

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES  
HUMANAS**



**TESIS DE GRADO**

**MOBBING, BURNOUT Y ANSIEDAD EN TRABAJADORES DE  
LA SALUD PERTENECIENTES AL HOSPITAL  
NEUROPSIQUIÁTRICO BRAULIO A. MOYANO**

**PRESENTADA POR**

**VICTORIA NEIRA FACCIO**

**DIRECTORA: DRA. ELISA CORTESE**

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en  
Psicología

Fecha: Junio de 2016

## **AGRADECIMIENTOS**

En esta oportunidad quisiera agradecer a quienes de un modo u otro me acompañaron todos estos años de estudio y me apoyaron para que yo llegara a esta instancia final.

A mis padres, por su apoyo incondicional, su dedicación, sus palabras de aliento y sus esfuerzos para que concluya lo que me hace feliz.

A mis hermanos, por estar a mi lado y soportar mis nervios y mis noches en vela estudiando.

A mis abuelos, porque sé que para ellos será un orgullo.

A mis amigos, por entenderme y acompañarme siempre.

A mi tutora, quien con humildad y dedicación colaboró con su entrega y conocimiento para que hoy esté presentando esta Tesis de Grado.

A todos ellos, mis agradecimientos y mi respeto por siempre.

# Mobbing, Burnout y Ansiedad en Trabajadores de la Salud Pertenecientes al Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano

Victoria Neira Faccio

## Resumen

El Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano es uno de los tres elementos monovalentes de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, pero es deficiente en los elementos funcionales, infraestructura y de personal. El objetivo de este estudio es indagar la relación entre Mobbing, Burnout y Ansiedad en trabajadores de la salud pública, pertenecientes a los distintos sectores de este hospital.

Se tomó una muestra no probabilística intencional simple de 100 sujetos con una edad promedio de 41,77 años (DT= 8,685; Mediana= 41,50 años; Mín.= 28 años; Máx.= 64 años). En cuanto al sexo, el 51,05% es hombre y el 48,98% mujer. En referencia al puesto ocupado en la organización, el 13,64% es administrativo, el 18,18% de atención, el 50% asistente, el 13,64% supervisor y el 4,55% jefe.

Se administró la Escala Cisneros (Fidalgo & Piñuel, 2004, adaptación argentina, Zoni & Olaz, 2011), el Cuestionario de Burnout de Maslach en Servicios Humanos [MBI-HS] (Maslach & Jackson, 1986 adaptación argentina, Neira, 2004), y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI] (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983; adaptación argentina, Leibovich de Figueroa, 1991). Los resultados mostraron relaciones significativas entre burnout, mobbing y ansiedad, y relaciones y diferencias significativas con variables sociodemográficas.

**Palabras clave:** Mobbing, Burnout, Ansiedad, Trabajadores de la Salud, Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

# Mobbing, Burnout and Anxiety in Health Workers Belonging to the Neuropsychiatric Hospital Braulio A. Moyano

Victoria Neira Faccio

## **Abstract**

The Neuropsychiatric Hospital Braulio A. Moyano is one of the three monovalent elements of Mental Health of the Buenos Aires City, but is deficient in the functional, infrastructure and personnel elements. The aim of this study is inquire into the relationship between Mobbing, Burnout and Anxiety in Health Workers oh public health, belonging to the various sectors of this hospital.

It was taken a non-probabilistic intentional sample of 100 subjects with an average age of 41,77 years (SD= 8,685; Median= 41,50 years; Min.= 28 years, Max.= 64 years. As for sex, 51,05% is male and 48,98% female. In reference to the position occupied in the organization, 13,64% is administrative, 18,18% of attention, 50% assistant, 13,64% supervisor and 4,55% boss.

It was administered the Cisneros Scale (Fidalgo & Piñuel, 2004, Argentinian adaptation, Zoni & Olaz, 2011), the Maslach Burnout Inventory in Human Services [MBI-HS] (Maslach & Jackson, 1986 Argentinian adaptation, Neira, 2004), and the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983; Argentinian adaptation, Leibovich de Figueroa, 1991). The results showed significant relationships between burnout, mobbing and anxiety, and significant relationships and differences with sociodemographic variables.

**Keywords:** Mobbing, Burnout, Anxiety, Health Workers, Neuropsychiatric Hospital Braulio A. Moyano.

## ÍNDICE GENERAL

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AGRADECIMIENTOS.....                                                                    | 1  |
| RESUMEN.....                                                                            | 2  |
| ABSTRACT.....                                                                           | 3  |
| ÍNDICE GENERAL.....                                                                     | 4  |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS.....                                                                 | 6  |
| ÍNDICE DE TABLAS.....                                                                   | 7  |
| ÍNDICE DE FIGURAS.....                                                                  | 9  |
| CAPÍTULO I.....                                                                         | 10 |
| 1. INTRODUCCIÓN.....                                                                    | 11 |
| 1.1. ESTADO DEL ARTE.....                                                               | 15 |
| CAPÍTULO II.....                                                                        | 22 |
| 2. MARCO TEÓRICO.....                                                                   | 23 |
| 2.1. El mobbing y su delimitación.....                                                  | 23 |
| 2.2. Evolución del concepto de violencia laboral.....                                   | 26 |
| 2.3. Delimitación del concepto.....                                                     | 28 |
| 2.4. Clases de comportamientos que configuran el mobbing.....                           | 30 |
| 2.5. Conceptualización del burnout.....                                                 | 31 |
| 2.6. Proceso transicional.....                                                          | 34 |
| 2.7. Modelos teóricos del burnout y variables más significativas.....                   | 35 |
| 2.8. El síndrome y las consecuencias asociadas.....                                     | 37 |
| 2.9. La ansiedad.....                                                                   | 40 |
| 2.10. Diferenciación de otros conceptos.....                                            | 42 |
| 2.11. La ansiedad estado y la ansiedad rasgo.....                                       | 44 |
| 2.12. El trastorno de Ansiedad Generalizada.....                                        | 45 |
| 2.13. Características de los trabajadores de la salud.....                              | 48 |
| 2.14. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de salud.....                  | 53 |
| 2.15. Historia y situación actual del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano..... | 54 |
| CAPÍTULO III.....                                                                       | 57 |
| 3. METODOLOGÍA.....                                                                     | 58 |
| 3.1. Objetivo general.....                                                              | 58 |
| 3.2. Objetivos específicos.....                                                         | 58 |

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.3. Hipótesis.....                                                 | 59  |
| 3.4. Relevancia y Justificación.....                                | 59  |
| 3.5. Tipo de estudio o diseño.....                                  | 60  |
| 3.6. Población.....                                                 | 60  |
| 3.7. Muestra.....                                                   | 60  |
| 3.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....      | 60  |
| 3.9. Procedimiento.....                                             | 62  |
| CAPÍTULO IV.....                                                    | 63  |
| 4. RESULTADOS.....                                                  | 64  |
| 4.1. Caracterización de la muestra.....                             | 64  |
| 4.2. Descripción de las variables.....                              | 68  |
| 4.2.1. Escala Cisneros.....                                         | 68  |
| 4.2.2. Cuestionario de Burnout de Maslach en Servicios Humanos..... | 68  |
| 4.2.3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.....                     | 68  |
| 4.3. Análisis de la normalidad.....                                 | 68  |
| 4.4 Análisis de la relación de variables.....                       | 69  |
| 4.5. Análisis de las diferencias de grupos.....                     | 73  |
| CAPÍTULO V.....                                                     | 79  |
| 5. DISCUSIÓN.....                                                   | 80  |
| CAPÍTULO VI.....                                                    | 84  |
| 6. ANEXO.....                                                       | 85  |
| 6.1. Consentimiento informado.....                                  | 85  |
| 6.2. Instrumentos para la recolección de datos.....                 | 86  |
| 6.3. Ley de Salud Mental.....                                       | 95  |
| 7. REFERENCIAS.....                                                 | 118 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| <b>GRÁFICO 1.</b> Sexo.....                               | 64 |
| <b>GRÁFICO 2.</b> Estado civil.....                       | 64 |
| <b>GRÁFICO 3.</b> Lugar de residencia.....                | 65 |
| <b>GRÁFICO 4.</b> Tiene hijos.....                        | 65 |
| <b>GRÁFICO 5.</b> Nivel de estudios.....                  | 66 |
| <b>GRÁFICO 6.</b> Remuneración mensual.....               | 66 |
| <b>GRÁFICO 7.</b> Relación laboral en la institución..... | 67 |
| <b>GRÁFICO 8.</b> Puesto ocupado en la organización.....  | 67 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABLA I.</b> Resúmenes estadísticos del mobbing.....                                                              | 68 |
| <b>TABLA II</b> Resúmenes estadísticos del burnout.....                                                              | 68 |
| <b>TABLA III.</b> Resúmenes estadísticos de la ansiedad.....                                                         | 68 |
| <b>TABLA IV.</b> Análisis de la normalidad de las variables a estudiar.....                                          | 69 |
| <b>TABLA V.</b> Correlación entre la Ansiedad Estado y las dimensiones del mobbing y del burnout.....                | 69 |
| <b>TABLA VI.</b> Correlación entre la Ansiedad Rasgo y algunas dimensiones del mobbing y del burnout.....            | 70 |
| <b>TABLA VII.</b> Correlación entre la Ansiedad Rasgo y las Presiones organizacionales.....                          | 70 |
| <b>TABLA VIII.</b> Correlación entre el Ataque hacia la autoestima de la persona y dimensiones del burnout.....      | 70 |
| <b>TABLA IX.</b> Correlación entre la Desvalorización de la práctica profesional y las dimensiones del burnout.....  | 70 |
| <b>TABLA X.</b> Correlación entre las Presiones organizacionales y las dimensiones del burnout.....                  | 71 |
| <b>TABLA XI.</b> Correlación entre la edad y el Ataque hacia la autoestima de la persona.....                        | 71 |
| <b>TABLA XII.</b> Correlación entre la Cantidad de hijos y la Realización personal.....                              | 71 |
| <b>TABLA XIII.</b> Correlación entre la Remuneración mensual y las dimensiones de los instrumentos.....              | 71 |
| <b>TABLA XIV.</b> Correlación entre las horas que trabaja por día y el Ataque hacia la autoestima de la persona..... | 72 |
| <b>TABLA XV.</b> Correlación entre los Años de antigüedad y las dimensiones de los instrumentos.....                 | 72 |
| <b>TABLA XVI.</b> Correlación entre el Nivel de educación y las dimensiones de los instrumentos.....                 | 72 |
| <b>TABLA XVII.</b> Diferencias grupales según el sexo (I).....                                                       | 73 |
| <b>TABLA XVIII.</b> Diferencias grupales según el sexo (II).....                                                     | 73 |
| <b>TABLA XIX.</b> Diferencias grupales según el Estado civil.....                                                    | 74 |
| <b>TABLA XX.</b> Diferencias grupales según el Lugar de residencia.....                                              | 74 |



|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABLA XXI.</b> Diferencias grupales según si Tiene hijos.....                                         | 74 |
| <b>TABLA XXII.</b> Diferencias grupales según la actividad/ocupación.....                                | 75 |
| <b>TABLA XXIII.</b> Diferencias grupales según el Turno de trabajo (I). ....                             | 75 |
| <b>TABLA XXIV.</b> Diferencias grupales según el Turno de trabajo (II). ....                             | 75 |
| <b>TABLA XXV.</b> Diferencias grupales según el Puesto ocupado.....                                      | 75 |
| <b>TABLA XXVI.</b> Diferencias grupales según la Relación laboral en la<br>institución.....              | 76 |
| <b>TABLA XXVII.</b> Diferencias grupales según si el sueldo es sostén de familia<br>(I).....             | 76 |
| <b>TABLA XXVIII.</b> Diferencias grupales según si el sueldo es sostén de familia<br>(II).....           | 76 |
| <b>TABLA XXIX.</b> Diferencias grupales según si realiza actividad asociada con<br>el bienestar (I)..... | 77 |
| <b>TABLA XXX.</b> Diferencias grupales según si realiza actividad asociada con<br>el bienestar (II)..... | 77 |
| <b>TABLA XXXI.</b> Diferencias grupales según si asiste al psicólogo.....                                | 77 |
| <b>TABLA XXXII.</b> Diferencias grupales según la Religión (I).....                                      | 77 |
| <b>TABLA XXXIII.</b> Diferencias grupales según la Religión (II).....                                    | 78 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>FIGURA I.</b> Conductas de mobbing.....                                               | 25 |
| <b>FIGURA II.</b> Listado de comportamientos de mobbing.....                             | 31 |
| <b>FIGURA III.</b> Estados sucesivos del burnout.....                                    | 35 |
| <b>FIGURA IV.</b> Modelos teóricos que contribuyen a la explicación del burnout...       | 37 |
| <b>FIGURA V.</b> Síntomas descriptivos del burnout.....                                  | 38 |
| <b>FIGURA VI.</b> Factores que componen las condiciones y medio ambiente de trabajo..... | 51 |

# **CAPÍTULO I**

## 1. INTRODUCCIÓN

En sus distintas presentaciones, la violencia es un fenómeno cada vez más habitual en la sociedad actual. A pesar de su comprobación en diversos grupos y especies es muy vieja, en los años recientes, su presencia en los sujetos ha sido tal que ha generado víctimas y ha sido objeto de noticias en portadas de medios de comunicación (Fornés Vives, 2002 citado en Vidal Casero, s.f.).

