboral.

### **3.3 Síndrome de Burnout**

#### *3.3.1 Definición de Burnout*

Zaldúa, Lodieu y Koloditzky (2000) toman la definición del Síndrome de Burnout según Maslach y Jackson (1982): "...es una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar". El burnout se conoce como estar quemado por el trabajo. Es un tipo de estrés que afecta a los profesionales de la salud que realizan tareas en contacto directo y por tiempo prolongado con personas, cuando el estrés es crónico se denomina burnout.

El burnout permite identificar y evaluar síntomas, diagnóstico y trastornos psicológicos como el estrés laboral, ansiedad, depresión, etc. (Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007).

El burnout se caracteriza por tres dimensiones.

1- Cansancio o agotamiento emocional: es la pérdida progresiva de energía, sentimiento de desgaste, agotamiento y fatiga.

2- Despersonalización: la persona es indiferente, tiene actitudes negativas e impersonales hacia los otros (pacientes, clientes, alumnos, etc).

3- Baja realización: es la falta de motivación por el trabajo, aparece sentimiento de frustración en su desempeño laboral, baja autoestima.

#### *3.3.2 Cómo afecta el burnout en los profesionales del servicio de Admisión*

El investigador H. Feudenberger que trabajaba en un laboratorio fue el primero en utilizar el término “Burnout” en la década del 70 en Estados Unidos. Dicho término se aplicaba a los trabajadores de un centro de rehabilitación y observó que los profesionales estaban desgastados por el trabajo y se los designó como personas quemadas o fundidas.

Los profesionales pueden reconocer o no la presencia de burnout, el riesgo es si se incrementa y mantiene en el tiempo, porque afectará la calidad de atención y eficiencia, y su consecuencia será maltrato a los usuarios y falta de atención como producto de una falta de respuesta al estrés.

Gil Monte y Peiro (1997) clasifica las consecuencias del estrés hacia el individuo y la organización. En las personas aparecen enfermedades psicosomáticas que se derivan del síndrome como también afectan las relaciones interpersonales. Las segundas interfieren en la tarea del profesional dentro de la organización, insatisfacción laboral, tendencia al abandono de la institución, ausentismo y disminución de calidad en la prestación del servicio.

Autores como Salanova y Cifre (1999) exponen que en el ámbito laboral el estrés se presenta como el desequilibrio que se percibe desde la demanda laboral y la capacidad de la persona de responder a esa demanda.

En los servicios hospitalarios como en cualquier otra actividad laboral, los profesionales o trabajadores están frecuentemente expuestos a factores de estrés laboral, cuando el estrés se hace crónico se convierte en Burnout. Las fases de construcción del Burnout son: la fase de cansancio o agotamiento emocional; la fase de despersonalización y la fase de baja realización personal. Zaldúa, Lodieu y Koloditzky (2000) destacan que la fase de despersonalización es el núcleo del burnout. La despersonalización se refiere al vínculo entre el profesional y el trato con los pacientes como deshumanizado, es decir una actitud fría hacia la persona, que se generan por problemas no resueltos en la fase uno -cansancio emocional- y que aparece cuando al intentar dar una solución a las situaciones adversas no se obtienen resultados positivos. La despersonalización que viene de la fase uno -cansancio emocional- provoca pérdida de motivación laboral y a su vez la pérdida de valor que éste tenía para la persona.

En el servicio de Admisión del hospital elegido es frecuente observar situaciones, como estados de excitación psicomotriz de algún paciente, que demanda una atención a modo de urgencia del equipo de salud que va a producir a su vez en dichos profesionales una situación a afrontar con gran aumento de la ansiedad. Aquí vemos una gran demanda repentina que requiere una respuesta inmediata y efectiva de parte de los profesionales de la salud quienes en más de una oportunidad se sentirán desbordados al momento de asumirla. Así como la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010) apunta hacia el cuidado integral de la persona de los profesionales sanitarios de la salud mental muchos autores como Holmes (1967), Lazarus y Folkman (1986), y Bulacio (2010) plantean que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento va a establecer grandes diferencias en cuanto a la adaptación de cada ser humano. Si la persona posee ciertas estrategias o recursos para afrontar las situaciones de estrés se podrá recuperar de dicha situación y disminuirá la probabilidad de trastornos psicofisiológicos. Lo que sucede con el burnout es que la exposición a situaciones de estrés es tan frecuente, duradera y de cierta intensidad que dichas estrategias o recursos pueden verse superadas.

Gil Monte y Peiró (1997) establecen cuatro categorías de estresores laborales: a) el ambiente físico de trabajo y el cargo del puesto como fuente de estrés laboral; b) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera; c) estresores relacionados con la nueva tecnología y d) fuentes extra organizacionales, trabajo-familia.

Labrador y Crespo (1993) hablan de algunas de las consecuencias de la respuesta de estrés. Los efectos o trastornos que pueden aparecer como productos o asociados del estrés son trastornos psicofisiológicos como hipertensión, cefaleas, asma, espasmos, tics, úlceras, disfunciones sexuales, etc. Si dichos efectos o trastornos perduran en el tiempo con cierta frecuencia e intensidad puede provocar que los órganos afectados se desgasten, esto produce el agotamiento de los recursos y otras alteraciones. Esto podría desencadenar en el Síndrome de Burnout. Para detectar los síntomas de burnout los profesionales utilizan el cuestionario MBI, el Maslach Burnout Inventory.

### 3.3.3 *Maslach Burnout Inventory*

El Maslach Burnout Inventory (MBI) según Quiceno y Vinaccia Alpi (2007) cuenta con tres versiones:

Versión 1: Maslach Burnout Inventory (MBI) o MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), Sus autores son Maslach y Jackson (1981,1986).

Version 2: MBI- Educator Survey (MBI ES).Sus autores son Maslach, Jackson y Schwab (1986).

Versión 3: Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBI-GS). Adaptado al español por Gil-Monte (2002).

Pérez Jáuregui (2000) afirma que el trabajo excesivo y la falta de apoyo organizacional son las principales fuentes de estrés del profesional. Y por eso los psicólogos clínicos prefieren trabajar en clínica, docencia e investigación. Otros factores importantes generadores de estrés son el cuestionamiento sobre el rol profesional y hogar/trabajo.

Un elemento favorable para evitar el burnout es cuando el ambiente laboral es confortable, el clima entre colegas es confiable, positivo, colaborativo y así la tarea con los pacientes se torna más efectiva, los estímulos estresantes se reducen y los recursos personales y grupales aumentan reduciendo el estrés y su cronicidad.

Gil Monte y Peiró (1997) expresan que el síndrome de quemarse por el trabajo posee una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales.

El cuestionario del MBI fue diseñado por Maslach y Jackson (1986) para detectar la presencia del síndrome de estar quemado por el trabajo que se refiere a los sentimientos y actitudes del profesional respecto a su trabajo y hacia los pacientes, tiene la función de medir el desgaste profesional.

El MBI es un instrumento psicométrico utilizado en distintos países para evaluar el estrés laboral en los trabajadores de la salud, enfrentados a la angustia, la muerte,

momentos de crisis, dolor y momentos de impotencia (Zaldúa, Lodieu y Koloditzky 2000).

