

Psicólogos y Trabajo en Instituciones de Salud, los efectos del contexto: Burnout y Síndrome de Desgaste Laboral Crónico.

LIC. VITA ESCARDÓ

Introducción

El presente trabajo es una reflexión que intenta integrar la inserción laboral del psicólogo en las instituciones de la comunidad, el contexto en que el desempeño laboral se ve implicado y los efectos sobre la salud del profesional actuante, las características que adquieren tales efectos y algunos aspectos éticos y legales que comprende.

La Psicología Institucional caracteriza a las instituciones como generadoras de identidad entre sus miembros, tanto en términos de pertenencia cuanto de exclusión, en los casos en que no resulta posible formar parte de organizaciones colectivas reconocidas y sostenidas socialmente. El contexto actual de las instituciones de salud y los diversos modos de inserción de los profesionales en las mismas, implica una serie de riesgos para la salud de estos profesionales en sus diversas prácticas.

Desarrollaré el tema en tres ejes: La relación del sujeto con el trabajo, características del síndrome de Burnout y aspectos éticos y legales de la práctica de los psicólogos.

Considero que resulta relevante mantener advertidos a los profesionales de la salud respecto de la prevención de la propia salud, ya que la responsabilidad social que les compete requiere una actitud conciente acerca de las propias posibilidades, límites y riesgos. Una actitud ética coherente implica, pienso, mantener el cuidado por las personas asistidas tanto como el propio.

En lo personal, la elección de este tema parte de mi propia experiencia laboral en contacto con profesionales que conviven

con situaciones de riesgo social cotidianamente, por lo cual la investigación y el estudio acerca de su prevención y abordaje me permite colaborar en su tarea, desde la prevención y concientización de riesgos y condiciones de trabajo.

Una aclaración respecto de la terminología utilizada: síndrome de Burnout resulta la nomenclatura usualmente más aceptada, si bien convive con otros: síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome del quemado, estrés laboral crónico. Para la confección de la Ley de la Ciudad de Buenos Aires que prevé sus efectos se utilizó *Síndrome de Desgaste Laboral Crónico* (SDLC). En este texto utilizaré habitualmente burnout y SDLC, si bien no son términos equivalentes, la discusión acerca de la nomenclatura excede los objetivos de este trabajo.

DESARROLLO DEL TEMA

Trabajo

Dejours (2000) analiza la relación entre el trabajo y las patologías que de él se derivan, tomando dos vertientes: por una parte, el trabajo como mediador de la salud y, por otro, la comprensión de sus efectos negativos sobre la salud mental. Sobre la articulación de esta aparente ambivalencia pivota su desarrollo conceptual, partiendo de la modificación de las condiciones laborales, en tanto el derecho comercial ha ido sustituyendo al derecho privado, erosionando los beneficios que los trabajadores habían conquistado previamente a la globalización. Por tanto, concluye, la patología del trabajo ha cambiado porque el trabajo mismo ha cambiado. Y agrega un comentario que compete a la actividad de los psicólogos: "... también cambió la clínica psicopatológica: clínica del desempleo, de la precariedad y la aparición de nuevas patologías mentales profesionales" (Dejours, 2000 p.2) Subraya que el denominador común de las nuevas patologías es la *sobrecarga*. Respecto de la psicopatología del trabajo, la enmarca como manera particular de la psicodinámica laboral, en el fracaso de las transacciones entre las defensas psíquicas y el sufrimiento en relación con el trabajo. Esto cobra importancia, en la medida en que el trabajo se erige como lugar privilegiado de mediación de la acción de la subjetividad sobre el orden establecido.

Respecto de los vínculos laborales, además de explicitar las relaciones de desigualdad que los atraviesan, Dejours resalta, además, relaciones de *dominación*, que implican *negociación*.

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.

El hecho de que el trabajo implique siempre a otras personas lanza al sujeto al vínculo social. Pero no en términos de esperar amor, sino reconocimiento. La diferencia radica en que el amor se dirige al reconocimiento del *ser*, en cambio, el reconocimiento sobre la tarea laboral está dirigido al *hacer*. La redirección de éste al registro del ser será tarea del sujeto, si lo incorpora como *logro*. El modo en que este reconocimiento se transmite es por medio del juicio de utilidad, económica, social o técnica, usualmente expresado por la línea jerárquica (superiores, subordinados, clientes); y por medio del juicio de belleza, en referencia a las reglas del arte y destreza de ejecución, expresado por los pares. Estas dos dimensiones, utilidad y cualidad sostienen el reconocimiento sobre el trabajo en el campo social.

“De aquí el lugar capital del trabajo en la salud mental, porque el trabajo es el medio, tal vez es también un derecho?-de aportar una contribución a la sociedad, y a cambio obtener ese reconocimiento que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo. Esta es la razón principal por la que aquellos que están privados de trabajo sufren una tal “morbilidad” psicopatológica. Privados del derecho de aportar una contribución a la sociedad, también están privados de la posibilidad de proseguir la construcción de su identidad.” (Dejours, 2000, p. 4)

Para este autor, el reconocimiento de los pares resulta más importante en términos de construcción de la identidad que el juicio de utilidad. Pero resulta imprescindible que exista una comunidad de pertenencia para que este juicio logre sostenerse.

Ello implica la construcción de reglas comunes de trabajo y de un espacio público donde poder compartirlas y hacerlas evolucionar. Estas reglas de trabajo son también reglas de convivencia que precisan de un ámbito donde confrontar puntos de vista, asociando elementos heterogéneos (actividad deóntica). Sin este espacio democrático las reglas pueden rigidizarse y quien trabaja se encuentra aislado. Las características actuales del trabajo, en términos de precarización, competencia generalizada, 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, 2000).