La presencia de disputas, envidias y malas vinculaciones personales en el trabajo existieron siempre, últimamente el mobbing tomó mucho protagonismo, considerándose como un riesgo laboral las estrategias de seguimiento y acoso al trabajador (Vidal Casero, s.f.).

El objetivo de este trabajo es indagar la relación entre Mobbing, Burnout y Ansiedad en trabajadores de la Salud pública, pertenecientes a los distintos sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por lo tanto, se postula como hipótesis que en los trabajadores del sector de la salud, se presenta una relación significativa entre los niveles de mobbing y los niveles de burnout, siendo la misma directamente proporcional entre ambas variables. Además, se plantea que en los trabajadores del sector de la salud, se encontrarán relaciones significativas entre los niveles de ansiedad y los niveles de mobbing así como entre los niveles de la primera y los de burnout, siendo las mismas directamente proporcionales entre estas variables.

Finalmente, la última hipótesis de trabajo planteada es que el mobbing, la ansiedad y el burnout de los trabajadores de la salud pública varía según el lugar, tamaño y tipo de actividades desarrolladas, carga horaria y años de antigüedad, edad y género, si realiza o no tratamiento psicológico o alguna actividad que relacione con su bienestar que le sirva de apoyo o contención frente a las exigencias diarias.

Según la OPS (2013), la díada trabajo-salud es algo incierta. No obstante, se observa toda su capacidad explicativa cuando es vista en el entorno del trabajador y su trabajo, en otras palabras, en la relación del proceso de trabajo. Entre los empleados de la salud, ese proceso moviliza a los individuos completamente en cuerpo, en intelecto, con distintos sentimientos

que van desde el desánimo a la alegría y en su capacidad vincular.

De esta forma, en el área de la salud en los últimos tiempos se encuentra surgiendo la necesidad de vincular otras variables teóricas a la noción del proceso de trabajo como la necesidad de añadir las relaciones de género, las consecuencias de las violencias, la precarización del trabajo entre los propios empleados y usuarios, y las distintas clases de retrocesos de los derechos de los trabajadores, como modalidades de contratación precarias y la falta de inversión en la protección individual, entre otros. Esto muestra una relación de malestar de los empleados con la labor que realizan (OPS, 2013).

Al momento de analizar la ansiedad, Spielberger (1966 citado en Beato, Pulido, Pinho, & Gozalo, 2013) distingue entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera se refiere a un estado emocional pasajero y está vinculado a un escenario determinado, mientras que la segunda se vincula a un estado emocional comparativamente constante.

En cuanto al mobbing, fue Konrand Lorenz (s.f. citado en Raya Trenas, Herruzo Cabrera & Pino Osuna, 2007), quien mencionó por primera vez la palabra mobbing en los años setenta, para estudiar las conductas animales en los que los más endebles se juntaban para atacar a otro más fuerte. Esos comportamientos son vistos frecuentemente en la sociedad y más específicamente en los ambientes de trabajo, que se definen por la interinidad y la aptitud. Leymann (1990 citado en Raya Trenas et al.) empleó el vocablo mobbing al ambiente laboral, para precisarlo como una clase de violencia psicológica metódica sobre otro sujeto en el área de trabajo.

Desde la enunciación teórica más afianzada del burnout, llevada a cabo por Maslach y Jackson (1981 citados en Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa Hernández, Rodríguez-Carvajal & Morante Benadero, 2005), la cantidad de estudios que se han llevado a cabo se han incrementado, incrementando el discernimiento teórico del proceso a nivel general y en distintas poblaciones significativas por su debilidad al mismo.

En cuando a la literatura existente sobre la cuestión del burnout, la ansiedad y el mobbing en empleados de la salud, existen diversos estudios que señalan la relación entre dichas variables, así como su presencia en trabajadores en general y también de la salud. A continuación, se mencionarán algunos de ellos a modo de ejemplo:

En primer lugar, González-Trijueque y Delgado Marina (2013) realizaron un estudio piloto para analizar el acoso laboral percibido en trabajadores españoles y peruanos. El diseño es descriptivo y el muestreo fue intencional, empleándose 95 sujetos. Se utilizó la adaptación española del Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo (LIPT-60). Los resultados indicaron que los peruanos percibieron mayor cantidad de acoso y una mayor intensidad en el acoso laboral percibido que los españoles.

Asimismo, Cialzeta (2013) analizó el burnout en médicos de un hospital de Alta Complejidad en Corrientes, tratando de analizar elementos vinculados y causales e instaurar un indicador para evitar el mismo. Se realizó un estudio transversal, observacional con 141 médicos. Se empleó el Cuestionario Breve de Burnout. Concluyó que el Índice de Consecuencias de Burnout con una meta preventiva podría prevenir o retrasar la aparición del burnout y reducir las consecuencias sobre la salud de los trabajadores.

Por su parte, Virgen Montelongo, Lara Zaragoza, Morales Bonilla y Villaseñor Bayardo (2005) realizaron un trabajo en el que analizan los trastornos de ansiedad. Afirman que son una condición patológica, un grupo de trastornos que han reducido la calidad de vida y el rendimiento de muchos sujetos quienes padecen el infortunio de “ser nerviosos”. Los autores se plantean la cuestión de cómo atender las cuestiones que estos sujetos padecen si no reconocen esta enfermedad, siendo este el objetivo planteado por los autores.

En adición, la Organización Panamericana de la Salud (2013) realizó una investigación para determinar cuál es la situación sanitaria de los trabajadores de la salud de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires para el periodo 2010-2012. Se utilizó la noción amplia de salud, sobrepasando lo biológico y la enfermedad, considerándose aspectos del trabajo, la institución, así como la vida institucional. Se analizaron las relaciones de un grupo de variables de acuerdo a los constructos teóricos desplegados. La organización señala que, para la creación de propuestas de modificaciones en estas instituciones, se requiere que el empleado y el empleador posean un papel fundamental en la conformación de la misma (Spinelli, 2010 citado en OPS).

Debido a las cuestiones mencionadas hasta este punto, es notorio que quedan cuestiones por analizar en el ámbito local, referidas a las

consecuencias que el trabajo en el área de la salud, más específicamente en el Hospital Dr. Braulio Moyano, provocan sobre los niveles de burnout, ansiedad y mobbing. Es por esto que es factible plantearse la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación entre la ansiedad, el burnout y el mobbing en trabajadores del hospital neuropsiquiátrico Dr. Braulio Moyano?

## 1.1. ESTADO DEL ARTE

En referencia a la bibliografía existente sobre el mobbing, el burnout y la ansiedad, existen estudios sobre dichas variables e, incluso, que las relacionen entre sí. A continuación, se mencionarán algunos estudios para ejemplificar la cuestión:

Fidalgo y Piñuel (2004) realizaron un trabajo en el que analizaron la fiabilidad, validez y dimensionalidad de la escala Cisneros. Para ello, emplearon la escala Cisneros, un cuestionario creado por el profesor Piñuel, autoadministrado, conformado por 43 ítems que objetivan y valoran 43 comportamientos de acoso psicológico. Este instrumento forma parte del Barómetro CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales), compuesto por varias escalas diseñadas para el estado y las secuelas de la violencia en el ámbito laboral de las organizaciones.

La muestra estuvo compuesta por 1.303 trabajadores mayores de 18 años empleados en empresas y organismos públicos de distintas categorías y formación. Los transeúntes fueron seleccionados accidentalmente en distintas poblaciones del entorno de Alcalá de Henares (Fidalgo & Piñuel, 2004).

Los resultados muestran que la escala Cisneros posee una alta fiabilidad (.96) y una estructura bidimensional compuesta por el Ámbito de la conducta de acoso y el Tipo de conducta de acoso. La misma muestra relaciones esperables con cuestionarios que evalúan autoestima, burnout, depresión, abandono profesional y estrés postraumático. Además, se encontró una buena capacidad para discriminar entre distintos niveles de acoso y, la utilidad de la escala como indicador de la intensidad del daño causado a la víctima (Fidalgo & Piñuel, 2004).

Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011) realizaron la actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). La adaptación española del cuestionario se llevó a cabo en 1982, por lo que el objetivo de su investigación es realizar una revisión del STAI. Para realizar esto, se empleó una muestra de 1.036 adultos, 352 hombres y 667 mujeres de entre 18 y 69 años. La edad promedio es de 29,64 (DT= 10,51). Las mujeres poseen una edad media de 29,83 años (DT= 10,31) y los hombres de 29,30 años (DT= 10,91).



Se empleó el State Trait Anxiety Inventory, el cual mide ansiedad rasgo, es decir, el factor de personalidad que induce a padecer o no ansiedad, y la ansiedad estado, los elementos ambientales que protegen o provocan ansiedad. Posee veinte ítems para cada una de las subescalas con una escala tipo Likert, que oscila desde 0 (nada) hasta 3 (mucho). Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems luego de las inversiones de los ítems negativos. No posee un criterio clínico en su versión española (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011).

Se llevó a cabo un análisis de fiabilidad a través del alfa de Cronbach, siendo de 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado, y una reducción factorial con resultados análogos a los de la adaptación original. Asimismo, se analizó si había un funcionamiento diferencial de ítems por sexo. Finalmente, se realizó comparaciones con los valores de la adaptación, variando el rasgo en 1 punto, el estado en hasta 6 puntos. Se concluyó que el STAI posee propiedades métricas adecuadas y que es sensible al incremento de estímulos ambientales que generan estrés (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011).

Facal-Fondo (2012) realizó un estudio para analizar la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios de la comarca de Santiago de Compostela. La investigación posee un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo, mientras que la muestra está conformada por trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios de la comarca de Santiago, que contiene siete municipios: Ames, Boqueixón, Brión, Santiago de Compostela, Teo, Val do Dubra y Vedra, de los que aceptaron participar 15 trabajadores.

Se empleó el cuestionario Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey [MBL-HSS], el cual consta de 22 ítems redactados en forma de afirmaciones con una escala tipo Likert, teniendo varias versiones (Maslach & Jackson 1981, 1986 citados en Facal-Fondo, 2012). La factorización de los 22 ítems muestran tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo.

Como resultado, se encontró que el 66.7% de los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios de la Comarca de Santiago, muestran niveles altos de burnout en alguna de las tres dimensiones, siendo el Agotamiento emocional la dimensión que predomina. Esto demuestra la

necesidad de continuar investigando, acomodando las metodologías y señalando la necesidad de estrategias de prevención (Facal-Fondo, 2012).