La administración del MBI trata de describir si los profesionales psicólogos y psiquiatras presentan niveles de burnout asociado al desempeño de sus funciones asistenciales a pacientes con trastornos mentales en el Servicio de Admisión del Hospital

## **4 METODOLOGÍA**

### ***4.1 Tipo de estudio***

Descriptivo

### ***4.2 INSTRUMENTOS***

Se confeccionó un cuestionario ad hoc con una serie de preguntas para determinar cómo se siente el profesional en su cargo en el Servicio de Admisión, qué sentimientos se le presenta en el vínculo con el paciente, cuáles son las dificultades que observa en el desempeño de su rol, si percibe un desgaste físico, emocional o intelectual, si percibe algún obstáculo en el desarrollo profesional por políticas organizacionales y por último, si reconoce la presencia de estar desmotivado, con falta de energía o desinteresado en su trabajo.

También se utilizó el Inventario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Según Méndez Méndez (2015) es un instrumento que permite conocer tres aspectos del síndrome de burnout que puede padecer el profesional especializado en la atención de pacientes que sufren algún trastorno mental. A través del Inventario de Maslach podremos acceder a los pensamientos y sentimientos que los profesionales tienen respecto a su trabajo. El Inventario consta de 3 dimensiones a evaluar que son el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, formado por 22 ítems con escala tipo Likert. Estos factores forman las tres subescalas del Inventario de Maslach. Cada subescala está formada por un número de ítems como se detalla a continuación

1) Subescala de Agotamiento emocional (EE) 9 ítems que hace referencia al desgaste emocional o cansancio laboral.

2) Subescala de Despersonalización (D) 5 ítems, describe la indiferencia del sujeto, falta de sentimientos hacia los otros u objetos.

3) Subescala de Realización Personal en el trabajo (PA) 8 ítems que describen los recursos profesionales del sujeto y su eficacia en su actividad laboral.

El cuestionario se realiza en 10 o 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome. El instrumento tiene una alta consistencia interna y la fiabilidad es cercana al 90%, contiene 22 ítems. La puntuación va de 0= nunca; 1=pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana y 6= todos los días. Evalúa el Síndrome de Burnout a través de sus tres dimensiones: 1- cansancio o agotamiento emocional 2- Despersonalización y 3- Baja realización personal.

La subescala de agotamiento emocional consta de 9 ítems y las preguntas a evaluar son la 1-2-3-6-8-13-14-16-20.

La subescala de despersonalización consta de 5 ítems y las preguntas a evaluar son la 5-10-11-15-22

La subescala de realización personal consta de 8 ítems y las preguntas a evaluar son la 4-7-9-12-17-18-19-21.

Las puntuaciones para cada subescala son las siguientes: en la Subescala de agotamiento emocional que valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por demandas del trabajo, dará nivel alto en las personas que obtengan 27 o más puntos; intermedia en aquellas personas que obtengan entre 19 y 26; y un nivel bajo las que obtengan menos de 19 puntos

En la subescala de despersonalización que valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento la puntuación será alta cuando la persona obtenga 10 o más puntos; un nivel intermedio de despersonalización en aquellos que obtengan

entre 6 y 9 puntos; y un nivel bajo de despersonalización en aquellos que obtengan menos de 6 puntos.

En la subescala de realización personal se evalúa el sentimiento de autoeficiencia y realización personal en el trabajo, en esta subescala se tendrá baja realización en las personas con una puntuación entre 0 y 33 puntos; intermedia entre 34 y 39 puntos; y alta sensación de logro en aquellos que obtengan más de 40 puntos..

Si en las dos primeras subescalas las puntuaciones son altas y en la tercer subescala la puntuación es baja podemos hablar de presencia del síndrome de burnout.

### **4.3 PARTICIPANTES**

La muestra está conformada por cinco psicólogos y cinco psiquiatras cuyas edades oscilan entre 30 y 60 años quienes trabajan en el Servicio de Admisión del Hospital elegido. El grupo está integrado por personas de sexo femenino. Las fuentes son primarias, con información directamente obtenida de los mismos profesionales del Servicio.

### **4.4 PROCEDIMIENTO**

Para el presente trabajo se utilizó una serie de preguntas en las cuales se indaga acerca del rol que desempeña el profesional psicólogo y psiquiatra en su servicio y la demanda que perciben los mismos durante la jornada laboral. Se les informó sobre el estudio que se llevaría a cabo para la realización del Trabajo Integrador Final, y se obtuvo la aprobación para las encuestas y la administración del Maslach Burnout Inventory. También se informó sobre la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

## **5 DESARROLLO**

En el ejercicio profesional de la psicología se dan elementos comunes con otras profesiones que influyen en la predisposición al estrés y al burnout: el exceso de demanda, la rutina, la presión constante, el ámbito laboral, el agotamiento físico y emocional, la irritabilidad y distanciamiento físico y/o mental. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el psicólogo se diferencia por presentar una capacidad de introspección,

sensibilidad o habilidad de auto-reflexión, mayor comprensión del comportamiento de los demás y capacidad de ayudar a las personas lo que le suele aportar una alta satisfacción personal en el ejercicio de la profesión (Hirsch, 2012).

El nivel de burnout del psicólogo depende de cada persona, a algunos profesionales les puede afectar más que a otros, tanto profesionalmente como personalmente. El resultado depende de si la persona cuenta con recursos adecuados para hacer frente a las situaciones de estrés sostenidas en el tiempo y de los factores propios de la situación de estrés en sí misma.

De acuerdo a lo mencionado se ha utilizado el cuestionario (MBI) para evaluar síntomas en los profesionales de la salud mental. Es sabido que cada persona cuenta con recursos propios para responder a las distintas demandas (Bulacio, 2011) y la manera en que manejen esos recursos les facilitará una respuesta diferente ante la adversidad en la función del ejercicio profesional dentro del Servicio. Es decir, que los profesionales realizan su trabajo cada día, como evaluar al paciente para el ingreso, la asistencia, seguimiento y evaluación de la evolución del tratamiento a corto plazo. En el servicio de admisión la renovación de pacientes es constante, y por cada nuevo caso que los profesionales atienden hay una nueva demanda y posición frente a cada sujeto. Esto requiere nuevas energías y produce un desgaste cognitivo al cumplir con las funciones correspondientes al rol como realizar las entrevistas durante el transcurso de la mañana, y por las tareas que afrontan durante el período que el paciente permanezca en el servicio.

### ***5.1 Rol del psicólogo en el servicio de admisión del Hospital psiquiátrico.***

El trabajo presente tiene como uno de sus objetivos describir el rol del psicólogo y sus funciones en el servicio de Admisión del Hospital psiquiátrico.

Partiendo de lo señalado por Hirsch (2012) acerca de la importancia que tiene el ámbito institucional en el que el profesional se desempeña para definir las características y funciones de su rol, es necesario aclarar antes de comenzar un análisis en función de los

objetivos propuestos, que el hospital es un lugar de mucho movimiento y demanda de parte de los pacientes y familiares que los acompañan y está exclusivamente dirigida a los psicólogos y psiquiatras. Como mencionan Cohen y Natella (2007) los familiares tienen el concepto incorporado de que los únicos que pueden hacer algo por los enfermos son los profesionales que saben. La familia se presenta como demandante y a la vez pasiva. Esperan una solución y la función del profesional es responder a esa demanda trabajando primero con el enfermo y luego preparar a la familia.

