



Trabajo Final de Graduación

Proyecto de Aplicación Profesional

Taller vivencial para la prevención del Síndrome de *Burnout* en profesionales
del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

Nombre: Rocío Vidal

Número de legajo: PSI01923

Carrera: Licenciatura en Psicología

2018

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	5
<i>Antecedentes</i>	7
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS	12
<i>Objetivo general</i>	12
<i>Objetivos específicos</i>	12
CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO	13
<i>Salud Mental en los profesionales de la salud</i>	13
<i>Desgaste profesional o Síndrome de Burnout</i>	17
<i>Autocuidado de los profesionales de la salud y de los equipos de trabajo</i>	21
<i>Prevención en el ámbito laboral: instituciones saludables</i>	25
<i>Taller Vivencial</i>	27
CAPÍTULO 4: RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL	31
<i>Caracterización del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua</i>	31
Devenir histórico	31
Autoridades	33
Visión, Misión y Objetivos Institucionales	33
Organización de los servicios.....	34
<i>Caracterización de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental</i>	35
<i>Organigrama</i>	36
CAPÍTULO 5: MARCO METODOLÓGICO	38
<i>Enfoque y diseño de investigación</i>	38
<i>Población, muestra y muestreo</i>	39
<i>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</i>	39
<i>Procedimiento</i>	40
<i>Consideraciones éticas</i>	40
CAPÍTULO 6: ANÁLISIS DE DATOS	42
<i>Entrevista a la Jefa de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental</i>	42
<i>Entrevistas a psicopedagogas de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental</i>	45

<i>Revisión de documentación</i>	48
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS	49
<i>Matriz FODA</i>	49
<i>Presentación y fundamentación de la problemática</i>	50
CAPÍTULO 8: FUNDAMENTACIÓN Y OBJETIVOS CLÍNICOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	51
<i>Etapa estratégica</i>	54
Recursos	55
Programa de encuentros	56
Diagrama de Gantt	57
Presupuesto destinado a la realización del taller	57
<i>Etapa táctica</i>	58
Primer Encuentro: “Cuidar nuestro fuego para que ilumine sin quemarnos”	58
Segundo encuentro: “¿Qué me pasa?”	60
Tercer encuentro: “Emociones en el cuerpo”	62
Cuarto encuentro: “Mi trabajo, mi equipo”	65
Quinto encuentro: “¡Respira, que se te pasará!”	67
Sexto encuentro: “Cierre”	70
CAPÍTULO 10: CONCLUSIÓN	73
CAPÍTULO 11: BIBLIORAFÍA	74
CAPÍTULO 12: ANEXOS	77
<i>Anexo 1</i>	78
Guía de preguntas para Jefa de la Sección	78
Guía de preguntas para psicopedagogas	80
<i>Anexo 2</i>	82
Guía de análisis para revisión de documentos	82
<i>Anexo 3</i>	83
Consentimiento Informado de participación en el Proyecto	83
Carta Informativa para Participantes del Proyecto.....	84
<i>Anexo 4</i>	85
Entrevista a Jefa de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental.....	85

<i>Anexo 5</i>	94
Entrevista a Psicopedagoga 1	94
Entrevista a Psicopedagoga 2	100

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

El trabajo clínico de los trabajadores de la salud es una tarea que tensiona la subjetividad del profesional llevándola a sus límites. Las angustias, defensas, fracturas, síntomas, corazas caracteriales son parte de una larga serie de fenómenos que atraviesan a quienes trabajan en este campo (Vainer, 2003).

Ser trabajador de la salud implica reconocerse como sujeto expuesto al encuentro con otros sujetos, en un campo de abordaje que está atravesado no solo por el padecimiento humano, sino también por situaciones políticas, sociales y económicas.

Las problemáticas propias de este tipo de puestos de trabajo, cuando no es afrontado adecuadamente, van produciendo un oculto impacto en las personas y en los equipos, ocasionando muchas veces síntomas de desgaste profesional o Síndrome de *Burnout*.

El Síndrome de *Burnout*, también llamado por algunos autores Síndrome de desgaste profesional, alcanzó mayor difusión en el año 1976 a partir de los trabajos de Cristina Maslach, y afecta mayoritariamente a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud. Sus efectos, si no se detectan a tiempo conducen al agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli, & Usandivaras, 2007).

Este Síndrome, definido como una respuesta a un estrés emocional crónico en el medio laboral, hace identificable el marco generador/desencadenante y la posibilidad de trabajar ciertos elementos de su configuración desde una mirada de protección y cuidado.

En el contexto del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, mediante la recolección de datos y su posterior análisis, surgió como problemática la falta de espacios de

contención y cuidado para los profesionales de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental y aquellos profesionales con los que se trabaja conjuntamente para el abordaje de niños y adolescentes.

Esta falta de espacios de cuidado, surge a partir del reconocimiento de síntomas de desgaste profesional o del Síndrome de *Burnout* relacionados al abordaje de las situaciones complejas y singulares que se afrontan diariamente en el Departamento de Maternidad e Infancia del Nuevo Hospital.

Como respuesta a esta problemática, y en el marco del presente Proyecto de Aplicación Profesional, se propone tomar precauciones preventivas respecto de los síntomas de desgaste profesional, mediante un dispositivo grupal con la modalidad de Taller vivencial.

Antecedentes

En la revisión de antecedentes empíricos relacionados al tema del Síndrome de *Burnout*, se encontró una investigación realizada por Leonel Sicardi en Buenos Aires, en el año 2011, bajo el título de *El padecimiento laboral en tiempos de exclusión. Posibles dispositivos de salud*. En su artículo publicado en el año 2013, el autor expresa la necesidad de prevenir y elaborar los aspectos enfermantos de la tarea profesional de quienes atienden pacientes terminales o víctimas de abuso y violencia, expuestos a la muerte o conectados con lo siniestro de la cultura.

Expone que el denominado Síndrome de *Burnout*, engloba todas las patologías profesionales que es necesario tener en cuenta, para deconstruir y no para silenciarlas. Por otra parte, amplía el concepto de *Burnout*, describiendo lo que denominó el Síndrome de la Desilusión: los profesionales sienten una desvitalización, falta de conexión y motivación para la tarea, que se debería en parte, a la distancia entre lo que se imaginaron y soñaron para su carrera profesional y la situación real, con aspectos de padecimiento, angustia y frustración (Sicardi, 2013).

La propuesta de abordaje de esta problemática se centró en el dispositivo de grupo taller con el equipo interdisciplinario de salud, con una frecuencia quincenal. Se trabajó con los emergentes grupales, siempre focalizados en el trabajo, el equipo, la institución y la persona de cada operador, con el fin de propiciar espacios focalizados en el profesional y su salud con respecto a los efectos que la tarea produce (Sicardi, 2013).

El objetivo perseguido en este dispositivo grupal apuntó a la prevención mediante la construcción de un espacio de producción de pensamiento, intercambio y elaboraciones de

los efectos traumáticos o potencialmente traumáticos inherentes a la tarea de aquellos profesionales que trabajan con el padecimiento humano (Sicardi, 2013).

Como resultados se observaron resistencias al momento de pensar acerca del trabajo en salud mental y los efectos que éste origina, así como también la tendencia a naturalizar el cansancio y el impacto emocional que la tarea produce, llegando así al agotamiento. Se observó también la tendencia a no registrar los efectos sobre el cuerpo, resultando éstos en enfermedades físicas de gravedad (Sicardi, 2013).

En el mismo contexto de la ciudad de Buenos Aires, en el año 2007, se llevó a cabo una investigación, titulada *La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Un modelo de prevención en la formación médica*.

Esta investigación, realizada por Cristina Catsicaris, Alftendo Eymann, Nicolás Cacchiarelli e Iganacio Usandivaras en el Hospital Italiano de Buenos Aires, propuso trabajar sobre la persona y la salud del médico en formación para prevenir el desarrollo del Síndrome de *Burnout*. Se apuntó a los médicos residentes de pediatría ya que los consideraron un grupo vulnerable en cuanto al desgaste profesional.

Los autores exponen que este síndrome de desgaste laboral afecta, mayoritariamente, a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud y la educación. Sus efectos, si no se detectan a tiempo, conducen al agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona. El traslado de este concepto a la complejidad del rol profesional y al desgaste no visible de la persona (su falta de registro y la naturalización del malestar en estos contextos de trabajo), da lugar a un horizonte de riesgo para la salud de los cuidadores (Catsicaris et al., 2007).

En la primera etapa de sondeo, a través de grupos focales con formato de taller, se indagó el estado afectivo y la presencia de desgaste profesional en el trabajo y la formación del residente. Se encontraron como hallazgos: alto estrés emocional producto de la tarea médica; falta de espacios programados de contención; falla en los modelos de formación y entrenamiento del médico como persona; exclusión de la subjetividad del médico, falencia tradicional en la formación médica (Catsicaris et al., 2007).

Sobre la base de los resultados, se propusieron dispositivos de trabajo grupal con la finalidad de desarrollar la contención y la prevención del desgaste laboral, con un formato de taller anual de tres meses de duración. Este espacio apuntó a favorecer la catarsis y la exteriorización de las emociones de la práctica médica (Catsicaris et al., 2007).

Debido a que el grupo de residentes planteó que no era suficiente contar con un espacio de descarga y catarsis emocional, y que necesitaban aprender habilidades y contar con herramientas de comprensión en todos los aspectos de la práctica médica, se propuso finalmente un formato de trabajo más amplio, con la doble finalidad de contención y de formación en la residencia. La actividad se incorporó al cronograma del programa de residencia y se denominó Programa de Salud Médica, cuya metodología consistió en: coordinación interdisciplinaria médico-psicológica; reuniones quincenales de 90 minutos, dinámica grupal con dos formatos de trabajo: a) reunión abierta a los emergentes que el grupo propone, b) reunión temática para el abordaje de contenidos del programa propuesto (Catsicaris et al., 2007).

Desde el punto de vista cualitativo se concluyó que los residentes manifestaron su satisfacción por la existencia del programa, expresado en la elevada asistencia al espacio de trabajo y en el compromiso con la tarea grupal (Catsicaris et al, 2007).

Un estudio más reciente, fue llevado a cabo en un hospital de Bogotá, Colombia, por Luisa Fernanda Pico Pico y Leydi Yadira Garay en el año 2015. Este proyecto se realizó con el objetivo de diseñar e implementar *Estrategias educativas para la prevención del Síndrome de Agotamiento en las enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo adulto del Hospital San Rafael de Facatativá*. Propusieron como factores desencadenantes del Síndrome de Agotamiento las múltiples responsabilidades, la complejidad de los pacientes, el tipo de contratación, la inestabilidad laboral, entre otros. Esta situación provoca ausentismo, conflicto y desmejora el clima laboral. El mayor impacto que genera el trastorno está directamente relacionado con la calidad del cuidado de enfermería que recibe el paciente (Pico Pico & Garay, 2015).

La población con la que se trabajó fueron enfermeras profesionales que ejercieran su labor en el Hospital San Rafael de Facatativá, donde se manejan altos niveles de estrés por la complejidad de los pacientes. Se tomó una muestra de seis enfermeras y se implementaron estrategias educativas, como cartilla y video, que de una forma lúdica explicaban y enseñaban diferentes actividades que se pueden realizar en la vida cotidiana, con el fin de fomentar el autocuidado y al mismo tiempo prevenir la presencia del Síndrome de Agotamiento, haciendo una participación activa de la institución (Pico Pico & Garay, 2015).

Como aspectos positivos posterior a la implementación de las estrategias educativas, se evidenció la concientización de las enfermeras en la importancia de prevenir el síndrome

y por ende realizar actividades que lo reduzcan. Como aspectos negativos, demostraron la presencia de desconocimiento sobre el Síndrome de Agotamiento y las complicaciones que ocasionen a nivel personal y laboral (Pico Pico & Garay, 2015).

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir a la prevención del Síndrome de desgaste profesional (o de *Burnout*) en los profesionales del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua que trabajan en el abordaje de niños y adolescentes, a través de un Taller vivencial.

Objetivos específicos

Propiciar la reflexión sobre los aspectos emocionales de la práctica diaria.

Promover el reconocimiento de los factores de riesgo del desgaste profesional.

Fomentar el autocuidado de la salud en los profesionales y el cuidado del equipo de trabajo.

Brindar herramientas para elaborar ansiedades y frustraciones ante situaciones que generan malestar en ámbito laboral.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

Salud Mental en los profesionales de la salud

La salud mental es la posibilidad de lograr un estado de relativo bienestar en el que el sujeto pueda funcionar en el mejor nivel de su capacidad mental, emocional y corporal ante la variedad de situaciones favorables o adversas que le toque vivir (Ferrari, 2008).

Ricardo Soriano (2006), alude al concepto de salud mental como ligada e integrada a lo sociocultural-comunitario, debido a que las personas viven en grupos humanos sumergidos en un entramado complejo de relaciones sociales. La problemática social y cultural incide de manera directa en las patologías físicas y mentales. Este entorno social caótico e inestable, deja de tener un rol continente para el individuo, y se transforma en un estímulo agresivo y patógeno, generando un campo propicio para expresiones clínico sociales, enfermedades, trastornos de angustia y ansiedad, fobias inhibitorias y paralizantes, depositaciones masivas en el cuerpo que generan afecciones psicósomáticas y orgánicas, incremento de la agresión y violencia, adicciones, entre otros (Soriano, 2006).

Los profesionales de la salud no son ajenos a la crisis actual. La atraviesan como miembros de la sociedad, sumidos en condiciones de trabajo que la reflejan y ejercen gran influencia en sus distintas formas de accionar (Soriano, 2006).

El mismo autor destaca la importancia de generar espacios grupales de reflexión entre los profesionales, espacios en los que, además de tener en cuenta los factores de riesgo del desgaste laboral, se considere la situación actual por la que se atraviesa, las relaciones profesionales, las condiciones laborales: escasez de recursos, alta incidencia de la problemática social en las personas que consultan, dificultad o imposibilidad de resolución

con los instrumentos que se disponen, exigencias normativas, con elementos científicos incorporados desde su formación no adecuados muchas veces para responder a la problemática actual. Estas situaciones se presentan como fuente de exigencia permanente y frustración, y generan un estado de malestar, disconformidad y angustia que favorece al desgaste profesional con todas sus consecuencias (Soriano, 2006).

Ser trabajador de la salud, implica reconocerse como sujeto expuesto al encuentro con otros sujetos, en un campo de abordaje que está atravesado no solo por el padecimiento humano, sino también por situaciones políticas, sociales y económicas, donde no se está exento del ideal de eficiencia, de productividad de la lógica capitalista (Asin & Pedroni, 2015).

El trabajo clínico en salud es una tarea que tensiona la subjetividad del profesional llevándola a sus límites. Las angustias, defensas, fracturas, síntomas, corazas caracteriales son parte de una larga serie de fenómenos que atraviesan a quienes trabajan en este campo (Vainer, 2003).

Al trabajar con otros en las trincheras de la salud se produce un movimiento y afectación constante de las emociones de todo tipo, que afecta, deja marcas y transforma. Implica estar expuestos a un alto monto de ansiedad y angustia, y la posibilidad de elaborar esa angustia inevitable permite mejorar la experiencia subjetiva del profesional y, por añadidura, la atención de los pacientes (Chernizky, 2015).

En el contexto de la salud mental existen marcos inestables y poco contenedores para aquellos profesionales que trabajan en la ayuda a otros seres humanos, en situaciones que reclaman altos niveles de implicación personal (Olabarría & Mansilla, 2007).

Las situaciones vividas por los profesionales de la salud mental en su labor de atención a personas con sufrimiento psíquico, configuran un escenario que contiene riesgos con dimensiones identificables del desgaste profesional o *Burnout* (Olabarría & Mansilla, 2007).

El efecto que tiene sobre los trabajadores de la salud abordar temas de alto impacto emocional, implica ciertos riesgos, por lo que es importante tomar precauciones preventivas de equipo e individuales, medidas que son lamentablemente infrecuentes. Las problemáticas propias de este tipo de puestos de trabajo, cuando no es afrontado adecuadamente, van produciendo un oculto impacto en las personas y en los equipos. Es preciso que el cuidador se cuide para poder cuidar a otros y también es preciso cuidar al cuidador con el mismo fin (Olabarría & Mansilla, 2007).

Mario Rovere en una entrevista realizada por la revista Clepios expresa: “los trabajadores de la salud no instalan terapéuticas, sino que son ellos mismos los recursos terapéuticos” (Rovere, 2015, pág. 114).

Adentrarse en la trama en que se desarrolla la práctica de los trabajadores de la salud, implica, según Vita Escardó (2016), pensar algunos interrogantes: ¿Cuáles son los componentes que se enlazan en el complejo entramado de las intervenciones profesionales? ¿Cómo incide la participación institucional en la realidad de estas personas? ¿Qué ideales se ponen en juego a la hora de elegir una profesión de asistencia a otros?

En la construcción psíquica del perfil profesional adquiere importancia el narcisismo y el sostén del yo. El rol de la universidad es notorio en este proceso, ya que la misma acarrea un rol social para la formación de determinado estilo de profesionales (Escardó, 2016).

La creación de nuevos contextos de intervención, surge de la incorporación a los sistemas de salud de poblaciones no consideradas previamente. En este ámbito, las currículas académicas necesitan de una permanente actualización, que no siempre es lograda. Similar situación sucede con las nuevas patologías o situaciones vitales, que se vuelven habituales y se naturalizan a partir de la observación en la práctica, pero que exceden a la nomenclatura nosográfica y modalidades de abordaje transmitidas por la academia. La realidad es la que confronta directamente a los profesionales que se insertan en el ámbito hospitalario sin la apropiada formación acerca de las políticas públicas y con la intención homologar la actividad con el clásico dispositivo de consultorio privado uno a uno (Escardó , 2016).

Dejours (2000) plantea un análisis acerca de la relación entre el trabajo y las patologías que de él se derivan, tomando como dimensiones el trabajo como mediador de la salud y la comprensión de sus efectos negativos sobre la salud mental. Resalta que la psicopatología del trabajo tiene el denominador común de la sobrecarga, y la enmarca en el fracaso de las transacciones entre las defensas psíquicas y el sufrimiento en relación con el trabajo (Dejours en Escardó, 2016).

A nivel psicológico, el trabajo es una relación del sujeto consigo mismo donde se pone a prueba con el mundo, a través de la resistencia que éste le ofrece, desafiando su saber hacer. Esto lleva a experimentar los propios límites y la afectividad. El proceso así atravesado resulta transformador en la medida en que la insistencia en la tarea va hallando medios para superar esta resistencia. En este sentido, el producto del trabajo es, también, trabajo psíquico (Escardó , 2016, pág. 34).

El trabajo involucra siempre a otras personas, por lo que el sujeto que trabaja queda inmerso en un vínculo social. Esto conlleva la mayoría de las veces a esperar un reconocimiento sobre la tarea laboral. Un reconocimiento dirigido al hacer, transmitido por medio del juicio de utilidad y de cualidad, normalmente expresado por la línea jerárquica (superiores, subordinados, clientes) y por los pares. El reconocimiento de los pares resulta de

mayor importancia en términos de construcción de la identidad, que el juicio de utilidad. Pero para que este juicio ocurra es necesario la existencia de una comunidad de pertenencia, con reglas comunes de trabajo y un espacio donde compartirlas y confrontarlas para evitar la rigidización de las mismas y el consecuente aislamiento del sujeto que trabaja (Escardó , 2016).

Según Dejours (2000), “las condiciones actuales del trabajo, en términos de precarización, competencia generalizada e individualismo, promueven conductas desleales que minan la confianza imprescindible para la construcción de un espacio deóntico, introduciendo también el miedo en las relaciones laborales” (Dejours en Escardó , 2016, pág. 35).

Desgaste profesional o Síndrome de Burnout

El Síndrome de *Burnout* se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (Gil Monte, 2001).

El concepto de *Burnout*, es un término de la lengua inglesa que fue descrito por Freudenberg en 1974, un médico psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. La observación de los trabajadores de esta clínica, lo llevó a la conclusión de que la mayoría de ellos sufría una pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, y desmotivación laboral (Freudenberg, en Catsicaris et al., 2007).

El Síndrome de *Burnout*, también llamado por algunos autores *Síndrome de desgaste profesional*, alcanzó mayor difusión en el año 1976 a partir de los trabajos de Cristina Maslach, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos (Catsicaris et al., 2007).

Maslach y Jackson (1982), definen el término *Burnout* como una respuesta a un estrés laboral crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar (Maslach y Jackson, en Olabarría & Mansilla, 2007).

El Síndrome de desgaste profesional afecta mayoritariamente a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud. Sus efectos, si no se detectan a tiempo conducen al agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona (Catsicaris et al., 2007).