Ayuso Marente y Guillén Gestoso (2007) realizaron un trabajo de investigación, dentro del entorno de las profesiones asistenciales, donde se analizaron el Estrés Laboral y los síndromes de Burnout y Mobbing. El objetivo de su estudio es determinar el nivel de Estrés Laboral, mediante el estudio de estos síndromes, observándose una elevada incidencia del Síndrome de Burnout entre los docentes de secundaria. La población del profesorado de educación secundaria es de 234 individuos. A todos se les entregó el cuestionario completándolo el 60,25 %. Se empleó una muestra de 141 sujetos, 65 hombres y 76 mujeres.

El instrumento utilizado fue el Registro de variables personales y de condiciones de trabajo, es decir, datos precisos, sexo, edad, estado civil, experiencia docente, tiempo de permanencia en el centro, situación administrativa, puesto de trabajo desempeñado y si ha ejercido cargo directivo; el Inventario de Burnout de Maslach, conformado por 22 ítems sobre los sentimientos del profesional en su trabajo y hacia los receptores del mismo; y el Inventario de terror psicológico de Leymann, conformado por conductas hostiles, generándose uno o varias de los sucesos que describe, al menos una vez a la semana y durante más de seis meses (Ayuso Marente & Guillén Gestoso, 2007).

Los resultados mostraron incidencia del síndrome de burnout en las personas. Los hombres muestran pequeñas diferencias entre cansancio emocional y despersonalización. No obstante, existe una importante carencia de realización personal, con relación a sentirse con menos competencias para realizar su trabajo efectivamente. Aunque no se detectó un elevado porcentaje de mobbing, no se descarta un posible vínculo entre burnout y mobbing (Ayuso Marente & Guillén Gestoso, 2007).

Carvajal Orozco y Davila Londono (2013) realizaron un artículo para describir los resultados de la revisión y el análisis del mobbing en Colombia. El mobbing es una línea de trabajo prometedora y de mucho impacto sobre el sujeto, las organizaciones y la sociedad. En Latinoamérica, existe poco desarrollo de la problemática, lo que es una debilidad frente a las probabilidades de conocer e interponerse sobre la misma, aceptándose como una realidad en aumento en el mundo.

En la primera parte del artículo se resumen los componentes teóricos de la discusión sobre el mobbing, luego se revisa la legislación sobre esta problemática en Colombia. En América Latina, el mobbing empieza a generar ruido en los estudiosos, siendo pocos los países que han promulgado leyes, entre los que se encuentra Argentina con la Ley N° 1225 del 5 de enero de 2004 (Carvajal Orozco & Davila Londono, 2013).

Posteriormente, se realiza el análisis de los estudios que se han realizado sobre la problemática en Colombia. Finalmente, se señala sobre el poco desarrollo del mobbing en dicho país, el predominio de los estudios teóricos y desde esferas no administrativas. Además, se halló que la heterogeneidad y la poca cantidad de estudios complica su comparación, pero ellos poseen un marco de referencia conceptual, empírico y legal parecido (Carvajal Orozco & Davila Londono, 2013).

En su estudio, Zazzetti, Carricaburu, Ceballos y Miloc (2011) señalan que el síndrome de burnout es una respuesta inoportuna al estrés emocional crónico, resultado de altos niveles de tensión en el trabajo, fracasos personales y actitudes impropias de enfrentamiento a sucesos conflictivos. Los profesionales de la salud poseen la tasa más elevada, siendo más notorio en el área de la terapia intensiva.

El objetivo de su investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de los servicios de terapia intensiva de clínicas privadas de Villa María, Córdoba, Argentina. El estudio es descriptivo, transversal, con una muestra de 62 médicos y 40 enfermeros, para los que se recabaron datos demográficos y profesionales, se empleó el Maslach Burnout Inventory (Zazzetti et al., 2011).

Como resultado, de los 102 profesionales encuestados, el 66% eran mujeres, el 76,47% tenía entre 20 y 39 años y el 23,53% entre 40 y 59 años. Se encontraron valores elevados de agotamiento emocional en el 54,90%, de despersonalización en el 65,69% y niveles pobres de realización personal en el trabajo en el 58,82%. Un 17,64% padecía el síndrome de la forma más severa (Zazzetti et al., 2011).

Zazzetti et al. (2011) concluyeron que en su investigación, la prevalencia de burnout fue parecida a la obtenida siendo alta de forma global y para cada uno de los subgrupos estudiados. La mayoría de los sujetos que a padecían eran jóvenes, con poca antigüedad y con jornadas de trabajo muy largas.

Beato et al. (2013) realizaron una investigación en la que se analizó la relación entre la ansiedad estado rasgo y el reconocimiento falso utilizando el paradigma Deese/Roediger-McDermott. En el mismo, los integrantes analizan palabras relacionadas a una palabra crítica no presentada, luego, en el test de reconocimiento, ésta se reconoce falsamente.

Se entregaron 10 listas de palabras a 161 estudiantes de la Universidad de Salamanca, 117 mujeres y 44 hombres, con edades de entre 18 y 40 años ( $M = 20.39$  años;  $DT = 3.06$ ). Las palabras eran las vinculadas fuertemente a las palabras críticas. Las mismas fueron creadas por Alonso, Fernández, Díez y Beato (2004 citados en Beato et al., 2013). Se empleó la adaptación española del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI] (Spielberger et al., 1997 citados en Beato et al.). Los primeros 20 ítems de la escala analizan la ansiedad estado y los 20 ítems restantes la ansiedad rasgo. En esta adaptación, cada ítem puntúa de 0 a 3 pudiendo diferir entre 0 y 60 puntos.

Los resultados indicaron que no existía correlación significativa entre la ansiedad, tanto en su modalidad estado y rasgo, y el reconocimiento falso. Sólo encontraron correlación positiva entre ambas clases de ansiedad. Luego, la información obtenida se analizó considerando las puntuaciones extremas en ansiedad según el STAI. Se contrastó el reconocimiento falso de los sujetos con ansiedad estado elevada o pobre, con ansiedad rasgo elevada o pobre. Nuevamente, no se encontraron diferencia en el nivel de reconocimiento falso entre los grupos de alta o baja ansiedad estado y rasgo (Beato et al., 2013).

Como conclusión, los resultados indican que los sujetos con elevada ansiedad no son más capaces de generar ilusiones asociativas de memoria que los sujetos con ansiedad reducida (Beato et al., 2013).

Moreno-Jiménez et al. (2005) realizaron un estudio cuyos objetivos centrales son analizar el nivel de significación de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el proceso de burnout, y estudiar la relación empírica entre las mismas. Se empleó una muestra de 130 médicos de ocho hospitales públicos de Madrid, con una edad promedio de 39 años ( $DT = 10,34$ ) y un promedio de experiencia clínica alrededor de los 13 años ( $DT = 10$ ). De ellos, 61 (46,9%) son hombres y 69 (53,1%) son mujeres, 83 están casados (63,8%) y 47 solteros (36,2%).

Se administró los cuestionarios Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986 citados en Moreno-Jiménez et al., 2005), empleando la versión

española (TEA, 1997 citado en Moreno-Jiménez et al.) que analiza las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, empleando la escala de respuestas tipo likert de 7 respuestas. El State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1988 citados en Moreno-Jiménez et al.), que evalúa la ansiedad considerada como rasgo y como estado. Se considera la relevancia de la evaluación de la ansiedad médica situacional, por lo que se ha empleado la escala de ansiedad estado en su versión oficial al español (TEA, 1988 citados en Moreno-Jiménez et al.).

Además, se utilizó la versión española del Ways of Coping Checklist (Lazarus & Folkman, 1984; adaptación de Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig & Pastor, 1992 citados en Moreno-Jiménez et al., 2005). Consta de 50 ítems que incumben las formas de afrontamiento a los que el sujeto debe responder según una escala likert con 5 respuestas que van desde 1= nunca a 5 = casi siempre, y el Cuestionario de Afrontamiento Médico Situacional (Moreno-Jiménez & Seminotti, 1998 citados en Moreno-Jiménez et al.), elaborado para este estudio para medir las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos en contacto con el dolor y la muerte.

Los resultados mostraron relaciones significativas entre las variables mencionadas y el género, grupo médico y la edad a través del análisis multivariante MANOVA. El análisis de regresión por pasos mostró resultados significativos para establecer un modelo teórico situacional del Burnout (Moreno-Jiménez et al., 2005).

Peralta (2004) realiza una contribución a la prevención y el manejo constructivo del mobbing, escribiendo un artículo para los psicólogos sobre las causas y secuelas del fenómeno, indicando ideas para la prevención a nivel organizacional e individual.

En Colombia se ha realizado una interpretación del comportamiento malicioso, ofensivo, abusivo del poder y constante, que hace sentir al sujeto burlado, humillado o sensible, reduciendo su auto estima y provocándole ansiedad. La autora afirma que existen estudios cuantitativos que demuestran la prevalencia del mobbing en entorno laboral, siendo reconocido el mismo como una clase de violencia en el trabajo. Existe evidencia de que el problema existe, más allá de las vivencias aisladas (Lee, 2000 citado en Peralta, 2004).

Como conclusión, se afirma que el interés reciente en dicho país por el acoso laboral indica que es nuevo en las empresas, sosteniendo que el

mobbing posee un rol fundamental en el proceso de identificación del acoso laboral como una cuestión de discriminación. Existen vivencias que sobrepasan las fricciones cotidianas en el trabajo, debiendo ser identificables e interpretables (Peralta, 2004).

Como recomendación final, Peralta (2004) señala que es vital complementar la investigación del mobbing desde la representación cultural como narrativa y como discurso, en la que se permita la expresión de los trabajadores y de las implicaciones del mismo en su entorno laboral y dentro del ambiente laboral general en la sociedad actual.

Marsiglia (2010) realizó una investigación en la que se estudia las tipologías epidemiológicas y clínicas de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes venezolanos vistos en la consulta de medicina del área metropolitana de Caracas. En el diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica de cada caso de ansiedad o depresión, se emplearon los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Diagnósticos Mentales, 4° edición [DSM IV] (1994 citado en Marsiglia).

La depresión tuvo una prevalencia del 7,6 %, mientras que la relación mujer-hombre fue 2,1: 1 y la edad ( $X \pm 1DS$ )  $54,06 \pm 15,15$  años, 6,2 años más que en el total. La ansiedad estuvo presente en 160 sujetos, con una prevalencia de 13,8 %. La relación mujer-hombre fue 2,4: 1 y la edad ( $X \pm 1DS$ )  $46,77 \pm 16,25$  años, igual que la edad promedio de la muestra y 7,3 años menos que en los casos de depresión. En 36,25 % de los casos, la ansiedad fue la expresión de la enfermedad psiquiátrica primaria, sobre todo, en el desorden de pánico y afectivo primario. En el 63,75 % restante, se estableció un desorden de ansiedad generalizada (Marsiglia, 2010).

Como conclusión, se señala que los procesos depresivos y ansiosos son comunes en la consulta del médico. Los trastornos funcionales hacen que se deba descartar los desórdenes psiquiátricos que pueden quedar encubiertos por diversas manifestaciones físicas. El médico debe capacitarse para diagnosticar los procesos psiquiátricos, ya que existen muchas consultas de atención primaria, salas de emergencia y hospitalarias, sin que resulte sea algo de extrañar que se observe a algún paciente con desorden de pánico concluir su pasaje por el hospital en la unidad de cuidados intensivos (Marsiglia, 2003 citado en Marsiglia, 2010).

# **CAPÍTULO II**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. El mobbing y su delimitación**

Según Sánchez Díaz (2005), el mobbing es una situación nueva en las ciencias sociales. Escasamente comienza a ser reconocida como un problema que se debe analizar en profundidad. No sería una problemática de la que se hayan adecuado organizaciones y defensorías de los derechos humanos, a pesar de que el acoso laboral de tipo sexual suele ser manifestado por el movimiento feminista.

Por su parte, Piñuel (2001), define el mobbing como:

el continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de lograr su aniquilación o destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos, o ajenos a un trato respetuoso o humanitario y que atentan contra la dignidad del trabajador. El mobbing tiene como objetivo intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la ocasión que le brinda la situación organizativa particular (reorganización, reducción de costes, burocratización, cambios vertiginosos, etc.) para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas. (p. 55)

A su vez, Hirigoyen (2001), define el mobbing como cualquier conducta abusiva, por ejemplo, gesto, palabras, conductas y actitudes, que atenta por su reproducción y sistematicidad al decoro o a la integridad mental o física de un sujeto, haciendo peligrar su trabajo o humillando el clima de trabajo.