Al momento de ingresar al Servicio se observa a los pacientes y familiares que están esperando en la sala para ser entrevistados por los profesionales. Según Klappenbach, (2000) una de las competencias del psicólogo es realizar entrevistas. En el servicio de admisión, las entrevistas tienen la finalidad de permitirles a las profesionales realizar un primer diagnóstico. En los casos en que los pacientes llegan con algún familiar o amigo sirve para comenzar a sentar las bases de trabajo en colaboración con el familiar que deberá ser el sostén del tratamiento. Pero además estarán en contacto con las familias o personas cercanas de los pacientes internados. El rol profesional incluye esta función como una de las principales a cubrir y se trata a veces, de una labor ardua y complicada. Más de una vez, el responsable del cuidado del paciente ante una externación no llega a comprender las indicaciones dadas sobre la continuidad del tratamiento. Por la importancia que esto tiene, la psicóloga se toma el tiempo que sea necesario para asegurarse que el paciente reciba la atención necesaria estando fuera del hospital, esto puede generar un estado de desgaste profesional.

En el Servicio de Admisión del Hospital el psicólogo realiza diversas funciones regida por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental como evaluar y dar un diagnóstico que justifique la internación del paciente y lo habilita para dar curso al tratamiento. La elaboración de un diagnóstico, depende en muchos casos de la posibilidad de interactuar con el paciente, que en más de una ocasión accede al servicio sin poder dar cuenta de datos básicos y datos sobre su familia. Durante la residencia se pudo conocer de casos en los que la persona llega al servicio de admisión con desorientación espacio temporal y sin poder aportar datos acerca de familiares o personas que podrían asumir una

responsabilidad frente a su tratamiento. En estos casos el psicólogo busca la manera de obtener alguna información que le permita ponerse en contacto con alguien que pueda responder por las necesidades que surjan del tratamiento.

Después de realizado el diagnóstico, la principal tarea de los psicólogos debería ser la de llevar adelante una psicoterapia y solo en ciertos casos administrar al tratamiento psicofármacos, si fueran necesarios como lo indica la ley de Salud Mental. Muchos de los pacientes que llegan al servicio de admisión por su estado clínico hace imposible el a...je psicoterapéutico sin medicación, en estos casos como plantea la ley el paciente que necesita medicación la recibe de acuerdo al tratamiento brindado dentro del marco interdisciplinar.

Cuando el paciente no posea medios económicos para su tratamiento, el psicólogo se ocupa de realizar los trámites a fin de que obtener una pensión para el paciente, charla con la familia y brinda la información e indicaciones sobre los pasos a seguir para que el organismo competente se haga cargo. Estas situaciones son tareas que surgen de las normas que rigen el desempeño del profesional (ley 448, 2000), y muchas veces, el hecho de no poder llevarlas a cabo crea intranquilidad y expectativa respecto al futuro de los pacientes.

Es importante para que el paciente reciba un mejor tratamiento contar con la colaboración y contención familiar. Aunque, esto es algo que no se logra fácilmente. Los psicólogos en función de su rol profesional asumen la tarea de ganarse ese apoyo. A veces, es necesario primero contener a los familiares cuando expresan que deben atender al enfermo y al mismo tiempo están atravesando otros problemas que los cargan afectivamente. Algunos manifiestan que cuidar al enfermo representa una labor muy grande y que se les dificulta por problemas económicos o falta de tiempo. Hubo casos muy penosos como madres que lloraban durante la entrevista. En otra entrevista un hombre, profundamente angustiado, lloraba por la situación que estaba viviendo más la enfermedad del hermano lo ponía muy mal. Decía que para él era muy difícil ocuparse de todo solo. En este caso como en otros la psicóloga a cargo lo escuchó y trató de dar contención pero no siempre es posible.

Por las características del servicio de admisión, buena parte del tiempo de trabajo de los profesionales que se desempeñan en este sector es ocuparse de atender a la familia y ocuparse de la problemática de los traslados a fin de cumplir con las disposiciones vigentes. En las reuniones de equipo, la primera pregunta del Jefe tiene que ver con qué paciente está en condiciones de pasar a otras dependencias, y los profesionales le dan una lista de pacientes que fueron derivados ese mismo día o nombres de pacientes que ya están en condiciones de poder pasar a otra sala. Los psicólogos y psiquiatras del servicio son los encargados de buscar otro sector para su derivación. Tarea que además del tiempo que les insume resulta desgastante porque si el paciente presenta una problemática de difícil abordaje puede resultar difícil encontrar un lugar en donde sea aceptado. Para dar una idea de lo que es necesario solucionar en el servicio, puede citarse el ejemplo de un paciente con psicosis que, según la historia clínica, consume alcohol y tiene alucinaciones desde la infancia. Con este perfil, el paciente es considerado problemático y esto da lugar a discusiones acerca de cuál podría ser el servicio que asuma la responsabilidad para su tratamiento.

Dentro del ámbito laboral que representa el servicio de admisión, una tarea que deben afrontar tanto psicólogos como psiquiatras es la de cuidarse a sí mismos. Las características del contexto en el cual desarrollan su trabajo requiere que estén siempre preparados para enfrentar las inesperadas actitudes de los pacientes, sin caer en una sensación de paranoia que les impediría cumplir sus tareas. Entre los muchos casos que se conocieron, sucedió una situación estresante: caminando con una psicóloga por el pasillo que da a las habitaciones de los enfermos y enfermería y por donde ellos van y vienen todo el día, había un paciente jovencito y al pasar la psicóloga le tocó la nalga, la psicóloga se dio vuelta y le pegó una cachetada y lo reto. Luego se dirigió a mí justificando la situación y descargándose de la situación incómoda que pasó. Me dijo: *esas cosas no se pueden pasar por alto*. Luego dijo: *que esté enfermo no le da derecho, no voy a permitir tal cosa o no hacer nada al respecto*. Esta situación es un ejemplo de la necesidad que tienen todos los profesionales de cuidar de sí mismo. Hubo un paciente que tuvo una reacción violenta provocando en todo el personal un momento de alerta y temor ante la violencia desplegada. El Jefe de planta junto a otros profesionales buscó

una estrategia para calmarlo evitando un peligro mayor. Para Pérez Jáuregui (2000) y Gil Monte y Peiró (1997) el contexto o ambiente institucional pueden ser desencadenantes de estrés.

Cuando en el cuestionario elaborado ad hoc se les preguntó a las profesionales ¿qué le resulta más difícil en el cumplimiento de su rol en el servicio? (Pregunta nro 3) Se obtuvieron respuestas que muestran que cada una de las profesionales tiene un sentimiento distinto acerca de su rol en el ámbito institucional. Las respuestas obtenidas son las siguientes:

Psicóloga 1: Enfrentar una situación en la que el paciente despliegue violencia, un cuadro de excitación psicomotriz.

Psicóloga 2: En algunos casos poder trabajar con la familia de los pacientes. Lo dificulta. En ocasiones se complica el traslado de los pacientes a otros servicios.