El *Burnout* resulta ser una reacción específica de trabajadores en profesiones que trabajan en contacto con seres humanos, y principalmente en los casos de ayuda a personas que presentan daños y/o limitaciones psicológicos o físicos (Olabarría & Mansilla, 2007, pág. 6).

Al delimitar el término de *Burnout*, como respuesta a un estrés emocional crónico en el medio laboral, hace identificable el marco generador/desencadenante y la posibilidad de trabajar ciertos elementos de su configuración desde una mirada de protección y cuidado (Olabarría & Mansilla, 2007).

Maslach (1997) expresa que las condiciones que resultan riesgosas para el desarrollo del Síndrome de *Burnout* están fundamentalmente relacionadas con las características de las organizaciones, más que con las características personales del profesional, e indica algunos factores de riesgo: la sobrecarga laboral, la falta de control sobre la propia tarea, el

insuficiente reconocimiento de la labor, sensación de injusticia por condiciones económicas insatisfactorias, ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales, y conflictos de valores entre los valores personales y los de la organización (Maslach en Catsicaris et al., 2007).

Eva Giberti (2006), expresa que la identificación de los factores de riesgo de *Burnout* se pueden analizar en varios niveles: por un lado, a nivel institucional, donde aparece la sobrecarga de tareas, ambientes y entornos desfavorables, horarios excesivos, aporte de gratificaciones inadecuadas, reconocimiento de la labor infrecuente, entre otros aspectos; otro nivel de análisis remite a la subjetividad de cada profesional, donde se pone en juego los propios ideales en relación con la tarea; por último, en otro nivel de análisis, se encuentra un factor de riesgo predominante en la actualidad, y refiere a la situación sociopolítica y económica del país, donde las pautas propias de las actividades laborales se han modificado debido a los despidos, suspensión de contratos, disminución del salario e incertidumbre acerca del futuro (Giberti, 2006).

Pedro Gil Monte (2001), expone en una de sus publicaciones los posibles desencadenantes del síndrome en los profesionales de la salud, mencionando estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, el trato con usuarios problemáticos, el contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, la falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, la falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc.

La autora Vita Escardó (2016), agrupa la manifestación de la multiplicidad de síntomas que alertan sobre el Síndrome de *Burnout* en cuatro áreas:

- Plano físico: fatiga, hipertensión, contracturas musculares, cefalea, taquicardia, trastornos del apetito, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sistema inmunológico, entre otros.
- Plano intelectual: trastornos de la memoria, trastornos del juicio, problemas de concentración, falta de atención.
- Plano conductual: predisposición a accidentes, aumento del consumo de alimentos, alcohol, tabaco, café, fármacos o drogas, conflictos interpersonales acrecentados en el área laboral, familiar y social.
- Plano emocional: agotamiento emocional, expresado como irritabilidad, agresividad, llanto sin motivo aparente, ansiedad; labilidad emocional que puede incluir tristeza, aburrimiento, desesperanza, apatía; dificultad o imposibilidad de tramitar la frustración; baja autoestima; intelectualización excesiva como defensa ante las emociones que desbordan.

La prevalencia de los síntomas anteriormente mencionados resulta aleatoria y la eclosión del síndrome se pone de manifiesto de manera particular según el sujeto y el contexto. La aparición de estos síntomas y la gravedad de la situación implican un replanteo de la relación de cada persona con su tarea y pensar la necesidad de una pausa reflexiva (Escardó , 2016).

Continuando con las ideas expresadas por Escardó (2016), la ilusión es un factor básico del síndrome, dado que se presenta en profesionales cuyo ideal es ayudar a otros que sufren, muchos de los cuales se hallan en condiciones de vulnerabilidad social. Esto podría

anudarse con la formación profesional, sus estereotipos y falencias. La ilusión se alía con el ideal profesional, siempre en pugna y derribado por la realidad laboral:

La práctica de profesiones de asistencia o acompañamiento a otras personas que sufren, hecha a contrapelo del ideal profesional, es uno de los factores que favorecen la aparición del síndrome de *burnout*, a causa del desgaste psíquico que implica. Una de las tareas a realizar en un espacio que pretenda preservar a este tipo de trabajadores debería intentar hacer consciente este factor, para dar apertura a una reflexión acerca de las propias prácticas e ideales y, en la medida de lo posible, acceder a un posicionamiento vital y/o ideológico al respecto desde la subjetividad de cada profesional (Escardó , 2016, pág. 24).

Autocuidado de los profesionales de la salud y de los equipos de trabajo

Retomando a Olabarría & Mansilla (2007), el trabajo en servicios de atención a seres humanos que se encuentran en contacto con daño o violencia, posiblemente requiera de un nivel importante de implicación relacional para un buen desempeño. Pero este tipo de tareas presentan riesgos específicos en los profesionales que las desempeñan, por lo que resulta importante tomar precauciones preventivas, tanto a nivel organizacional, como a nivel de equipo e individual.

Frente al riesgo que conllevan estas tareas, resulta necesario que el cuidador se cuide para poder cuidar a otros, pero también es necesario cuidar al cuidador con el mismo fin. Es por esto que el enfoque preventivo tendría que enfatizar la responsabilidad del autocuidado en el ejercicio laboral, así como también se tendrían que desarrollar estrategias de abordaje y prevención, tanto a nivel de equipos de trabajo, como a nivel individual (Olabarría & Mansilla, 2007).

El autocuidado se define como un conjunto de medidas que toman las personas para mejorar su propia salud y bienestar en el seno de las actividades cotidianas. Es una actividad

aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, que contribuye a regular los factores que afectan a su propio desarrollo en beneficio de su salud (Fuentealba & Jofré, 2004).

Arón & Llanos (2004), refieren que el autocuidado del profesional de la salud es una responsabilidad personal; sin embargo, se cree necesario tener en cuenta no solo el autocuidado a nivel individual, sino también a nivel de equipo, siendo responsabilidad del nivel institucional generar condiciones protectoras para el trabajo de los mismos. Siguiendo las ideas propuestas por estos autores, el primer paso para el autocuidado es visualizarse como profesional en riesgo y desarrollar factores protectores.

Las estrategias de autocuidado a nivel individual según lo expresado por Arón & Llanos (2004) son:

- Registrar oportunamente y visibilizar los malestares físicos y psicológicos.
- Vaciamiento de aquellas temáticas y contenidos de alto impacto emocional que reciben diariamente los profesionales de la salud. Se cree necesario un espacio entre pares para compartir y disminuir la carga emocional, y de esta manera descomprimir las tensiones generadas para poder continuar con las tareas.
- Mantenimiento de áreas personales libres de contaminación de las temáticas de trabajo. Crear espacios de distracción y recreación que permitan bajar los niveles de tensión y recuperar energía.
- Evitar la saturación y contaminación de las redes personales de apoyo con contenido traumáticos laborales, ya que estas redes se consideran un importante factor protector a nivel emocional. El espacio de vaciamiento de eventos traumáticos debe ser hecho entre pares.

- Formación profesional en las perspectivas teóricas elegidas que instruyan en destrezas adecuadas al tipo de trabajo, y de esta manera evitar sensaciones de ineficiencia e incompetencia, muchas veces fuentes de desgaste profesional.
- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde, no auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros, para lograr un abordaje y resolución adecuados de los conflictos.

Arón & Llanos (2004) mencionan también estrategias de cuidado de los equipos de trabajo,

- Asegurar a los profesionales las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo, evitándose la exposición innecesaria a peligros y daños.
- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos en relación a los casos y las problemáticas recibidas. Permitir y estimular la apertura de espacios durante la jornada laboral donde los profesionales puedan relatar a sus colegas aquellas experiencias que los impactan emocionalmente, y lograr de esta manera un mayor afianzamiento de los equipos de trabajo.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones riesgosas que debe tomar cada miembro del equipo, y así mismo compartir la responsabilidad de las acciones que ponen en riesgo la vida e integridad de los profesionales.
- Establecer relaciones de confianza entre los miembros del equipo.
- Crear espacios de distensión, libres de temáticas laborales.

- Poner en práctica estilos de liderazgos democráticos y estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos.
- Fomentar estrategias constructivas de abordaje de conflictos, permitiendo climas protegidos donde los integrantes del equipo de trabajo puedan negociar, consensuar, y respetar las diferencias.
- Registro y visibilización de la traumatización de los equipos.
- Generación de espacios protegidos para la explicitación y resolución de los problemas surgidos al interior de los equipos.
- Apoyo de la institución para la formación continua.
- Comunidad ideológica: refiere a la ideología compartida por todos los miembros de la institución, que guiará el accionar de sus participantes, reduciendo ambigüedades y conflictos al interior del entorno del trabajo.
- Consultorías profesionales: a través de seguimiento, supervisión y apoyo a los profesionales que están comenzando a trabajar.

Al reflexionar acerca de los cuidados que reciben los equipos de salud, se concluye que los mismos son casi siempre nulos, y solo en algunas ocasiones se producen en forma indirecta a través de la formación continuada y la supervisión de equipos (Olabbarría & Mansilla, 2007).

Alejandro Vainer (2003), explicita algunos cuidados básicos para los trabajadores del campo de la salud mental: el propio tratamiento, que permite no solo aprender el método, sino metabolizar el impacto del trabajo clínico en la subjetividad; los dispositivos de supervisión, tanto individual o grupal; la formación y capacitación profesional, que brinda el

sostén conceptual para poder operar con racionalidad en el trabajo clínico; y los dispositivos de sostén de equipo, tales como reuniones de equipo, grupos de reflexión y otros, que suelen ser devaluados u olvidados.

Estos cuatro dispositivos son los cuidados básicos para cualquier profesional de la salud. Se cree que deberían configurarse como una serie de redes que permitan el sostén y la contención para el trabajo con los pacientes (Vainer, 2003).

Prevención en el ámbito laboral: instituciones saludables

El diccionario de la Real Academia Española define prevención como la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo (Real Academia Española, 2014).

José Bleger (2007), en su libro *Psicohigiene y Psicología institucional*, menciona a la prevención o profilaxis como uno de los objetivos de la higiene mental. Prevenir supone actuar antes de que las enfermedades mentales hagan su aparición. Menciona que el arma profiláctica de mayor poder está referida a la prevención inespecífica, es decir, la protección de la salud y con ello la promoción de mejores condiciones de vida.

La higiene mental, actualmente expresada como salud mental, traslada su énfasis de la enfermedad a la salud. Esta comprende el conjunto de conocimientos, métodos y técnicas para conservar y desarrollar la salud. La Organización Mundial de la Salud, en el año 1952, puntualiza a la higiene mental como las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental (Bleger, 2007).

Según Bárbara Zas Ros (2016), referirse a salud en ambientes laborales es de vital importancia para el enfoque de un desarrollo sustentable. Abordar cambios a nivel de los

entornos laborales en pos de una salud individual y colectiva, implicaría beneficios directos sobre los trabajadores y sobre la comunidad donde estos están insertos. Hablar de salud en los ambientes laborales, conlleva a poner en primer plano la Higiene Ocupacional, definida como “la ciencia de la anticipación, reconocimiento y evaluación de riesgos y condiciones perjudiciales en el ambiente laboral, así como el desarrollo de estrategias de prevención y control, con el objetivo de promover la salud de los trabajadores, salvaguardando también la comunidad y el medio ambiente” (Van der Harr, en Zas Ros, 2016).

En el campo de las instituciones de salud, las operaciones y procesos que se realizan en ellas implican riesgos para la salud de los trabajadores. Desde este punto de vista, las prácticas de prevención, definidas como aquellos cambios necesarios en los estilos de vida, modos y modelos de funcionamiento social e institucional, son esenciales para lograr conductas saludables y promover la salud de los trabajadores (Zas Ros, 2016).

La prevención en este contexto, conceptualizada como la protección contra los riesgos y las amenazas del ambiente, conduce ineludiblemente a la tarea mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades, y de las personas que las instituyen (Zas Ros, 2016).

Bárbara Zas Ros (2016), menciona un tipo particular de prevención, la prevención institucional, definida como “una resultante del conjunto de acciones ligadas por diversas especialidades encaminadas en todo un proceso para desarrollar mejores condiciones de salud en el personal que labora en las instituciones, en el contexto de su vida cotidiana institucional” (Zas Ros, 2016, pág. 70).

Al mencionar la prevención institucional, se parte de la base de un imaginario existente de lo que sería una *institución saludable*:

Una institución saludable es aquella, cuyo funcionamiento brinda todas las posibilidades para que el hombre y los grupos humanos que en ella existen, sean sanos, plenos, y puedan desarrollar al máximo sus capacidades, instituciones de salud sanas con trabajadores de la salud sanos. Una institución saludable enseña a resolver los problemas que se presentan y aprende a resolver los propios por lo que le aportan sus miembros, brindando la posibilidad de un fluir emocional positivo de ellos en la implementación de la organización de su trabajo y garantizando una comunicación adecuada entre los diferentes niveles de dirección-subordinación. La institución de salud necesita ser sana, necesita ser curada en algunos casos y necesita ser objeto de prevención de su posible enfermedad (Zas Ros, 2016, pág. 72).

Taller Vivencial

Ezequiel Ander Egg (1991), define taller como “un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Se trata de una forma de enseñar y de aprender, mediante la realización de algo, que se lleva a cabo conjuntamente. Es aprender haciendo en grupo” (Ander Egg, 1991, pág. 10).

El autor destaca algunos de los supuestos esenciales de un taller: aprender haciendo con otros, la modalidad participativa que todo taller implica, el trabajo cooperativo en función de una tarea en común, la pedagogía de la pregunta en contraposición con la pedagogía de la respuesta, el carácter interdisciplinario y la investigación junto a la práctica (Ander Egg, 1991).

Ander Egg (1991) sostiene que el diálogo, como elemento sustancial en un taller, es fundamental, ya que el mismo implica un tratamiento mutuo como personas iguales. Permite cuestionar las propias posiciones y maneras de pensar, la reflexión y el intercambio de opiniones, ejercita la escucha activa, asume una gran complejidad de problemas (Ander Egg, 1991).

Siguiendo los lineamientos del autor citado con anterioridad, se plantea que las actividades que se desarrollen deben estar relacionadas a la solución de problemas reales a

partir de la comprensión de los mismos. Se pretende indagar, reflexionar, crear dudas, y a partir de eso, pensar en los medios para hacerle frente, como por ejemplo, adquirir conocimientos, desarrollar capacidades, habilidades. Para que un taller funcione se deben aplicar técnicas, procedimientos y métodos de trabajo (Ander Egg, 1991).

Diversos teóricos de la psicología humanista han compartido la idea de que el grupo proporciona ganancias que no están presentes en el trabajo individual. Desde esta perspectiva, se han realizado diversas modalidades de trabajo con grupos, uno de los cuales es el denominado taller vivencial (Gómez del Campo del Paso, Salazar Garza, & Rodríguez Morril, 2014).

Según la definición propuesta por Gómez del Campo del Paso (2014), un taller vivencial es un espacio en el cual los participantes se reúnen en grupo para trabajar a partir de experiencias personales, sobre algún tema específico.

El taller vivencial posee una estructura y planeación previa que contempla contenidos teóricos, como así también ejercicios que posibiliten el aprendizaje y el desarrollo personal de los participantes (Villar, en Gómez del Campo del Paso et al., 2014).

Permite crear espacios dialógicos, donde se ponen en común los conocimientos, afectos y experiencias cotidianas y significativas de cada uno de los participantes, para ser resignificadas mediante estrategias de reaprendizaje, con lo cual se obtienen formas distintas de ser y de relacionarse con los otros (Berra y Dueñas, en Gómez del Campo del Paso, et al., 2014, pág. 180).

Moreno (1983), expresa que los talleres vivenciales promueven el aprendizaje significativo de los participantes, es decir, un aprendizaje que no es mera acumulación de

conocimientos e información sin conexión con la persona, sino asimilación e integración de los conceptos en la persona que los aprende, ya que tiene un significado para sí misma (Gómez del Campo del Paso, et al., 2014).

Siguiendo lo expuesto por Gómez del Campo del Paso (2014), el taller vivencial con enfoque centrado en la persona implica una experiencia de aprendizaje y de desarrollo de habilidades; si bien promueve la toma de conciencia y la reflexión sobre la propia realidad, no lo hace con la profundidad que se lograría en un proceso terapéutico.

La duración del taller se encuentra predeterminada, por lo general de 10 a 40 horas, con sesiones o encuentros planificados en los que se combinan conceptos teóricos breves, ejercicios vivenciales, reflexión personal y retroalimentación sobre la aplicación a la propia vida de estos ejercicios. El taller puede aplicarse en grupos pequeños o medianos, incluyendo desde 8 hasta 30 o 35 personas, donde se incluye un facilitador o coordinador que guíe el grupo. Su principal campo de acción son las organizaciones y las instituciones educativas, pero su aplicación se ha extendido en diferentes situaciones y ámbitos (Gómez del Campo del Paso, et al., 2014).

Lafarga (en Gómez del Campo del Paso, et al., 2014) refiere que los objetivos del taller vivencial están centrados en fomentar en los participantes cambios actitudinales y afectivos, desarrollar la cohesión del grupo, promover el autoconocimiento y favorecer la independencia, la iniciativa y la responsabilidad en el trabajo, a través de actividades que permitan a los participantes la interacción y discusión sobre las experiencias personales y la reflexión sobre las experiencias de aprendizaje.

Vita Escardó, en su propuesta de un espacio de cuidado para profesionales con el fin de prevenir el *Burnout*, resalta una modalidad de intervención grupal: “Más allá de las

situaciones y condiciones individuales que predispongan para el *burnout*, la pertenencia institucional y las demandas de un colectivo socioeconómicamente vulnerable son los factores que más riesgo de *burnout* generan en los grupos de trabajo” (Escardó , 2016, pág. 96).

El concepto de un espacio de cuidado se basa en la posibilidad de encontrar alivio para la excesiva tensión o frustración que puede generar el trabajo, apuntando también a sostener el sentido y el entusiasmo que alentaron originalmente a los profesionales en su elección labora y vocacional (Escardó , 2016, pág. 96).

Existe gran variedad de técnicas utilizadas para el abordaje de estos espacios de cuidado del profesional, pero resulta esencial utilizar la adecuada de acuerdo al momento de cada grupo. Algunas técnicas expresivas se requieren para el intercambio de impresiones o experiencias, para reflexionar o buscar alguna conclusión entre los miembros del grupo. También se utilizan técnicas de relajación, proponiendo ejercicios a los cuales el profesional puede acudir durante su trabajo. En otro momento se privilegian el juego y la creatividad a través de técnicas artísticas, como técnicas narrativas, plásticas y dramáticas (Escardó , 2016).

Cada técnica está dirigida a prevenir o hacer consciente alguno o varios de los síntomas de *burnout*. El mismo encuentro entre compañeros desde una nueva perspectiva ayuda a mejorar el clima laboral y genera confianza (Escardó , 2016).

CAPÍTULO 4: RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

El presente relevamiento institucional se concretó con el aporte de documentos facilitados por los profesionales del equipo de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental y con datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los mismos.

Caracterización del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

El *Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua*, ubicado actualmente en la calle Guardias Nacionales 1027 de la localidad de Río Cuarto (Córdoba), inicia sus actividades como hospital polivalente en el año 2004. Sin embargo, su historia data sus comienzos en la década del '40.

Devenir histórico

En el año 1944 el Gobierno Nacional edifica en un terreno de ocho hectáreas, ubicado al sur de la ciudad de Río Cuarto, cinco pabellones, talleres, viviendas particulares y capilla, destinado a unidades castrenses. Su objetivo se va a redefinir hacia el de un Hospital polivalente, es decir, un hospital con diversas especialidades del área de la salud, para que luego en el año 1946 se inaugure como Hospital Regional del Barrio de Las Ferias, dependiendo aún del Gobierno Nacional.

Transcurriendo 1969, el Dr. Lucero Kelly inaugura un Servicio gratuito de Psiquiatría dependiente del Instituto Nacional de Salud Mental, en el pabellón cinco del Hospital Regional. Un año después, las instituciones de salud, por disposición del Gobierno Nacional, pasan a ser dirigidas por las provincias, y el Hospital Regional cambia su denominación por la de *Hospital Central Río Cuarto*.

En el año 1979, durante el Gobierno militar, el Servicio de Psiquiatría es trasladado al Hospital San Antonio de Padua, situado en el extremo norte de la ciudad. Este hospital especializado en tisioneumonología, fue fundado en el mes de junio del año 1957, coincidiendo con la proliferación de la tuberculosis, y estaba destinado a pacientes que debían permanecer internados y aislados por tal afección.

El Hospital San Antonio de Padua mantuvo sus prestaciones hasta 1993, año en que se trasladó al pabellón seis del Hospital Central Río Cuarto. El edificio permaneció cerrado por varios años hasta culminar su remodelación.