Se deben superar diversas barreras para entender que se halla frente a



un problema, el cual puede estar muy desarrollado, para poder esbozarnos algunas situaciones frente a este asunto. El mobbing es propio de las sociedades complejas, principalmente en el neoliberalismo. Aunque es una temática que puede provenir de largo tiempo. Posiblemente el mismo existió desde hace mucho tiempo en las vinculaciones laborales capitalistas, y no sólo en ellas (Sánchez Díaz, 2005).

Según Torrente (2007), en la bibliografía se hallan muchos conceptos referidos al mismo como acoso moral, acoso psicológico, psicoterror laboral y hostigamiento psicológico en el trabajo, compartiendo todas unas mismas definiciones. El mobbing es un escenario laboral sostenido en el tiempo que acarrea agresiones psicológicas que transgreden contra la honradez y la decencia personal y profesional del empleado afectado, y que son un riesgo laboral con secuelas físicas, psicológicas y sociales para la salud del mismo.

Muchos esfuerzos se han destinado a tratar de encerrar los comportamientos más usuales en los distintos escenarios de acoso psicológico. Knorz y Zapf (1996 citados en Raya Trenas et al., 2007) realizaron una lista de conductas de acoso psicológico que tienen lugar en el sur de Alemania, mediante entrevistas cualitativas.

Leymann (1990 citado en Torrente, 2007) fue el pionero estudioso del campo a comienzos de los años 80, 45 comportamientos capaces de ser pensados como mobbing si se originan repetidamente, por lo menos una vez por semana, a lo largo de un tiempo de seis meses.

Leymann (1997 citados en Raya Trenas et al., 2007) enunció los principales comportamientos de acoso psicológico, que se dividen en 45 comportamientos de acoso. Estas 5 categorías son:

- Las que repercuten en las probabilidades de que la víctima se comunique apropiadamente.
- Las que repercuten en las probabilidades de la víctima para crear contacto social.
- Las que repercuten en las probabilidades de la víctima para conservar su reputación personal.
- Las que repercuten en el escenario laboral de la víctima.
- Las que repercuten en la salud física de la víctima.

| Es mobbing:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No es mobbing:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• una situación que se da de forma repetida, (más de una vez por semana)</li> <li>• que se alarga en el tiempo, (dura más de seis meses)</li> <li>• dónde se busca desprestigiar personal o laboralmente,</li> <li>• que incluye la manipulación de personas,</li> <li>• pueden existir envidias o celos,</li> <li>• y las malas condiciones de trabajo se utilizan como pretexto para el ataque personal.</li> <li>• Se aísla al trabajador,</li> <li>• se crean rumores y mentiras sobre su vida privada,</li> <li>• se oculta información,</li> <li>• se discrimina para evitar la mejora profesional,</li> <li>• se humilla a la persona,</li> <li>• y se crean sentimientos de incapacidad o ineffectividad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• una situación aislada,</li> <li>• si se da en momentos puntuales,</li> <li>• cuando el objetivo es mejorar el trabajo y el rendimiento,</li> <li>• un autoritarismo excesivo por parte del superior,</li> <li>• los conflictos del trabajo,</li> <li>• las malas condiciones de trabajo,</li> <li>• el trabajo individual o aislado por la propia actividad,</li> <li>• el cotilleo "sano", no negativo necesariamente,</li> <li>• la mala organización de trabajo o falta de comunicación,</li> <li>• cuando no se mejora profesionalmente por falta de méritos,</li> <li>• los roces, tensiones, conflictos,</li> <li>• la ineffectividad para realizar un trabajo.</li> </ul> |

Figura 1. Conductas de mobbing.

Fuente: Torrente, P. (2007). *Diagnóstico y prevención del Mobbing: Un estudio de caso*. Trabajo presentado en las Jornades de Foment de la Investigació realizada en la Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España.

Oceguera Ávalos et al. (2009) enuncian una clasificación de mobbing en base a la dirección: el vertical y el horizontal, siendo simultáneamente el vertical ascendente o descendente.

**1. Acoso vertical descendente:** es el que es llevado a cabo por el jefe al subordinado. Es conocido como bossing.

**2. Acoso vertical ascendente:** proviene del subordinado al jefe, siendo la presión practicada por un empleado o un grupo de trabajadores sobre un superior jerárquico.

**3. Acoso horizontal:** sucede entre pares, de compañero a compañero.

Por su parte, Torrente (2007) afirma que para catalogar el acoso laboral hay distintas tipologías:

- Entre sujetos de diferente estatus vs. entre individuos del mismo estatus.

- Ascendente: del subordinado al jefe, siendo esta clase de mobbing la menos común de todas (Piñuel, 2001 citado en Torrente, 2007).
- Descendente: del jefe al subordinado. El acosador es un superior, siendo la forma más común debido a la facilidad que le brinda su posición en la estructura de poder para flagelar.
- Entre pares: sucede de compañero a compañero, siendo el acosador y el acosado del mismo nivel jerárquico.

Además, esta tipología se contendría dentro de la que abarca dos clases de mobbing: el horizontal, que abarcaría el ascendente y el descendente, y el vertical, que abarcaría el mobbing entre pares (Torrente, 2007).

- Agresión grupal vs. agresión aislada.
- Entre sujetos del mismo sexo vs. entre sujetos de distinto sexo.

## **2.2. Evolución del concepto de violencia laboral**

Konrad Lorenz (1973 citado en Giner Alegría, 2011), “describió por primera vez el acoso moral entre las aves y los animales, atribuyéndola a los instintos arraigados en la darwiniana lucha por la supervivencia” (p. 226). Lorenz (1973 citado en Giner Alegría, 2011) señala que:

Observó el comportamiento de determinadas especies animales constatando que en ciertos casos los individuos más débiles del grupo se coaligaban para atacar a otro más fuerte. Para definir esta situación se utilizó el verbo inglés “to mob” que se define como atacar con violencia. Para éste etólogo, los seres humanos están sujetos a similares impulsos innatos, pero capaz de mantenerlos bajo control racional. (p. 226)

Asimismo, Giner Alegría (2011) comenta:

Diez años más tarde, surgió una publicación relacionada con el mobbing que hacía referencia al Trabajador hostigado. En este libro, su autor Brodsky, por primera vez, estudió casos de mobbing. Sin embargo, este autor no estuvo directamente interesado en analizar estos casos, ya que fueron presentados conjuntamente con accidentes laborales, estrés psicológico y agotamiento físico, producidos entre otros factores por horarios excesivos y tareas monótonas. Esta obra se centró en la dureza de la vida del trabajador de base y su situación, problemas que hoy se abordan desde la investigación sobre estrés. (p. 227)

Sin embargo, Riquelme (2006) asegura:

Durante la década de los 80, el psicólogo Heinz Leyman (Leyman, 1997) de la Universidad de Estocolmo, considerado la máxima autoridad mundial sobre el tema, lo define como “una situación en que una persona, o varias, ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado, sobre otra u otras personas en el lugar de trabajo con el fin de destruir sus redes de comunicación, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y conseguir su desmotivación laboral. (p. 42)

Por su parte, Leyman (1996 citado en Riquelme, 2006) operacionaliza su definición:

El psicoterror o mobbing en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuente y persistentes (al menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado periodo de tiempo (al menos durante seis meses). A causa de la alta frecuencia y la larga duración de estas conductas hostiles a que es sometido un individuo, el maltrato sufrido se traduce en un suplicio psicológico, psicosomático y social de proporciones (p.42).

Leymann (s.f. citado en Giner Alegría, 2011) realizó una descripción operativa del mobbing, utilizando para ello un Inventario que consta de 45 actividades típicas del acoso laboral distribuidas en cinco grandes apartados:

1. Limitar la comunicación.
2. Limitar el contacto social.
3. Desprestigiar su persona ante sus compañeros.
4. Desprestigiar y desacreditar su capacidad profesional y laboral.
5. Comprometer la salud (p. 227).

Giner Alegría (2011) afirma que en España, la noción de mobbing se tradujo como acoso laboral físico, psicológico, grupal o institucional. Al respecto afirma:

El concepto, según definió González de Rivera en su libro *Cómo defenderse del Mobbing y otras formas de acoso*, se aplica a situaciones grupales en las que una persona es sometida a persecución, agravio o presión psicológica por una o varias personas del grupo a que pertenece, con la complicidad del resto. (p. 228)

En esta misma línea, Riquelme (2006) comenta que “uno de los especialistas más reconocidos en el ámbito español y europeo es el psicólogo Iñaki Piñuel y Zabala, profesor titular de la Universidad Alcalá de Henares” (p. 42). Para el profesor Piñuel (2001 citado en Riquelme), el acoso laboral consiste en:

El deliberado y continuo maltrato modal y verbal que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado o incluso excelente en su desempeño, por parte de uno o varios compañeros de trabajo, que buscan con ello desestabilizarlo y minarlo emocionalmente con vistas a deteriorar y hacer disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo así más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización. (p. 42)

En este sentido, Riquelme (2006) agrega que “El acoso laboral se presenta como un conjunto de conductas premeditadas las cuales se ejecutan de acuerdo a una estrategia preconcebida y extremadamente sutil con un objetivo claro y concreto: la anulación de la víctima” (p. 42).

### **2.3. Delimitación del concepto**

“El término acoso laboral no ha sido el único utilizado por la literatura científica, distintos autores han usado múltiples expresiones, Hirigoyen utiliza el término acoso moral, González de Ribera habla de acoso institucional y Piñuel-Zabala de acoso psicológico” (Giner Alegría, 2011, p. 229).

Por este motivo, Giner Alegría (2011) señala:

En inglés se emplean términos diferentes para designar procesos similares, pero que tienen lugar en ámbitos distintos. Así se suele

emplear el término mobbing para designar el acoso en el medio laboral, pero si el acoso es descendente puede usarse el término bossing. La palabra mobbing proviene del inglés del verbo “to mob” que significa “atacar en tumulto”, “atropellar”, es decir, atropellar por “confusión, alboroto producidos por una multitud de personas. (p. 229)

La palabra “mobbing” procede del vocable inglés “mob”, siendo el de una multitud avivada que envuelve o acorrala a alguien o a algo, de manera hostil o amistosa. El sustantivo “mob” es la multitud, el pueblo o la plebe. Por otro lado, el verbo “to mob” cuenta la acción de esa multitud de aglomerarse o atiborrarse alrededor de algo o de sitiar o embestir en masa a alguien. El inicio de la palabra describe una labor colectiva de un grupo de sujetos frente a algo o alguien, no siempre de forma negativa, de la forma en que está siendo analizada en el ámbito de las condiciones de trabajo (Velázquez, 2005 citado en Ocegüera Ávalos, Aldrete Rodríguez & Ruíz Moreno, 2009).

Leymann (19 80 citado en Ocegüera Ávalos et al., 2009) empleó la noción de mobbing o terror psicológico en el trabajo, el cual delimitó como una comunicación discrepante y sin moral, destinada de forma sistemática por uno o varios sujetos contra otro, siendo arrastrado a un lugar de indefensión y desamparo, y mantenido en ella. Estas labores suceden de forma cotidiana como norma estadística, como mínimo una vez a la semana, a lo largo del tiempo, siendo como mínimo seis meses. Debido a la gran frecuencia y permanencia del comportamiento discrepante, este maltrato lleva a una miseria mental, psicosomática y social (González, 2002 citado en Ocegüera Ávalos et al.).

Ulteriormente, en su traducción, la noción de “mobbing” se denominó harcèlement moral en francés por el dominio de Marie France Hirigoyen, y fue traducido posteriormente al castellano como acoso moral, al portugués como assedio moral y al catalán como assetjament moral (Velázquez, 2005 citado en Ocegüera Ávalos et al., 2009).