Psicóloga 3: Los escasos recursos con los que a veces se cuenta para la continuación de los tratamientos por fuera de este servicio.

Psicóloga 4: No poder continuar el tratamiento de algunos pacientes que requieren de mayor atención.

Psicóloga 5: A veces el encuadre y lo institucional presenta obstáculos para la tarea diaria.

Aparecen en las respuestas el problema de la violencia de algunos pacientes, el trabajo con las familias, pero la mayoría apunta a cuestiones relacionadas con el marco organizacional: la escasez de recursos, los problemas con los traslados, las dificultades para tratar a aquellos pacientes que exigen mayor atención y los obstáculos que surgen de lo institucional.

Al respecto, la pregunta 5 del cuestionario indaga acerca de los impedimentos por políticas establecidas institucionalmente. A través de las respuestas se puede apreciar que, directa o indirectamente, las profesionales que trabajan en el servicio se sienten impedidas en algún punto, como por ejemplo realizar el traslado de pacientes a otros

servicios, el marco institucional o la continuidad del tratamiento. Hirsch (2012) sostiene que el exceso de demanda laboral es un posible factor de estrés. Este esfuerzo de derivar a los pacientes a otros servicios, que es una exigencia definida institucionalmente que los profesionales tienen muchas veces, se ve frustrada y puede ser causa de estrés y derivar en burnout. Las psicólogas 1, 2 y 5 reconocen que hay límites, pero se acomodan a ellos. En cambio, las psicólogas 3 y 4 reconocen los límites y parecen insatisfechas ante la falta de solución al problema. Las respuestas son las siguientes:

Psicóloga 1: El trabajo se enmarca dentro de la normativa de la Ley Nacional de Salud mental. El rol y el desempeño está enmarcado dentro de la dinámica interna de la institución que a veces habilita espacios y otras obstaculiza, pero el marco en general es amplio y depende del deseo de trabajar de cada uno.

Psicóloga 2: No.

Psicóloga 3: Si hay impedimentos ya que si bien se deben respetar las diferencias muchas veces nos encontramos con una falta de política general que guie las derivaciones a otros sectores.

Psicóloga 4: Si, el momento de derivar a los pacientes a otros servicios se dificulta.

Psicóloga 5: No directamente. El hospital esta socialmente atravesado hace años políticamente y esto muchas veces nos enfrenta con algunas demandas que uno no puede desoír pero como profesional me aboco a mi tarea, puedo dejarlas a un lado.

Como cierre de esta caracterización del rol del psicólogo dentro del servicio de admisión del hospital estudiado, cabe mencionar la competencia que se da en algunas circunstancias entre el psicólogo y psiquiatra en sus respectivas actividades en el marco de la interdisciplinariedad que genera algunas situaciones problemáticas. En una oportunidad pudo observarse cómo la psicóloga trataba de entrevistar a un paciente insistentemente mientras la psiquiatra que compartía el consultorio le decía que esperara porque ella lo haría. En un momento se sentaron y comenzaron a disputarse quien llenaba los formularios. La psicóloga insistía en que no le molestaba hacerlo y que se encargaría de todo, insistiendo en que quería hacer la entrevista y llenaría los formularios pero la

psiquiatra le decía, de manera que expresaba cierta molestia, que no, que no era necesario porque ella lo haría. En ese episodio pudo observarse un momento de lucha de poder entre los representantes de las dos disciplinas de la salud mental, aún cuando esto no era explícito. Finalmente, la psiquiatra terminó llevando adelante la entrevista y definió el diagnóstico del paciente. A partir de las observaciones realizadas durante la práctica profesional pudo establecerse la hipótesis de que quienes llevan el mando en el servicio de admisión son los psiquiatras, aunque cuando se les consulta al respecto dicen que no, que el trabajo es valorado y que se respeta por igual la opinión de todos los profesionales que forman parte del servicio.

## **5.2 Rol del psiquiatra en el servicio de admisión del hospital .**

En este punto indagamos acerca del rol del psiquiatra y las funciones desempeñadas por ellos en el servicio de admisión. La psiquiatría se encuadra dentro de la medicina, especializándose en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. La inscripción dentro del modelo médico lleva a que el profesional de la psiquiatría aborde el tratamiento preferentemente a partir de la prescripción de psicofármacos, aún cuando, en sintonía con la Ley de Salud Mental vigente, este tipo de a...je debe ser acompañado de psicoterapia.

En el caso del Servicio de Admisión del hospital elegido, los psiquiatras recetan y controlan las dosis, deciden la derivación de un paciente si consideran que padecen alguna enfermedad orgánica que debe ser tratada médicamente, y controlan la reacción de los pacientes a los medicamentos recetados. Durante la residencia pudo observarse una situación de conflicto con respecto a esta función del psiquiatra dentro del servicio. Sucedió que un paciente tenía contraindicado en la historia clínica un fármaco para la psicosis ya que tuvo una reacción alérgica y debió ser internado. En esa ocasión la psiquiatra del grupo dijo muy seriamente (sin decir que corrió peligro la vida del paciente pero dándolo a entender) que había que estar muy atento a ese tipo de situaciones, porque la medicación requiere un conocimiento que no se puede soslayar.

El peso que aún tiene la tradición médica en la cual se constituyó el ámbito profesional en el campo de la salud mental (Rossi, 2005), determina una situación

asimétrica en la relación entre psicólogos y psiquiatras que comparten el espacio del servicio de admisión. En la medida en que la gravedad y complejidad de los cuadros de los pacientes que acceden al servicio dificultan el abordaje psicoterapéutico y ponen en primer plano el tratamiento psicofarmacológico, los psiquiatras tienden a ejercer su liderazgo aún en el marco de la interdisciplinariedad. Una psiquiatra comentaba en las reuniones del mediodía que había atendido a ocho pacientes ella sola durante la mañana porque había estado sola en su consultorio, y todos escucharon asombrado, atónitos. Para los psicólogos parecía imposible atender ocho pacientes en ese tiempo, dadas las diferencias en la forma de abordaje. Por el tiempo que insumen las entrevistas y charlas con los pacientes y familiares.

Justamente, la entrevista a familiares es otra de las responsabilidades derivadas del rol profesional que permite observar algunas diferencias entre psicólogas y psiquiatras. Debido a las complicaciones que traen los pacientes a la consulta, el tiempo que se dedica a cada familia tiende a cubrir una parte importante de la jornada de trabajo de los profesionales. Ahora bien, la apreciación de esto depende de cada perfil profesional. Frente a esta situación, la mirada de los psiquiatras tiende a minimizar el problema que representa el trabajar con las familias de cada paciente respecto de la importancia que le dan las psicólogas. Esto es comprensible, en tanto desde su perspectiva la familia solamente constituye, en el mejor de los casos, un contexto que hay que tener en cuenta. Pero no todos los profesionales opinan que con las familias se trabaja bien.

Debido a la presencia de residentes y concurrentes médicos que hay en el servicio, las psiquiatras también tienen que cumplir funciones docentes, participando en la formación de los jóvenes profesionales.