En el año 2004 las autoridades provinciales decidieron trasladar el hospital desde el barrio Las Ferias al nuevo edificio en el que funciona actualmente, en Guardias Nacionales 1027. Luego del traslado, el nombre de *Hospital Central Río Cuarto* ha sido modificado por el de *Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua*, respetando su nombre original.

El mismo año, el Servicio de Salud Mental modifica su funcionamiento, quedando distribuido de la siguiente manera:

- Atención e internación de adultos en el pabellón seis, ubicado en General Mosconi 426.
- Atención de niños y adolescentes en el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, ubicado en Guardias Nacionales 1027.

En el 2009 el Área Infanto Juvenil, deja de tener un lugar ordinal e indefinido, para tener un espacio nominal incorporándose como Sección Infanto Juvenil de Salud Mental, dependiendo directamente del Departamento de Maternidad e Infancia.

Con el objetivo de adecuar el modo de abordaje de la Salud Mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes en la materia, el 2 de septiembre de 2014, el director de la Institución en ese momento, Héctor A. Schiaroli, dispuso ordenar el traslado del Servicio de Salud Mental, que funcionaba en la sede hospitalaria de General Mosconi 426 (pabellones N° 5 y 6) al edificio central del Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

Autoridades

Las autoridades del Nuevo Hospital, al mes de mayo del año 2017, se distribuyen de la siguiente manera:

Gobernador: Juan Schiaretti

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba: Dr. Francisco Fortuna

Director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua: Dr. Hipólito Scandizzi

Vice Directora del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua: Dra. Valeria Alaniz

Visión, Misión y Objetivos Institucionales

La Institución enuncia la Visión, Misión y Objetivos institucionales de la siguiente manera:

Visión: ser una institución líder destacada y reconocida en el ámbito de la salud por su innovación, complejidad médica y excelencia en la atención de los pacientes. Siendo un hospital de referencia para el sur de Córdoba en cuanto a su infraestructura y su personal con un compromiso hacia la comunidad.

Misión: es una institución que día a día trabaja bajo el concepto de satisfacción al paciente, en todos los sectores, para que estos puedan sentirse reconfortados a través de la atención profesional orientada a brindarles soluciones.

Objetivos institucionales: Optimizar los recursos en cada área, procurando la utilización eficiente de los mismos necesarios para contribuir al desarrollo de la institución. Respetar la dignidad de las personas como principio básico de su accionar, revalorizando la consideración, tolerancia y cortesía en la relación interpersonal con los usuarios, colaboradores y miembros de la comunidad en general, reconociendo al ser humano dotado de razón y voluntad. Ponderar la calidad de la atención al paciente, priorizando la solución a los problemas que puedan surgir.

Organización de los servicios

El Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, organiza sus servicios en los siguientes departamentos, de cada uno de los cuales dependen Servicios, Secciones, Divisiones y Supervisiones:

- Departamento de Medicina Interna
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Maternidad e Infancia
- Otros

Éstos, se encargan de ofrecer asistencia, prevención y capacitación al público de la ciudad de Río Cuarto y zona. Este hospital es referente para del sur de la provincia de Córdoba abarcando una gran zona de la cual recibe derivaciones. Pertenece a un segundo nivel de complejidad, contando con la tecnología necesaria para atender a todas las

patologías, con excepción de trasplantes, gran quemado y cirugías cardiovasculares complejas.

El Nuevo Hospital atiende a pacientes de todas las edades, inclusive recibe a mujeres que cursan un embarazo de alto riesgo. Las edades son un indicador para determinar al Servicio que serán derivados los pacientes. En el Servicio de Pediatría se internan bebés desde los 45 días hasta los 13 años de edad. A partir de los 14 años se internan en el Servicio de Clínica Médica.

Caracterización de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental

Dentro del organigrama hospitalario la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental, área sobre la que se centra el presente Proyecto de Aplicación Profesional, depende del Departamento de Maternidad e Infancia, y el desarrollo de sus actividades y prestaciones atraviesan transversalmente al mismo, además de participar en programas de otros departamentos y en los Comités hospitalarios.

La Sección Infanto Juvenil de Salud Mental, que se encuentra funcionando actualmente en el tercer piso del hospital, trabaja con niños y adolescentes (de 0 a 18 años de edad), de la ciudad y zona, que se encuentran en situación de riesgo y/o de vulneración de sus derechos. El equipo de esta Sección está compuesto por una psicóloga y tres psicopedagogas, que trabajan a nivel intrahospitalario y en consultorio externo. Se incluye también el aporte de una trabajadora social, que no depende formalmente de la Sección, pero esta avocada a la misma.

Las intervenciones que realiza este equipo de trabajo están referidas principalmente a la asistencia en internación madre-hijo, atención de crisis, interconsultas, asesoramientos,

derivación a tratamiento ambulatorio, así como también psicoterapia individual y familiar, admisión, diagnóstico y tratamiento, talleres de reflexión de promoción de la salud, entre otros.

Con respecto a la atención en los diferentes Servicios del Departamento Materno Infantil, se realizan revista de sala en los Servicios de Pediatría y Ginecología, atención en crisis en Guardia Pediátrica y Guardia Central, seguimiento de casos a pie de cama, valoración psicopedagógica con seguimiento, asistencia de niños/adolescentes y familia en UTI y UCI-Neonatología, intervenciones de reflexión y orientación con el personal de salud de los distintos Servicios.

Organigrama

Debido a que no hubo acceso a un organigrama general de la institución, el gráfico que se presenta a continuación es un recorte del mismo, centrado sobre la Sección en la que se llevó a cabo la recolección de datos. El siguiente organigrama fue facilitado por el equipo de trabajadores de la Sección, luego de haber sido confeccionado para los alumnos que realizan sus prácticas profesionales en el área. En él, se observa la ubicación del Departamento de Maternidad e Infancia, y dentro del mismo, los Servicios de Tocoginecología, Pediatría, Neonatología, la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, y la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental.

NUEVO HOSPITAL RÍO CUARTO SAN ANTONIO DE PADUA

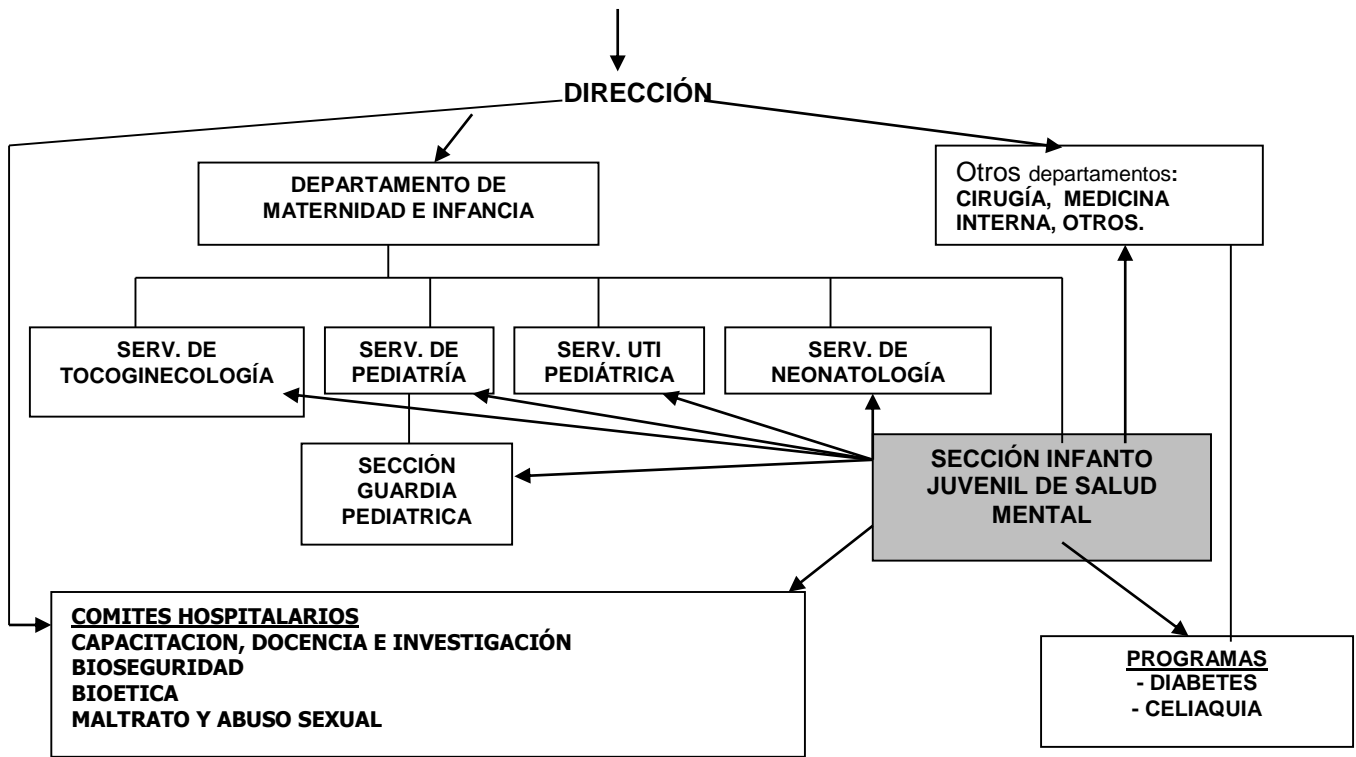


Figura 1: Organigrama

CAPÍTULO 5: MARCO METODOLÓGICO

Enfoque y diseño de investigación

En el presente trabajo se utilizó una metodología de tipo cualitativa, enfocada a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Se optó por esta lógica cualitativa con el fin de comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar sus experiencias, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

El conocimiento que se obtuvo acerca de las posibles situaciones problemáticas en el contexto de trabajo de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto, está centrado en los procesos subjetivos de los sujetos de la muestra. Por lo cual los resultados se interpretaron desde contextos particulares, sin pretender su generalización a poblaciones más amplias.

El diseño de investigación es de tipo exploratorio y descriptivo, debido a que se buscó la familiarización con fenómenos relativamente desconocidos, al mismo tiempo que la descripción de las opiniones que tienen los sujetos de la muestra respecto a posibles problemáticas en el contexto de trabajo de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental. El tipo de estudio, consecuentemente, es transversal, ya que la información se recabó en un único momento en el mes de abril del año 2017 (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Población, muestra y muestreo

En el presente proyecto se tomó como población a los profesionales que conforman el equipo de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto. La muestra estuvo compuesta por la población completa, es decir cuatro sujetos, una Licenciada en Psicología y tres Licenciadas en Psicopedagogía. De esta manera se pretendió la profundización sobre los casos en particular de los profesionales que conforman la población en cuestión (Bologna, 2003).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con el objetivo de lograr la recolección de información se recurrió a la técnica de entrevista cualitativa semiestructurada que, según Hernández Sampieri (2010), se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Se creyó conveniente la utilización de esta técnica debido a las ventajas que posee la misma en relación al propósito de este proyecto, es decir, obtener respuestas sobre el tema o problema de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado.

El instrumento para la recolección de datos referente a esta técnica, es la guía de entrevista (ver *Anexo 1*), que contiene preguntas o tópicos que deben cubrirse, con la finalidad de obtener la información necesaria para comprender de manera completa y profunda el fenómeno del estudio (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Para la recolección de datos institucionales, se utilizó la técnica de revisión de documentos, con el fin de indagar las características de la institución y su modo de

funcionamiento. El instrumento con el que se trabajó para la obtención de datos fue una guía de análisis (ver *Anexo 2*). Este tipo de técnica resulta útil para conocer los antecedentes de un ambiente, las experiencias, vivencias o situaciones y su funcionamiento cotidiano (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Procedimiento

El procedimiento de recolección de datos se efectuó en un ambiente tranquilo y neutro en lo posible para entrevistado y entrevistador. Las entrevistas se realizaron en dos encuentros durante el mes de abril del año 2017, de manera individual con cada profesional, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos cada una, siguiendo la guía de entrevista propuesta. Con previa entrega de carta informativa, y firmado el consentimiento informado, se procedió a la toma de entrevista.

Consideraciones éticas

A los participantes de la investigación se les requirió firmar un consentimiento informado y se les entregó una carta informativa (Ver *Anexo 3*), en la cual se presentó por escrito el objetivo de este proyecto y la tarea a realizar para quien participó de manera voluntaria; también se especificó la estricta confidencialidad de la información aportada.

Tabla 1: *Ficha técnica*

Diseño de investigación	Exploratorio – Descriptivo
Metodología	Cualitativa
Técnicas	Entrevista cualitativa semiestructurada Revisión de documentos
Instrumentos	Guía de preguntas Guía de análisis
Población	Profesionales que conforman el equipo de la Sección Infante Juvenil de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto
Muestra	4 sujetos (población completa)

CAPÍTULO 6: ANÁLISIS DE DATOS

Entrevista a la Jefa de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental ¹

El abordaje infanto-juvenil en el Nuevo Hospital Río Cuarto, tiene como objetivo inmediato la asistencia terapéutica de los pacientes de alto riesgo y sus familias, pero también se ocupa de la orientación, promoción y prevención de la salud.

En la Sección Infanto Juvenil se trabaja con profesionales médicos, de enfermería, kinesiología, neurología, y todos aquellos que estén avocados a la atención de niños y adolescentes, logrando algunas veces un trabajo interdisciplinario. Sin embargo se cree que en la mayoría de los casos el abordaje es multidisciplinario.

En general se considera importante la participación del psicólogo para preservar la salud, para contener al niño, al adolescente o a la familia, y para trabajar en conjunto con el médico. En muchas de las situaciones que se presentan, el rol del psicólogo tiene que ver con el trabajo con el médico en relación al paciente.

En cuando a las demandas que generan los pacientes se describen, por un lado a las provenientes de la situación de internación, y por otro a las que llegan por consultorio externo. La internación del paciente esta generada por una interrupción de la salud, y la principal demanda es la asistencia desde el punto de vista médico; en estos casos el personal de la Sección interviene para contribuir a un abordaje integral y alcanzar el estado de salud más rápidamente, en mejores condiciones. Se aborda a la familia del paciente conjuntamente con este, debido a que son participantes activos en la recuperación del niño.

¹ Ver Anexo 4

Las demandas que llegan por consultorio externo, están referidas por un lado a los requerimientos de asistencia pedagógica, generalmente derivados de la escuela. Por otro lado lo relacionado a casos que entran por guardia, siendo principalmente situaciones de urgencia, y también a niños y adolescentes, que ante la pérdida inminente de la integridad emocional, son derivados a psicoterapia desde la escuela o son traídos por la propia familia:

Unos años atrás consultaban cuando los veían tristes o en alguna situación de pérdida o duelo, ahora cada vez los padres están más temerosos frente a conductas más extremas del niño. En estos últimos meses, porque yo siempre digo que cada año va teniendo sus características, en adolescentes ha recrudecido mucho la consulta por el tema de las adicciones, ya es como espontánea la demanda de los chicos de 14, 15 y 16 años para dejar de consumir (Psicóloga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental).

La principal problemática que se reconoce es la falta de recursos humanos. La Sección cuenta con una sola psicóloga para la atención de toda la población de niños y adolescentes que recurren al hospital, situación que genera dificultades a la hora de responder a las demandas, y repercute a nivel personal y laboral sobre el profesional:

Es muy difícil para los que trabajamos en esto, trabajar en estas condiciones porque enoja mucho. Está todo depositado en una persona. Es mucho el peso, y ya de por sí los psicólogos que trabajamos en salud tenemos una carga emocional superlativa por la situación en la que trabajamos. Trabajar acá tiene un costo importante, tiene un costo que no está expresado ni en el dinero, si en el reconocimiento para nada (Psicóloga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental).

Se expresa en la entrevista que las situaciones límites que enfrentan los profesionales, generan desgaste físico y emocional. Sin embargo no existe como planificación normativa espacios de cuidado para los trabajadores de la salud, y esto se cree fundamental:

Desde la institución no hay un solo espacio que este destinado a proteger la salud del profesional. Existe algo de capacitación que está previsto por ley, pero también tendría que estar previsto por ley el tema del cuidado de la salud mental y de la salud física, porque mucha gente termina destruida (Psicóloga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental).

La principal fortaleza mencionada en relación al trabajo diario en el área, es el compañerismo, el respeto, la sinceridad y el acompañamiento a nivel profesional y personal del equipo de trabajo:

Creo que lo que hace que nos sostengamos es en realidad el respeto que nos tenemos, fundamentalmente eso, personal y por la disciplina. Y si se generan discusiones o distintos puntos de vista es en un marco de respeto, es la base. Esa es la mayor fortaleza (Psicóloga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental).

Como punto débil se reconoce, además de la carencia de recurso humano, la falta de capacitación permanente en equipo, debido a la escasez de tiempo por la sobrecarga de tareas institucionales.

Relacionado a las dificultades que enfrentan diariamente los profesionales de esta área, se piensa que existe un evidente descuido de la salud en general, pero principalmente de la salud mental, sobretodo de la salud mental de niños y adolescentes:

Si hubieran más psicólogas que atendieran niños y adolescentes, habrían muchas menos situaciones de todos esos chicos que cumplen 18 y terminan internados por adicción, por falta de contención emocional, por situaciones sociales límites. No hay presupuesto destinado a la prevención, no existe, al menos en estos últimos años (Psicóloga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental)

*Entrevistas a psicopedagogas de la Sección Infanto Juvenil de Salud
Mental*²

El rol que cumplen las psicopedagogas en esta Sección está referido a la atención de niños con alguna dificultad en el proceso de aprendizaje, al acompañamiento de niños en situación de internación y sus familias, la participación en revista de sala de los Servicios de Pediatría y Tocoginecología para la detección de posibles problemáticas referidas a la misma internación, problemáticas sociales o problemáticas escolares, con el fin de realizar prevención y promoción de la salud. La tarea del área y del Servicio de Pediatría y Tocoginecología, está enmarcada en los derechos del niño hospitalizado, y uno de los derechos es recibir educación, por lo cual la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental debe garantizar el cumplimiento de ese derecho, creando un acuerdo interface salud-educación.

Se trabaja en conjunto con trabajadores sociales, psicólogos y médicos principalmente, pero se considera que el abordaje es multidisciplinario y caso a caso.

En cuanto a las demandas de los pacientes que vienen por consultorio externo, las entrevistadas refieren principalmente a problemáticas del proceso de aprendizaje o de la práctica escolar. En el servicio de internación pediátrica y ginecológica, generalmente la principal demanda es concerniente al problema de salud que lo llevó a la internación. Desde la Sección se acompaña el proceso de internación del niño, y se realizan abordajes psicoeducativos en su mayoría, creando espacios para que la demanda del paciente aparezca:

La demanda en general para mí acá es uno a uno, y pones en marcha los dispositivos que tengas a mano y los que puedas crear para resolver la problemática. A veces la intervención es simplemente una organización de la vida cotidiana a veces la intervención no es con la familia, y es con el médico o la enfermera, esclarecer una

² Ver Anexo 5

situación o retraducir la información para que los pacientes comprendan qué es lo que les sucede (Psicopedagoga de la Sección Infante Juvenil de Salud Mental).

Las psicopedagogas expresan la existencia de limitaciones, como la falta de presupuesto, la falta de nombramiento de recursos humanos, entre otros, que influirían negativamente sobre el trabajo de los profesionales para dar respuestas a las demandas. El personal en la Sección es reducido, lo cual aumenta la sobrecarga de tareas para los trabajadores, y dificulta la consolidación de un equipo de trabajo interdisciplinario.

Las fortalezas que mencionadas son concernientes a la calidad humana del equipo de trabajo de la Sección. Confianza, contención y respeto son puntos fundamentales que se rescatan de los datos obtenidos mediante las entrevistas: “Creo que el equipo se sostiene por el compromiso, el respeto que tenemos, somos los sostenedores y nos fortalecemos a nosotros mismos” (Psicopedagoga de la Sección Infante Juvenil de Salud Mental).

Como puntos débiles se enuncian: la sobrecarga de tareas para algunos profesionales, lo que pone en desventaja a la Sección y a los pacientes; la falta de protocolización de las actividades de la Sección o de las pautas de trabajo, cuya realización favorecería la unificación de tareas para la posterior evaluación y valoración de la misma; la estructuración de los roles y funciones.

Las dificultades que se presentan en el desempeño del trabajo en la Sección, están expresadas como la falta de recurso técnico, recurso humano, espacio físico y la falta de acompañamiento por parte de niveles jerárquicos superiores, aspectos que limitarían el desarrollo de las tareas diarias. Otras dificultades son las respectivas al abordaje de ciertas situaciones o casos complejos, que se intentan resolver mediante consultas con otros profesionales, búsqueda de diferentes puntos de vistas y soluciones, análisis del caso en equipo.