Hirigoyen (2004 citada en Ocegüera Ávalos et al., 2009) caracteriza al acoso moral como un comportamiento abusivo que transgrede por su periodicidad o sistematización, contra la decencia o la honradez psíquica o

física de un empleado, haciendo peligrar su puesto de trabajo o deshonrando el área laboral.

La noción legal del mobbing ha sido analizada por expertos de la Unión Europea como una negativo entre pares o entre superiores e inferiores jerárquicos, por lo que el compareciente es objeto de acoso y ataques metódicos por mucho tiempo, de forma directa o indirecta, por parte de uno o más sujetos, con el fin de generarle un vacío (Velázquez, s.f. citado en Ocegüera Ávalos et al., 2009).

En adición, se ha definido el mobbing desde el área jurídica como “presión laboral tendenciosa, la presión laboral tendente a la autoeliminación de un trabajador mediante su denigración” (Gimeno Lahoz, 2005, p. 3).

Actualmente, existe una variedad de definiciones desde diversas disciplinas, como la psiquiatría, la psicología y el área judicial, las cuales son brindadas por autores de países de la Unión Europea. A su vez, la noción elaborada por Leymann (s.f. citado en Ocegüera Ávalos et al., 2009) ha mediado en la enunciación de acoso observada en la Ley Básica de Prevención de Riesgos de Suecia, y en la Nota Técnica Preventiva No. 476 de España. Hirigoyen (s.f. citado en Ocegüera Ávalos et al.) ha influenciado en Francia con el Código del Trabajo Francés, y en Brasil con las leyes sobre asedio moral.

#### **2.4. Clases de comportamientos que configuran el mobbing**

Hirigoyen (s.f. citado en Ocegüera Ávalos et al., 2009) señala que existen cuatro clases de actuaciones hostiles:

- 1. Aislamiento y negación de la comunicación:** hacer que alguien sea invisible.
- 2. Ataques contra las circunstancias de trabajo:** conservación de información, sabotaje.
- 3. Ataques contra la dignidad:** injurias contra la notoriedad, rumores, deshonra.
- 4. Violencia verbal, física o sexual.**

Por su parte, el Informe Randstad (2003 citado en Ocegüera Ávalos et al., 2009) enuncia un listado de conductas y las ordena de la siguiente forma:

| Agrupamiento                             | Comportamientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Amenazas al estatus profesional</b>   | Asignar trabajos sin utilidad<br>Asignar trabajos por debajo de su capacidad<br>Desvalorizar sistemáticamente su esfuerzo o éxito profesional o atribuirlo a otros factores o a terceros<br>Evaluar su trabajo de forma inequitativa o sesgada<br>Realizar críticas y reproches por cualquier cosa que hace o decisión que toma<br>Controlar el trabajo de forma malintencionada para cazar a la persona<br>Amenazar con usar instrumentos disciplinarios |
| <b>Amenazas a la reputación personal</b> | Menospreciar personal o profesionalmente<br>Intentar desmoralizar o desanimar<br>Humillar, despreciar en público<br>Chillar, gritar para intimidar<br>Forzarla a realizar trabajos contra su ética                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Aislamiento</b>                       | Restringir las posibilidades de comunicarse con su superior<br>Ningunear, ignorar ,excluir o hacer el vacío, fingir no verle<br>Interrumpir continuamente impidiendo expresarse y avasallando<br>Limitar malintencionadamente el acceso a cursos, promociones, etc.<br>Prohibir a otros trabajadores hablar con la persona<br>Privar de información imprescindible para realizar el trabajo                                                               |
| <b>Carga excesiva de trabajo</b>         | Ejercer una presión indebida para realizar su trabajo<br>Asignar plazos de ejecución o cargas de trabajo irracionales<br>Abrumar con una carga de trabajo insoportable                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Desestabilización</b>                 | Amplificar y dramatizar de manera injustificada errores pequeños<br>Desestabilizar para "hacer explotar"<br>Acusar sin base por errores o fallos difusos<br>Modificar el trabajo a realizar o sus responsabilidades sin decir nada<br>Distorsionar malintencionadamente lo que dice o hace en el trabajo<br>Dejar a la persona sin ningún trabajo que hacer                                                                                               |

Figura 2. Listado de comportamientos de mobbing.

Fuente: Ocegüera Ávalos, A., Aldrete Rodríguez, G. & Ruíz Moreno, A. G. (2009). Estudio comparado de la legislación del mobbing en Latinoamérica. *Acta Republicana Política y Sociedad*, 8(8), 83-95.

## 2.5. Conceptualización del burnout

El síndrome del Burnout se remonta a 1974, en Estados Unidos por el psiquiatra Herbert Freudenberger. Fue explicado como síndrome clínico, como resultado de un estrés laboral crónico compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia los sujetos con los que se trabaja, y hacia el propio papel profesional y por la sensación de hallarse emocionalmente exhausto (Freudenberger, 1974 citado en Blanco Montilla, 2006).

Estos sujetos se tornan menos sensibles, poco tolerantes y agresivos,



con la propensión a culpar a los demás por las problemáticas que padecía (Mingote Adán & Pérez Corral, 1999 citados en Blanco Montilla, 2006). El no poder brindar una definición precisa del burnout puede entorpecer la forma de hallar una respuesta para poder enfrentar la cuestión. No obstante, Rubiol (1984 citado en Blanco Montilla) enunció propiedades comunes intrínsecas al Síndrome de Burnout, para facilitar una mejor aproximación a la noción: es un proceso individual, una vivencia negativa y un proceso acumulativo.

Según Maslach y Jackson (1986 citados en Blanco Montilla, 2006), el Burnout es un Síndrome de debilidad emocional, despersonalización y pobre realización personal, que sucede entre sujetos que trabajan con individuos. Se refiere a la presencia de tres dimensiones referidas al Burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997 citados en Blanco Montilla):

- **Agotamiento emocional:** quebranto o desgaste de los elementos emocionales, resultado de una vinculación diaria, donde el sujeto apreciará que no puede brindar más de sí mismo.
- **Despersonalización:** cuando el profesional despliega cualidades negativas hacia los receptores de sus servicios y compañeros de trabajo, y actitudes de autoculpabilización.
- **Falta de realización personal:** cuando el sujeto evalúa su trabajo de manera negativa, así como los sujetos con los que trabaja.

Según Sarason (1985), el burnout no es solo una peculiaridad individual e interna del individuo, sino que es un conjunto de características psicológicas que manifiestan las estructuras de una cierta sociedad.

El Burnout es un estrés crónico padecido en el ambiente laboral, siendo la porción de un proceso (Meir, 1983 citado en Ayuso Marente, s.f.; Álvarez & Fernández, 1991 citado en Ayuso Marente), siendo el mismo el último paso o la última sucesión de la cadena. No obstante, se debe diferenciar el Burnout de otros síndromes o variables, siendo diversos los investigadores que se enfocan en que es una forma de estrés ocupacional, con forma propia, determinado en los sujetos que brindan servicios directos a otros individuos (Ribera et al., 1993; Pines, Aaronson & Kafry, 1981).

Una exhibición diaria a los estresores laborales puede llevar a los sujetos que trabajan en contacto con otros individuos a padecer el síndrome de desgaste Burnout. En base a esta conceptualización del síndrome de Burnout, se han llevado a cabo diversas investigaciones (Maslach & Pines, 1977 citados

en Ayuso Marente, s.f.; Hingley & Harris, 1986 citados en Ayuso Marente), para delimitar su contenido y para buscar las motivaciones, establecer indicadores y predictores, además de prevenir dicho desgaste.

Por otra parte, debido a que no se realizó mucho hincapié en el adelanto de teorías sobre el síndrome, no apareció un marco teórico conceptual en el que constituir y valorar los diferentes descubrimientos y soluciones planteadas, de esta forma, el burnout puede ser conceptualizado, desde una visión clínica y una apariencia psicosocial (Gil-Monte & Peiró, 1997 citado en Ayuso Marente, s.f.; Olmedo, 1997 citado en Ayuso Marente).

Desde una visión clínica, se concibe como estado resultado del estrés laboral. Desde esta perspectiva, se destinaron los primeros estudios de Freudenberg (1974 citado en Ayuso Marente, s.f.) y de Pines y Aaronson (1988 citados en Ayuso Marente). Desde una visión psicosocial, puede ser analizado como un proceso que tiene lugar por la relación de peculiaridades del ambiente laboral y de tipo personal, con expresiones bien distinguidas en diferentes etapas. En esta perspectiva se hallan los estudios de Maslach y Jackson (1981 citados en Ayuso Marente).

El ámbito de la salud es una de las que hay más riesgo de sufrir el síndrome de Burnout. El personal que cumple funciones en las áreas de hospitalización, oncología, traumatología, terapia intensiva, urgencias, medicina interna, psiquiatría y pediatría poseen niveles de burnout más elevados que poblaciones diferentes, ya que la atención a sujetos con enfermedades crónicas requiere recursos cognitivos y físicos muy concretos que benefician el surgimiento de trastornos psicoemocionales en los prestadores de servicios (Benavides, Moreno, Garrosa & González, 2002 citados en Isaac Otero, García Grajeda, Bosch Canto, Méndez Venegas & Luque, 2013),

Esto sucede cada vez que poseen contacto con pacientes sensibles que necesitan de cuidados pertinentes y largos, además de emociones intensas de padecimiento y duelo, trabajando bajo emergencia y con un estado de alerta, deben resolver distintas cuestiones en poco tiempo, y se les solicita sensibilidad, empatía, sobrecarga laboral y turnos de trabajo complicados (e.g. Kovacs et al., 2010 citados en Isaac Otero et al., 2013, et al., 2010 citados en Isaac Otero et al.).

Dentro de las diferentes especialidades médicas en las que urgen índices altos de burnout, se halla la salud mental, principalmente en los

elementos de despersonalización y agotamiento emocional (Grau et al., 2009 citados en Isaac Otero et al., 2013; Woodside, Miller, Floyd, McGowen & Pfortmiller, 2008 citados en Isaac Otero et al.).

La salud mental es una carrera que requiere particularidades de riesgo, de comienzo, la clase de pacientes que tratan son frecuentemente agresivos, solicitantes, afligidos y con requerimientos determinados, por lo que el profesional debe llevar a cabo intervenciones permanentes, enfrenta cuestiones profundas y entabla una vinculación cercana y confidencial con cada sujeto (Breéis et al., 2009 citados en Isaac Otero et al., 2013).

## **2.6. Proceso transicional**

Según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), el burnout es un proceso continuo, los elementos vitales señalados pueden encontrarse presentes en mayor o menor medida. Su surgimiento de manera súbita se genera paulatinamente, oculta a veces, con un aumento progresivo en la rigidez. Existe una primera etapa en la que las demandas del entorno de trabajo superan los recursos materiales generándose un escenario de estrés.

Una segunda etapa separaría las abundancias o sobre-esfuerzo en la que el individuo proporcionaría una respuesta emocional a esa perturbación, surgiendo signos de ansiedad, fatiga, entre otros. El escenario requeriría del individuo una adaptación psicológica. La provocación defensiva incumbiría una tercera etapa en la que se va a generar una transformación de actitudes y de comportamientos con el objetivo de defenderse de las tensiones vivenciadas (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

De acuerdo a esta progresión de etapas, el "burnout" surgiría en la etapa final y sería una respuesta a un escenario laboral insoportable (Einsiedel & Tully, 1980 citados en Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991; Golembiewski & Muzenrider, 1989 citados en Álvarez Gallego & Fernández Ríos). A pesar de que todos los autores consideran que el desgaste profesional es un proceso, hay pocas investigaciones exploratorias que diferencien claramente estas etapas (Freudenberger & Richelson, 1980 citados en Álvarez Gallego & Fernández Ríos).