Con respecto al traslado de los pacientes se podría decir que el profesional del Servicio de Admisión a veces debe utilizar la persuasión, recursos y estrategias al encontrarse frente a una supuesta o real excusa de que no hay camas para que el paciente pueda ser trasladado. En caso de no ser admitido en ninguno servicio, el paciente permanece en admisión hasta su pase. Pero, en cualquier caso, esto representa un

problema para el servicio ya que los pacientes no permanecen más de dos o cuatro días o una semana aproximadamente.

Una psiquiatra comenta en una de las reuniones sobre un paciente que se tira de la terraza por creerse Superman. El paciente tiene una estructura orgánica deteriorada y, aunque está medicado, los profesionales temen que abandone el tratamiento porque abandona “todo”. Ahora no tiene ideas delirantes ni alucinaciones, ya que consumía drogas y desde que está en el servicio no consume. Pero el cuadro es considerado por los profesionales como inestable. El paciente, que tiene epilepsia más retraso mental, no está inscripto en el registro de las personas, lo cual representa un problema adicional a resolver. El Jefe de Planta dice que esto es un tema que le corresponde a servicio social, pero incluso para que esta dependencia se encargue de resolver el problema, son los profesionales que intervienen quienes tienen que tomar la iniciativa.

La delimitación de los roles genera éste y otros problemas como dejar asentado cuando un paciente se “fuga”, los profesionales del servicio son los responsables del paciente mientras no hayan otorgado el alta. Así es como una psiquiatra del equipo de admisión comenta acerca de un paciente que se quiere ir y que tiene antecedentes de fuga. La posibilidad de que un paciente con estas características termine fugándose y que esto derive en problemas legales para los profesionales es una presión que puede llegar a inducir una mayor necesidad de control. Desde el lugar del psiquiatra esto se puede responder desde la medicación fijando dosis que garanticen el control del paciente para que no esté en condiciones de evadirse del hospital, pero se convierte así en un problema de ética profesional al cual los psiquiatras, por las atribuciones que corresponden a su rol, están más expuestos que los psicólogos.

A pesar de algunas cuestiones que puedan surgir entre las profesionales de ambas especialidades, es posible afirmar que el ambiente y la relación entre los profesionales del servicio se da bajo un clima cordial, compartiendo salidas, cumpleaños, fiestas de fin de año, navidad, etc. Esto permite que el trabajo se desarrolle sin grandes problemas en los términos presentados por Mastandrea et al. (2009).

Ante la pregunta ¿qué le resulta más difícil en el cumplimiento de su rol en el servicio?, también realizada a las psicólogas, las respuestas de las psiquiatras son las siguientes: para la psiquiatra 1 existe una burocracia excesiva; para la psiquiatra 2 son las normas establecidas; la psiquiatra 3 no poder brindar un tratamiento más prolongado al paciente; para la psiquiatra 4 el tiempo, que es corto para una atención adecuada en el seguimiento del paciente y la psiquiatra 5 manifiesta lo mismo que la anterior.

En mayor medida que las psicólogas, las psiquiatras encuentran que lo que más obstaculiza el cumplimiento de sus funciones dentro del servicio son las limitaciones que impone la institución misma, identificándolas con burocracia, normas excesivas, o limitaciones para brindar a los pacientes el tratamiento que realmente necesitan.

La pregunta 5, que indaga más directamente sobre los impedimentos que tiene la función del profesional debido a políticas establecidas por la Institución, arrojó las siguientes respuestas entre las psiquiatras del servicio: La psiquiatra 1 percibe como impedimento la tardanza en los nombramientos en el hospital; y las cuatro psiquiatras restantes sienten que es un problema el traslado de los pacientes a otros servicios. Evidentemente, y como refleja el análisis de las funciones que deben cumplir los profesionales que se desempeñan en el servicio la derivación de los pacientes a otro sector es uno de los factores que resulta más problemático para el cumplimiento del rol profesional.

Por otra parte, en un hospital público como es el analizado, que tiene una responsabilidad frente a la sociedad (Fudin, 2011) quienes asumen esa responsabilidad con su propio esfuerzo son los profesionales que se desempeñan allí. En el caso del Hospital elegido, cada profesional lleva lo que necesita para trabajar pues el Hospital no tiene el presupuesto necesario. Además, en más de una oportunidad los terapeutas y psiquiatras del equipo tratante pagan el pasaje de colectivo de algún paciente para que pueda asistir a la consulta o se ocupan personalmente de convocar a familiares cuando se ausentan por un largo período.

### **5.3 Evaluación del síndrome de Burnout**

A continuación se presenta el análisis de los resultados de la aplicación del MBI y de las preguntas incluidas en el cuestionario ad hoc con el fin de evaluar la presencia de síndrome de Burnout entre los profesionales del servicio de admisión.

Ahora al tomar la muestra total, es decir los cinco psicólogos y los cinco psiquiatras, obtuvimos los siguientes resultados :

En la Subescala de cansancio emocional el 80% (n=8) presentó un nivel bajo de desgaste y el 20% (n=2) un nivel intermedio.

En la Subescala de Despersonalización el 70% (n=7) de los participantes presentaron un nivel bajo y el 30% (n=3) restante marcaron un nivel intermedio.

Y por último en la subescala de baja realización personal el 50% (n=5) marcó un nivel bajo, el 20% (n=2) tiene un nivel intermedio, y el 30% (n=3) marcó un nivel alto.

Los resultados muestran una ausencia de síndrome de Burnout entre los profesionales tomados en conjunto, aunque cabe mencionar como dato que tres profesionales registran nivel alto en la subescala de baja realización personal. Aún cuando esto solo no permite hablar de la presencia de Burnout, señala la existencia de un posible problema en la dimensión de la realización personal en función del trabajo que se realiza en el servicio. Cabe mencionar, respecto de la dimensión Despersonalización, que se pudo observar durante la pasantía que la actitud de las psicólogas con los pacientes fue siempre muy amable y cordial. Fudín (2011) expresa que al hospital hay que ayudarle no sacarle y los profesionales lo hacen ayudando a los pacientes cuando en muchos casos necesitan una moneda para que puedan viajar y asistir a su consulta.

Considerando la muestra utilizada para la administración del cuestionario del burnout por área profesional el 50% eran psicólogas (n=5) y el otro 50% (n=5) eran psiquiatras.

Los resultados obtenidos mostraron que el 100% de las psicólogas encuestadas (n=5) presentó un bajo nivel de cansancio emocional en la Subescala de agotamiento emocional. Con respecto a la muestra de psiquiatras (n=5) en la Subescala de agotamiento emocional un 60% (n=3) presentó un nivel bajo, o sea, no presentan cansancio emocional y el 40% (n=2) presentó un nivel intermedio de agotamiento. Puede

apreciarse aquí una diferencia entre ambos grupos de profesionales, que de alguna manera puede vincularse con lo visto en el marco teórico respecto de la diferencia de recursos con que cuentan los psicólogos para afrontar situaciones estresantes.

En la Subescala de despersonalización el 20% (n=1) de los psicólogos presentó un nivel intermedio y el 80% (n=4) presentó un nivel bajo, mientras que entre los psiquiatras, el 60% (n=3) mostró un nivel bajo de despersonalización y el 40% (n=2) presentó un nivel intermedio. La diferencia aquí es mínima y prácticamente es irrelevante, los porcentajes sugieren lo contrario, pero esto se debe al tamaño reducido de las muestras. En realidad hay una profesional más entre las psiquiatras que presenta un nivel intermedio de despersonalización.