Las entrevistadas consideran que trabajar en el hospital, con las situaciones que enfrentan diariamente en la atención de niños y adolescentes, repercute a nivel personal y emocional sobre el trabajador: produce malestar, impotencia, enojo, debilitamiento en las relaciones humanas, desmotivación, angustia. Frente a esto expresan como necesidad fundamental la consolidación de espacios de contención y cuidado para los profesionales, para cuidar al que cuida, necesidad que no está tomada en cuenta desde los niveles centrales de la institución: “Sería bueno tener espacios donde uno pueda expresar lo que a uno le pasa, la duda, la tristeza, la impotencia, el tener que dar la cara de que hiciste todo y no pudo ser [...] Me parece fundamental espacios de salud” (Psicopedagoga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental).

Tener un equipo que estuviera al servicio de los profesionales para acompañarlos en situaciones que son de la misma práctica, en caso de muerte, en caso de situaciones complejas, el intento de suicidio, un accidente, que haya equipo que venga a fortalecer y a sostener al equipo que actuó (Psicopedagoga de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental).

Revisión de documentación

Se analizaron documentos facilitados por las profesionales entrevistadas. De la documentación se extrajeron datos referentes a la caracterización del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, su devenir histórico, autoridades actuales, Visión, Misión y Objetivos institucionales, servicios que ofrece, organigrama, y caracterización de la Sección Infante Juvenil de Salud Mental. Estos datos se encuentran enunciados en el Relevamiento Institucional.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS

Matriz FODA

De acuerdo a los datos recolectados a través de las entrevistas se constituye la siguiente matriz FODA:

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación entre los profesionales avocados a la atención de niños y adolescentes. • Aporte de Trabajo Social en el abordaje de pacientes. • Conciencia de la necesidad del rol del psicólogo en cualquier situación de salud. • Contribución al abordaje integral del niño y adolescente. • Compañerismo del equipo de trabajo de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental • Sostén y acompañamiento entre los integrantes del equipo. • Respeto a las diferencias de opiniones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de tareas institucionales. • Sobrecarga emocional. • Personal insuficiente en la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental para poder responder las demandas. • La oferta de asistencia es precaria. • Insuficiente personal capacitado para el abordaje psiquiátrico de niños y adolescentes. • Escasa capacitación dirigida al equipo. • Sentimiento de soledad del equipo de trabajo de la Sección Infanto Juvenil. • Falta de reconocimiento a nivel institucional por el trabajo realizado. • Falta de motivación en los profesionales. • No hay espacios destinados a contener y a proteger la salud mental de los trabajadores. • Descuido por la salud mental de niños y adolescentes • Deficiencias en la protocolización de las tareas.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital polivalente referente en todo el sur de la provincia de Córdoba. • Organizaciones no gubernamentales o fundaciones que proveen recursos económicos para insumos necesarios para las cirugías. • La concurrencia de practicantes de psicología, psicopedagogía y trabajo social de carreras universitarias provenientes de universidades públicas y privadas. • Residentes interdisciplinarios de Salud Mental y de la Facultad de Medicina de la UNC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de nombramientos de nuevos profesionales para cubrir los cargos vacantes. • Escasez de presupuesto provincial destinado a la salud en general. • Escasez de presupuesto provincial destinado a la prevención de la salud mental en niños y adolescentes.

Tabla 2: *Matriz FODA*

Presentación y fundamentación de la problemática

Teniendo en cuenta las debilidades que se presentan en el análisis de los datos y en la construcción de la matriz FODA, se decide enfocar el presente Trabajo Final de Graduación en aquella problemática que posibilitaría el abordaje desde un Proyecto de Aplicación Profesional: la falta de espacios de contención y cuidado para los profesionales de la Sección Infante Juvenil de Salud Mental y aquellos profesionales pertenecientes Departamento de Maternidad e Infancia, con los que se trabaja conjuntamente para el abordaje de niños y adolescentes. La falta de espacios de cuidado surge a partir del reconocimiento de síntomas de desgaste profesional o del Síndrome de *Burnout* relacionados al abordaje de las situaciones complejas y singulares que se afrontan diariamente en el Departamento de Maternidad e Infancia del Nuevo Hospital. Angustia, impotencia, debilitamiento de las relaciones humanas en los equipos de trabajo, malestar laboral y emocional, desmotivación, son algunos de los síntomas expresados por los sujetos entrevistados.

Si bien la idea de sostén de equipo está explícita, se cree necesaria la sistematización de un espacio que permita desnaturalizar el descuido de los profesionales, y reflexionar sobre los factores que generan desgaste y malestar en el trabajo cotidiano.

CAPÍTULO 8: FUNDAMENTACIÓN Y OBJETIVOS CLÍNICOS

DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En el contexto del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, especialmente en la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental, mediante la recolección de datos y su posterior análisis, se procedió a la confección de una matriz FODA. A partir de la misma, fue posible la detección de una problemática: la falta de espacios de contención y cuidado para los profesionales de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental y aquellos profesionales con los que se trabaja conjuntamente para el abordaje de niños y adolescentes.

Esta falta de espacios de cuidado, surge a partir del reconocimiento de síntomas de desgaste profesional o del Síndrome de *Burnout* relacionados al abordaje de las situaciones complejas y singulares que se afrontan diariamente en el Departamento de Maternidad e Infancia del Nuevo Hospital.

Como respuesta a esta problemática, y en el marco del presente Proyecto de Aplicación Profesional, se propone contribuir a la prevención de síntomas de desgaste profesional, mediante un dispositivo grupal con la modalidad de Taller vivencial.

En el Taller vivencial se trabaja a partir de la experiencia personal de los integrantes, propiciando un espacio para la reflexión, el diálogo, el aprendizaje y el desarrollo personal de quienes lo componen. Es por ello que, con el objetivo principal de contribuir a la prevención del Síndrome de *Burnout*, propiciando un espacio grupal de cuidado y contención para los profesionales de la salud, se elige el Taller vivencial como propuesta de intervención.

Lo que se pretende lograr mediante este dispositivo, se relaciona directamente con los objetivos específicos de este trabajo: propiciar el reconocimiento de factores de riesgo

del desgaste profesional, fomentar el autocuidado y cuidado del equipo de trabajo, promover la reflexión y la elaboración de ansiedades y frustraciones.

Según la definición propuesta por Gómez del Campo del Paso (2014), un Taller vivencial es un espacio en el cual los participantes se reúnen en grupo para trabajar a partir de experiencias personales, sobre algún tema específico. Permite crear espacios de diálogo, donde se ponen en común conocimientos, afectos y experiencias significativas de los miembros del grupo, con el fin de lograr un aprendizaje significativo. Los objetivos están orientados a fomentar en los participantes cambios actitudinales y afectivos, desarrollar la cohesión del grupo, promover el autoconocimiento y favorecer la independencia, la iniciativa y la responsabilidad en el trabajo, a través de actividades que permitan a los participantes la interacción y discusión sobre las experiencias personales y la reflexión sobre las experiencias de aprendizaje (Gómez del Campo del Paso, Salazar Garza, & Rodríguez Morril, 2014).

Resumiendo, el taller vivencial es una experiencia de aprendizaje y de desarrollo de habilidades; si bien promueve la toma de conciencia y la reflexión sobre la propia realidad, no lo hace con la profundidad que se lograría en un proceso terapéutico (Gómez del Campo del Paso, et al., 2014).

Los objetivos clínicos perseguidos en esta propuesta de intervención son:

- Reconocer las situaciones laborales que producen malestar en los profesionales.
- Registrar las repercusiones de estas situaciones a nivel físico, emocional, y relacional.

- Informar acerca del Síndrome de *Burnout*, factores de riesgo asociados, causas y consecuencias.
- Identificar qué factores de riesgo están presentes en el equipo de trabajo.
- Desarrollar estrategias para el autocuidado de los profesionales y el cuidado de los equipos de trabajo.

CAPÍTULO 9: ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA PROPUESTA

Etapa estratégica

La estrategia de intervención bajo la modalidad de Taller vivencial se desarrollará en un total de seis encuentros, con actividades grupales e individuales, todas ellas coordinadas por una Licenciada en Psicología. Los destinatarios del Taller son los profesionales de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental y aquellos trabajadores del Departamento de Maternidad e Infancia del Nuevo Hospital Río Cuarto que quieran participar, en un grupo conformado por cuatro integrantes, como mínimo, y diez integrantes, como máximo.

La extensión del Taller será aproximadamente de tres meses, con una frecuencia quincenal (1° y 3° martes de cada mes), y con una duración de 60 a 90 minutos por encuentro, durante el horario laboral. El lugar destinado para la realización del mismo, será el Área de Capacitación y Docencia, en el primer piso del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

La participación en el Taller será de carácter optativo, y la convocatoria de los participantes se realizará mediante una carta personal que incluirá el nombre del taller, las temáticas a trabajar, cantidad de encuentros y duración de cada uno, lugar destinado al mismo, horarios, nombre, profesión y matrícula profesional del coordinador:

Carta de convocatoria:

A quien corresponda:

Se invita a usted a la participación del Taller vivencial “Prevención del Síndrome de Burnout”, a realizarse en el Área de Capacitación y Docencia del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, el próximo martes a las 10 hs. La duración del Taller es de tres meses, con encuentros quincenales (1° y 3° martes de cada mes).

El objetivo principal es contribuir a la prevención del Síndrome de Desgaste Profesional o de Burnout, mediante un espacio destinado al cuidado del profesional. Los temas a tratar serán los siguientes:

- *Malestares en los profesionales ocasionados por el trabajo diario en el Nuevo Hospital.*
- *Síndrome de Burnout, factores de riesgo e identificación de los mismos.*
- *Estrategias de autocuidado y cuidado de los equipos de trabajo.*

Atte.

Rocío Vidal

Lic. en Psicología

M.P:

Recursos

Para el desarrollo del Taller vivencial, será necesario contar con recursos humanos y materiales detallados a continuación:

Recursos Humanos:

- Coordinadora (1): Licenciada en Psicología
- Participantes (4 a 10): Profesionales de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental y del Departamento de Maternidad e Infancia del Nuevo Hospital.

Recursos Materiales: aula, sillas, mesa, fibras, revistas, diarios, papeles de colores, plasticola, tijeras, cinta, afiches, lapiceras, hojas de papel A4, proyector, reproductor de CD, computadora de escritorio o portátil, cuaderno de notas.

Programa de encuentros

Encuentro	Título	Objetivos
N° 1	<i>Cuidar nuestro fuego para que ilumine sin quemarnos</i>	<p>Presentar a los participantes del taller y al coordinador</p> <p>Introducir la temática del taller</p> <p>Propiciar el intercambio de ideas acerca de la temática</p>
N° 2	<i>¿Qué me pasa?</i>	<p>Favorecer el reconocimiento y la integración de los miembros del grupo</p> <p>Brindar información acerca del Síndrome de <i>Burnout</i>, síntomas y factores de riesgo</p> <p>Identificar la problemática en el equipo de trabajo, indagando sobre los síntomas que presenta la población laboral</p> <p>Propiciar el intercambio de experiencias</p>
N° 3	<i>Emociones en el cuerpo</i>	<p>Explorar los roles que se ejercen en las actividades laborales y en los equipos de trabajo</p> <p>Favorecer el desarrollo de la habilidad para identificar las emociones</p>
N° 4	<i>Mi trabajo, mi equipo</i>	<p>Reconocer los obstáculos y facilidades en la tarea diaria y dentro del equipo de trabajo</p> <p>Fomentar la creatividad como herramienta en el contexto laboral</p>
N° 5	<i>¡Respira, que se te pasará!</i>	<p>Incorporar técnicas de atenuación de la tensión y el estrés laboral</p>
N° 6	<i>Cierre</i>	<p>Sintetizar lo vivenciado en los encuentros</p> <p>Evaluar el impacto de la intervención</p>

Diagrama de Gantt

Encuentros	Meses	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
		<i>Semanas</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
N° 1													
N° 2													
N° 3													
N° 4													
N° 5													
N° 6													

Presupuesto destinado a la realización del taller

PRESUPUESTO			
Cantidad	Materiales	Costo Unitario	Costo Total
6	Afiches	\$ 9,00	\$ 54,00
2	Fibron negro	\$ 20,00	\$ 40,00
1	Fibras de colores x 12	\$ 49,00	\$ 49,00
2	Plasticola	\$ 10,00	\$ 20,00
1	Cinta scotch	\$ 23,00	\$ 23,00
1	Cuaderno de notas	\$ 30,00	\$30,00
10	Lapicera	\$ 9,50	\$ 95,00
6	Honorarios profesionales (Psicoterapia Grupal por 10 integrantes) por sesión	\$ 1500	\$9000,00
	Total:		\$ 9311,00

Etapa táctica

Primer Encuentro: “*Cuidar nuestro fuego para que ilumine sin quemarnos*”

Objetivos:

- Presentar a los participantes del taller y al coordinador
- Introducir la temática del taller
- Propiciar el intercambio de ideas acerca de la temática

Especificaciones del procedimiento:

En este primer encuentro se llevará a cabo la presentación del coordinador y de los miembros que asistan al taller mediante una dinámica grupal. Todos los presentes se ubicarán con sus sillas formando un círculo. El coordinador, luego de la presentación, dará a conocer el objetivo del taller y la modalidad de los encuentros. En un segundo momento se presentará una metáfora que el coordinador escribirá en un afiche, para propiciar el intercambio de ideas entre los miembros e introducir, al mismo tiempo, la temática del Síndrome de *Burnout*.

Desarrollo de actividades:

1° Inicio: Presentación

Sentados en círculo todos los asistentes al taller, incluido el coordinador, comenzarán presentado a quien esté sentado a su derecha, asignándole un nombre, una profesión y una cualidad. Para ello se dejará llevar por la primera impresión que el otro le genere. Al completar la ronda, se volverá a comenzar, pero en esta oportunidad cada uno dirá su propio nombre, su profesión real y una cualidad que lo caracterice. Esta dinámica servirá para que

los miembros se distiendan, se conozcan y al mismo tiempo, dará lugar a la expresión de la primera impresión que cada uno despierta en el otro.

Una vez terminada la dinámica de presentación, el coordinador expondrá el encuadre, dando a conocer al grupo su rol, el objetivo del taller, el tiempo de duración estimado para el mismo, la frecuencia de los encuentros, días, horarios y lugar.

2° Actividad: Metáfora

El coordinador escribirá en un afiche la siguiente metáfora: “Cuidar nuestro fuego para que ilumine sin quemarnos”. Luego preguntará a los miembros del grupo por qué creen que se eligió esa metáfora para dar comienzo a un taller cuya temática es el Síndrome de *Burnout*. Con esta actividad se busca involucrar a los participantes en la temática, propiciando el intercambio de ideas, miradas y significados que circulen en el grupo. Al ser una metáfora del fuego permite abrir las significaciones de éste como símbolo. El coordinador irá anotando en un afiche todas las asociaciones que se logren a partir de esta actividad.

3° Cierre

Para finalizar el encuentro, el coordinador preguntará a los asistentes cuáles fueron las emociones, sentimientos, reflexiones que surgieron de este primer encuentro. Tomará nota de lo que surja en este cierre para retomarlo en próximas actividades.

Materiales: sillas, afiche, fibrón, cinta, cuaderno de notas, lapicera.

Duración: 60 minutos.

Segundo encuentro: “¿Qué me pasa?”

Objetivos:

- Favorecer el reconocimiento y la integración de los miembros del grupo
- Brindar información acerca del Síndrome de *Burnout*, síntomas y factores de riesgo
- Identificar la problemática en el equipo de trabajo, indagando sobre los síntomas que presenta la población laboral
- Propiciar el intercambio de experiencias

Especificaciones del procedimiento:

En este encuentro se llevará a cabo, en una primera instancia, una actividad de “Ronda de gestos” para distender a los participantes y al mismo tiempo afianzar la integración entre los mismos. En un segundo momento, el coordinador presentará algunos conceptos esenciales del Síndrome de *Burnout*, mediante un *PowerPoint*. Luego, con los participantes reubicados en círculo, se dará lugar al intercambio de opiniones y experiencias de cada uno de los miembros.

Desarrollo de actividades:

1° Inicio: Ronda de gestos

Con el fin de lograr un clima distendido y relajado entre los participantes, y afianzar la integración de los mismos (incluyendo algún miembro nuevo que se haya incorporado en esta instancia), se llevará a cabo una actividad conjunta llamada “Ronda de gestos”. Se dispondrán todos los asistentes, incluido el coordinador, en círculo. Cada uno dirá su nombre acompañado de algún gesto que lo identifique: un guiño, un brazo en alto, una reverencia,

etc. Una vez finalizada la ronda, se volverá a repetir, pero esta vez cuando cada uno diga su nombre y haga su gesto, el resto lo imitará. Se repetirá nuevamente la ronda, con la diferencia de que, esta vez, la primera persona dirá su nombre y hará su gesto, la segunda repetirá el de la primera y agregará el suyo, y así sucesivamente. Si aparecen olvidos o protestas, el coordinador podrá aclarar que se pueden ayudar entre sí a recordar los nombres y gestos. Se repetirá por última vez la ronda, pero sin decir los nombres, solo la secuencia de gestos. En esta instancia, el coordinador comentará acerca de la importancia de tomar noción de la presencia de los demás, de la observación del lenguaje corporal, tanto propio como ajeno, y de la interacción con cada uno para avanzar en el ejercicio. Esto ayudará a la cohesión grupal para continuar con el desarrollo del taller.

2° Actividad: Conceptualización del Síndrome de *Burnout*

El coordinador, mediante una presentación de *PowerPoint*, expondrá conceptos claves del Síndrome de *Burnout*, entre ellos la definición, los síntomas y los factores de riesgo, con el fin de conceptualizar el síndrome e identificar la problemática.

En la última lámina de la presentación se expondrán preguntas disparadoras para la reflexión:

- ¿Qué me pasa con mi trabajo?
- ¿Qué me pasa con la gente a la que asisto?
- ¿Reconozco en mí alguno de los síntomas *del Burnout*?
- ¿Cómo me siento con mi equipo de trabajo?

Sentados en círculo, y tomando como referencia las preguntas disparadoras, se dará lugar al intercambio de opiniones. Los miembros del grupo podrán comentar acerca de lo

visto en la presentación, exponiendo sus temores, preocupaciones, prejuicios, reconociendo malestares y aspectos emocionales, indagando la aparición de síntomas de desgaste profesional en cada uno de ellos y dentro del equipo de trabajo. Mientras los participantes discurren la coordinadora retomará las emociones, sentimientos, reflexiones que surgieron en el primer encuentro.

3° Cierre:

Para finalizar el encuentro, el coordinador incitará a que cada participante anote en un afiche de manera libre lo reflexionado en el grupo. De esta manera se intentará poner en palabras el malestar.

Materiales: sillas, mesa, computadora, proyector, afiche, fibrón, cinta, cuaderno de notas, lapicera.

Duración: 60 minutos.

Tercer encuentro: “Emociones en el cuerpo”

Objetivos:

- Explorar los roles que se ejercen en las actividades laborales y en los equipos de trabajo
- Favorecer el desarrollo de la habilidad para identificar las emociones

Especificaciones del procedimiento:

En una primera instancia, se realizará una caminata libre por el aula, con el fin de liberar al cuerpo de tensiones y predisponer al grupo para la siguiente actividad. Luego se propondrá una actividad grupal de *role-playing* para la exploración de roles conocidos y desconocidos y para el reconocimiento de la emocionalidad en el cuerpo. “Lograr un foco de

atención en estas señales a lo largo del día laboral puede contribuir a la prevención de síntomas físicos y emocionales del desgaste profesional. También representar roles desconocidos permite el reconocimiento de prejuicios, identificaciones, temores en los roles explorados” (Escardó , 2016).

Se cambiará la disposición de los participantes durante todo el encuentro, para finalizar con una puesta en común sentados en círculo.

Desarrollo de actividades:

1° Inicio: Caminata libre

Para dar comienzo al encuentro y crear un clima distendido y aliviado, el coordinador pedirá a los participantes colocarse de pie y realizar una caminata libre por el aula: “Caminamos libremente por el aula, tomo consciencia de cómo está mi cuerpo, y voy realizando movimientos libres de las partes de mi cuerpo, los brazos, el cuello, las piernas, las manos, para distendernos y relajarnos”. Esta actividad de inicio se efectuará con una música suave de fondo. Una vez finalizada, se dará comienzo al role-playing.