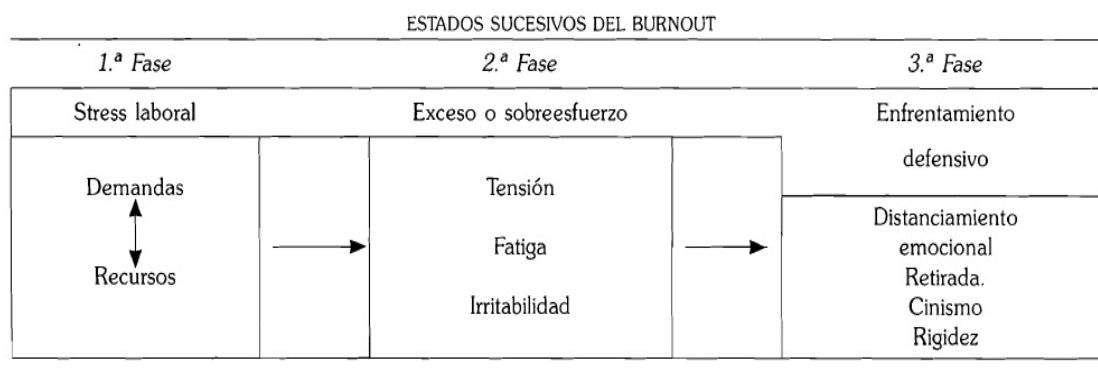


Figura 3. Estados sucesivos del burnout.

Fuente: Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.

## 2.7. Modelos teóricos del burnout y variables más significativas

La teoría Ecológica del Desarrollo Humano de cuyas nociones adhieren Bronfenbrenner (s.f. citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991) y Moas (s.f. citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991), fue empleada por Carroll (1979 citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos) y Carroll y White (1982 citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos) para realizar un análisis de las motivaciones del desgaste profesional. De acuerdo a esta visión, el "burnout" es una perturbación ecológica entre los sectores en los que de forma directa o indirecta, el individuo anuncia. Cada uno de estos escenarios posee su propio código de vinculaciones, normas y requerimientos que a veces se interceptan entre sí.

En esta línea, se encuentran los planteamientos de Cherniss (1982 citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991) quien afirma que son las propensiones culturales, políticas y económicas las que se han transformado situándose hacia una apreciación enorme del triunfo en el trabajo y la producción, sin considerar el elemento humano. Más que haber afirmaciones o ideales que infundan las acciones, lo que prevalece es el escepticismo.

El joven profesional es el más afectado ya que se halla con una carencia de preparación para la que no va a hallar un sitio adecuado de expresión, debido a que lo que prevalece en el entorno laboral es la ejecución eficaz (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

De acuerdo a la Teoría Cognitiva, el individuo se comporta como un filtro de sus propios discernimientos por lo que los sucesos no son estresantes para todos los sujetos (Golembiewski, Hills & Daly, 1979 citados en Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

El que un sujeto se "queme" va a residir en su forma de comprender la vinculación con los clientes o receptores del servicio. El ideal de acción sería un "interés retirado", por lo que el sujeto debería mantener un equilibrio entre la objetividad y la aproximación emocional. Todo lo que se aparte de esto va a residir en una enorme identificación o una conducta distanciada. Las posturas de asunción de toda la responsabilidad de la vinculación o ambas posturas, señalan que no se posee ninguna, son maneras distintas de enfrentarse a la realidad que pueden ayudar al desgaste profesional (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

Para la Teoría Social y de las Organizaciones, Golembiewski, Hills y Daly (s.f. citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991), el "burnout" es la consecuencia de una falta de convenio entre los intereses de la organización y las insuficiencias de los trabajadores. Esta teoría considera el entorno laboral como un sistema familiar en el que los profesionales de los servicios humanos, requieren prevalecer sobre las dificultades que brotan entre los integrantes del equipo antes de brindar una atención acomodada a los pacientes (Maslach & Jackson, 1985 citado en Álvarez Gallego & Fernández Ríos).

No hay una única teoría que exponga el fenómeno del desgaste profesional, sino que las mismas tratan de brindar luz sobre los elementos que parecen ayudar al surgimiento de este síndrome. Los estudios que se han realizado se han enfocado en variables para apreciar su contribución en el surgimiento del cansancio emocional (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

| Teorías                               | Ideas que mantienen                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teoría ecológica                      | La interrelación entre los distintos ambientes en los que participa el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que se produzcan “desajustes ecológicos”, esto es, cuando las distintas normas y exigencias entran en conflicto. |
| Teoría Cognitiva                      | No es tanto la situación, como la percepción de la misma por el sujeto. El que resulte estresante depende de sus esquemas mentales.                                                                                                  |
| Teoría Social y de las Organizaciones | Son las variables del contexto laboral las que van a determinar la experiencias negativas del sujeto.                                                                                                                                |

Figura 4. Modelos teóricos que contribuyen a la explicación del burnout.

Fuente: Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.

## 2.8. El síndrome y las consecuencias asociadas

Las diversas referencias no han determinado la ambigüedad de distinguir lo que es un síntoma de burnout y lo que es una secuela del mismo. En el fondo de la cuestión se halla la cuestión de la definición del burnout y de las nociones en los que se realice (Schaufeli & Buunk, 1996 citados Moreno-Jiménez & Garrosa, 2001). Inclusive amparándose a la definición más empleada, como es la propuesta por el Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, 1996 citados en Moreno-Jiménez et al.), la tergiversación permanece ya que la noción de cansancio emocional puede contener una gama muy extensa de manifestaciones.

Por ende, la línea frontera entre síntomas y resultados puede ser borrosa e injusta. Entre las medidas de dicha variable se hallan las que contienen respuestas fisiológicas y organizacionales, estando otras atentas al síndrome determinado de una u otra manera (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993 citados en Moreno-Jiménez et al., 2001).

| EMOCIONALES                | COGNITIVOS              | CONDUCTUALES            | SOCIALES          |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|
| Depresión                  | Perdida significado     | Evitación               | Evitación de      |
| Indefensión                | Pérdida de valores      | responsabilidades       | contactos         |
| Desesperanza               | Desaparición de         | Absentismo              | Conflictos        |
| Irritación                 | expectativas            | Conductas               | interpersonales   |
| Apatía                     | Modificación            | inadaptativas           | Malhumor familiar |
| Desilusión                 | autoconcepto            | Desorganización         | Aislamiento       |
| Pesimismo                  | Desorientación          | Sobreimplicación        | Formación de      |
| Hostilidad                 | cognitiva               | Evitación de decisiones | grupos críticos   |
| Falta de tolerancia        | Perdida de la           | Aumento del uso de      | Evitación         |
| Acusaciones a los clientes | creatividad             | cafeína,                | profesional       |
| Supresión de sentimientos  | Distracción             | alcohol, tabaco y       |                   |
|                            | Cinismo                 | drogas.                 |                   |
|                            | Criticismo generalizado |                         |                   |

Figura 5. Síntomas descriptivos del burnout.

Fuente: Moreno-Jiménez, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout). Personalidad y Salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Eds), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.

Innegablemente, el hincapié en las investigaciones sobre las secuelas del burnout se ha hecho en los elementos emocionales. Es un resultado de la misma definición realizada por Maslach y Jackson (1981 citados en Moreno-Jiménez et al., 2001) que se enfocan en el síndrome en los elementos emocionales. Los síntomas emocionales vinculados con la depresión, el abandono, el fracaso y la pérdida de autoestima han sido los más contados. Es común pensar en la imagen del sujeto “quemado” como alguien disgustado, sin ganas ni energía para comenzar cualquier labor. En parte es el resultado de los efectos mencionados, los sentimientos de irritación, desazón y agresividad han sido también mencionados.

Moreno-Jiménez et al. (2001) afirman que los síntomas cognitivos poseen una gran relevancia en el síndrome del desgaste profesional a pesar de que su estudio es parcial y se halla fraccionado. A pesar de que el síndrome se define por un inicio enfocado en el cansancio emocional, la pérdida del escenario cognitivo y paliativo del trabajo y de la energía que se está llevando a cabo es un elemento crítico. La pérdida de las perspectivas laborales marca del inicio del proceso.

El síndrome se define por ser un fracaso cognitivo, una depresión cognitiva al evidenciar que los valores de referencia se hallan empobrecidos,

siendo no posible resolver la cuestión laboral planteada. En este escenario se generan secuelas como correlatos a nivel cognitivo del estrés crónico, como los problemas para enfocarse o para decidir (Moreno-Jiménez et al., 2001).

La exhibición a distintos estresores crónicos por parte de un sujeto se vincula con el detrimento de la salud; considerando al personal sanitario como un grupo de riesgo por los sucesos estresantes relacionados, existen una serie de variaciones que son resultado de este síndrome (e.g. Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991 citados en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004; Cano et al. citados en Ortega Ruiz & López Ríos, 1996) que se pueden fragmentar en tres grupos:

- **Secuelas que repercuten en la salud física:** variaciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), agotamiento crónico, cefaleas y migrañas, cambios gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), modificaciones respiratorias (asma), variaciones del sueño, cambios dermatológicos, menstruales, disfunciones sexuales y dolencias musculares o articulatorias.

- **Derivaciones que repercuten en la salud psicológica:** ansiedad, depresión, irritación, disforia, pobre autoestima, carencia de motivación, poca satisfacción laboral, problemas de concentración, desapego emocional, sentimientos de frustración profesional e intenciones de abandonar el trabajo.

- **Secuelas vinculadas con el entorno laboral:** absentismo laboral, abuso de drogas, incremento de comportamientos violentos, comportamiento de riesgo (comportamiento temerario, ludopatía), modificaciones del comportamiento alimentario, reducción de la productividad, pobre competencia y detrimento del servicio de la organización.

Conjuntamente a estas modificaciones, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991 citados en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004) afirman que existen síntomas defensivos empleados por los sujetos en estas ocasiones, como la negación de sus sentimientos para protegerse contra un requerimiento que le es insípido, así como la evitación de la vivencia negativa con eliminación invariable de los datos y la eliminación de sentimientos hacia otros escenarios o cosas.

Estas medidas de defensa hacen que los sujetos que prescindan a los propios individuos, dejen el ejercicio de sus labores establecidas inclusive sus propios objetivos profesionales. Cabe destacar la vinculación entre el estrés y



el sistema inmunológico (Ader & Cohen, 1993 citados en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004; Bayés & Borràs, 1996 citados en Ortega Ruiz & López Ríos), el cual ha generado utilidad a los estudiosos por sus discrepancias, y por el detrimento que se puede generar en la capacidad inmune del cuerpo.

El estrés genera una consecuencia inhibitoria de las respuestas del sistema inmune: se han analizado distintas clases de situaciones estresoras como el duelo, divorcio, escenarios de exámenes, catástrofes, mediaciones quirúrgicas, cuidadores de enfermedades crónicas, entre otros (e.g. Bonet & Luchina, 1998 citados en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004) en las que se ha hallado que la capacidad de proliferación de los linfocitos T y B se reducen, también con el porcentaje y la labor de las “Natural Killers” y la generación de distintas interleucinas. Esto torna al sujeto más sensible a procesos infecciosos y de variación autoinmune.

## **2.9. La ansiedad**

Se considera a la ansiedad como el sentimiento brusco de temor, que se vivencia como una señal de alerta que insinúa un peligro amenazador, comúnmente la misma es desconocida, lo que la diferencia del miedo donde la amenaza es conocida. Se consideran la ansiedad y la angustia como sinónimos para las conducciones clínicas. La ansiedad sola no se piensa como una enfermedad, debido a que basándose en su función, ésta se halla examinada en el extenso radio de respuestas emocionales que muestra cualquier sujeto. Cuando posee cierta asiduidad, ímpetu, atavismo y duración posee un provecho y una meta (Virgen Montelongo et al., 2005).

Según Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), desde comienzos del siglo XX, existe interés por la ansiedad en la bibliografía psicológica al pensarla como una respuesta emocional única que ha auxiliado al estudio en el área de las emociones. Estos estudios se han llevado a cabo a través de la historia con dos cuestiones vitales: la tergiversación conceptual de la noción de ansiedad y las complicaciones metodológicas para analizarlo.

Estas cuestiones generaron que las diferentes corrientes psicológicas se encargaran del análisis de la ansiedad y de las semejanzas y diferencias con otras variables, debido al gran desconcierto terminológico con la angustia, el estrés, el miedo, el temor, la tensión, el arousal, entre otros. Esta complicación

conceptual ha sido analizada (e.g. Ansorena, Cobo & Romero, 1983 citados en Sierra et al., 2003; Bermúdez & Luna, 1980 citados en Sierra et al.).