En la Subescala de baja realización personal el 40% (n=2) de las psicólogas marcó un nivel alto; el 20% (n=1) marcó un nivel bajo y un 40% (n=2) marcó un nivel intermedio respecto al sentimiento de frustración en sus tareas laborales. Para las psiquiatras, los resultados en la subescala muestran que el 80% (n=4) marcaron un nivel bajo y el 20% restante (n=1) presentó un nivel alto. En esta dimensión, como ya se vio para los resultados del total de la muestra, es donde surge un dato de interés que debería corroborarse con una población mayor porque de las tres subescalas del MBI es la única en donde en ambos grupos hay sujetos que presentan niveles indicadores de Burnout.

Además del MBI, para el presente trabajo se utilizó un cuestionario con preguntas que indagan acerca de la percepción que los psicólogos y psiquiatras tienen de su desempeño en el servicio y de cómo perciben las demanda durante su jornada laboral.

La pregunta número 1 apunta a conocer ¿Cómo se sienten en el servicio de admisión? Esta pregunta ayuda de manera indirecta a saber si existe un malestar entre las profesionales, o si experimentan bienestar en su rol de psicóloga. Según Gil Monte y Peiró (1997), el lugar de trabajo o el cargo del puesto pueden ser desencadenantes de estrés si existen factores de malestar en el desempeño laboral o conflicto de rol.

Los resultados evidencian ausencia de signos de disconformidad en el desempeño laboral o en el cumplimiento de su rol. Del total de psicólogas, dos dicen que se sienten a

gusto; una tercera que le agrada el desafío que representa el servicio; la cuarta psicóloga dice que se siente cómoda y una quinta psicóloga siente que es un servicio activo y dinámico.

Del total de psiquiatras cuatro dijeron sentirse bien; una psiquiatra expresó sentirse contenida y motivada. Aunque de las cuatro que dijeron sentirse bien, dos de ellas expresaron que el trabajo era arduo, intenso y dinámico. Encontramos en esta última respuesta cierta evidencia de situaciones estresantes.

Con respecto a la contención en el ámbito de trabajo Gil Monte y Peiro, (1997) sostienen que la cohesión grupal es un factor positivo para reducir el estrés y evitar llegar a quemarse por el trabajo por ejemplo las psiquiatras 1 y 4 se apoyan en sus compañeros de trabajo (Psicóloga 1: Psicóloga 4: Siempre me siento acompañada por el resto del personal, que están dispuestos a compartir su propia experiencia).

Según Pérez Jáuregui, (2000) el tiempo es una de las variables que en lo profesional debe tenerse en cuenta ya que éstos son distintos para el profesional, paciente, familia, etc. Y el ritmo de trabajo también puede ser un desencadenante de estrés si es demasiado exigente. Esto queda expresado en las respuestas de las psiquiatras 2, 3 y 5. Psiquiatra 2: Bien, por momentos el trabajo es arduo. El tiempo exige rapidez y demanda eficacia en la tarea, Psiquiatra 3: Bien, cómoda. El trabajo es dinámico en las entrevistas, Psiquiatra 5: Bien. Por momentos el trabajo es intenso y hay casos de emergencia en los que el estado de alerta resulta de lograr un trabajo regular en el mismo.

Ante la pregunta de ¿qué sentimientos se le presentan en la relación profesional-paciente? La Psicóloga 1, manifestó que los sentimientos son variados, van desde tensión hasta satisfacción, desánimo, miedo, compasión, necesidad de proteger al paciente, etc.; la Psicóloga 2, tiene sentimiento de empatía, ganas de ayudar, esperanza; la Psicóloga 3 prefiere mantener la distancia afectiva; la Psicóloga 4, manifiesta empatía, ganas de ayudar, a veces temor y otras veces esperanza; y la Psicóloga 5 siente ganas de construir un puente para ayudar al paciente para una mejor calidad de vida. Todas las respuestas, exceptuando a la primera, expresan estrategias para afrontar la exigencia del

trabajo eludiendo la despersonalización a que refiere el síndrome de Burnout (Méndez Méndez, 2015).

Las psiquiatras contestaron lo siguiente: la psiquiatra 1 que sus sentimientos oscilan desde la desesperanza al optimismo; la psiquiatra 2 siente compasión, esperanza, ganas de ayudar y distintos sentimientos; la psiquiatra 3 manifiesta sentimientos variados; la psiquiatra 4 expresó sentimiento de empatía, ganas de ayudar en la calidad de vida del paciente y en algunos casos tensión; la psiquiatra 5 expresó compasión, miedo, impotencia y sentimiento de esperanza.

De manera similar a lo que ocurre con las psicólogas, las psiquiatras expresan sentimientos relacionados con la empatía, la voluntad de ayudar y la esperanza.

Respecto de aquellas profesionales que refirieron el miedo como un sentimiento que se presenta en la relación con los pacientes, se recuerda que, a largo plazo, el sentimiento de temor y miedo puede ser un factor estresante, si el profesional no encuentra una respuesta adecuada para responder a la situación (Gil Monte y Peiro, 1997).

La pregunta 3, ¿qué le resulta más difícil en el cumplimiento de su rol en el servicio? Fue analizada en los apartados dedicados a los roles profesionales. Pero, respecto de su relación con el síndrome de Burnout, puede decirse que tanto las psicólogas como las psiquiatras experimentan situaciones que obstaculizan la posibilidad de brindar el mejor tratamiento del paciente por falta de recursos y ciertas reglas. Esto, al dificultar el buen desarrollo del rol, es un desencadenante importante con respecto al estrés de rol que de no ser superado puede resultar en burnout. Todos manifestaron la presencia de límites para realizar la tarea. Pérez Jáuregui, (2000) opina que el estrés laboral y el burnout, necesitan para su construcción una personalidad proclive, un mundo laboral deshumanizado y deshumanizante y el sometimiento a una tarea demandante. Por su parte, Gil Monte y Peiró (1997) sostienen que la estructura organizacional y el descontento con el rol dentro de la organización juegan un papel importante en la etiología del síndrome de burnout.

La pregunta nro. 4 ¿Siente desgaste físico, emocional o intelectual? relacionada con el síndrome de Burnout obtuvo las siguientes respuestas de las psicólogas:

Psicóloga 1: Puede tenerlo si uno no tiene la experiencia y formación necesaria. Son importantes un trabajo personal, haber atravesado una buena psicoterapia, la supervisión grupal y sobre todo la filosofía de vida.

Psicóloga 2: Si es inevitable

Psicóloga 3: Si, en momentos de mayor trabajo

Psicóloga 4: A veces si.

Psicólogas 5: Durante el año siento desgaste, pero los espacios de supervisión y poder tomar distancia emocional respecto de esto ayuda para poder fortalecer la tarea y fin último de mi función.

Las respuestas de las psiquiatras fueron:

Psiquiatras 1: Si, sin duda alguna.

Psiquiatra 2: A veces

Psiquiatra 3: Si, algunos días.