2° Actividad: *Role-playing*

El coordinador propone al grupo la siguiente consigna: “Entre todos van a pensar en alguna escena o situación vivida en el ámbito laboral que les haya producido malestar. Vamos a trabajar sobre los roles y las emociones. Van a elegir dos protagonistas quienes van a representar esa escena mediante un *role-playing*, y el resto de los participantes observarán lo que acontece entre los protagonistas. En cualquier momento de la presentación y cuando lo sientan, podrán levantarse y colocarse detrás del protagonista y, con una mano en el hombro, interrumpirán la actuación para decir qué emoción o sentimiento podría estar experimentando

el protagonista en ese momento, o bien, qué dirían o harían ustedes si estuviesen en ese lugar. Podrán interrumpir la escena cuantas veces quieran. Cuando son interrumpidos, los actores deben permanecer inmóviles y concentrados en la escena”.

Una vez finalizado el *role-playing*, los protagonistas podrán comentar qué les sucedió durante la escenificación, qué sintieron representando ese rol, cuáles fueron las emociones vividas en ese momento, cómo estaba su cuerpo, dando lugar al intercambio de experiencias entre los que representaron la escena y los observadores. Se repetirá la actividad con la misma dinámica, pero esta vez representando otra escena vivida en el ámbito laboral que les haya producido bienestar y gratificación.

3° Cierre:

Para dar un cierre a este encuentro, el coordinador comentará sobre de la importancia de tomar conciencia acerca de las emociones y las sensaciones que estas emociones producen en el cuerpo. Esto es válido tanto para lo que le sucede a uno mismo, como para comenzar a preguntarse acerca del registro emocional de las personas a las que asisten diariamente.

Entre todos los participantes intercambiarán ideas para armar una conclusión de este encuentro, la cual será dejada por escrito en un afiche.

Materiales: sillas, mesa, reproductor de cd, afiche, fibrón, cuaderno de notas, lapicera.

Duración: 90 minutos.

Cuarto encuentro: “Mi trabajo, mi equipo”

Objetivos:

- Reconocer los obstáculos y facilidades en la tarea diaria y dentro del equipo de trabajo
- Fomentar la creatividad como herramienta en el contexto laboral

Especificaciones del procedimiento:

Considerando que “la creación, la espontaneidad y la libertad son potencialidades humanas indispensables para la transformación, el autoconocimiento y la cura” (Escardó , 2016), en este encuentro se desarrollará una técnica plástica, el collage, para representar el trabajo y el equipo de trabajo. Luego, se dará lugar a que los participantes identifiquen los obstáculos y facilidades en el contexto laboral. Fomentando la creatividad se trabajará sobre las maneras de sortear o cambiar esos obstáculos que podrían generar malestar.

Desarrollo de actividades:

1° Inicio:

El coordinador recibirá a los participantes, y les comentará que en este encuentro se va a trabajar con una técnica plástica: el collage, para lo cual será necesario poner en práctica la herramienta de la creatividad (concepto que será trabajado al final del encuentro).

2° Actividad: Collage

El coordinador pedirá a los asistentes que se dividan en dos grupos, les entregará materiales y un afiche en blanco. La consigna será la siguiente: “uno de los grupos elaborará un collage con los materiales que deseen utilizar, pero centrándose en la temática “Mi trabajo”, el otro grupo realizará lo mismo pero con la temática “Mi equipo de trabajo”.

Siéntanse libres de expresarse en el afiche. Tendrán 30 minutos para completar la actividad”. Una vez finalizado este tiempo, el coordinador recorrerá los grupos y les pedirá que le pongan un título al collage, y que reflexionen sobre los obstáculos y facilidades que encuentran tanto en el trabajo como en el equipo.

Los grupos expondrán sus collage, comentarán al resto de los participantes qué los inspiró, qué representaron con esta técnica, por qué eligieron ese título, como se repartieron los roles para completar la actividad. El coordinador preguntará a los expositores qué obstáculos y qué facilidades encuentran diariamente en su trabajo y en su equipo de trabajo. A medida que los puedan identificar, los escribirán en el afiche. La siguiente pregunta será “¿Cómo podrían cambiar o sortear esos obstáculos?”. Todo el grupo podrá aportar sus opiniones.

3° Cierre

Al finalizar la actividad, los participantes se sentarán en círculo, y el coordinador les pedirá que comenten acerca de lo que sintieron realizando la tarea. En este momento, se retomará el concepto de creatividad mencionado al inicio, y se reflexionará de cómo una intervención creativa en el día a día posibilitaría reordenar un contexto laboral dado cuando resulta conflictivo. La creatividad podría colaborar a encontrar soluciones impensadas para obstáculos resistentes a otros abordajes.

Materiales: afiches, plasticola, tijeras, revistas, diarios, papeles de colores, fibras.

Duración: 90 minutos.

Quinto encuentro: “¡Respira, que se te pasará!”

Objetivos:

- Incorporar técnicas de atenuación de la tensión y el estrés laboral

Especificaciones del procedimiento:

Considerando que, según Vita Escardó (2016), utilizar técnicas de relajación y de respiración puede mejorar el estado emocional y físico en situaciones de malestar, en este encuentro se desarrollará un ejercicio de relajación con visualización, para luego dar lugar a técnicas de respiración para aliviar el estrés. El coordinador será quien guíe las actividades, pero al mismo tiempo será participante activo de las mismas, con el fin de lograr una cohesión grupal y un clima de confianza.

Desarrollo de actividades:

1° Inicio:

El coordinador recibe a los participantes, comentándoles que en este encuentro se va a trabajar con técnicas de relajación y de respiración para que puedan utilizarlas en momentos de tensión o malestar. Les pedirá que en una o dos palabras describan cómo se sienten en ese momento. Los invitará a ponerse de pie y a realizar una inspiración profunda elevando los brazos por encima de la cabeza y estirando los mismos hacia arriba, como queriendo tocar el techo. Al espirar bajan los brazos suavemente al costado del cuerpo. Se repetirá esta respiración tres veces. Luego los asistentes se ubicarán con sus sillas en círculo, pero distanciados unos de otros para dar lugar a la siguiente actividad.

2° Actividad: Relajación y respiración

El coordinador guiará la actividad pero participará de ella al mismo tiempo, integrándose al círculo con los participantes.

Relajación con visualización: Los asistentes podrán descalzarse si así lo prefieren; con una música suave de fondo el coordinador propondrá la siguiente consigna: “Vamos a comenzar el encuentro con un ejercicio de relajación con visualización, ustedes van a tener que imaginar una situación que les genere sensación de bienestar y yo los voy a ir guiando”.

Una vez esclarecida la consigna, el coordinador dirigirá la siguiente visualización:

“Nos sentamos cómodamente en la silla, con la espalda bien apoyada en el respaldar, la planta de los pies apoyadas en el suelo, y coloco las manos relajadas al costado del cuerpo o encima de los muslos. Vamos a cerrar los ojos, e imagino que estoy caminando descalzo por un prado. Es primavera, el pasto es suave y verde, se dejan entrever algunas flores silvestres. Encuentro en ese prado un lugar que me gusta y me recuesto lentamente sobre la suavidad del pasto, en contacto con la tierra. Siento la calidez del sol en mi rostro, y una brisa suave que me envuelve. Cierro los ojos y comienzo a sentir mi cuerpo, la espalda apoyada sobre el suelo, percibo cómo están mis pies, cómo están mis piernas, los muslos, cómo mi cadera apoya sobre el suelo. Percibo ahora cómo está mi abdomen, mi espalda, mi tórax. Siento cómo se mueve mi tórax con cada respiración. Percibo mis hombros, mis brazos, y siento el contacto del suave pasto en las palmas de mis manos. Percibo mi cuello, mi cabeza, mi rostro. Me detengo en el rostro, y observo si está relajado o tensionado, relajo las mejillas, el ceño, las mandíbulas, dejo que la lengua se expanda dentro de mi boca. Ahora recorro mi cuerpo nuevamente, y encuentro qué parte de él está tensionada. Inhalo y al exhalar la relajo. Suelto el peso del cuerpo sobre la tierra, la tierra me sostiene. Me concentro en la respiración, y cuando inhalo visualizo que el aire limpio y fresco entra por la planta de los pies recorriendo todo mi cuerpo, llenándome de energía. Al exhalar siento como el aire que sale por mis pies se lleva toda la carga, la tensión, las preocupaciones, y me relajo. Repito esa respiración 3 veces, y siento como mi cuerpo se relaja cada vez más. Me quedo con esta sensación placentera durante unos minutos”.

El coordinador dará unos minutos en silencio manteniendo el estado de relajación de los participantes, para luego finalizar esta técnica:

“De a poco voy moviendo mis pies, mis piernas, mi tórax, las manos, la cabeza. Voy saliendo lentamente de ese estado de relajación, pero me quedo con esta vivencia para cada vez que la necesite. Abro los ojos”.

El coordinador preguntará cómo están, y se dará un espacio para que cada uno exprese lo vivenciado con esta actividad.

Técnicas de respiración: nuevamente se les pedirá a los participantes que se sienten cómodamente en las sillas, el coordinador les pedirá que cierren los ojos, dirigirá los siguientes ejercicios:

“Hacemos consciente nuestra respiración, sentimos cómo entra el aire fresco por la nariz cuando inhalamos, y cómo sale el aire cálido por la nariz cuando exhalamos. Cuando inhalo llevo el aire hacia el abdomen, expandiéndolo. Coloco las manos con los dedos entre cruzados sobre el estómago, y siento cómo se expande cada vez que inhalo y mis dedos se separan; cuando exhalo el abdomen vuelve a su lugar y mis dedos se acercan. Vamos a hacer ahora una respiración completa: inhalo, el aire ingresa y va hasta el abdomen expandiéndolo, sigo inhalando y se expande la caja torácica, y por último se llenan mis pulmones y se eleva el pecho hacia adelante y hacia arriba. Al exhalar, siento cómo primero baja el pecho, luego se contrae la caja torácica, y finalmente el abdomen vuelve a su lugar. Repito esta respiración completa una vez más. Ahora vamos a practicar una respiración regulada que nos va a ayudar cuando nos invada la tensión o el estrés. Inhalo suave y profundamente por nariz contando hasta 8, me concentro en la sensación de relajación que me produce esta inspiración. Luego, contengo la respiración mientras cuento hasta 8. Por último, exhalo lentamente contando hasta 8. Mientras inhalo me afirmo a mí mismo ‘Me relajo’, mientras contengo la respiración digo ‘y abandono’, y durante la exhalación digo ‘todas mis preocupaciones’. Repito este ejercicio de 4 a 6 veces”.

Finalizada esta actividad, el coordinador pedirá a los participantes que abran los ojos, y que se dispongan para el cierre del encuentro.

3° Cierre

El coordinador pedirá a los participantes, como se realizó en el inicio, que expresen con una o dos palabras cómo se sienten ahora. Se dará lugar al intercambio de vivencias durante el recorrido de este encuentro, se les preguntará cómo llegaron y cómo se sienten ahora al finalizar los ejercicios. Se comentará sobre la posibilidad de que los asistentes

recuperen estas técnicas aprendidas y las utilicen durante los momentos del día en que el estrés y el malestar se presenten. Un recurso importante a tener en cuenta para el autocuidado. El coordinador tomará nota de lo que surja en este cierre para retomarlo en el cierre del taller.

Materiales: sillas, cd, reproductor de cd, cuaderno de notas, lapicera.

Duración: 60 minutos.

Sexto encuentro: “Cierre”

Objetivos:

- Sintetizar lo vivenciado en los encuentros
- Evaluar el impacto de la intervención

Especificaciones del procedimiento:

En una primera instancia, retomando lo trabajado en los encuentros anteriores, los participantes en grupo realizarán por escrito una conclusión del taller. Luego, para poder evaluar cuál fue el impacto de la intervención se les brindará a los asistentes un cuestionario con indicadores elaborados sobre la base de los objetivos clínicos para que los profesionales puedan responder. El resultado de esta evaluación de impacto servirá tanto para el coordinador como para los directivos de la institución.

Desarrollo de actividades:

1° Inicio:

El coordinador les dará la bienvenida a los participantes y mencionará que éste es el último encuentro del taller. Como actividad de cierre se les pedirá que se sienten en círculo, y que si lo recuerdan, realicen los gestos que cada uno expresó en el segundo encuentro, para

finalizar el taller con la “coreografía del grupo”. Comenzando la ronda nuevamente, el primer participante hará su gesto, el segundo hará el gesto del primero añadiendo el suyo, y así sucesivamente hasta completar el círculo. Esta “coreografía del grupo” tendrá el fin de destacar el trabajo grupal y en equipo logrado durante los encuentros del taller.

2° Actividad: Síntesis

El coordinador pegará sobre la pared los afiches que el grupo fue realizando durante los encuentros. Se dará comienzo al cierre del taller con la siguiente propuesta: “Haciendo un recorrido de las actividades realizadas, les voy a pedir que en grupo armen una conclusión de lo trabajo y vivenciado en el taller”. La conclusión quedará escrita en un afiche, que será pegado junto con los otros.

Finalizada esta actividad, el coordinador les entregará una copia de un cuestionario que cada uno responderá de manera individual, con el fin de realizar una evaluación inmediata del impacto que el taller produjo en cada participante.

<i>Evaluación de Impacto</i>				
<i>Marcar con una X su respuesta</i>	ML	L	PL	NL
Identificación de posibles síntomas de <i>burnout</i>				
Identificación de factores de riesgo de <i>burnout</i>				
Toma de conciencia sobre situaciones cotidianas del trabajo que producen malestar				
Noción de autocuidado y su importancia				
Noción del cuidado del equipo y su importancia				

Aspectos favorables aprendidos en el taller:

Sugerencias:

Escala de valoración: ML: muy logrado – L: logrado – PL: poco logrado – NL: no logrado

3° Cierre

Para finalizar, se abrirá el espacio para que los participantes reflexionen sobre el proceso que realizaron en este taller, posibilitando la puesta en palabras de los sentimientos, emociones y pensamientos que tuvieron a lo largo de la intervención. El coordinador agradecerá la participación de cada uno de los profesionales.

Materiales: afiche, fibrón, cinta, 10 copias del cuestionario, lapiceras.

Duración: 60 minutos.

CAPÍTULO 10: CONCLUSIÓN

CAPÍTULO 11: BIBLIORAFÍA

- Ander Egg, E. (1991). *El Taller. Una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de La Plata.
- Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20(1-2), 5-15.
- Asin, F., & Pedroni, C. (2015). Una guardia conmovida, un equipo urgentado. . *Clepios*, 100-103.
- Bleger, J. (2007). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bologna, E. (2003). *Introducción a las técnicas de muestreo*. Córdoba: Universidad Siglo 21.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(3), 236-240.
- Chernizky, J. (2015). La salud de los profesionales en formación. *Clepios*, 123-129.
- Edelman, L., & Kordon, D. (1996). Fantasía y grupo. En M. Bernard, *Desarrollo sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica* (págs. 45-57). Buenos Aires: Lugar.
- Escardó , V. (2016). *Síndrome de burnout. Cuidado de cuidadores. Dispositivos grupales y técnicas de intervención*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Ferrari, H. (2008). *Salud mental en medicina: contribución del psicoanálisis al campo de la salud*. Buenos Aires: Corpus.

- Fuentealba, M., & Jofré, G. (2004). Promoción del autocuidado al interior de los equipos de salud. Chile: Universidad Austral de Chile.
- Giberti, E. (2006). Atención a niños y niñas víctimas: el efecto Burnout en los profesionales. *ILANUD al Día*, 14(27), 133-148.
- Gil Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones. *Revista Psicología Científica.com*.
- Gómez del Campo del Paso, M. I., Salazar Garza, M. L., & Rodríguez Morril, E. I. (2014). Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 175-190.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1-14.
- Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el Burnout: cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), 1-14.
- Pico Pico, L. F., & Garay, L. Y. (2015). Estrategias educativas para prevenir el síndrome de agotamiento en el personal de enfermería. Bogotá, Colombia: Universidad de La Sabana.
- Ravenna de Selvatici, M. (1989). El grupo psicoanalítico de reflexión. *Primeras jornadas de grupos de reflexión*. Buenos Aires: ficha APCVC.

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Rovere, M. (Octubre de 2015). La Salud Mental de los trabajadores de la Salud. (Clepios, Entrevistador)
- Rubio, M. J., & Varas, J. (2004). *Ámbitos de análisis de la realidad*. Madrid: CCS.
- Sicardi, L. (2013). El padecimiento laboral en tiempos de exclusión. *El psicoanalítico*(12), 22-31.
- Soriano, R. (2006). Prevención y atención primaria en salud mental. En N. Marchant, & A. Monchablon Espinoza, *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2).
- Vainer, A. (2003). Los (des)cuidados trabajadores de la Salud Mental. *Clepios*.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Zas Ros, B. (2016). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. La Habana: ALFEPSI.

CAPÍTULO 12: ANEXOS

Anexo 1

Guía de preguntas para Jefa de la Sección

Profesión y desempeño laboral

- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Hace cuánto que trabaja en esta institución?
- ¿Cuál es el rol que usted desempeña específicamente dentro de este hospital?

Caracterización de la institución

- ¿Cómo está organizado el hospital?
- ¿Cuál es la historia de la institución? Fecha de fundación, directivos, etc.
- ¿De quién depende la institución?
- ¿De dónde provienen los recursos?
- ¿En qué áreas de la atención a la salud se hace principal hincapié? (asistencia, prevención, etc.)

Caracterización de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental

- ¿En qué área desempeña su trabajo?
- ¿Cómo está organizada el área?
- Equipo de trabajo del área: cómo está compuesto, roles, etc.

Trabajo de equipo, interdisciplina

- ¿Junto a qué otros profesionales trabaja?
- ¿Cuál es el trabajo del equipo?
- ¿Existe comunicación entre los profesionales de diferentes disciplinas a la hora de trabajar sobre una misma demanda o situación?
- ¿Considera que existe un trabajo interdisciplinario? Si así fuera, ¿Cómo es dicho trabajo?

Público a quien se dirige la atención, demandas

- ¿Cuál es el público al que dirigen la atención en esta Sección?

- ¿Cuáles son las principales demandas de los pacientes que llegan a la institución?
- ¿Cómo se responden esas demandas?
- ¿Quedan demandas o problemáticas sin responder?
- En tal caso, ¿Cree que podrían resolverse? ¿De qué manera?
- ¿Cree que sería necesario el trabajo u aporte de alguna especialidad o profesional en la institución?

Fortalezas y debilidades

- ¿Qué puntos fuertes o positivos puede mencionar del trabajo en esta Sección?
¿Cuáles son aquellas cosas o situaciones que funcionan bien dentro de la Sección?
- ¿Cuáles son aquellos puntos débiles que detecta en el trabajo que realiza esta Sección?
- ¿Cuáles son las mayores dificultades que se presentan en el trabajo diario?
- ¿Cómo se vienen trabajando esas dificultades? ¿A quienes recurren?
- ¿Cree que se puede hacer algo más para contribuir a la resolución de esas dificultades?

Contención de los profesionales

- ¿Qué repercusiones a nivel personal tiene el trabajo diario en esta Sección?
- ¿Cree que sería necesario algún tipo de contención o cuidado de los profesionales de la salud?

Guía de preguntas para psicopedagogas

Profesión y desempeño laboral

- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Hace cuánto que trabaja en esta institución?
- ¿En qué área desempeña su trabajo?
- ¿Cuál es el rol que desempeña específicamente?

Trabajo de equipo, interdisciplina

- ¿Junto a qué otros profesionales trabaja?
- ¿Cuál es el trabajo del equipo?
- ¿Existe comunicación entre los profesionales de diferentes disciplinas a la hora de trabajar sobre una misma demanda o situación?
- ¿Considera que existe un trabajo interdisciplinario? Si así fuera, ¿Cómo es dicho trabajo?

Público a quien se dirige la atención, demandas

- ¿Cuáles son las principales demandas de los pacientes que llegan a la institución?
- ¿Cómo se responden esas demandas?
- ¿Quedan demandas o problemáticas sin responder?
- En tal caso, ¿Cree usted que podrían resolverse? ¿De qué manera?
- ¿Cree que sería necesario el trabajo u aporte de alguna especialidad o profesional en la institución?

Fortalezas y debilidades

- ¿Qué puntos fuertes o positivos puede mencionar del trabajo en esta Sección?
¿Cuáles son aquellas cosas o situaciones que funcionan bien dentro de la Sección?
- ¿Cuáles son aquellos puntos débiles que detecta en el trabajo que realiza esta Sección?
- ¿Cuáles son las mayores dificultades que se presentan en el trabajo diario?
- ¿Cómo se vienen trabajando esas dificultades? ¿A quienes recurren?

- ¿Cree que se puede hacer algo más para contribuir a la resolución de estas dificultades?

Contención de los profesionales

- ¿Qué repercusiones a nivel personal tiene el trabajo diario en esta Sección?
- ¿Cree que sea necesario algún tipo de contención o cuidado de los profesionales de la salud?