BURN OUT

Tal vez una de las primeras referencias sobre los efectos del trabajo asiduo con pacientes sea el de Freud (2004) en el texto *Sobre la iniciación del tratamiento* de 1913. Allí justifica el uso del diván no solamente por los motivos propios de la clínica por él diseñada sino “En primer lugar, a causa de un motivo personal, pero que quizás otros compartan conmigo. No tolero permanecer bajo la mirada fija de otro ocho horas (o más) cada día” (Freud, 2004, p. 135)

En 1974, a partir de la observación de jóvenes que realizaban trabajo voluntario en una clínica para la desintoxicación de adictos, el psiquiatra estadounidense Freudenberger describió el *síndrome de burnout* como el sentimiento de estar siendo usado o exhausto ante una excesiva demanda de energía y recursos personales, lo cual deriva en depresión y fatiga como resultado de la devoción a una causa que no produjo la recompensa esperada. Freudenberger toma la idea de “estar quemado” de la industria aeroespacial, y alude al recalentamiento de ciertas piezas de los cohetes cuya falla implica la rotura de las máquinas. Lo aplica al estado de agotamiento en que terminaban su año de experiencia estos voluntarios en su práctica institucional. Se trata de un tipo específico de estrés laboral, propio de quienes se desempeñan en ámbitos de salud y en profesiones de ayuda y servicio social en las que deben estar en contacto permanente

con personas que sufren. (Pérez Jáuregui, 2000; Giberti, 2003; Neira, 2004; Novo, 2010)

Giberti (2003) señala que Freudenberger hace hincapié en que aquellos que se “quemán” suelen ser personas idealistas, que ven caer los ideales respecto de su profesión, sintiendo dolor moral y vacío interior. Esta apreciación diferencia al estrés del burnout, al asociar determinada pérdida de valores importantes para el profesional con una patología asociada al trabajo. Giberti cita a Marjolaine Marcil, quien en 1991 sintetizó esta diferenciación como “El alma en duelo por su ideal corresponde a un desgarró sentido en lo más profundo de sí mismo, que logra exteriorizarse”. (Giberti, 2003, p 233)

Maslach en 1981/2, en la Universidad de Berkeley sistematizó la descripción del síndrome que se utiliza actualmente, mediante una serie de investigaciones acerca de las respuestas emocionales de profesionales que se desempeñaban en áreas de asistencia, enfatizando la sobrecarga emocional por ellos recibida. Tomó la denominación de burnout previamente propuesta por Freudenberger por considerarla menos estigmatizante que los diagnósticos psiquiátricos. Maslach y Jackson diseñaron el MBI, Maslach Burnout Inventory, en 1986, herramienta de medición del síndrome que toma en cuenta tres dimensiones de análisis que componen el síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en la tarea. Consideran al burnout como *una respuesta disfuncional en individuos que trabajan en profesiones de asistencia ligada con una tensión emocional de índole crónica, originada en el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas.* (Neira 2004)

El **agotamiento emocional** se manifiesta en la fatiga física o psíquica, la disminución de recursos emocionales y la sensación de no tener nada más que ofrecer a nivel profesional (Pérez Jáuregui, 2000; Neira, 2004). La persona se queja constantemente, pierde la posibilidad de disfrutar de su trabajo y se vuelve irritable (Novo, 2010). La **despersonalización** se refiere al desarrollo de una actitud negativa hacia las personas que deberían beneficiarse con su trabajo, tratándolas de manera insensible y deshumanizada. Aparecen reacciones de cinismo y hostilidad

también hacia los compañeros de trabajo (Pérez Jáuregui, 2000; Neira, 2004). Gil-Monte (2003) diferencia dos aspectos en la variable despersonalización. Uno de carácter funcional que posibilita al profesional realizar las prácticas necesarias sobre el usuario sin implicarse en los problemas de éste, evitando involucrarse emocionalmente. Otro aspecto hace referencia al carácter disfuncional, lo cual implica conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio. (Novo, 2010). La **baja realización personal en la tarea** implica a la propia percepción del trabajo realizado en términos negativos, con baja estima profesional, imposibilidad de soportar la presión, autorreproches y baja producción. El profesional se percibe como inadaptado y evita las relaciones interpersonales. (Pérez Jáuregui, 2000; Neira, 2004)

En nuestro país, María del Carmen Neira (2004) realizó la validación del MBI llevando a cabo una investigación que abarcó a 1152 profesionales y trabajadores de la salud de distintas zonas del país. Otros objetivos de esta investigación fueron: establecer la prevalencia del síndrome en integrantes de diversos equipos de salud y determinar la relación entre estrés y satisfacción laboral en relación con las tres dimensiones del burnout, relevando variables demográficas, laborales y psicológicas. Los resultados de la investigación describen los resultados discriminando resultados por profesión, antigüedad y especialidad. Señala, por ejemplo, que los médicos residentes son una población con riesgo de burnout, en mayor medida que quienes cuentan con años de experiencia, ya que la identidad profesional se encuentra todavía en ciernes. La incidencia de la realización personal varía también de acuerdo con el prestigio social que cada profesión porta, por ejemplo entre médicos y enfermeras. (Neira, 2004)

Pérez Jáuregui (2000) analiza las manifestaciones del síndrome en distintas profesiones vinculadas con la educación y la salud, considerando que existen factores de riesgo específicos de cada ejercicio profesional. Respecto de quienes se desempeñan en salud mental, toma la investigación de Bouza, González y San Martín Castellanos (Madrid, 1994) que sitúa a psicólogos y psiquiatras ocupando el primer y segundo lugar de vulnerabilidad

en síntomas de burnout en variables como trastornos físicos y conductuales, agotamiento emocional, deterioro del rendimiento y problemas de relación. Identifican algunos factores que inciden en esta población vulnerable con niveles de compromiso emocional, el abordaje de patologías más allá de técnicas organicistas, la influencia del ciclo vital, el desgaste emocional implicado en la reactivación de cuestiones personales que surgen durante la atención de pacientes y pronósticos con deterioros progresivos o irreversibles, lo cual, unido a la escasez de recursos institucionales, genera una desproporción entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos, es decir desaliento y desilusión. Refieren que la sintomatología más frecuente entre trabajadores de salud mental es el distanciamiento, la intelectualización de los conflictos, cefaleas, gastritis y contracturas. Los factores precipitantes identificados por Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) agregan: gran tamaño de las instituciones y elevado número de pacientes, gravedad de los cuadros psicopatológicos, prolongado tiempo de contacto con los pacientes, abordajes terapéuticos que exceden lo organicista, insatisfacción con las condiciones laborales.