Psiquiatra 4: Como cualquier profesión, ésta también tiene un desgaste físico, emocional e intelectual, pero al estar constantemente vinculándose con otras personas, el desgaste emocional es mayor.

Psiquiatra 5: Si. Alto.

Aunque a través de la administración del MBI no se detectó la presencia del síndrome de Burnout entre las profesionales del servicio, la pregunta directa acerca del desgaste físico, emocional e intelectual arroja respuestas positivas en la mayoría de los casos, más claramente aún entre las psiquiatras. Cabe mencionar que las psiquiatras 1 y 5 fueron más rotundas en la contestación que la psiquiatra 2, 3 y 4.

Por otra parte, las respuestas de las psicólogas 1 y 5 remiten a Gil Monte y Peiró (1997), que sostienen que la supervisión es un determinante positivo para reducir el estrés.

La pregunta nro. 5, sobre los impedimentos que tiene la función del profesional debido a políticas establecidas por la Institución, también fue analizada oportunamente en los apartados anteriores. Gil Monte y Peiró (1997) sostienen que un posible factor de estrés en el ámbito laboral son las diversas situaciones de demanda, que pueden ser un desencadenante importante para el desarrollo del rol según la percepción que el sujeto tenga de las variables ambientales de su entorno.

Tanto las psicólogas como las psiquiatras consideran el traslado de los pacientes a otros servicios como un obstáculo para el desarrollo de su función. En cuanto al aspecto relacionado con el síndrome de Burnout, puede decirse que los impedimentos que tiene la función del profesional debido a políticas establecidas por la Institución resultan en una mayor probabilidad de sufrir el síndrome. En cuanto a la tardanza para los nombramientos que menciona una de las psiquiatras, puede considerarse en relación con la dimensión de realización personal en términos de obstáculo institucional.

La pregunta nro. 6 apunta directamente a si el profesional se siente desmotivado con pérdida de energía o desinteresado por el trabajo. Las respuestas de las psicólogas fueron:

Psicólogas 1	No
Psicólogas 2	No
Psicólogas 3	No
Psicólogas 4	No
Psicólogas 5	Durante el año sí. Como dije en el punto 4

Las psicólogas parecen evidenciar ausencia de desgaste o falta de motivación o interés por su trabajo, excepto una profesional que presenta desgaste durante el año pero lo compensa con la supervisión para llevar su tarea y función lo mejor posible.

En cuanto a las psiquiatras, la psiquiatra 1 dice que a veces se siente desmotivada, desinteresada y con pérdida de energía; la psiquiatra 2 algunas veces; la psiquiatra 3 dijo si, en algunos momentos; la psiquiatra 4 siente pérdida de energía y la psiquiatra 5 también a veces. En promedio, las psiquiatras parecen estar más desmotivadas y desinteresadas en su trabajo dentro del servicio que las psicólogas. Si bien no es una constante, declaran la presencia de indicadores de cansancio en algunos momentos.

## **6 CONCLUSIÓN**

A partir del trabajo realizado durante la práctica profesional se pudo verificar que las tareas realizadas en el hospital observado difieren mucho de las que un profesional asume en el marco de las terapias realizadas en consultorio privado. Los pacientes se diferencian por los cuadros que presentan en agudos y crónicos. Considerando que la dinámica y las características de la atención profesional están enmarcadas fundamentalmente dentro de una organización, como menciona Hirsch (2012), que las características de la organización en la cual se desempeñan los profesionales define su rol profesional. Al trabajar bajo las normas del Hospital, y éste bajo las leyes de salud mental, las profesionales deben responder a un conjunto de requerimientos que exigen que se promuevan y se cumplan las modalidades de atención del paciente sufriente mental en la admisión del hospital público y general (Cohen y Natella, 2007).

El abordaje que propone el Ministerio de Salud, basándose en las directrices de la OMS, la OPS y el Banco Mundial para una mejor atención en la salud primaria y salud mental, viene desarrollándose desde muchos años atrás pero, después de una interrupción, en el 2001 se da impulso a la renovación del programa para la reforma de los servicios de la Salud Mental (Caldas de Almeida, 2005). Este nuevo impulso implica que los profesionales que trabajan en hospitales psiquiátricos y generales como en centros periféricos de salud se ajusten a diferentes modos de trabajo para el tratamiento del paciente. Para ello deben obtener nuevos aprendizajes, participar de congresos, seminarios, cursos, ateneos, etc. (Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, 2010; Ley 448 de la CABA, 2000). Este cambio dentro del hospital es significativo para el estado

emocional y físico de los profesionales y pueden ser desencadenantes de estrés de rol (Gil Monte y Peiró 1997), porque requiere para aquellos profesionales de larga experiencia dentro de la institución de acomodación y aceptación de las nuevas prácticas, que si no están de acuerdo y no asimilan los programas establecidos en la organización pueden desembocar en cuadros de estrés. Aunque las profesionales que participaron de la investigación dieron muestras de adaptarse a las exigencias que surgen de este marco, podemos preguntarnos, basándonos en la subescala de baja realización personal del MBI, qué sucede con las psiquiatras que no están conformes con su labor dentro del servicio en cuanto a su rol profesional, y en base a las preguntas del cuestionario ad hoc qué sucede con las psiquiatras que se desgastan más emocionalmente y físicamente por su tarea.

Los resultados obtenidos a partir del cuestionario MBI muestran que las profesionales psicólogas del servicio no dan muestra de cansancio emocional, despersonalización o baja realización profesional, excepto una profesional que presenta disconformidad en su rol en el Servicio de Admisión del Hospital Público. En cambio, las psiquiatras expresaron un mayor desgaste emocional en el cuestionario ad hoc y presencia de conflictos en la subescala de baja realización personal del MBI que involucra a la identidad de su rol en la función de su trabajo.

De acuerdo al análisis del MBI los resultados demuestran que ambos grupos de profesionales no padecen de síndrome de burnout, si bien el trabajo directo con personas a largo plazo puede provocar estrés si las estrategias de afrontamiento según (Lazarus & Folkman, 1986) no dan una respuesta adecuada a las exigentes demandas que surgen dentro del servicio de Admisión del hospital Psiquiátrico. Las limitaciones para un buen desarrollo del rol del psicólogo y del psiquiatra pueden ser variadas ya sea porque provengan de la subjetividad de cada profesional, o surjan de las características del entorno organizacional o extraorganizacional. (Gil Monte y Peiro, 1997).

Las limitaciones en el desarrollo de este trabajo son que es una muestra pequeña y quizás por ello no se pudo determinar presencia de burnout administrando el cuestionario MBI, a pesar de que, las respuestas al cuestionario ad hoc muestran indicios de algunas de sus dimensiones.

En estudios futuros sería bueno tratar las variables que intervienen en la sensación de la baja realización personal de los distintos profesionales por ejemplo el estado civil, años en el puesto de trabajo, ingresos, edad, hijos.

El relativo descontento de los profesionales no parece tener que ver con el cansancio emocional que presentaron los resultados obtenidos sino con otras variables.