Anexo 2

Guía de análisis para revisión de documentos

- Caracterización del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua
- Historia de la institución
- Autoridades actuales
- Visión, Misión y Objetivos institucionales
- Servicios que ofrece
- Organigrama
- Caracterización de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental

Anexo 3

Consentimiento Informado de participación en el Proyecto

Acepto participar voluntariamente de este proyecto conducido por Rocío Vidal (DNI: 34689274), estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en la realización de un Proyecto de Aplicación Profesional.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en participar de una entrevista con una duración de 40 minutos aproximadamente.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este estudio es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Rocío Vidal a través del e-mail: rocio_vk@hotmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

.....

Nombre del participante

Firma del participante

(en letra imprenta)

Fecha:

Carta Informativa para Participantes del Proyecto

El presente trabajo es conducido por Rocío Vidal (DNI: 34689274), estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es un Proyecto de Aplicación Profesional.

A quienes accedan a participar en este proyecto, se les pedirá que participe de una entrevista, con una duración aproximada de 40 minutos.

La participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este proyecto. Sus respuestas serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que ustedes deberán firmar, posterior lectura. El mismo no será entregado a nadie, y una vez concluido el estudio y aprobado el Trabajo Final de Graduación, será destruido a los fines de preservar la identidad de los participantes.

Si tienen alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, pueden retirarse del proyecto si así lo deciden, sin que eso los perjudique de ninguna forma. Si ustedes desean información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: rocio_vk@hotmail.com, y una vez aprobado por la Comisión Evaluadora, se les enviará una copia del mismo.

Desde ya les agradezco su participación.

Firma: _____

Rocío Vidal

Estudiante de Lic. en Psicología

Legajo: PSI01923

Anexo 4

Entrevista a Jefa de la Sección Infanto Juvenil de Salud Mental

Referencias: *Entrevistador* - Entrevistado

¿Cuál es tu profesión y hace cuanto que trabajas en la institución?

Yo soy psicóloga y acá en el hospital hace 20 años que trabajo

¿Cómo está organizado el hospital?

El hospital está organizado por departamentos, es decir, existe una dirección del hospital y de la dirección se derivan departamentos. Está dividido en, creo que son cinco o cuatro: Departamento de clínica médica, el Departamento de cirugía, el Departamento de maternidad e infancia, el Departamento de la guardia o emergentología. Creo que no me olvido ninguno, laboratorio, el servicio de kinesiología dependen de clínica médica.

¿Cuál es la historia de la institución? ¿Cuándo se fundó? ¿Quién es el director?

No me acuerdo, pero hay documentos en los que están todos los datos, desde que se donan los terrenos. Porque en este hospital ediliciamente, que se llamaba San Antonio de Padua, funcionaba el servicio de salud mental y el de enfermedades infecciones. Pero en el hospital central, que estaba en el otro predio, funcionaban el resto de los servicios. Lo que pasó es que cuando salud mental se mudó acá se fusionaron, y el hospital pasó a ser uno solo pero en realidad en sus orígenes había dos hospitales. Ese predio que es de donde nace el hospital tiene una historia de los terrenos y de unas donaciones, pero no conozco con detalle la historia, pero está escrito todo eso.

¿Cómo se llama el director actual?

El doctor Hipólito Scandizzi

¿De quién depende la institución?

El hospital depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

¿De dónde provienen los recursos?

Del aporte de la Provincia, del presupuesto provincial que han destinado a salud.

¿En qué áreas de la atención de la salud se hace principal hincapié?

En este momento en la asistencia básica yo te diría, prevención casi nada. Aparentemente se va a poner en marcha un programa que tiene que ver con la maternidad centrada en la familia que en Córdoba capital ya lo vienen trabajando hace varios años. Y acá el año pasado vinieron a ofrecer la capacitación, pero hay que ver si eso se implementa. Eso está más dirigido a la prevención, porque incluye el parto responsable, la inclusión de la familia a la hora de la concepción, el embarazo, el parto, el puerperio, la atención primaria en niños; tiene que ver más con la formación y la capacitación para parejas, padres, mujeres. En eso consiste en síntesis la maternidad centrada en la familia, que está más referida a la prevención, pero veremos...

En cuanto a la Sección Infanto Juvenil, ¿cómo está organizada esta área? ¿Cómo está compuesto el equipo de trabajo y cuáles son los roles que cumplen?

Los servicios donde tenemos participación, son todos los servicios dentro de Maternidad e Infancia, o sea la sala de pediatría, la sala de terapia intensiva, la sala de gineco y obstetricia, también incluye preparto y la sala de terapia neonatal. Esos son los lugares donde nosotros ejercemos las funciones de diferentes ámbitos, y además el consultorio de psicopedagogía y de psicología. En este momento la única psicóloga soy yo, y tres psicopedagogas, que la función de las chicas está más destinada siempre a la prevención, está enfocada en realidad a todo lo que tiene que ver con la información y la prevención en salud. También está la trabajadora social, que este año está más tiempo compartiendo el trabajo en equipo, siempre trabajamos en equipo pero ahora ella está más avocada, le han facilitado estar más tiempo en la Sección; aunque formalmente depende de trabajo social, en la práctica esta mucho tiempo trabajando con nosotras, lo cual nos facilita enormemente.

¿Junto a qué otros profesionales trabajan?

Y fundamentalmente médicos, enfermería, kinesiología, neurología, todos los profesionales que están atendiendo niños. Es decir, de 0 a 14 años en pediatría, y de 14 a 18 años en los otros servicios también, todos los profesionales que están asistiendo a ese paciente que nosotros atendemos. O sea que todo el equipo de salud.

A la hora de trabajar con la misma situación o demanda, ¿existe comunicación con los otros profesionales? ¿Se puede pensar que hay un trabajo interdisciplinario?

Si, muchas veces sí. En algunos casos mucho tiene que ver con la predisposición del profesional de trabajar en equipo. Esas son situaciones que tienen más que ver con la predisposición personal y con la formación de cada uno. Hay algunos profesionales que están más acostumbrados o que están más formados y tiene más capacidad de trabajar en equipo y otros menos. Pero creo que en general la tendencia en salud es cada vez más abordar las situaciones de manera interdisciplinaria. Yo por la

experiencia que tengo, hace años en cuanto al rol del psicólogo, que es de lo que puedo hablar, por ahí había más desconocimiento, mas reticencia, o estaba más relacionado el rol del psicólogo al tratamiento de enfermedades mentales o padecimientos que tuvieran que ver con lo emocional. Actualmente, y cada vez más, se considera necesario incorporar al psicólogo a cualquier situación de salud, en donde existe un niño o un adolescente internado o con dificultades en el mantenimiento de la salud; en general se considera importante la participación del psicólogo para preservar la salud, para contener al niño, al adolescente o a la familia, para trabajar en conjunto con el médico. En muchas situaciones en realidad el rol del psicólogo tiene que ver más con el trabajo con el médico en relación al paciente, porque los médicos en la formación todavía no tienen muchos elementos de lo que es considerar al ser humano como un ser humano con emociones, con todo lo que rodea a una situación de salud, con todo lo que implica que esté en crisis la salud. Entonces por ahí es mucho el trabajo con el médico, con el paciente, pero cada vez creo es más posible el trabajo interdisciplinario, en muchas situaciones se logra bien.

¿Cuál es el público al que se dirige la atención en esta Sección?

De 0 a 18 años de la ciudad y de la zona. Porque nuestro hospital es hospital regional, o sea que es referente para una zona que abarca el sur de Córdoba, es una amplia zona que abarca. Y también hay por ahí poblaciones que no están dentro de la provincia pero que por cercanía concurren al hospital, de San Luis por ejemplo, o norte de La Pampa; muchas veces tenemos pacientes de otras provincias y que hay que asistir, al menos en situaciones de urgencia y después se hacen las derivaciones pertinentes, pero por ejemplo de San Luis viene seguido la gente.

¿Cuáles son las principales demandas con las que llegan los pacientes acá en la Sección? ¿Cómo se responden esas demandas?

Acá en la Sección, yo lo incluiría como en dos grandes motivos a partir de los cuales se generan las demandas. Uno que es a partir de la internación de todos los pacientes de 0 a 18 años, la internación del paciente esta generada a partir de una situación de interrupción de la salud física habitualmente, a no ser los casos de los intentos de suicidio que ya son muy particulares, pero en general son pacientes que son internados por una interrupción de la salud y que necesitan asistencia desde el punto de vista médico, y que nosotros vamos a contribuir a ese abordaje integral para alcanzar el estado de salud más rápidamente, en mejores condiciones, abordando el ser humano integral. Eso es lo que se relaciona con la internación. Cuando digo paciente también se incluye la familia porque cuando son bebés o niños muy pequeños y que están hospitalizados, el abordaje lo hacemos con la familia o quien acompañe al niño, que son participantes muy activos en la recuperación del niño. Justamente porque

se trata de un niño, es el niño y su ambiente. Entonces bueno, el abordaje es con el grupo familiar o el grupo de referencia.

Por un lado todo lo relacionado a la internación, y por otro lado la demanda que hay por consultorio externo, que ahí ya también podríamos subdividirlo en otros subgrupos que son, por un lado lo que tiene que ver con los pacientes que requieren asistencia pedagógica, generalmente son derivados de la escuela o por que los padres notan las dificultades que tiene el niño para aprender; en este momento, debido a que somos pocos profesionales y a la demanda que hay, las chicas no están asistiendo, no hacen tratamiento psicopedagógico en el hospital porque su tarea está referida a internados, a situaciones de prevención, y no pueden realizar tratamientos individuales psicopedagógicos. Pero la demanda es esa, entonces lo que hacen es orientar, derivar, tratar de direccionar esa atención que generalmente lo pueden hacer en el dispensario del barrio o en el centro de salud. Eso es lo que se refiere a psicopedagogía. En cuanto a psicología, la gente está cada vez más informada de lo que significa el rol del psicólogo y en general la atención por consultorio está relacionada con todos aquellos casos que entran por la guardia, que son situaciones de urgencia, donde hay casos de intento de suicidio motivados por las más diversas causas, y niños que a veces son derivados de la escuela o son traídos también por su propia familia ante la pérdida inminente de la integridad emocional, pero cada vez son casos más delicados. Unos años atrás consultaban cuando los veían tristes o en alguna situación de pérdida o duelo, ahora cada vez los padres están más temerosos frente a conductas más extremas del niño. En estos últimos meses, porque yo siempre digo que cada año va teniendo sus características, en adolescentes ha recrudecido mucho la consulta por el tema de las adicciones, ya es como espontánea la demanda de los chicos de 14, 15 y 16 años para dejar de consumir. Este año es lo que más estoy viendo hasta ahora en los adolescentes.

¿Vienen ellos mismos a la consulta o acompañados?

Generalmente vienen acompañados por la familia, es muy raro que vengan solos. Son acompañados por la familia pero con el deseo y la voluntad de alejarse de situaciones de consumo. El año pasado no era tan frecuente, este año es más común. Esas son lecturas que yo voy haciendo que van variando con las épocas; el año pasado venían más adolescentes con agresiones físicas, algunos intentos de suicidios, otros simplemente cortes, pero con muchas marcas en el cuerpo; este año, ha dado como un giro y predominan las situaciones de consumo.

¿Se pueden abordar estas situaciones desde la Sección?

Lo que yo estoy haciendo, como no tenemos psiquiatra, es una evaluación o un psicodiagnóstico, en donde más o menos me fijo, si se puede determinar el consumo relacionado a qué sustancia, de qué antigüedad es, si existe la posibilidad primero intentamos con psicoterapia, y cuando ya hace falta un

tratamiento médico para desintoxicar, y si la familia tiene posibilidades, se lo deriva a la parte privada, y si no lo mandamos a Córdoba, de acuerdo a la edad al Centro de Atención al Joven o al Neuro. Depende la sustancia, pero cuando hay mucho consumo de marihuana y de cocaína esporádicamente el chico puede, si están acompañados pueden. Es muy precaria la atención que tenemos, pero al menos intentamos, y los chicos vienen, y existe también el trabajo con la familia de que si no viene el adolescente, viene alguien de la familia, como para hacer también un seguimiento de la situación y ver hasta donde se puede manejar de esta manera. El tema es que esa situación sea reconocida y se pueda abordar el problema, es decir, ya es como una forma de intervenir sobre la situación. Si bien no hay un equipo, viste que es todo como medio artesanal, es caso a caso. Yo tengo adolescentes en este momento en tratamiento que la verdad que me sorprende el compromiso con la continuidad de un abordaje, que vienen, y por ahí vuelven a consumir pero se lo vuelven a replantear.

¿Quedan demandas o problemáticas sin poder responderse?

Y si, quedan. Quedan todas las problemáticas en donde está involucrada la resolución de situaciones que comprometen lo médico, y cuando digo lo médico digo neurológico, psiquiátrico, todos esos casos en donde el cuerpo establece el límite y no tenemos profesionales, no hay acá en el hospital. La medicación en niños y en adolescentes es muy delicada, es muy específica, tiene que ser manejada por profesionales muy capacitados, y no tenemos en el hospital. Hay cuadros psicopatológicos donde lo neurológico y lo emocional o lo psiquiátrico y lo emocional están íntimamente ligados, el cuerpo es uno solo, y el límite es que a veces hay que terminar derivando la gente a Córdoba con el gasto que implica y el inconveniente para la familia, es todo un tema. Esto sería indispensable, y no desde hoy, desde hace años, y no es algo que este atendido. Yo siempre digo que si se destinara un poquito más a la prevención o con tener un profesional en la Sección, un neurólogo o un psiquiatra, se disminuirían notablemente las problemáticas, porque cuando se hace un seguimiento estas previniendo. Son todos chicos que no van a venir con problemas más graves. Hay chicos que vienen con un brote pero a lo mejor el cuadro original fue causado por una epilepsia que no fue tratada, y así se van cronificando las situaciones de salud. Y no digo que todas, porque hay brotes en la adolescencia que no se pueden prever, pero muchos sí, así como la psicoterapia en niños y adolescentes con alguna dificultad, previenen situaciones mayores. Estoy convencida. Pero no se destina presupuesto para eso.

¿Entonces una de las principales problemáticas sería la falta de recursos?

Si, la falta de recursos humanos, es la principal. Cuando yo me jubile va a desaparecer la Sección, porque no se reemplaza la gente que se jubila, no se reemplazan los cargos. Están desmantelando la salud, hace años, venimos en decadencia. Cuando me tomo las licencias que me corresponden por ley, no hay nadie que me reemplace, y si viene un chico que se tiró o que se cortó, no lo atiende nadie,

porque no hay nadie más. Esa es la realidad, es tristísimo. Y también es muy difícil para lo que trabajamos en esto, trabajar en estas condiciones porque enoja mucho. Está todo depositado en una persona. Yo a veces por X motivo no puedo venir a trabajar, y me acuerdo del paciente que iba a venir o de los pacientes que están internados, y me condiciona mi vida. Es mucho el peso, y ya de por sí los psicólogos que trabajamos en salud tenemos una carga emocional superlativa, por la situación en la que trabajamos. Yo digo, hay que cuidarse no sé cómo para trabajar acá. Aprendes con los años, pero tiene un costo importante, tiene un costo que no está expresado ni en el dinero, si en el reconocimiento para nada.

Hay una pregunta relacionada a lo que venimos hablando, y tiene que ver con cuáles son las repercusiones a nivel personal que tiene el trabajo en esta Sección. ¿Se cree necesario algún tipo de cuidado o de contención de los profesionales de la salud?

No existe como plan de gobierno, ni una planificación formal en donde esté incluido. Yo cada vez pienso más que nosotros deberíamos tener cubierto, además de la obra social, una terapia, porque también implica un gasto, que es una erogación individual que cada uno tiene que hacer, que además con los sueldos que tenemos también lo consideras. Esa sería una forma, además de todo lo que se podría ofrecer a nivel institucional que no existe. Desde la institución no hay no solo espacio que este destinado a proteger la salud. Existe algo de capacitación que está previsto por ley, pero también tendría que estar previsto por ley el tema del cuidado de la salud mental y de la salud física también, porque mucha gente termina destruida. Muchos de los profesionales que trabajamos acá dejan gran parte de su vida en el hospital, y como para que no te involucres tanto es inevitable hacer terapia, pero no solo para los que trabajamos en salud mental, también para los médicos, porque las situaciones con las que nos encontramos son situaciones límites todo el tiempo en lo que hace a lo físico, en lo social, al ser humano en general. Eso sería fundamental. Y también por otro lado, en lo que hace a la institución, el cuidado de las relaciones dentro de cada servicio, que son también situaciones muy descuidadas. Acá hay situaciones de violencia institucional, que van pasando y nadie se ocupa de eso. Yo creo que estamos muy maltratados los que trabajamos en salud, muy descuidados, desde lo económico a lo personal y emocional. Y los que permanecemos, en parte hay que asumir la realidad, porque es un trabajo, es una fuente laboral, que todos los que trabajamos acá lo necesitamos, y porque muchos de los que trabajamos acá tenemos un cariño por la institución, por lo público y por la gente, que hace además que este trabajo sea llevadero y que sea también gratificante. A pesar de que es tan poco lo que tenemos formalmente para ofrecer, pero el contacto humano, la relación con lo humano, es lo que hace que la tarea sea muchas veces muy gratificante, muy satisfactoria. Entonces eso es el

motivo digamos que te ayuda a levantarte para venir a trabajar. Porque existen gratificaciones, muchas, pero hay que remarcarla.

En cuanto a fortalezas y debilidades del trabajo diario acá en la Sección, ¿cuáles son los puntos fuertes o positivos, o aquellas cosas que funcionan bien?

Lo que funciona muy bien es el compañerismo que existe en el equipo, que a lo mejor es porque somos pocas, somos cuatro personas que nos conocemos desde hace muchísimos años; más allá de que por ahí tenemos con alguna un vínculo más importante, más fuerte o más afinidad personal, existe un respeto absoluto en relación a lo que es la persona de cada una y el lugar que cada uno ocupa. Respeto y compañerismo. Creo que las cuatro somos buenas personas y también tenemos el mismo objetivo que es ayudar, cada una desde su disciplina y desde su lugar, ayudar en lo que podamos a otros seres humanos. Nos acompañamos no solo desde el punto de vista profesional sino más bien personal en las distintas etapas y momento de la vida que cada una atraviesa, entonces como que eso está primero y es lo que cuidamos y defendemos. Y la sinceridad, exponer los problemas y discutirlos, más lo que tiene que ver con el trabajo en equipo en sí. No hay inconvenientes para expresar distintos puntos de vista, para traer inquietudes diferentes, para armar un proyecto. Creo que lo que hace que nos sostengamos es en realidad el respeto que nos tenemos, fundamentalmente eso, personal y por la disciplina. Y si se generan discusiones o distintos puntos de vista es en un marco de respeto, es la base. Esa es la mayor fortaleza.

Y debilidad, es que por ahí, por lo cotidiano, por el peso de las tareas, la sobrecarga de tareas reales y emocionales, por periodos, no siempre, tenemos un poco descuidado el tema de la capacitación permanente. No es que no nos capacitamos, todas lo hacemos individualmente, pero en equipo hay periodos en lo que eso está más descuidado porque nos tapa la tarea institucional. Para mí eso sería un tema que tiene que ocupar el primer lugar en cualquier equipo de trabajo profesional, la capacitación profesional permanente. Porque la capacitación disciplinar cada uno la tiene siempre, pero la capacitación en equipo tiene que estar dirigida a los problemas que enfrentamos en común como equipo. La capacitación tiene que estar dirigida al equipo. Pero bueno, si tengo que describir creo que esa es una debilidad, nos estaría faltando, además de gente, pero a los que estamos destinar un tiempo, que lo tenemos formalmente pero después terminamos tratando cualquier otro tema urgente, a la capacitación permanente. Es como que la realidad nos desborda, nos tapa la realidad, y terminamos hablando de un caso, solucionando una situación, alguna problemática personal importante. Nos supera la situación. Yo no tengo un colega con quien compartir un caso, con quien compartir una idea desde el punto de vista profesional para abordar una situación. Es grave. Entonces bueno, es acomodarse a eso.

¿Cuáles son las mayores dificultades que se presentan en el trabajo diario?

Yo hablo desde mi disciplina, que no es lo mismo que le pasa a las chicas, porque la psicopedagogía no está en contacto con esas situaciones de emergencia donde hay que resolver el problema ahora, están más enfocadas a la prevención, y si están enfocadas en el abordaje de una situación en donde ya se estableció el problema, hay tiempo para resolverlo, es un proceso. En el caso nuestro es como abordar una situación con cero recursos y desde una sección que es unipersonal, entonces a veces esa situación genera... es de locos, y la política provincial es que no se puede dejar sin atender, porque aparte es mandar pacientes a otras instituciones que están igual. No existe nadie que atienda a ese adolescente que viene en una situación de crisis. Esas son situaciones de una sobrecarga emocional, e incrementa la angustia en el paciente y en la familia. Yo diría que esa es la mayor dificultad, la falta de equipo y de profesionales. Porque si acá hubiera dos o tres psicólogos, un psiquiatra, un neurólogo, seríamos un equipo atendiendo un caso, no una persona. Es fundamental un equipo de trabajo profesional.