Zaldúa y Lodieu (2001) en su estudio epidemiológico sobre profesionales de la salud de hospitales de la ciudad de Buenos Aires y Rosario, identifican un malestar emergente de dificultades en las relaciones entre médicos y pacientes, médicos y enfermeros, enfermeros y pacientes y relación con jefes y autoridades. Contextúan este malestar como efecto de los cambios ocurridos en el sector salud: privatización creciente, tercerización, precarización laboral, desmantelamiento de servicios hospitalarios, sobrecarga laboral por incremento de demanda y sobreempleo. En las conclusiones preliminares señalan:

El deterioro de los servicios públicos y la limitación de la cobertura y la calidad de las prestaciones están determinados por políticas de ajuste neoliberal que reproducen la exclusión social en el campo sanitario. La mercantilización y la privatización progresiva en el sector salud aunado al desmantelamiento de los servicios públicos por el retiro del Estado como responsable y garante del Derecho a la salud daña al colectivo social. El pasaje

de la salud como derecho a la salud como mercancía, ubica a los demandantes de atención sanitaria como meros compradores-consumidores de servicios de salud. Las posibilidades entonces de la “compra de atención” dependerán de los recursos económicos de cada individuo. La desigualdad en el acceso de la salud se instala. (...) La violentación que estos procesos sociales producen en la trama subjetiva se manifiesta en la violentación de los vínculos y prácticas cotidianas, se instala un círculo de revictimización. (Zaldúa y Lodieu, 2001)

Las autoras señalan también que tanto el deterioro de los ámbitos profesionales como la caída del valor social de la profesión generan vulnerabilidad en quienes trabajan institucionalmente. La modalidad laboral que se incentiva es individualista y no contempla redes de apoyo grupal o social que permitan sostener una tarea estresante.

Ringelheim (2011) coincide con esta lectura socioeconómica en relación con las dificultades que implica para los profesionales de la salud mental. En el capítulo “Bases económicas del desgaste laboral crónico” de su libro *La realidad del burnout* analiza la economía contemporánea describiendo secuencias de bonanza y crisis, más que la estabilidad de una meseta. Observa que los períodos de prosperidad se han ido acortando y que el alargamiento de las crisis provoca fuerte impacto en las condiciones laborales, a lo cual suma, en este último período, las consecuencias de la revolución tecnológica en términos de agotamiento de los trabajadores. Ringelheim engloba a la exclusión, la pérdida de identidad y la crisis de subjetivación como componentes que correlacionan con el burnout.

Viñetas periodísticas

En el suplemento psicología de Página/12, Nicoletti y Rousseaux (2003, julio 10) relatan el encuentro con casos de extrema vulnerabilidad social o lindantes con el horror desde su práctica psicoanalítica de orientación lacaniana, mencionando que esto implica efectos en los psicoanalistas y el necesario uso de maniobras específicas de afrontamiento para sostener el encuadre que su teoría propone:

La interrogación que nos atraviesa es cómo operar desde una posición que reconozca las determinaciones estructurales pero sin congelarlo en un lugar de víctima impotente, y cómo hacer lugar a la responsabilidad subjetiva sin cargar en esa mochila el peso de su lugar en la estructura social.

Las prácticas de los profesionales que intervienen en las instituciones son consecuencia de una posición ética, que produce efectos en la nominación de quienes allí se alojan.

(...) Así, la trinchera se define como borde de lo real, límite ante el horror, ese lugar donde Sigmund Freud (Más allá del principio del placer) ubica la angustia como la última protección. ¿Qué puede hacer un psicoanalista en la trinchera?: generar una clínica que opere produciendo nuevo lazo que permita al sujeto incluirse en otro discurso, o ser testigo de lo que viene a decir.

(...) Cuando trabajamos con la miseria extrema o con la violencia o con situaciones donde el sujeto no fue alojado en ningún lado, muchas veces quien se siente arrasado es el analista.

(...)La ubicación del sujeto como víctima dificulta su reconocimiento como deseante, como capaz de reconocerse en sus determinaciones inconscientes, en su lugar en el deseo del Otro. Muchas veces la pregnancia imaginaria de la miseria, la magnitud de la distancia de los sujetos respecto de los ideales de la cultura, lo que se considera pobreza intelectual o falta de estímulos, no permite escuchar, no permite reconocer el deseo del sujeto –por ejemplo, en la transferencia–, lo cual lleva a la imposibilidad de un tratamiento porque se interpreta como falta de recursos una negativa a hablar propia de quien requiere asegurarse del otro antes de abrir una pregunta sobre su padecimiento. (Nicoletti y Rousseaux, 2003)

Belforte, Giménez y Preusse (2003, enero 3) en una edición anterior del mismo suplemento alertan acerca de la “palabra vacía” que pueden constituir diagnósticos que pretendan patologizar la pobreza y la exclusión, culpabilizando al paciente que padece, sin asumir el contexto en que las afecciones se presentan:

Al trabajar en un espacio geográfico especial como lo es el primer cordón del Conurbano –donde los índices de desocupación alcanzan el 50 por ciento y la población es sometida a

estados de carencia insospechados–, las demandas que se nos plantean están directamente relacionadas con la pobreza, que es un diagnóstico social, y con la violencia –sufrida o actuada– generada por ese contexto social que abandona y destruye a las personas.

(...) Si no partimos de la concepción de que el ser humano es un ser en situación, que ocupa un lugar en la compleja matriz social, en la cual nace, se desarrolla y muere, vinculado y vinculante con otros seres humanos, caemos en una simplificación dañosa que se extiende a lo social amplio y se priva a los pacientes y a los terapeutas de replantear –con criterio de realidad– situaciones que trascienden lo individual y se enraizan profundamente en lo social actual, origen y al mismo tiempo resultado de las subjetividades.

(...) Esa palabra vacua provoca la demolición interna o externa de las instituciones, que las deja vacías y las esteriliza como modulador o intermediario social. Dejan así de ser apoyaturas o caen, en sentido lato, en la perversión institucional, es decir, la pérdida o desvío de la finalidad para la que fueran creadas.