También pueden considerarse dentro de las limitaciones el hecho de no haber tenido en cuenta el contexto organizacional en los objetivos para dar cuenta con mayor precisión de la presencia de síndrome de burnout, así como la dificultad hallada en la falta de estandarización de las respuestas abiertas, que no permiten detectar claramente en ellas la percepción de los profesionales respecto a su rol en el servicio de admisión. Como también no poder describir exhaustivamente, con detalles, como se experimenta la función del psicólogo y psiquiatra dentro del servicio y cómo afecta la realidad social de los pacientes que acuden al Hospital. Un enfoque cualitativo hubiera permitido, quizás, recolectar información más amplia y profunda acerca de los problemas familiares, personales de los profesionales, sobre sus sentimientos y actitudes en el trabajo cotidiano.

En mi opinión el desempeño profesional de los psicólogos y psiquiatras dentro del servicio se puede describir como un grupo de profesionales competentes, comprometidos con su labor, responsables y respetuosos de los derechos del paciente y su familia. A modo de opinión existe de parte de los profesionales un deseo de querer ayudar a los pacientes más allá del desempeño profesional, establecido por la ley.

Como plantea Tonón y coincido es que deberían programarse planes de prevención que permitan evitar que el proceso de burnout aumente y provoque una disminución en la calidad de vida de los profesionales de la salud mental.

La experiencia en el servicio de admisión fue satisfactoria, me permitió conocer las funciones del psicólogo en equipo, el modo en que manejan sus recursos y estrategias, como realizar las entrevistas.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M. (1999). Psicología en Argentina. *Psicodebate, psicología, Cultura y sociedad*. 1, (1).
- Alonso, M.M. y Nicemboin, E. (1997). La psicología en la República Argentina. Aspectos académicos y profesionales. *Revista Papeles del Psicólogo*, 67. ISSN 0214-7823.
- Ardila, R. (1979). La psicología en Argentina: pasado, presente, futuro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11, (1), 71-91.
- Asesoría General Tutelar, (2011). *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la ley Nacional 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- Asesoría General Tutelar, (2014). *Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Recuperado el 29 de Septiembre del 2014 en [http://asesoria.jusbaires.gov.ar/sites/default/files/dtn21\\_internaciones\\_0.pdf](http://asesoria.jusbaires.gov.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf)
- Betta, J.C. (1981). *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: CEA
- Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bulacio, J.M (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Caldas de Almeida, J. M. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, (4-5).

- Cohen, H. & Natella, G. (2007). *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cooperación Técnica entre Honduras y Panamá (2008-2009). *Hospitales generales dentro de un entorno comunitario*. Recuperado de <http://www.cursos.campusvirtualesp.org/mod/resource/view.php?id=7948>
- Donnoli, V.F. (2009). La doble actitud del psiquiatra. *Revista del hospital .... Información y publicación científica*, 1, (2), 3-4
- Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Falcone, R. (s/f). *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina*. Del hospital cerrado al hospital abierto. Recuperado de [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/inv\\_trab.htm](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/inv_trab.htm)
- Falcone; R. (1997). Historia de una ley. En Rossi, L. *La psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Fudín, M. (2011). *Hospital ... ..: pueblo chico, infierno grande*. Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Gil Monte, P. & Peiró, J.M. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Gimenez Arrausi, M. L. (2005). *Patologías orgánicas graves. Enfoque y a...je psiconalítico*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Hirsch, P. (2012). *Arte y oficio del psicoterapeuta. Estrategias para su autodesarrollo y cuidado*. Buenos Aires. Psicolibro ediciones.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic. Research*, 11: 213-218.

- Hospital ... (2014). *Revista del hospital ...*. De información y publicación científica. 6 (11). Departamento de Docencia e Investigación.
- Hospital .... Servicio de Admisión. Recuperado (s/f) de [www.hospital....com.ar/.../PROGRAMA%20SCIO%20ADMISION.d...](http://www.hospital....com.ar/.../PROGRAMA%20SCIO%20ADMISION.d...)
- Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, (3), 419-446.
- Labrador, J. & Crespo, M. (1993). *Estrés, trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, A. & Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Maslach Burnout Inventory. Recuperado de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>
- Mastandrea, L; Saldaña, L.; Rigone de Montes. M. y Farías, A. (2009). Hospital de día como dispositivo .... *Revista del Hospital ... Información y publicación científica*, 1 (1), 1.
- Méndez Méndez, G. B. (2015). *Diagnóstico del Síndrome de Burnout y sus consecuencias en la Calidad del Servicio que brindan los funcionarios municipales del Balcón de Servicios Ciudadanos*. [Tesis de titulación en Psicología Industrial] Quito, Ecuador.
- Menninger W.C. (1947). The role of psychiatry in the world today. *The American Journal of Psychiatry*, 151, (6), 75-81.
- Ministerio de Salud (2010). *Ley Nacional 26.657 de salud mental*. Recuperado (s/f) de <http://www.msal.gov.ar/...nal-salud-mental-25657.pdf>.

- Ministerio de Salud. (2000). *Ley de Salud Mental Nro. 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Recuperado (s/f) de [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s\\_mental/archivos/ley\\_de\\_salud\\_mental\\_448.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/ley_de_salud_mental_448.pdf)
- Mucci, M. y Benaim, D. (2009). Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas. *Revista Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 123-137.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Instrumento de Evaluación para los sistemas de salud mental*. IESM-OMS Versión 2.1 Recuperado (s/f) de [www.who.int/mental.../who.../argentina\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental.../who.../argentina_who_aims_report_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2001) *Informe sobre la salud en el mundo*. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado (s/f) de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Pérez Jáuregui, M.I. (2000). *Cuando el estrés laboral se llama burnout*. (“quemarse en el trabajo”). *Causas y estrategias de afrontamiento*. Buenos Aires: Universidad Libros.
- Quinceno, J.M.; Alpi. S. (2007). Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, (2), 117-225.
- Richino, S. V. (1985). *Estructuración del rol profesional*. Laboratorio en procesos institucionales. Buenos Aires. Kargieman
- Rossi, L. (1994). *Historiar en Psicología*. Buenos Aires. Tekné
- Rossi, L.; Kirsch, U.; Sturla. P. R.; Luque, E. & Rojas Breu, G. (2005) *Psicología en la Argentina*. Vestigios de profesionalización temprana. Buenos Aires. JVE.
- Rossi, L.A.; Falcone, R. & Ibarra, F. (2014). Emilio Mira y López en Argentina. *Revista de historia de la psicología*, 35 (2) 93-110.
- Salanova, M. & Cifre, E. (1999). *El proceso de tecno estrés y estrategias para su prevención* (1). Prevención, trabajo y salud. Recuperado de

[http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentqacion/TestosoNline/RevINSHT/19991/seccion\\_tecTetCompl\\_pdf](http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentqacion/TestosoNline/RevINSHT/19991/seccion_tecTetCompl_pdf).

Secretaria de Investigación (2014). Recuperado de <http://secinves.com.ar/category/etiquetas/historia-de-la-psicologia>

Tisera, A.; Pauleau, C.; Siquier, G. y Lorenzetti, V. (2005). *El equipo de salud mental en el hospital*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires.

Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional*. Una mirada del síndrome del burnout. Buenos Aires: Espacios.

Zaldúa, G.; Lodieu, M.T.; Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital ...*, 19, (4), 167-172.