Y frente a estas dificultades, ¿a quienes recurren? ¿Cómo se tratan de resolver?

Y en el momento a derivación de pacientes, y más de una vez si es un caso donde no hay una situación de desborde físico o emocional, o sea si es un caso que se puede contener con una internación, lo internamos acá y después lo sigo viendo yo al paciente, nada más. Si yo me enfermo queda sin verlo nadie. Y si no hacemos la derivación. Lo que pasa es que cuando se trata de un paciente que hay que derivar a veces se pierde en el camino, en estos casos. Es como obstaculizar el abordaje de un caso. Sería mucho más barato, más sencillo, más rápido, tener otra psicóloga, un psiquiatra, un neurólogo, un clínico, o sea un equipo de gente destinada a trabajar con niños y adolescentes en el hospital.

¿Crees que se puede hacer algo para contribuir a la resolución de estas dificultades? Más allá de lo que se necesita a nivel institución, o profesional, ¿qué es lo que se podría hacer?

Y la verdad es que me encantaría que alguien me lo diga, porque ya sería como magia. Yo considero que nosotras hacemos más de lo que podemos, de lo que deberíamos ni hablar, porque hacemos mucho más de lo que nos corresponde. Creo que podríamos hacer algo menos, no más. Lo demás tiene que ver con decisiones políticas. Es una locura cuando vos lo pensas. Es una locura que en el hospital regional de Río Cuarto haya una psicóloga en la Sección Infanto Juvenil, y dos en Salud Mental de adultos, y un médico de guardia por día. Está desmantelada la salud.

¿La salud en general o la salud mental principalmente?

Yo creo que está muy descuidada la salud mental. Está muy descuidada la salud en general, pero la salud mental no existe, en estos últimos 10 años viene en decadencia. El resto es como que si un

médico se jubila se cubren los lugares, pero la salud mental no se considera. Y también es extremadamente evidente el descuido que hay en general hacia la salud mental de los niños y adolescente. Yo veo que salud mental más o menos va, quizás porque a los adultos les tienen miedo, que un adulto es capaz de hacer locuras. Pero los niños van quedando en el camino. En realidad debería pensarse al revés. Yo por ahí digo, muchos de los chiquitos o adolescentes que nosotros atendemos, si tuvieran la continuidad y un buen abordaje en equipo, no llegarían al servicio de Salud Mental, porque se puede prevenir, se puede trabajar en la inserción, en la contención, pensando en la salud futura. Es como vacunarte, es prever. Si hubieran más psicólogas que atendieran niños y adolescentes, habrían muchas menos situaciones de todos esos chicos que cumplen 18 y terminan internados por adicción, por falta de contención emocional, por situaciones sociales límites. No hay presupuesto destinado a la prevención, no existe, al menos en estos últimos años.

¿Y qué sucede con la mirada de los profesionales hacia la prevención?

Yo creo que todos sabemos, yo creo que por ahí tiene que ver más con cuestiones de la formación disciplinar, del lugar donde la haya recibido, y de muchas cuestiones personales también, de no ser tan omnipotentes para ver de qué se trata. Pero cada vez es más la formación en relación a lo integral, hasta los médicos en la universidad están cada vez más capacitados. Si bien sigue faltando, pero existe la tendencia a incorporarlo. El tema es el presupuesto destinado a la salud. Es triste, pero es la realidad. La salud mental en la provincia es todo muy precario, cada vez más.

Anexo 5

Entrevista a Psicopedagoga 1

Referencias: **Entrevistador** – Entrevistado

¿Cuál es tu profesión? ¿Y hace cuánto tiempo que trabajas en la institución?

Mi profesión es Licenciada en Psicopedagogía, y desde el año 1999 que estoy trabajando aquí en el hospital.

¿Acá en la Sección Infanto Juvenil?

Si, en Salud Mental, porque después se constituye la Sección Infanto Juvenil.

¿Cuál es el rol que desempeñas específicamente acá adentro de la Sección?

Bueno, específicamente, como psicopedagoga, tengo la atención de niños con algún problema de aprendizaje que pueden ser derivados desde el mismo hospital por otros profesionales o vienen con un informe escolar, en el cual realizamos un diagnóstico para saber cuál es su perfil cognitivo y de ahí ver las posibilidades de un tratamiento o derivación. También el otro aspecto que trabajamos es en la parte del Servicio de Pediatría, con los niños que están internados, para acompañar el tiempo de internación.

¿Junto a qué otros profesionales trabajas?

Trabajo con psicólogos, pediatras, médicos en general, y trabajadores sociales.

¿Existe comunicación entre los profesionales de diferentes disciplinas a la hora de trabajar sobre un mismo caso? ¿Se podría decir que existe un trabajo interdisciplinario?

En algunas situaciones sí, en otras es disciplinas puramente. Es según el profesional, según con quienes estamos. Si es psicología, trabajo social y psicopedagogía, sí se ve un trabajo interdisciplinario. En algunos otros profesionales es bien disciplinario.

¿Cuáles son las principales demandas que traen los pacientes cuando llegan acá a la Sección?

Desde la disciplina en la que yo me desempeño, siempre el problema está dentro de la práctica escolar o una problemática propiamente dicha del proceso de aprendizaje. Generalmente es el niño que no atiende, el niño que no escribe, el niño que todavía no puede comprender los números o realizar operaciones matemáticas, y eso se da en situaciones en que el niño ya tiene entre 8, 9 o 10 años. En edades más pequeñas es: todavía no se queda quieto, que deambula, que no comprende las consignas, no tiene límite, y acompañado por un motivo de consulta ya propio de la familia referido a que “me

cuesta ponerle límites”, “no quiere realizar los deberes”, “es un niño que no escribe, que no reconoce las letras”. Esa es la problemática que se ve en el consultorio externo. Después en la parte de internación el motivo es una dolencia que lo llevó a internación y nosotros lo vamos acompañando con actividades recreativas, que ahí no hay una demanda ni un motivo de consulta.

¿Quedan demandas o problemáticas sin responder?

Si, cuando hay niños que necesitan una metodología, pedagogía especial o específica, no hay una respuesta institucional de educación específicamente, dado que en la escuela común o en la escuela especial hay niños que estarían en ese medio, y es ahí en donde están quienes hacen la adaptación curricular, quienes no la hacen, si fueron al hospital y el colegio es privado. Hay niños que quedan buscando y no hay una respuesta. No es profesional ni familiar, sino que son esos niños que circulan, y es problemático porque no hay una solución, son esos niños que no encajan en ningún lado. Nuestra actuación es insuficiente dado que no trabajamos con niños con discapacidad, pero no pueden ir a un colegio especial y tienen que estar en un colegio común, y no hay una adecuación de instituciones específicas para ellos. Entonces son los niños que dan vuelta y dan vuelta. Es lo que yo veo.

¿Se podría resolver de alguna manera estas demandas o problemáticas que quedan sin responder, desde la institución?

Sería un poco complejo la solución, lo que pasa es que el hospital en un nivel de atención 3, que frente a una problemática grave debe dar una respuesta. Estas respuestas serían más bien de un nivel municipal, de jurisdicción municipal, de un trabajo de terreno, donde irían equipos. Existen equipos pero no los suficientes para dar a una respuesta a la situación que estos niños tienen, de acompañar a las familias, de acompañar a los docentes. Este tiempo que yo he tenido, que son prácticamente 20 años en el hospital, voy viendo que no es falta de compromiso por parte de las familias, o de los profesionales, o de los profesionales docentes. Hay limitaciones, que se dan por parte las estructuras del estado, con falta presupuesto, sin nombramiento de recursos humanos; las leyes están como título pero no le dan la bajada que sería necesaria. Un buen trabajo sería en terreno, y esto no es suficiente con la cuestión educativa para que los niños no repitan, para que los padres estén acompañados. Tenemos situaciones de papás que no saben leer o escribir, y tienen una tarea muy difícil de acompañar el día a día. Entonces si nosotros pudiésemos ver cuál sería una solución, es un acompañamiento en terreno, permitir que en el domicilio, en horario mismo de clases, a los padres les estuviesen enseñando. Serían soluciones que tienen que venir, pero eso no está. Y desde aquí desde el hospital es muy poco lo que se puede hacer en esa situación.

¿Crees que sería necesario el trabajo o el aporte de alguna otra especialidad y otro profesional, en lo que respecta al trabajo de la Sección?

Si, necesitaríamos que estuvieran acá profesionales como trabajadores sociales propiamente de la Sección, que estén nombrados a la Sección, psiquiatra, que estuviésemos en forma conjunta con un neurólogo infantil, fonoaudiología. Sería un trabajo interdisciplinario y mucho más productivo si todos estuviésemos trabajando en forma conjunta.

En cuanto a fortalezas y debilidades del trabajo diario en la Sección, ¿qué puntos fuertes o positivos puedes mencionar? ¿O cuáles son aquellas situaciones o cosas que funcionan bien?

Lo más fuerte es la calidad humana que tenemos en el equipo. Creo que el equipo se sostiene por el compromiso, el respeto que tenemos, somos los sostenedores y nos fortalecemos a nosotros mismos. Somos cuatro mujeres, nos acompañamos desde lo personal y lo profesional. El punto más negativo que podría decirse, o punto débil, no es propiamente del equipo. No es que seamos un equipo que tengamos la arrogancia de decir que podemos estas cuatro mujeres profesionales hacer todo, no. La falta de una mirada de la dirección, del Ministerio, hace que muchas actividades, por limitaciones, no las podemos realizar. Es una situación que va más allá del equipo. No tener respuestas ante las necesidades de recursos humanos, necesidades de equipo técnico, apoyatura desde las distintas conducciones hace que este equipo este aislado, solo. Pero no es porque el equipo se declare así, de ser isla, no está mirado, no está tenido en cuenta. Esa es la situación, que va más allá de las personas que lo formamos.

¿Cuáles son las mayores dificultades que se te presentan diariamente para desempeñar tu rol, o el rol del equipo?

A veces son situaciones que es de la realidad social, a veces quien demanda acá son situaciones donde se vive la pobreza, dificultades de adicción, y no tenemos acompañamiento estatal para poder abordar esos temas. Las dificultades que se nos presentan es la falta de recurso técnico, recurso humano, espacio físico, que van limitando nuestras actividades.

¿Cómo manejan estas dificultades? ¿A quienes recurren?

Reclamando formalmente al jefe de departamento y a la dirección, cuando tiene que responder la institución. A veces las dificultades tienen que ver específicamente con el abordaje que tenemos que dar, bueno, hacemos consultas, si nosotros vemos que hay un caso en el cual necesitamos consultar a otro profesional, o dentro del equipo, porque vemos que necesitamos una mirada a ver qué me pasa, lo ponemos en consideración, lo analizamos, lo hablamos, y bueno... Si esto nos supera buscamos una solución en otros equipos. Siempre intentamos que no quede solamente acá, sino que el trabajo siempre sea en equipo, cuando tenemos que consultar a otras personas lo realizamos.

¿Qué repercusiones a nivel personal tiene el trabajar acá diariamente?

Trabajar con niños y adolescentes te lleva a hacer varias preguntas, qué pasa con los niños, qué pasa con los adolescentes. En algún momento te debilita, te hace mal, y nos permitimos ese estar mal, porque somos humanos, entonces nos preguntamos, nos cuestionamos qué pasa. En lo personal siempre soy agradecida de la vida, de lo mucho que me da la vida, de lo bendecida que he sido viendo las realidades, los dolores, las angustias, las problemáticas de la gente con la cual yo trabajo y de la cual he aprendido. Aprendo mucho, soy agradecida de estar acá en el hospital, de las personas que vienen que no eligen a esta profesional, sino que les toca, porque así es el sistema, y en cada encuentro que tengo con los niños y sus familias me enseñan muchísimo, me enseñan siempre. Lo que me ha enseñado el hospital es ser agradecida y humilde. Me duele ver las injusticias, me duele el dolor en los niños y sus familias, y eso hace que uno lo lleve en el alma y respetar ese dolor.

¿Crees que sería necesario algún tipo de contención o cuidado de los profesionales de la salud?

Sí, es necesario, es urgente. Cuidar al que cuida. Y nos cuidamos nosotros.

¿Ustedes en el equipo?

Si, en el equipo nos cuidamos.

¿Por parte de la institución no hay nada?

No, no hay nada, no te cuidan. En este momento quien reclama por calidad institucional, calidad de salud pública, presupuesto, políticamente es atacado. Entonces no nos cuidan. Hay personal excelente en este hospital con calidad humana, y no es cuidado. Importa más un número político que las relaciones humanas. Esto es la parte fea que tiene trabajar en la salud pública. Nos cuidamos entre nosotros, es necesario cuidar al que cuida.

¿Qué se podría aportar desde la institución para el cuidado de los profesionales?

Bueno, tener un equipo que estuviera al servicio de los profesionales para acompañarlos en situaciones que son de la misma práctica, en caso de muerte, en caso de situaciones complejas, el intento de suicidio, un accidente, que haya equipo que venga a fortalecer y a sostener al equipo que actuó. Después que haya respuestas en todo lo que se necesita, equipamiento, medicamento. A veces el profesional se pone en situaciones en que se sienten mal dado que le cuestionan la indicación de un tratamiento el cual es muy costoso, y le cuestionan y tienen que aceptar que le tiene que dar otro medicamento al paciente más barato porque la provincia no puede poner dinero. Eso te hace mal, hay profesionales que renuncian, profesionales que se van. Yo creo que por una parte con un presupuesto y una política pública de salud con lo que corresponde, habría respuestas y bienestar en los que trabajan acá en el hospital. Por otra parte, con situaciones como accidentes, muertes de pacientes, muertes de niños, intento de suicidio, trabajar con los pacientes de salud mental, acordar distintos

eventos, talleres o encuentros entre profesionales haría que las relaciones humanas y el bienestar de trabajar acá serían mejor. Pero eso no se hace. Solamente cada persona que trabaja acá forma un equipo en un servicio, sección o área, y van buscando cómo estar. En ningún momento desde el Ministerio o dirección actúan, al contrario, quiebran más los vínculos. Si pensás diferente son enemigo, y el que piensa diferente no es respetado, sino es excluido, aniquilado, te aniquilan. No nos cuidan, y no se hace nada para sostener y cuidar. Lo primero que tendría que estar en un hospital es la seguridad emocional, afectiva, social y física de quien trabaja acá.

Me comentabas que en este equipo de trabajo se cuidaban entre ustedes, ¿cómo lo hacen, qué recursos utilizan para sostenerse y acompañarse?

Lo primero que hacemos es un encuentro en la mañana de mate, el mate nos acompaña, es un encuentro. Todos llegamos, hay una charla de la vida nuestra, y de lo que hacemos en el hospital. Eso es lo primero, saber cómo estamos. Si vemos que uno de nosotros no está bien por una cuestión de trabajo lo hablamos, buscando soluciones. Si es algo personal, también acompañamos. Y lo que más tenemos es mucha amorosidad, mucho cariño. Por ejemplo en esta etapa tenemos una compañera que se está por jubilar, entonces la vamos acompañando en este desprenderse, que es un momento lindo, pero también va a llevar todo lo emocional y toda la tristeza, entonces la vamos acompañando en este año de jubileo. Tenemos estrategias, por ejemplo, los días jueves que tenemos nuestro encuentro semanal de reunión de servicio, si hay que tomar un tema traemos algunas intervenciones y lo trabajamos. Si supongamos que ha muerto un niño con el que veníamos trabajando, trabajamos qué nos pasa con la muerte de un niño, qué nos pasa ante una situación de padres. La estrategia nuestra es talleres vivenciales sobre la situación. Diariamente hay una fruta, hay un dulce, hay un mate, ese es nuestro lugar. Siempre tratamos de cuando hay alguna situación, lo hablamos.

Para sintetizar, las principales problemáticas que se podrían identificar aparte de la falta de recursos humanos y técnicos, ¿cuáles serían?

La problemática es que se está instalando el egocentrismo, yo y nadie más que yo, al otro no lo mismo. Somos individualidades, que son necesarias, pero no en un trabajo en un hospital. Soy yo, me cuido, me cubro yo, y yo. Eso es lo que miro, lo que voy viendo. La no consideración de que vivimos con un otro, ese es el gran problema. Si yo hago mi trabajo y me favorezco yo acá me voy, y el otro no me interesa. La mirada social de la persona no es con el otro. Que afecta el trabajo diario, a la atención, a hacer la interdisciplinar, ni hablar de transdisciplina, es hegemonía en algunos casos de una disciplina, multidisciplinar pero sin escuchar al otro, y si tengo que hablar de otra disciplina lo hago con una crítica deconstructiva. No hay lugar, podemos estar sentados varios de distintas disciplinas, pero es lo mío lo que vale. Para mí la problemática grave es no considerar al otro. No considerar al

otro en relación a las personas que acuden al hospital, no considerar al otro desde el rol que ocupa, dirección, jefe, compañero de trabajo. Con relación a los pacientes que vienen a consultar, que son sujetos que vienen con alguna necesidad doliente, y ya sea niño o adulto vienen con toda una historia, eso no es escucha. Quiero que todo encaje en este cuadrado que es mío, entonces todo lo que no se encaja en este cuadrado molesta, entonces no puedo mirar al otro en su totalidad. Comentarios, "no le da la cabeza a la madre", "son así", "son asá...", no están mirando que un niño vive con la familia que tiene, hay que tomarlo así. No se considera al otro como sujeto individual y social. Eso es lo que veo y creo que es grave y es riesgo. Viste que el riesgo no sé, el peligro lo ves, el riesgo no se ve, y creo que ese es el riesgo que estamos teniendo de despersonalizarlo. Acá nosotras miramos a nuestras compañeras con su historia, con su forma de ser, y lo lindo es saber que tengo dos colegas más de la misma universidad pero con miradas diferentes y con construcciones teóricas que coinciden y otras que cada uno se abrió, pero nos preguntamos, "¿y vos qué decís? ¿Y vos que tenes más experiencia acá?, ¿y vos que miras esto?", así nos ponemos a charlar y es lindo, nos miramos. Y podemos reírnos. Yo creo que el indicador de que estamos bien, es porque nos podemos reír. Y esto no es arrogancia, ni soberbia, pero terminar una jornada e iniciar una jornada con una sonrisa y un "buen día" o "nos vemos mañana", es que estamos bien, porque nos hemos fortalecido, nos hemos acompañado, nos hemos considerado. Lo más riesgoso que tiene el hospital es no ver al otro.

¿Podría encontrarse algún tipo de solución a esto que sucede, como por ejemplo fortalecer el vínculo entre los profesionales?

Sí, yo creo que sí, pero que quede fuera todo lo político, lo partidario en realidad. Tenemos que mirar lo que le va a venir bien a las personas que trabajan acá y a los que acuden al hospital. Hemos hecho eventos como el abrazo al hospital, y a todos les gustó, pero lo partidario y político hizo que le descontaran a las personas que participaron un día de trabajo, y el abrazo duró media hora. Y fue re lindo porque había que mirar al otro, y tomarse de la mano. Pero también hay personas que "no me interesa", si no hay guantes no me interesa, si no hay medicamentos no me interesa, yo indico, si lo puede lograr bien, yo me voy del hospital y listo. Lo más riesgoso es la falta de mirada hacia el otro.

Entrevista a Psicopedagoga 2

Referencias: **Entrevistador** – Entrevistado

¿Cuál es tu profesión? ¿Hace cuánto que trabajas en la institución?

Yo soy Licenciada en Psicopedagogía, y hace 29 años y medio que trabajo en la institución.

¿En qué área desempeñas tu trabajo?

En la Sección Infante Juvenil.

¿Cuál es el rol que desempeñas específicamente en la Sección Infante Juvenil?

El rol que desempeño es como psicopedagoga, estoy incorporada en la revista de sala. Dentro de la revista de sala se detectan distintas problemáticas del niño, tanto en su situación de hospitalización, como preventivas para un futuro. En la revista de sala se trabaja con el niño y la familia y después se eligen niños de acuerdo a un protocolo de acción que tenemos, en las cuales se hacen seguimientos de niños con accidentes en el hogar o en la vía pública, de madres adolescentes, niños con internaciones reiteradas y niños con internaciones prolongadas, y en ese sentido cuando se ve que van a ser internaciones prolongadas, se hace un acuerdo interface salud-educación y se hace el contacto con la maestra domiciliaria-hospitalaria. Porque este hospital no puede tener una escuela hospitalaria porque es un hospital de internación de agudos, por lo cual acá no hay patologías que sean crónicas o a largo plazo. Entonces no puede funcionar una escuela. Pero la tarea del área a la que yo pertenezco y del Servicio de Pediatría en general está enmarcada en los derechos del niño hospitalizados, donde uno de los derechos es recibir educación, entonces desde la Sección tenemos que garantizar que ese derecho sea cumplido. También se trabaja con detección si hay dificultades en el colegio, si hay niños con retraso madurativo, que lo puedes observar en la entrevista que haces en la revista de sala, haces las derivaciones pertinentes, o a consulta externa o tomás contacto con el colegio, o lo derivas a fonoaudiología o a psicología, de acuerdo a lo que observas. A veces también en la realización de la internación puedes visualizar que hay niños que están en riesgo porque faltan por la internación de los hermanos, o porque no están escolarizados, entonces también tomas contacto o con el dispensario o haces entrevistas con la mamá, y haces un trabajo preventivo para evitar que esos niños posteriormente tengan dificultades escolares. Se hace muchísimo trabajo psicoeducativo.