Integrantes de un grupo de reflexión clínica e investigación sobre la producción de subjetividad social en el dispositivo psicoanalítico, convocado por la explosión de la AMIA retoman, ocho años después, las reflexiones acerca de las consecuencias psicosociales del estallido tanto en la población afectada como en su implicancia desde el abordaje profesional:

En aquel momento ya percibíamos que los conceptos de implicación, sobreimplicación o distanciamiento estallaban ante la imposibilidad de encuadrar nuestra intervención en cualquier tipo de metodología propia de los trabajos de análisis institucional o de socioanálisis tal como los veníamos realizando. Durante toda la intervención, se fueron intensificando los sentimientos de desamparo, que nos habitaban desde el comienzo.

(...) Hacíamos ese trabajo porque no podíamos dejar de hacerlo, y nos arrastró al barrio, a la cuadra de Pasteur, una fuerza similar a la que llevó a miles de habitantes de esta ciudad y a centenares de profesionales, médicos, abogados, ingenieros,

psicólogos, a tratar de hacer algo, ante la magnitud de la devastación.

(...) La caída del lugar del especialista, que augura el análisis institucional, se dio de hecho y de derecho. Las intervenciones en las asambleas junto a los vecinos, con las autoridades de la Amia, las escuelas circundantes, las instituciones técnicas y jurídicas del Estado, nos encontraban en un lugar difícil de sostener pero imposible de evitar: estar como si fuésemos un vecino más. Cómo salir de esta situación se transformó también en nuestro problema. No queríamos abandonar a las personas incluidas en el proyecto, pero tampoco queríamos estar como algo que no éramos, como representantes de un barrio que no era el nuestro.

(...) A partir de nuestra experiencia en la vecindad de Pasteur, y con relación a las actuales asambleas vecinales que han surgido como respuesta a la crisis, dejamos planteadas unas preguntas: ¿cómo es el lazo que se funda en la vecindad?; ¿cómo es la relación de articulación y/o quiebre entre reclamos y formas de resistencia?; ¿cómo incluimos estas y otras preguntas en nuestra clínica actual, bajo un estado de permanente crisis social? (Berezin, Galperín, Guilis, Jarach, Kamkaghi y Saidón, 2002)

Estas viñetas se enmarcan en la etapa llamada “crisis del 2001”, respecto de la realidad del conurbano bonarense, la población en estado de vulnerabilidad social y víctimas de un atentado terrorista, que, si bien había ocurrido ocho años antes, es retomado como material para la reflexión en el contexto de una crisis más abarcativa que la relativa a los afectados por la bomba.

Hacia 2005, el creciente vaciamiento del Sector Salud y el aumento de demanda por parte de un sector también en aumento, tanto de las clases medias por haber perdido el acceso a las Obras Sociales y de las clases populares, por el creciente deterioro de las condiciones sociales, derivó en una serie de acciones por parte de los trabajadores. Mariana Carbajal, para la Sección *El País*, de Página/12 lo relata así:

Los hospitales públicos están abarrotados de pacientes y en algunas provincias del interior no cuentan con los insumos

básicos. Los médicos que atienden por obra social cobran un promedio de 8 pesos por consulta, de los cuales sólo les llegan a su bolsillo 5: el resto se les va en gastos de consultorio, carga impositiva y seguro de mala praxis. Desde la crisis de diciembre de 2001, se han cerrado decenas de clínicas privadas como consecuencia de las abultadas deudas que el PAMI mantiene con el sector. Por este panorama, médicos y dueños de sanatorios y profesionales del sector público y de la seguridad social de todo el país coincidieron ayer en un paro de 24 horas en reclamo de un mayor presupuesto para la salud pública, un aumento de los aranceles profesionales e institucionales pagados por las obras sociales, y la cancelación de las deudas que mantiene el PAMI y otras obras sociales con el sector, entre otras demandas.

(...) La medida de fuerza involucró a hospitales y sanatorios, públicos y privados, médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, obstetras, trabajadores sociales, kinesiólogos, psicólogos, nutricionistas, entidades de diagnóstico y servicios de emergencia, a lo largo y a lo ancho de la Argentina.

Los reclamos son amplios, pero puntuales:

- Mayor presupuesto para la salud pública y la seguridad social.

- Aumento salarial con estabilidad laboral para todos los trabajadores de la salud, públicos y privados.

- Aumento de los aranceles profesionales e institucionales.

- Disminución de la carga tributaria del sector.

- Pago de las deudas que mantienen con las clínicas, odontólogos y bioquímicos las obras sociales, especialmente el PAMI.

(...)El otro gran reclamo es un mayor presupuesto para salud a los gobiernos provinciales. “Los hospitales de provincias como Formosa, Chaco y Salta están con muchísimas dificultades por falta de insumos. En todo el país, la atención pública tiene una sobrecarga por la crisis de las obras sociales”, indicó Pérez Laborda. “Si no obtenemos respuestas satisfactorias a nuestros reclamos volvemos a parar el 13 y 14 de octubre”, anunciaron ayer. (Carbajal, 2005, septiembre 16)

El diario conservador La Nación, en la misma fecha, describió el paro de la siguiente manera:

Médicos y profesionales de hospitales públicos y privados de todo el país realizaron ayer un paro que, según fuentes gremiales, tuvo un alto nivel de acatamiento que para autoridades sanitarias fue parcial.

La protesta sirvió para exigir un mayor presupuesto para la salud y una mejora salarial para todos los trabajadores del sector. En los hospitales y clínicas adheridas no se dejaron de atender las guardias y las urgencias, según los organizadores de la protesta.

Cerca del mediodía, en la sede de la Confederación Médica de la República Argentina (Comra), más de 500 dirigentes de asociaciones de profesionales de todo el país realizaron un acto y una conferencia de prensa. Otro grupo participó de una marcha que culminó frente al Cabildo.

“No quisimos cortar las calles, pero sí hacer público el estado deplorable en que se encuentra la salud del país”, dijo César Pérez Laborda, vicepresidente de Comra, para quien la adhesión al paro fue del 95 por ciento en todo el país.

Según sostuvo, la modalidad fue diferente en cada establecimiento: algunos pararon 24 horas; otros, sólo un par de horas. En otros lugares hubo abrazos simbólicos a los edificios. “Pero el problema es similar para todos: el presupuesto es insuficiente; hay sueldos indignos; no existe financiación para el sector; la carga impositiva es excesiva, y no se pagan las deudas de las obras sociales”, enumeró Pérez Laborda.

Según el Ministerio de Salud bonaerense, de los 77 hospitales públicos, 36 prestaron sus servicios con normalidad, 24 en modo parcial y sólo en 11 la adhesión fue total.

“Hubo un cese de actividades de 7 a 9, pero aunque estemos adheridos, hay áreas en las que es imposible parar”, comentó a LA NACION Rafael García, médico cirujano del hospital Posadas, de Haedo.

“Cualquier otro jueves por aquí es imposible caminar”, dijo la neuróloga María Rosa Núñez, del hospital Ramos Mejía, en relación con la poca afluencia de pacientes. En el hospital de niños Juan P. Garrahan, los médicos consultados dijeron no haber adherido a la medida. En el Hospital Alemán y en la Clínica y

Maternidad Suizo-Argentina el acatamiento fue bajo. (La Nación, 2005, septiembre 16)

El énfasis está puesto en la diversidad de respuestas acerca de la medida de fuerza y parecería pretender tranquilizar a los lectores acerca de la posible desprotección en el área de salud pública, ocupándose de aclarar al final que dos sanatorios privados, de los que seguramente gran cantidad de lectores del diario son socios, no se sumaron a la protesta. Aún así, los reclamos del sector salud están consignados y se escuchan “las dos campanas”: reclamos de los trabajadores y lectura del Gobierno acerca del acatamiento. La nota parecería centrarse en el efecto inmediato de la medida, más que en el análisis de la situación general del sistema sanitario.

En esta línea, Menéndez (2005) analiza el desarrollo histórico del establecimiento de las coordenadas del sistema sanitario capitalista, estableciendo que en el siglo XX la concepción de la necesidad de salud estuvo atravesada por un criterio mercantilista, en tanto el capital humano constituye una fuerza de trabajo. De tal manera, el Estado implementa desde el sector salud determinadas políticas de control social, en conjunción, desde el área privada, con las cada vez más grandes industrias de la salud (especialmente las químico/farmacéuticas). Paradójicamente, a nivel familiar el gasto en salud va en aumento, a la vez que los costos de atención de las enfermedades nomencladas en función del gasto de su atención, creando más problemas económicos. El paulatino retiro del Estado, a partir de las políticas neoliberales desplegadas en las últimas décadas y la crisis de las organizaciones sociales que protegían la salud de los trabajadores, coadyuvan a la situación general del sistema en términos de insuficiente respuesta a las demandas de la población.

Factores desencadenantes y estrategias de abordaje

Pérez Jáuregui (2004) establece tres áreas de análisis para la detección de factores estresantes: individual, grupal y organizacional. En el nivel organizacional considera aspectos como el liderazgo, los contextos de crisis, el cambio y la necesidad de supervivencia.

Toma a autores especializados en organizaciones: Schlemenson, Maslow, Jacques, estableciendo un modelo aparentemente orientado hacia un contexto empresarial del sector privado. Respecto de su propuesta de intervención, desarrolló un programa dirigido al establecimiento de objetivos centrales de la misma, en primer término; la especificación del nivel sobre el cual hacerlo (individual, grupal, organizacional); y los procedimientos utilizados. Las técnicas se orientan hacia la modificación de procesos cognitivos, el desarrollo de nuevas actitudes acerca del estrés y de habilidades de comunicación y el fortalecimiento de las redes de apoyo social. Este proceso siempre culmina con una evaluación de su incidencia en términos de efectividad acerca de los objetivos planteados.

La misma autora, en una publicación anterior, relata la experiencia realizada en hospitales públicos con personal de Enfermería, en colaboración con la Lic. V Kaloustián. (Pérez Jáuregui, 2000) Se trataba entonces de la puesta en práctica de talleres vivenciales y reflexivos en grupos de 15 personas. Los objetivos fueron brindar recursos de identificación del burnout y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Las técnicas utilizadas en aquella ocasión fueron de tipo expresivo y artístico. El hilo conductor transitaba desde la percepción de los participantes hacia la identificación conceptual y reflexión acerca del tema. El modelo de capacitación aplicado surge de las conclusiones de su investigación e implican que: los profesionales sufren un impacto dañino sobre su salud, relaciones familiares y desempeño laboral, por causa de las condiciones actuales de trabajo; los profesionales poseen poca información sobre las características del burnout; carecen de aprendizaje de recursos para afrontar el tema; la no identificación del problema genera vulnerabilidad. Su propuesta consiste en capacitar adecuadamente a la población vulnerable, con un modelo que denomina como ecológico, en tanto implica al contexto relacional de los individuos.

Neira (2004) establece que la capacitación de los trabajadores en términos de identificación del síndrome y desarrollo de recursos personales para afrontarlo, así como el intento de disminuir las condiciones estresantes del trabajo, resultan insuficientes. Subraya las recomendaciones de la Organización

Internacional del Trabajo, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España y el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de Estados Unidos acerca de la realización conjunta de intervenciones sobre el individuo y la organización. La obtención de un compromiso con la propuesta por parte de la organización y de los usuarios de los programas de prevención resulta imprescindible para su implementación. Neira propone una etapa inicial de diagnóstico y una posterior de intervención. La intervención se realiza en términos de capacitación, estimulación de pautas de afrontamiento en los grupos de trabajo, favorecer la comunicación entre distintos niveles de la organización y el apoyo interpersonal. Además, una mirada más abarcativa, que implica el relevamiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo y el respeto por los derechos laborales. Señala que, con frecuencia, las organizaciones obstaculizan la prosecución de instancias de prevención, por lo cual sería necesario contemplar una adecuada implementación de técnicas diagnósticas para la evaluación de las condiciones de intervención, una cuidadosa planificación de la intervención, adecuándola a las posibilidades de la organización y la demostración de que la implementación de un programa de tales características resultará menos costosa que aquellos gastos generados por las consecuencias del estrés laboral.