¿Junto a qué otros profesionales trabajas?

En general se trabaja con trabajo social si o si, porque este es un hospital provincial que recibe gente de muchísimas partes del sur de Córdoba, del norte de San Luis, recibe mucha gente de hospitales o de centros de salud de pueblos y de toda la zona periférica de Río Cuarto, entonces la trabajadora

social es un pilar importantísimo para los contactos del seguimiento en terreno, que no corresponde al hospital por su nivel de complejidad. Con la psicóloga, para abordar toda la problemática emocional, y con la pediatra que es la que te da la información de acuerdo a la problemática, a las expectativas de resolución y las secuelas posibles que el niño va a tener. Y todo personal con el que se pueda trabajar siempre suma.

¿Crees que hay comunicación entre los profesionales que trabajan ante una misma situación?

Sí, hay comunicación. A veces hay que generarla y a veces no está tan aceptada. O sea, hay comunicación, porque cada uno comunica, pero no es que trabajemos todo el equipo y nos sentemos a ver el caso. Eso lo hacemos cuando hay una demanda personal; suponte yo veo tal caso, en general los días lunes voy con la trabajadora social y hacemos toda la revista de sala, entonces después nos sentamos, hablamos de los casos y después nosotras vamos a ir incorporando al resto, pero no es que nos sentemos y hagamos entre todos un abordaje interdisciplinario, sino más bien es multi y el caso a caso.

¿Cuáles son las principales demandas de los pacientes que llegan a la institución, especialmente en el área donde estás trabajando?

Ellos en realidad vienen pero lo prioritario es lo físico. En general la primera demanda es la vida, es la problemática por la salud. Pero también vienen muchos niños con accidentes en el hogar, sospechas de abuso, enfermedades que pueden ser de transmisión sexual, ellos no demandan tanto, demandan en situaciones de angustia, por ejemplo si les va a pasar algo, o si es un re internación, o si es un niño que tiene riesgo respiratorio, entonces a veces llegan muy problematizados. Qué pasa, desde la Sección al ir nosotros a participar en la sala, normalmente las que ofrecemos la oferta somos nosotros, y de ahí sale la demanda. En general la demanda es de mucha angustia, de problemas que a veces tienen que ver mucho más con lo social que con lo emocional, que lo social y lo emocional van de la mano porque si no tengo con qué cuidarlo, con qué darle de comer, con qué comprarle el antibiótico, lo emocional está vulnerado. Pero en general acá el proceso es al revés, uno va y después el paciente te dice que en otros lados, como en un pueblo o un dispensario, se sienten como sorprendidos de que hay otra escucha diferente a solo al acto médico. Y la demanda muchas veces es que se quedan callados y no entienden qué pasa ni qué les van a hacer, entonces la demanda es que le expliquen, la demanda es que le digan qué pasa; a veces sos como el depositario de toda la problemática familiar, social, de pareja, de tenencia judicial, etc. Ellos llegan primero por un problema físico, salvo que vengan por una ingesta de psicofármacos o intento de suicidio, donde la demanda es concreta, es con una desesperación y entran las culpas, el por qué, el no entender, y la demanda es salvar la vida, ver el por qué y tratar de evitar los riesgos de posibles intentos. En el caso de pediatría nos manejamos

con un rango de edad diferente, donde lo que está en juego es una mamá desesperada con un niño golpeado, con una secuela de una meningitis, con un niño con una enfermedad crónica donde hay que ayudarla a aprender a sobrellevar y explicar, por eso tiene mucha importancia la comunicación.

¿Cómo se responden esas demandas? ¿Cómo es el trabajo que hace el equipo en relación a eso?

La demanda en general para mí acá es uno a uno, vos vas a la habitación 2 y una mamá de 16 años y el problema es este, es el uno a uno, y pones en marcha los dispositivos que tengas a mano y los que puedas crear para resolver la problemática. A veces la intervención es simplemente una organización de la vida cotidiana, organizar que la mamá que está horas y horas acá, amargada porque dejó un niño de 1 año, pueda conseguir o ver mediante la trabajadora social quién la pueda venir a suplir para ir a ver a su bebé, o para ir a bañarse, o para volver a su pueblo a pagar el alquiler y buscar la cuota alimentaria. Entonces es variado y es así de acuerdo a cada circunstancia; a veces la intervención no es con la familia, y es con el cirujano, suponte, vas y buscas al cirujano, le decís "vení, ¿podemos explicarle?", explican bien pero es bajar la información para que la madre y el niño entiendan, a veces la intervención es esa: "podemos hacer un dibujo, la mamá me dijo que usted le explicó que es la vejiga, ¿le podemos mostrar dónde está la vejiga?". Es retraducir, cuando a veces el trabajo es con el médico y no con el paciente. A veces es esclarecer una situación: estas con la enfermera y dice la enfermera que llora y llora, y bueno, busquemos otro modo, si lo canalizas estando la mamá y grita a lo mejor la intervención es quedarme afuera con la mamá y va a ser canalizado más tranquilo, o al revés, la mamá tiene que tener en upa a su bebé para que se tranquilice. Es uno a uno. Y el equipo lo pones en función a como den lugar las circunstancias, porque no podemos ir todos a todo, que sería no utilizar bien los recursos, que además de no contar con todos, los que estamos sería agotarnos si todos hacemos todo. En general el modus operandi de la Sección es ese. Y lo que se puede resolver se hace en el momento y no se está esperando, en eso tratamos de ser expeditivas. Son intervenciones uno a uno y utilizando creatividad, formación, y a veces la práctica hace que saques de la galera una intervención que después encontraste que hay una teoría que la va a sustentar, y a veces es hasta el sentido común, es vivencia y experiencia, además del aporte científico. Me parece importante también, y lo hacemos mucho, que ante la mínima duda yo consulto con mis colegas, les pido otra mirada u otra opinión, y nos quedamos más tranquilas, porque la omnipotencia no es buena.

¿Quedan algunas de estas demandas o problemáticas sin poderse responder?

Y sí, en general sí, porque sino no seríamos una institución. A veces también están los desacuerdos, porque vos pensas que el aporte tendría que haber sido de servicio social y a lo mejor servicio social piensa que primero tendría que haber estado la contención, alguna demanda queda. O pasa que a veces el paciente se vuelve a su pueblo, vos quedaste en llamar, llamaste dos veces, no te contestaron,

y quedan. O quedó la mamá en volver y no vuelven. O vos quedaste de ir, y en vez de llegar a las 8 a la sala, llegaste 8.30 y ya lo llevaron al quirófano y vos querías hacer una intervención prequirúrgica. Y algunas que se nos pasarán también por no darnos cuenta. A su vez hay otras que pueden dilatarse por falta de personal, por ejemplo, tenes una neuróloga infantil que viene los lunes, y este caso ingresó el martes, habrá cosas que tendrán que resolverse con urgencia, y otras que si se puede esperar será para el lunes siguiente, capaz en esa espera la familia juntó plata y va a hacer una consulta afuera. El hospital a veces, incluso la Sección, no responde a todo, porque responder a todo sería sentirnos que podemos con todo y a veces no se puede, y además de los límites personales que tenemos. Ojala se pudiera dar respuesta a todo, creo que la intención es dar al máximo.

En este caso de las problemáticas que quedan sin responder, ¿crees que podrían resolverse? ¿De qué manera? ¿Ayudaría el aporte de alguna otra especialidad o profesión?

Sí, me parece que la Sección Infanto Juvenil está como muy sola, y con un personal muy reducido, porque es una psicóloga, tres psicopedagogas, una trabajadora social que está dedicada al piso de pediatría, al grupo etario, pero no es exclusiva. Entonces vos tenes que compatibilizar horarios, no tenemos una psiquiatra abocada. Me parece que habría que consolidar mejor un equipo de trabajo, mas interdisciplinario, generar protocolos de trabajo conjuntos que puedan ser transmitidos, cumplidos y reformados; que hubiese un pediatra pero en el equipo, entonces los problemas de comunicación de "quién está siguiendo a este paciente" se evitarían, y eso también a veces hace que las demandas no sean del todo respondidas con la excelencia que tendría que ser. Si vos formas un equipo, y te sentas y trabajas como equipo, pero acá hay equipo que lo vas armando de acuerdo como se va pudiendo. Y si, por ejemplo, vas al pediatra que en la sala tiene 6 niños graves, y vos le consultas porque esta mamá está cansada, y... Está más ocupado si la vía se le infiltró, si el botón gástrico no le funcionó, a que si este niño está muy angustiado, porque las prioridades a veces también son acto médico; pero si vos podes trabajar y estar conjuntamente es más llevadero, y aliviaría a todos, al médico también lo aliviaría, pero es difícil. Además los médicos actúan como una corporación, ellos tienen su revista de sala, donde vos podes participar, pero es acto médico, es el hígado, es la transaminasa, es el Rx, es hasta un lenguaje que tenes que aprender, distinto al nuestro que ellos no lo aprenden, pero nosotros sí lo aprendemos porque sino no entenderías nada en una revista de sala, en cambio ellos nos dejan como que "eso es cosa de ustedes". Pienso que el trabajo en equipo bien sólido, y reaprendiéndolo permanentemente y modificando, daría una oferta de mucha más excelencia y mucho más óptima.

¿Qué puntos fuertes o positivos podes mencionar del trabajo en la Sección?

Que tenemos mucha confianza de consultarnos y preguntarnos las cosas que creemos que nos ponen en jaque, porque a veces vas a ver un caso y no sabes por dónde abordarlo. Y es también un espacio de contención importante. Tratamos de socializar lo que sabemos, somos pocas, pero lo poco que hay tratamos de sacar lo bueno que tenemos, tratamos de entendernos, de siempre limar las diferencias; y nos respetamos, porque a la vez que tenemos cosas en común, cada una le pone a su trabajo su impronta, por eso nos respetamos en eso también. Creo que la fortaleza que tenemos es respetarnos mucho, y si alguien trae algún material nuevo podemos compartirlo y tenemos la confianza de decir “en esto me quedé corta”, y eso no es poca cosa.

¿Cuáles son aquellos puntos débiles, o cuáles son las mayores dificultades que se presentan?

Somos pocas, no todas hacemos lo mismo, entonces también en eso hay algunas que están más sobrecargadas que otras. Si bien la comunicación está y la confianza está, a la hora de cubrir todo es difícil, porque la que está en dos programas y la sala no es lo mismo que la que está en la sala sola, entonces es distribuir los tiempos y la dedicación a veces no es la misma. Me parece que también habría que refuncionalizar los modos directivos, las coordinaciones, las pautas de trabajo; si bien cada una le va a poner su impronta, se podría protocolizar un poquito más, habría cosas que tendríamos que unificar un poco más; si somos pocas hagamos esto pero lo hagamos todas de la misma manera para que después podamos evaluar y valorar, porque cada uno le pone su impronta, que lo mismo se la vamos a poner, pero eso hace que lo que ve una no lo ve la otra, y por eso nos sentimos por ahí más solas en algunos casos y necesitamos ir, la fortaleza es que podemos ir, pero seríamos más fuertes si tratamos de hacer cosas más en común; sobre todo en psicología que queda más suelto, porque si es una psicóloga y tres psicopedagogas, está en desventaja la psicóloga por lo que tiene que hacer, pero en definitiva el que está en desventaja es el paciente. Y nosotras que no podemos cumplir el doble rol, que a veces lo hacemos porque como psicopedagoga, si es un apoyo, una contención o una situación de organización familiar, podemos hacerlo, pero más allá no, porque no podemos abrir un espacio que después no vamos a poder contener.

¿Existiría alguna forma de poder enfrentar o resolver estas dificultades?

Y bueno, algunas estamos viejas ya, viste que las mañas las tenemos. Me parece que la forma sería, porque al ser pocas tiene lo bueno de que nos conocemos mucho, pero al conocernos mucho es como que te dejas pasar otras cosas, por más que haya diálogo y por más que estemos bien. Me parece que si pudiésemos incorporar otros agentes, esa otra palabra, esa gente que viene a romper un poco la dinámica, porque la dinámica también tiene sus vicios, porque la que es más querellante es querellante, la que es más callada es callada, y por ahí nos cuesta mucho rotar los roles, porque nos estructuramos de una forma. Si la situación es el paciente, ponés en jaque y ponemos sobre la mesa

lo que sea, pero me parece que la dinámica... Viste cuando uno se perpetúa en el poder, en cualquier ámbito de la vida, se envicia. A mi parece que se necesita sangre nueva, por eso me encanta que vengan las practicantes, porque te pone a pensar en tu propia práctica, descubris cosas nuevas que te entusiasman, y eso trae sangre nueva, y esos son aspectos que ayudan a salir de un status quo, que a pesar de que hablamos mucho yo considero que hay status quo; y sino también hay duplas de trabajo, afinidades que se dan, y yo me entiendo mucho más y normalmente voy a hacer mi par con la que me entiendo más. Me parece que hay que romper un poco esas estructuras, y cuando llevamos varios años está bueno romper esas estructuras que uno no se da cuenta, pero después cuando lo analizas decís sí, tenemos estructuras. Hay que rotar roles, que no es fácil hacer, y es difícil también cuando somos pocas porque también tenes que vivir en armonía, y gracias a Dios este grupo vive con muchísima armonía, y eso no es poco para venir todos los días de tu vida hace tantos años.

¿Qué repercusiones a nivel personal tiene el trabajo diario en la Sección?

Es parte de mi vida este trabajo, yo amo el hospital, es mi familia, en este hospital con mis compañeras yo empecé recién recibida, puse toda mi ilusión, toda la potencia de la juventud, las pasiones, la formación. Pasé todas las épocas políticas porque llegué con la apertura democrática, fui transitando un montón de cosas. Qué te puedo decir, es mi vida, es vivido más horas en este lugar que con mi familia. Por eso siempre he propiciado tener, y gracias a Dios lo he tenido, un buen equipo de trabajo, a pesar de las diferencias y a pesar de que hemos tenido que resolver conflictos como todo grupo. He disfrutado plenamente mi trabajo y gran parte de eso se debe al grupo humano con el que me ha tocado compartir. Y amo el trabajo sanitario, porque tiene una magia, la gente que viene al hospital, la internación, el paciente... yo que estoy ya casi por irme, me voy con un aprendizaje de vida importantísimo del otro, de la mirada del otro, de la mirada de uno mismo, y que no hay edad para aprender, ni para sorprenderse, ni para ser feliz. Transitas la vida y la vida es eso, es un caminar en tu trabajo como en tu vida personal, sorprendiéndote y sabiendo que no sabes todo, siempre hay algo nuevo, y siempre hay algo que te entristece y algo que te pone en jaque con tus propios conocimientos. Creo que transitar el hospital es eso. Si, a nivel personal repercute. Creo que si alguien no está preparado y va a venir al hospital con prejuicios, no es una persona que esté preparada para trabajar en este lugar, porque acá lo primero que tenemos que deshacernos es de los prejuicios y de las ideas previas que uno tiene, sociales, económicas, étnicas y de todo tipo. Yo me voy con un montón de vivencias de gitanos, bolivianos, argentinos, porque tenemos todos de todo, gente de la periferia, gente del campo. Si uno no está abierto a ser el mismo profesional con todos, no la misma persona porque cada uno te despierta cosas diferentes. Yo me voy con un montón de cosas hermosas, y he podido enriquecer a mi familia también con lo que me llevo de acá. Entonces para mí no ha sido un

sacrificio, ha sido un placer, y siempre digo, soy una bendecida de haber empezado y permanecido ininterrumpidamente todos estos años acá.

¿Crees que sería necesario algún tipo de contención o de cuidado para los profesionales de la salud?

Totalmente, cuidar al cuidador, sí. Porque acá la vida y la muerte coexisten, la cordura y la locura coexisten. A veces se llora entre pasillos la muerte de un niño, se angustia uno mucho frente al desasosiego de un niño de 13 años que intentó suicidarse o que está con una ingesta. Entonces me parece que necesitamos sostenernos, y a veces nos estamos sosteniendo entre nosotros. Por ahí es bueno tener un grupo de apoyo, para charlar, donde queden esas vivencias que tenemos que superar, que en el caso de salud mental tenemos la suerte de, como nuestra herramienta es la palabra pero también ponemos el cuerpo, podemos abrazar, hemos podido llorar cosas difíciles. Pero en otras disciplinas que trabajan acá en el hospital queda como "demos vuelta la página", "no dio buen resultado el análisis y bueno, ponemos tal cosa", lo concretizan en lo material, entonces es un órgano que se enfermó, lo sienten y siguen adelante, porque es la defensa que se tiene, porque abrir la puerta y dejar salir afuera lo que te genera, a lo mejor sería muy difícil afrontar solo, sería muy difícil afrontar solo. Por eso sería bueno tener espacios donde uno pueda expresar lo que a uno le pasa, la duda, la tristeza, la impotencia, el tener que dar la cara de que hiciste todo y no pudo ser, que en este joven pasó todo y terminó en una situación que no hubieses querido, que la droga no se erradicó, que este chico se suicidó, no es fácil, y con toda la familia y el contexto social. Me parece fundamental espacios de salud. Nosotros siempre, incluso cuando he trabajado con adultos, siempre generábamos espacios de salud, que era sentarnos, el mate, la risa, traer una canción, hablar, y reírnos mucho. Por eso a veces se critica mucho al personal de salud mental porque vos los ves que tienen el mate, que tienen el café, que están las galletitas, el salame, pero es que necesitas contactarte mucho con la vida. Si vos observas en un hospital, el personal de enfermería se resguarda, tienen el televisor en su office, tienen rica comida, se llevan su mate, tienen sus horarios de la merienda, sus horarios de corte de la mañana, en eso tratan, fijate que en eso el personal de enfermería mucho más que los médicos, que a lo mejor van a la cafetería, toman un café y siguen porque vuelven a lo privado o porque tienen que ir a una cirugía, salen y se ya se van. Entonces me parece que sí, porque angustia muchísimo, y más en un hospital así.

Entonces el cuidado que ustedes han tenido es a nivel del equipo de trabajo, entre ustedes...

Sí, no está pactado como un cuidado institucional.

¿Nunca estuvo pactado de esa forma?

Cuando se trasladó el hospital central del barrio Las Ferias, y se hizo el traslado acá, se trabajó el traslado con gente especializada en psicología y en sociología, se trabajaron algunos aspectos porque el traslado generó muchísima angustia, pero después no hubo un seguimiento, entonces después acá cada uno se arregló como pudo, hubo querellas con los servicios, porque acá se unificaba, la estructura allá éramos todos separados por pabellones, y acá éramos todos en un edificio, allá salud mental tenía una cafetería donde nos encontrábamos todos, y acá no iba a ser lo mismo porque no te encontrabas, había gente que no conocías. No se han pensado estrategias. De todos modos cada tanto se da una charla de actualización suponte en aspectos legales, en el nuevo código, se trata de mechar en alguna jornada de capacitación anual del hospital con algo psi, pero tiene mucho más convocatoria si haces algo que involucre a todos pero que tenga que ver con lo médico y que lo tenga como un aspecto más, a que si lo pones al centro de la jornada cuidando al personal de salud, no va a tener tanta convocatoria. Desde niveles centrales de esta institución no se han pensado estrategias por servicios, por áreas. Desde la Sección nosotros trabajamos cuando llegamos acá, hicimos talleres con los residentes, con el personal de terapia, pero no tuvo continuidad en el tiempo, porque siempre se priorizaba el acto médico, entonces vos convocabas en un horario que creías que iban a poder todos, y después terminabas trabajando con dos, después no venían, después proponías alguna actividad y no se podía cumplir, porque no es fácil, es un práctica que tenes que tener mucha paciencia. De todos modos ahora somos partes del servicio, y antes éramos sapos de otro pozo. Pero es una problemática psi en toda la provincia, en el país y en el mundo si te pones a pensar, incorporar la salud mental a la salud. Pero bueno, es una lucha que no tenemos que bajar los brazos, y creo que de a poquito se ha ido logrando, me parece a mí.