Zaldúa (2000) desde la postura de la epidemiología crítica, realiza una investigación-acción sobre el desgaste profesional, con el objetivo de democratizar el monitoreo de la calidad de vida y los determinantes de la salud en las diferentes instancias sociales. La investigación fue encarada desde la perspectiva de la promoción y prevención de la salud, alentando la participación de los actores involucrados en el proceso salud-enfermedad-atención, con el propósito de construir acciones salutíferas. Tanto la reflexión acerca de la problemática laboral, como los resultados de las técnicas administradas y la construcción de estrategias de afrontamiento son una etapa fundamental en la investigación-acción. Las propuestas de los profesionales en términos de especialidad resultaron: por parte de los médicos, aumentar los niveles de organización y equipamiento y, por parte de

la enfermería, aumentos en la remuneración y espacios de formación. Dentro de las problemáticas relevadas, Zaldúa señala que la palabra “falta” aparece sistemáticamente: falta de recursos, de materiales, de reconocimiento, distribuida a través de los distintos sistemas de posible afrontamiento: emocional, instrumental, informativo y evaluativo.

Ringelheim (2011) incluye el aspecto preventivo pero incorporándolo dentro de una propuesta de políticas públicas que abarque el consenso de Autoridades Nacionales, Provinciales y Comunales. Para el logro de este objetivo enfatiza la necesidad de llevar a cabo acciones de educación comunitaria en los distintos niveles de enseñanza y profesionales y la formación de recursos humanos necesarios en materia de prevención de riesgos laborales. El procedimiento consistiría en una consulta, por parte del Gobierno, con aquellos estamentos necesarios, con la finalidad de regular las condiciones de trabajo y la evaluación de riesgos, así como la calificación de enfermedades profesionales. Las autoridades deberán desarrollar también un seguimiento, evaluación y ajuste de la actividad preventiva. En términos de disposiciones legales, apunta que Argentina, más allá de su compromiso con las observaciones de la OIT, precisaría unificar las normativas a este respecto, ya que cuenta con una dispersión de normativas en este sentido, muchas de las cuales deberían ser actualizadas y unificadas en una política global. Enumera también una serie de definiciones a utilizar en el diseño de estas leyes: prevención, riesgo laboral, daños derivados del trabajo, riesgo laboral grave e inminente, condición de trabajo.

ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Ley 2578 de la Ciudad de Buenos Aires

El 6 de Diciembre de 2007 fue sancionada en la Ciudad de Buenos Aires la Ley 2578, a instancias de los diputados S. de Estrada y A. Bello, *Prevención, detección precoz y rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico (SDLC)*. Tal como indica su título, el objeto de la ley es la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres

subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Art 1°). En su Artículo 2° define el Desgaste Laboral Crónico como un “síndrome de agotamiento físico, emocional y/o intelectual en trabajadores de los efectores de salud que se desempeñan directamente con personas, en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, con manifestaciones a nivel individual y/o colectivo y/o organizacional y/o institucional y la interacción entre las mismas.” (Art.2°). El Artículo tercero designa como autoridad de aplicación a la máxima autoridad en salud de la Ciudad Autónoma y en el cuarto se ordena a dicha autoridad la creación de un programa que incorpore, en la ejecución de las políticas públicas, prácticas para el desarrollo de la capacidad de abordaje de situaciones de riesgo en todos los niveles: individuales, colectivas, organizacionales e institucionales sobre los factores desencadenantes del síndrome.

El Artículo quinto despliega lineamientos para realizar este abordaje en los siguientes términos: Implementar todas aquellas prácticas que fomenten el desarrollo de acciones de promoción y prevención en el campo de la salud mental y física de los agentes del Área de Salud (inciso a). Respecto de la modalidad de abordaje indica la conformación de grupos operativos interdisciplinarios con varios objetivos: fortalecer el intercambio entre pares, fomentar la red de apoyo social, identificar los estresores por servicio y elaborar estrategias para su afrontamiento en la prestación de los servicios, sin fines terapéuticos ni de sobreadaptación. Respecto de la frecuencia sugiere periodicidad, hacerlo en el lugar de trabajo, con carácter obligatorio y dentro del horario laboral (inciso b).

A continuación indica la capacitación desde la perspectiva de la Educación Comunitaria para la Salud, diferenciando la prevención primaria (aparición de síntomas), de la prevención secundaria (reaparición de los mismos) y la prevención terciaria (agravamiento). Insta a que los efectores lleguen a una mejor comprensión de la cultura organizacional en la que se encuentran insertos. (inciso c). El inciso d) está dirigido al Ministerio de Salud y demás responsables del resto de los subsectores, para que identifiquen la eventual presencia de factores de riesgo estresores por servicio

generadores de Desgaste Laboral Crónico, y la implementación de las medidas necesarias en los factores institucionales u organizacionales que contribuyan a minimizar la problemática. Asimismo, el inciso e) promueve la realización de actualización especializada de todos los trabajadores de la Salud, para concientizar sobre el tema en todos los ámbitos y la formación de agentes aptos para la prevención y/o detección de recaídas de las patologías resultantes del Desgaste Laboral.

Finalmente, se sugiere generar datos estadísticos que habiliten la información para efectuar medidas preventivas, de tratamiento y/o de rehabilitación para los trabajadores afectados. (inciso f)

Código de Ética

Psicólogos y psicólogas integran los servicios de salud de la ciudad, tal como se desprende de la Ley del Ejercicio Profesional (Argentina, 1985), que, en su Artículo 8º, inciso 5) indica que los psicólogos deben fijar su domicilio profesional en la Capital Federal (denominación de la Ciudad Autónoma en esa fecha). Tratándose de una Ley Nacional delimita su ámbito de aplicación a los territorios nacionales y genera la dependencia acerca del control del ejercicio profesional hacia el Ministerio Nacional de Salud. (Artículo 1º) Esto rige en el matriculado profesional, además. Si bien luego del advenimiento de la autonomía porteña la ley de ejercicio profesional permaneció en el ámbito de Nación, el hecho de residir en la Ciudad implica estar sujetos al alcance de la Ley Básica de Salud de la CABA, que indica en su Artículo 2º. (Alcances): “Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.” (Buenos Aires, 1999), en cuyo marco se inscribe la Ley de Desgaste Laboral Crónico. De tal manera, los psicólogos están abarcados en este encuadre legal.

Desde el punto de vista de la Ética profesional, la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires es el ámbito desde el que surge el Código ético que rige la actividad. El Código analiza ampliamente diversas situaciones y ámbitos de incumbencia y, por lo

tanto, posibles fuentes de conflicto ético en la labor de los psicólogos: relación con pacientes en terapia clínica, en relación con otros profesionales, aspectos a considerar al evaluar, al investigar, al enseñar, temas de honorarios, de declaraciones públicas, el secreto profesional, los límites de la competencia, por ejemplo. (APBA, 1995)

La prevención y cuidado de la propia salud, en tanto la herramienta fundamental con la que interviene el psicólogo es su propia psiquis, por lo tanto el propio cuerpo, no tiene un apartado específico en el Código, aunque es posible suponer que resulta obvio que, si la actividad del psicólogo debe siempre velar por el bien del paciente, éste deba encontrarse en las mejores condiciones posibles para así cumplirlo.

El punto 1.08 de las Normas Generales alerta acerca de Problemas y Conflictos Personales de los psicólogos, en tanto éstos puedan interferir en la eficacia de sus intervenciones (APBA, 1985). Podría considerarse que la percepción del profesional acerca de la posibilidad de estar siendo afectado por burnout, derivaría en la obligación ética de hacer algo al respecto, ya fuera una consulta con otro profesional o la suspensión de sus actividades. Esta medida estaría en la línea del abordaje individual y no distingue la incidencia dentro del desempeño en ámbitos institucionales o del consultorio privado, lo cual contradice lo hasta aquí expuesto acerca de las características del síndrome. El abordaje personal podría ser necesario pero no suficiente para este caso que contempla el Código.

En los Principios Generales del Código, párrafo E, se consigna que los psicólogos cumplen con la Ley y promueven el desarrollo de leyes y políticas sociales en beneficio de la comunidad. (APBA, 1995) Se integra así el espíritu de la Ley de Prevención del SDLC con la responsabilidad ética de los psicólogos, más allá de mención específica.

Ética y mercado

Hemos visto hasta aquí que la prevalencia del SDLC es efecto de la relación con el trabajo de los efectores de salud en un contexto económicamente determinado. Me resulta interesante,

por lo tanto, tomar el trabajo de Spinoso (2009) acerca de Psicología y Mercado. La autora, desde una lectura psicoanalítica en diálogo con teorías económicas tales como la teoría del productor, teoría del vendedor, teoría subjetiva del valor y teoría objetiva del valor, piensa acerca de la práctica profesional en relación con la oferta y la demanda. La elección de una línea teórica implicaría así la elección de una rama de producción. Spinoso critica las líneas psicoterapéuticas que se basan en la demanda (en términos económicos) de la pretendida resolución de patologías específicas y novedosas, asociándolas con la teoría subjetiva del valor, según la cual el valor de una mercancía se determina por su precio, es decir por cuánto está alguien dispuesto a pagar por eso, quedando como un efecto producido por la mente. Se diluye así la cuestión del trabajo, la forma en que los objetos se producen, en función de la preferencia del consumidor por un objeto antes que por otro. (Este punteo lo realiza siguiendo un texto de Azcurra.) Desde su práctica hospitalaria asistiendo a mujeres con cáncer, postula que el psicoanálisis apuesta a la emergencia del sujeto por sobre el diagnóstico, en su interrogante acerca del deseo.

Retomando el desarrollo sobre el burnout reflexiono, en diálogo con este texto, dos cosas: por un lado, el factor *despersonalización* consituye una falta ética respecto del trato con el paciente, ya que soslaya su subjetividad y lo trata en términos de objeto; por otro lado, en estos tiempos de excesiva demanda institucional, los efectos del trabajo terapéutico resultan insuficientes. Esto invisibilizaría el trabajo del psicólogo, ya que según la lógica del mercado, el consumidor permanece insatisfecho y el valor del trabajo realizado (los años de estudio, especializaciones, experiencia, etc.) queda por fuera del reconocimiento. Recordemos que otra de las dimensiones del síndrome es la *baja realización personal*, lo cual incluye a la falta de reconocimiento.

Spinoso (2009) explica que la ética es una práctica y que el producto de ésta es el sujeto mismo. Cita a los moralistas, quienes sostenían que toda profesión cuyo objeto sea una persona implica una ética en su técnica. ¿Podríamos pensar entonces que la paradoja ética a la que el psicólogo queda sometido en el

contexto institucional, en las actuales condiciones socioeconómicas, constituye uno de los aspectos del síndrome?

Conclusiones

El origen mismo de las investigaciones acerca del burnout surge desde la experiencia institucional. Hasta donde pude investigar, no hay registro de incidencia del síndrome en casos de consultorio privado. Esto me lleva a pensar necesariamente en una afección ligada con determinadas coordenadas en relación con los otros.

Primero, la mirada de los pares no se encuentra tan jugada en el consultorio privado como en la institución. El psicólogo allí inserto está atravesado por una demanda que lo implica como parte de una estructura mayor, que genera pertenencia pero también implica diferentes exigencias a las del consultorio privado.

Segundo, quiénes son los otros de la demanda. Muchos de ellos son pacientes que no pueden pagar una consulta privada, por ejemplo. Esto los incluye en un colectivo social determinado, cuyas patologías se complejizan por cuestiones que van más allá de las nosografías, implicando la responsabilidad social y la presencia -o no- del Estado como proveedor de necesidades básicas. En otros casos, la complejidad de la patología precisa de un abordaje interdisciplinario.

Si el trabajo es el resultado de vencer las resistencias que el medio nos plantea y en ese esfuerzo se genera un sufrimiento psíquico que es también transformador, el psicólogo ante la realidad socioeconómica está ante un molino de viento. El sufrimiento resultante es, por lo tanto, también de dimensiones importantes. Pero es, también, el lugar donde la subjetividad puede operar el cambio de la realidad social. Claro que, así como las prácticas profesionales dentro de una institución precisan de otros, (lo que estudiamos como ventajas de la interdisciplina) el abordaje del malestar que la falta de respuesta a las necesidades de un colectivo social provoca, precisa también del abordaje conjunto.

Las investigaciones de nuestro país sobre el desgaste que sufre de los profesionales abordan las condiciones socioeconómicas con mayor énfasis que las originales, donde el acento

pivota sobre la relación entre quien quiere asistir y quien precisa ser asistido y las características personales de los agentes de salud. Si bien es cierto que parte del desencanto propio del burnout se sustenta en la caída de determinados ideales acerca de la profesión y que el armado de estos ideales es particular de cada profesional, no habría que sesgar la incidencia de la formación académica en la conformación de cierto ideal profesional, que invariablemente se caerá en el contacto directo con la realidad del mercado laboral. Por esto, las prácticas profesionales supervisadas y la transmisión por parte de los docentes de su propia experiencia en lo que se da en llamar el “campo” cobran tanta importancia para la constitución de un imaginario más realista en los futuros profesionales.

Podría pensarse también en el burnout como uno de los nuevos males de la época, de esas nomenclaturas de moda que requieren una especialización que crea la oferta del mercado. Tal vez. Pero no quisiera perder la oportunidad de preguntarme acerca de una enfermedad que abreva en la caída de los ideales en esta época de fragmentaciones y nuevas subjetividades. Y rescatar que perder los ideales es un modo de enfermar. Pero pretender sostenerlos a ultranza sin contar con otros, resulta una necedad. La omnipotencia radicaría en pretender dar todo de sí, *darse todo*, en pos de la supervivencia de aquellos y aquellas *de la carencia*. Esta lógica de vasos comunicantes circula en la búsqueda de un lugar donde depositar el vacío, en vez de animarse al pensamiento complejo, a la construcción de alternativas compartidas. Es que el ejercicio democrático implica abrir el juego de las propias prácticas y poder mirar las prácticas ajenas con menos prejuicio. Esto es difícil en la lógica del mercado, porque el otro puede resultar un competidor que ofrezca un mejor producto que el mío, en lugar de un semejante con quien construir saberes compartidos. El quemarse abreva aquí en la lógica del eficientismo: se trataría de “resolver” y no de generar responsabilidad o abrir nuevas preguntas en quienes demandan asistencia, reconociendo así el poder que tienen sobre su propia existencia.

La Ley 2578 de la Ciudad es un buen punto de partida para pensar la actividad de quienes se ocupan de la salud. La propuesta

de reuniones periódicas abre espacios de intercambio y generación de una experiencia deóntica en la construcción de un lenguaje compartido. Sería interesante lograr relevar las distintas experiencias de los ámbitos de salud y poder registrar conclusiones y problemáticas que de allí surjan. Pienso que se trataría de recuperar algo del ideal pero sostenido en una tarea conjunta. Sin duda se trata de una práctica plagada de obstáculos. Pero, retomando la imagen del quemarse, se incinera la pieza sobre la cual el calor permanece sin circular. El fuego puede quemar o iluminar, arrasarse ciudades o reunir a una comunidad ante el alimento. Si la llama de los ideales va circulando y entre varios se logra moderarla o evitar que se extinga, la tarea resulta posible y el compromiso con los ideales y la vocación el tibio pan de cada día.

BIBLIOGRAFÍA

Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, (1985). *Ley N° 23.277/85 – Ejercicio profesional de la psicología*. Buenos Aires: Boletín Oficial N° 25.806.

Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, (1994). *Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. Buenos Aires: APBA

Belforte, A., Giménez, B. y Preusse, G. (2003, enero 3) por el camino de la mujer que dijo “Creo que somos gente”, *Psicología, Página/12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-14880-2003-01-02.html>

Berezin, A., Galperín, S., Guillis, G., Jarach, A., Kamkaghi, V. y Saidón, O. (2002, agosto 15). Todo el tiempo la bomba sigue estallando, *Psicología, Página/12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-8904-2002-08-15.html>

Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2007) *Ley 2578. Prevención, detección precoz y rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico*. Recuperado de http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_l.php?id=22&id2=84&id3=2061

Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999) *Ley N° 153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de <http://estatico.buenosaires.gov.ar/>

areas/salud/rrhh/materiales/normativas/leybasica.pdf

Carbajal, M. (2005, septiembre 16) Historia clínica de un sistema en crisis. *El País*, Página/12. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-56570-2005-09-16.html>

Dejours, C. (2000, abril). Psicodinámica del Trabajo y Vínculo Social. *Actualidad Psicológica*, XXIV(274), 2-5

Dejours, C. (2010, noviembre/marzo). Contribución de la Clínica del Trabajo a la Teoría del Sufrimiento. *Topía*, XX(60), 17-20

Freud, S. (2004). Sobre la iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis) (1913). En *Obras Completas*, Vol. XII (pp121-144). Buenos Aires: Amorrortu

Giberti, E. (2001). Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Burnout. *Revista de derecho penal integrado*, III(3), 101-122

Giberti, E. (2003). Atención a niños y niñas víctimas: el efecto burn-out en los profesionales. En S. Lamberti, (comp.), *Maltrato infantil*, (pp 229-246). Buenos Aires: Universidad

La Nación (2005, septiembre 16) Dispar acatamiento al paro nacional en el área de salud, *Información general*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/739141-dispar-acatamiento-al-paro-nacional-en-el-area-de-salud>

Menéndez, E. (2005 Enero/Abril) “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, *Salud Colectiva*. Vol.1(1) 9-32. La Plata: SALUD COLECTIVA Centro de Estudios para la Salud

Neira, M.C. (2004). *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y Burnout en profesionales de la salud*. Buenos Aires: Autor.

Nicoletti, E. y Rousseaux, F. (2003, julio 10) Psicoanalista en la trinchera donde se enfrenta el horror, *Psicología*, Página/12. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-22513-2003-07-10.html>

Pérez Jáuregui, I. (2000) *Cuando el estrés laboral se llama Burnout. “Quemarse en el trabajo” Causas y estrategias de afrontamiento*. Buenos Aires: Universidad.

Pérez Jáuregui, I. (2005) *Estrés laboral y síndrome de Burnout: sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para abordarlos*. Buenos Aires: Psicoteca.

Ringelheim, I. (2011) *La realidad del Burnout*. Buenos Aires: Dunken

Sicardi, E. y Novo, P. (2010). Estrés y Burnout. En G. Filippi y E. Zubieta (coords.), *Psicología y Trabajo, una relación posible*, Buenos Aires: Eudeba

Spinoso, P. (2009) *Psicología y Mercado. Y la seducción de los medios*. Biblioteca UCES Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/566>

Zaldúa, G.; Lodieu, M. T. (2001) *El Síndrome de Burn - Out. El desgaste profesional de los trabajadores de salud*. Buenos Aires: Mimeo.