No obstante, en la actualidad estas nociones se siguen empleando indiferenciadamente. La ansiedad es una porción de la existencia humana, los sujetos vivencian un grado de ésta, siendo una respuesta adaptativa. Además, continúa siendo una cuestión relevante para la Psicología, su afiliación es tardía, siendo analizada desde 1920 y abordada desde diferentes visiones (Sierra et al., 2003).

Según el Diccionario de la Real Academia Española (s.f. citado en Sierra et al., 2003), la palabra ansiedad procede del latín *anxietas*, señalando un estado de conmoción, intranquilidad o desasosiego del ánimo, y conjeturando una de las impresiones más habituales del sujeto, siendo ésta una emoción compleja y displacentera que se revela a través de una tensión emocional conducida de un correlato somático (Ayuso, 1988 citado en Sierra et al.; Bulbena, 1986 citado en Sierra et al.).

La noción de ansiedad apunta a la mezcla de diferentes manifestaciones físicas y mentales que no son imputables a peligros reales, sino que se revelan como crisis o como un estado perseverante y difuso, pudiendo ser pánico. Sin embargo, pueden existir otras particularidades neuróticas como síntomas obsesivos o histéricos que no subyugan el cuadro clínico (Sierra et al., 2013).

Lo más notorio de la ansiedad es su rasgo anticipatorio, tiene la capacidad de predecir o indicar el peligro o amenaza para el sujeto, brindándole un valor utilizable significativo (Sandín & Chorot, 1995 citados en Sierra et al., 2013). Asimismo, posee una función activadora y facilitadora de la respuesta del sujeto, pensándose como un mecanismo biológico adaptativo de amparo y conservación frente a daños en el sujeto desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996 citados en Sierra et al.).

A pesar de esto, si la ansiedad prevalece sobre la normalidad en cuanto a las cuantificaciones de intensidad, periodicidad o persistencia, o se vincula con estímulos no amenazadores para el organismo, genera manifestaciones patológicas en el sujeto a nivel emocional y funcional (Vila, 1984 citado en Sierra et al., 2013).

De la misma forma que sucede con la depresión, la ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más reconocidos en los centros de salud en población general (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2008 citados en Martínez-

Otero Pérez, 2014). En el ámbito laboral, sobre todo si hay exhibición a riesgos de diferente índole, entre los que se encuentran los psicosociales (Rodríguez, 2009 citado en Martínez-Otero Pérez), se ha dilatado la inquietud por las cuestiones de ansiedad, estrés y depresión que acarrearán comúnmente bajas laborales.

La literatura nos brinda diferentes definiciones de ansiedad estribando del marco teórico del que proceden y de los elementos que se pretenden enfatizar. No obstante, las mismas se refieren a un sentimiento de temor generado por la existencia de un estímulo que se cree que va a afectar negativamente. Este elemento apunta a la representación individual y subjetiva del proceso, ya que cada sujeto vivenciará su nivel de ansiedad, obedeciendo a la intensidad con que se relaciona con el estímulo ansiógeno, en los elementos referidos a la evaluación que el sujeto realiza del estímulo sobre lo amenazante que lo percibe, y en cuando a la valoración que realiza de los recursos que tiene para enfrentar el hecho (Bertoglia Richards, 2005).

De esta forma, si el estímulo es vivenciado como amenazante y el sujeto se piensa que no posee recursos para afrontarlo, su nivel de ansiedad aumentará llegando a vivenciar escenarios de bloqueo personal, que son apreciados como inhabilitantes para afrontar la cuestión (Bertoglia Richards, 2005).

## **2.10. Diferenciación de otros conceptos**

Martínez-Otero Pérez (2014) afirma que la ansiedad posee un lugar importante en las investigaciones psicológicas, aunque no se ha logrado una definición consensuada. La discrepancia hace que se utilicen como sinónimos nociones como angustia y estrés. Por lo que primero se debe aclarar lo que es la ansiedad. Miguel-Tobal y Casado (1999 citados en Martínez-Otero Pérez) realizaron este proceso de diferenciación terminológica:

- **Ansiedad y miedo:** se ha determinado la ansiedad como una emoción parecida al miedo o como una subclase de miedo. Uno de los juicios para distinguir ansiedad y miedo es el de proporción, siendo una reacción más facilitada al peligro que la ansiedad. Miguel-Tobal y Casado (1999 citados en Martínez-Otero Pérez, 2014) afirman que ansiedad y miedo son equivalentes en la mayor parte de los estudios, aunque existían en la literatura psicológica

una predilección por una de las nociones en base al peligro real del estímulo, cuando la reacción personal depende más del discernimiento subjetivo que de la intimidación objetiva.

Martínez-Otero Pérez (2014) afirma que la palabra miedo debe emplearse para escoger la respuesta emocional de temor frente a un peligro determinado, existente y preciso. La ansiedad se refiere al temor que se vivencia indeterminadamente sin objeto. El miedo es un estado de objeto y la ansiedad del individuo.

- **Ansiedad y angustia:** la angustia es el estado emocional que se caracteriza por el temor, el alejamiento y la preponderancia de los síntomas somáticos y viscerales, por su parte, la ansiedad se diferencia por el susto, la inquietud y la riqueza psíquica. Miguel-Tobal y Casado (1999 citados en Martínez-Otero Pérez, 2014) afirman que la ansiedad se refiere a síntomas psíquicos o cognitivos, y a físicos y comportamentales, que antes se imputaban a la angustia. Actualmente, se diferencian ambas nociones de acuerdo a las orientaciones psicológicas. La noción de ansiedad es empleada por la psicología científica y la palabra angustia por la psicología humanista y el psicoanálisis.

- **Ansiedad y estrés:** Entre estas nociones existen muchos componentes comunes, lo que hace dificultosa su diferenciación. La ansiedad se utiliza para referirse a la vivencia interior de inquietud y preocupación faltando el objeto. En la ansiedad, el temor es borroso. La noción de estrés se designa a la sobrecarga emocional que se genera por una fuerza exterior alargada que coloca al individuo en el agotamiento (Martínez-Otero Pérez, 2014).

- **Ansiedad y arousal:** El arousal es una respuesta del organismo frente a cualquier forma de estimulación penetrante. Es el nivel de activación habitual a las diferentes emociones. La ansiedad podría precisarse como el arousal generado por la percepción de peligro. No se puede dejar de lado la comorbilidad de la ansiedad con trastornos como la depresión (Martínez-Otero Pérez, 2014). Es por esto que Serrano, Rojas y Ruggero (2013 citados en Martínez-Otero Pérez, 2014) afirman que la ansiedad y la depresión se superponen, habiendo depresiones con una elevada carga de ansiedad o cuadros de ansiedad oscurecidos con sintomatología depresiva.

## **2.11. La ansiedad estado y la ansiedad rasgo**

Spielberger (1966, 1972, 1989 citado en Ries, Castaneda Vazquez, Campos Mesa & Del Castillo Andres, 2012) afirma que para precisar la ansiedad correctamente se debe considerar la distinción entre la ansiedad como emoción y como rasgo de personalidad, por ende, postuló la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell & Scheier, 1961 citado en Ries et al.).

Spielberger, Gorsuch y Lushene (1997 citados en Martínez-Otero Pérez, 2014) distinguen entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera se define como un estado particular o situación emocional temporal, que puede modificarse con el tiempo y oscilar en ímpetu, caracterizándose por sentimientos subjetivos percibidos, de tirantez y escrúpulo, habiendo una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda muestra una afición ansiosa en el individuo en lo que atañe a su propensión a percibir los escenarios como malintencionados y a incrementar su ansiedad estado. Los sujetos con una elevada ansiedad rasgo muestran una ansiedad estado más alta, ya que perciben muchos escenarios como amenazadores.

Spielberger (1972 citado en Ries et al., 2012) afirma que la ansiedad estado es un “estado emocional”, transformable en el tiempo, definido por una mezcla de sentimientos de rigidez, escrúpulo y nerviosismo, pensamientos fastidiosos y preocupaciones, además de las transformaciones fisiológicas. Por ende, la ansiedad-rasgo hace referencia a las distinciones individuales de ansiedad permanentes, siendo las mismas una tendencia o rasgo. En contraposición a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se muestra en el comportamiento y debe ser determinada por la periodicidad con la que un sujeto vivencia incrementos en su estado de ansiedad.

De esta forma, los individuos con elevado nivel de ansiedad-rasgo observan un mayor nivel de sucesos como amenazantes y se encuentran más inclinados a padecer ansiedad-estado más frecuentemente o con mayor ímpetu. Los niveles elevados de ansiedad-estado son percibidos como molestos, por ende, si un sujeto no puede sortear el estrés que le genera, empleará el afrontamiento para hacer frente a un escenario amenazante. Si el sujeto se ve desbordado por la ansiedad-estado, puede comenzar un proceso defensivo para disminuir el estado emocional provocativo (Ries et al., 2012).

Los mecanismos de defensa repercuten en el proceso psicofisiológico

haciendo que se transforme la percepción o evaluación del contexto. De esta manera, a medida que los mecanismos de defensa sean exitosos, el escenario será percibido como menos amenazador y se generará una disminución del estado de ansiedad. De todas formas, los individuos con elevados valores de ansiedad rasgo perciben las circunstancias y los ambientes evaluativos como más amenazadores que quienes exhiban menores niveles de ansiedad-rasgo (Pons, 1994 citado en Ries et al., 2012; Wadey & Hanton, 2008 citados en Ries et al.).

La interacción entre estas clases de ansiedad determina el motivo por el que la ansiedad-estado puede diferir entre sujetos, las particularidades de la ansiedad pueden ser distintas frente al mismo escenario, como de forma individual, siendo el mismo sujeto el que vivencia ansiedad en un escenario determinado, aunque no en otro. En referencia a la ansiedad-rasgo, individualmente difiere poco, por lo que las discrepancias de ansiedad-estado entre sujetos deberían conservarse sin modificaciones. De existir alta ansiedad-rasgo, se genera un incremento de la ansiedad-estado (Hackfort & Spielberger, 1989 citados en Ries et al., 2012).

Como resultado, los individuos con una alta ansiedad rasgo responden con un incremento de la ansiedad estado en escenarios de relaciones interpersonales que presuman una intimidación a la autoestima. El que los sujetos que se diferencian en ansiedad rasgo expongan desemejanzas en ansiedad estado estriba en el grado en que el escenario es percibido como amenazador o peligroso, lo que está restringido por las prácticas previas (Martínez-Otero Pérez, 2014).

El que el rasgo de una particularidad personal estable que hace que se responda de una cierta forma en diferentes escenarios, y que la noción de estado lleve a una condición personal vacilante, permite pensar que no es lo mismo ser ansioso que encontrarse ansioso. A pesar de que hay una relación, en el primer caso puede pensarse en que hay una personalidad ansiosa y en el segundo una afectación ansiosa (Martínez-Otero Pérez, 2014).

## **2.12. El trastorno de Ansiedad Generalizada**

La ansiedad genera palpitaciones, un miedo insensato, ahogo, temblores y la sensación de perder el control del ambiente. Esto sería normal

cuando existe una razón significativa para justificarlo, algo que generara peligro a la honradez o a la vida propia. Esta clase de respuestas frente a una amenaza son deseadas y funcionales, son un elemento que establece la supervivencia. Aunque cuando esa razón al no existe y se transforma en sobrevivencia continuada, lo que justifica esto es una enfermedad, siendo los trastornos de ansiedad (Virgen Montelongo et al., 2005).

Los síndromes ansiosos y los depresivos son las manifestaciones de psicopatología más común. El pobre saber popular sobre las temáticas de salud mental ha generado uno de los problemas más importantes para el seguimiento de estas patologías. Las nociones que se manejan sobre la ansiedad, son distintas, vagas y superficiales (Virgen Montelongo et al., 2005).

El entendimiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada ha mutado en el transcurso de las dos últimas décadas, vinculado con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4° edición revisada [DSM-IV-TR] (2000 citado en Rovella & González Rodríguez, 2008) donde se brindaron mayores exactitudes al diagnóstico, sobre todo en cuanto a las variables cognitivas (Seidah, Dugas & Leblanc, 2007 citados en Rovella & González Rodríguez).

El motivo del desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizado en un sujeto está fundado en un solo componente, en la causa del trastorno convergen elementos genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (Newman & Anderson, 2007 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008). Se caracteriza por ser el trastorno de ansiedad básico, y su análisis podría brindar discrepancias para el entendimiento del resto de los trastornos de ansiedad y para elementos vitales de la ansiedad como emoción (Rapee, 1991 citado en Rovella & González Rodríguez).

La ansiedad es un grupo de procesos adaptativos, respuestas defensivas innatas que permiten la supervivencia de los sujetos, siendo la respuesta que genera la mayor cantidad de trastornos mentales, comportamentales y psicofisiológicos. (Fernández Abascal, 1997 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008).

Autores como Sandín y Chorot (1995 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008) afirman que la ansiedad es un elemento central en casi todos los trastornos psicopatológicos, proponiendo que se consideren los trastornos de ansiedad en un continuo, siendo las diferentes clases de ansiedad

expresiones de un mismo trastorno. Este miramiento se asienta en que los elementos nucleares de este trastorno, personifican procesos vitales de todos los trastornos emocionales (Zinbarg & Barlow, 1991 citados en Rovella & González Rodríguez).

Borkovec (2006 citado en Rovella & González Rodríguez, 2008) señala que el trastorno de ansiedad generalizada repercute en otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, ya que se vincula con otros trastornos negativos de la emoción. Un elemento que se halló en los sujetos con este sufrimiento es que muestran un papel inverso con los cuidadores primarios, una clase de apego inseguro y alterado, además que el trastorno reside en el sistema verbo lingüístico, no teniendo la capacidad de pensar en el pasado y futuro, no manejando el tiempo, y cuando este elemento no funciona se encuentra frente a un gran problema.

Como en los sujetos con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, el pensamiento no se halla vinculado a la fisiología, intercepta los procesos emocionales, provocando una de las principales cuestiones que se vislumbran en la clínica. En el trastorno de ansiedad generalizada ocurre que el lenguaje se termina en vez de hallarse en silencio (Borkovec, 2006 citado en Rovella & González Rodríguez, 2008).

Rapee (1991 citado en Rovella & González Rodríguez, 2008) señala que desde una visión psicológica se ha analizado la tendencia a ser ansioso. Este autor diferencia entre la ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad generalizada. La primera se halla en todos los sujetos en mayor o menor grado y el segundo puede llegar a ser un trastorno puro.

Algunos autores señalan que la ansiedad crónica se halla de forma más obvia en el trastorno de ansiedad generalizada, y en toda clase de psicopatología, debido a que es un elemento vital, una dimensión de síntomas distintos, que puede hallarse en la depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso de sustancias, bulimia, trastornos psicofisiológicos, entre otros (Barlow & Di Nardo, 1991 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008).

Asimismo, el nivel de concomitancia de los mismos se halla en estudio. Se cree que la edad de comienzo es temprana, por lo que muchos sujetos afirman que lo han sufrido a lo largo de su vida. Por ende, algunos autores afirman que este es un fenómeno de larga expresión, aunque no se ha



determinado esta afirmación (e.g. Hoehn-Saric & Masek, 1981 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008; Rapee, 1985, 1991 citado en Rovella & González Rodríguez). A pesar de que diversas investigaciones afirman que la edad promedio de comienzo se halla entre la adolescencia y los veinte años (e.g. Anderson, Noyes & Crowe, 1984 citados en Rovella & González Rodríguez).

Esto no sería un hecho fundamental debido a que muchos sujetos afirman experimentar síntomas a lo largo de toda la vida. Como el comienzo del trastorno de ansiedad generalizada es progresivo, se puede comparar en el trabajo que Rapee (1985 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008) llevó a cabo, en el que sujetos con esta patología no pudieron acordarse del comienzo de sus dificultades con la ansiedad.

Algunos estudiosos señalan que es el trastorno de ansiedad más común, y es apurado señalar un punto de corte que diferencie cualitativamente la ansiedad normal de la ansiedad patológica (Hoehn-Saric, Hasselt & MacLeod, 1993 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008).

Otros autores señalan que la diferencia fundamental entre los ansiosos normales y clínicos se vincula con las inquietudes que despliegan, las cuales hacen que eviten ciertas emociones que los disgustan y los entretienen de esas emociones (Borkovec, 2006 citado en Rovella & González Rodríguez, 2008).

Por ende, actualmente se cree que el trastorno de ansiedad generalizada genera un incremento significativo de la angustia que interfiere en el área personal, social y financiera (Koemer et al., 2004 citados en Rovella & González Rodríguez, 2008).

### **2.13. Características de los trabajadores de la salud**

El trabajo es un elemento vital en la conformación de la subjetividad e identidad social de los sujetos, a pesar de que genera accidentes, enfermedades y padecimiento, que pueden enredar la salud, la seguridad y el bienestar de los sujetos. La comprensión sobre las relaciones entre trabajo y salud, los riesgos ocupacionales, de la organización del trabajo insalubre y de los trabajadores más sensibles es vital para mejorar las condiciones de trabajo y bienestar (OPS, 2013).

Según Zaldúa, Lodieu y Koloditzky (2000), la labor en el campo de la salud coloca a los empleados de la salud en escenarios que involucran un contacto constante con el dolor, la vacilación, la inquietud, la muerte, y con su lado de salud, vida y cura. Estos escenarios estresantes conforman el riesgo profesional, en ciertos escenarios, por elementos personales, organizacionales, institucionales o macroestructurales, haciendo que pierdan la cotidianeidad profesional y se transformen en estresores activos, generando vulnerabilidad en los trabajadores de la salud.

Además, las transformaciones en el desarrollo científico-tecnológico y la consecuencia de los mismos en la alineación de los trabajadores de la salud, en los métodos de trabajo y en las perspectivas de salud requieren ser determinadas para ver su repercusión en la labor asistencial (Zaldúa et al., 2000).

Las transformaciones estructurales en el área de la salud, según las pautas del neoliberalismo, como el desmantelamiento del Hospital Público, la mercantilización y privatización del área, deben ser analizadas para determinar su consecuencia en los trabajadores de la salud (Zaldúa et al., 2000).

La complicación de la generación de saberes entre el proceso de trabajo y de salud/enfermedad/atención conforma un área complicada, hacendosa y multidimensionada que determina las prácticas y la calidad de la salud. La tensión entre la independencia profesional y las responsabilidades es un lugar de interjuego de dimensiones científico-técnicas, morales, político-organizacionales y subjetivas. A su vez, los sucesos de salud necesitan discrepancia y la creencia laboral desde su apreciación para dimensionarse desde una humanización creativa, comprometida y no alienada (Zaldúa et al., 2000).

La generación de información y su análisis para convertirlos en datos que sirven para generar saberes sobre los procesos de morbilidad y mortalidad que son importantes para la toma de decisiones. Aunque existen complicaciones en la generación de información sobre enfermedades profesionales. Esto se debe al diagnóstico defectuoso y la carencia de reconocimiento de la mayoría de los profesionales de la salud, de su relación con el trabajo (Epelman et al., 1988 citados en OPS, 2013). En contextos de precariedad laboral, las enfermedades profesionales y los accidentes laborales

pocas veces son comunicados por los trabajadores (Santana, 2012 citado en OPS).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006 citado en OPS, 2013) señala que el personal de salud son los sujetos que llevan a cabo una actividad remunerada promoviendo o mejorando la salud de la población. En el 2006 había 59.220.000 trabajadores sanitarios en el planeta, siendo de 9,3 trabajadores de la salud por cada mil habitantes.

En América, la proporción de trabajadores sanitarios es de 24,8 por mil habitantes, la más elevada comparada con el resto de los continentes. Sin embargo, los trabajadores de salud son el 57% del grupo de trabajadores sanitarios, el porcentaje más bajo a nivel internacional (OMS, 2006 citado en OPS, 2013).

En Argentina, la cantidad de trabajadores del primer semestre del 2012 en el área de la salud sumaba 805.842 trabajadores, de acuerdo a información de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo y Empleo, siendo igual al 4,4% de la población económicamente activa en 18.369.196 individuos para ese año. Este nivel de ocupación muestra una tendencia en aumento para los años venideros (OPS, 2013).

Nieto y Tomasina (s.f.) afirman que traer políticas de gestión del área de salud de los trabajadores de la esfera de salud es fundamental, debido al requerimiento de una reformulación del área.

Según Breilh (1995), existen diversos estudios que evidencian la presencia de procesos demoledores que estropean a los profesionales de diferente clase y a los trabajadores de la salud que trabajan en unidades hospitalarias.

El estudio de las condiciones laborales en los servicios de salud es complicado y poco respetado en las políticas de encargo de los servicios. Se pueden observar elementos protectores para la salud laboral que componen los procesos saludables. Entre ellos se halla el sentido de correspondencia y la jerarquización del papel de lo social (Gestal Otero, 1993 citado en Nieto & Tomasina, s.f.; Tomasina, s.f. citado en Nieto & Tomasina).

Las condiciones y el entorno de trabajo son el vínculo vincular entre el proceso de salud – enfermedad en cuanto al trabajo. Es un sistema de variables laborales que se relacionan con el empleado. Se lo define como los

atributos que caracterizan el escenario de trabajo, repercuten en la prestación del mismo y pueden impresionar la salud del sujeto (Nieto & Tomasina, s.f.).

Según la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1987 citado en Nieto & Tomasina, s.f.), las condiciones y el entorno de trabajo, no pueden estudiarse como fenómenos comunicados, desunidos entre sí y sin vinculación con el empleado. Para éstos, las condiciones y el entorno laboral forman un todo. El trabajador observa y vivencia su contexto de trabajo como la afinidad y el montón de elementos que son diferenciables entre sí, realizando un sólo balance.

Estos distintos elementos conforman un sistema complicado, ya que existen relaciones entre ellos y el resultado global de todos los componentes puede ser mayor a la suma de esos componentes constitutivos. El proceso de trabajo establece los elementos de las condiciones y medio ambiente de trabajo (Neffa, 1997 citados en Nieto & Tomasina, s.f.).

#### **Factores que componen las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT)**

- 1.- El esfuerzo físico, psíquico y mental que la tarea impone a los trabajadores
- 2.- El Medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo, cuyos principales riesgos para la salud clásicamente se clasifican en:
  - 2.1 Físicos (ruido, temperatura, iluminación, vibraciones, humedad, radiaciones, presión atmosférica).
  - 2.2 Químicos ( Polvos, líquidos, vapores y gases tóxicos)
  - 2.3 Biológicos (virus, bacterias, hongos, parásitos, insectos, roedores, etc.)
  - 2.4 Tecnológicos y de Seguridad (máquinas, herramientas, riesgo eléctrico, riesgo de incendio, limpieza, características constructivas de edificios y locales, violencia)
- 3.- Las condiciones de trabajo, que incluyen:
  - 3.1 La organización, grado de división, contenido y significación del trabajo.
  - 3.2 La duración y configuración del tiempo de trabajo
  - 3.3 Los sistemas y niveles de remuneración

- 3.4 El diseño de instalaciones, útiles y medios de trabajo
- 3.5 La transferencia de innovaciones tecnológicas y organizacionales
- 3.6 El modo de gestión de la fuerza de trabajo, incluyendo la evaluación de desempeño y carrera profesional.
- 3.7 Los servicios para bienestar de los trabajadores

Figura 6. Factores que componen las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Fuente: Neffa, J. C., Escobar, N. & Vera Pinto, V. (1997). *Riesgos del Medio ambiente Físico de Trabajo*. Argentina: Asociación Trabajo y Sociedad. CONICET.

Novick y Galin (2003 citados en OPS, 2013) señalan la existencia de una tendencia al detrimento de las condiciones laborales en el área de la salud. Se incrementó el pluriempleo, la extensión de la jornada laboral, la flexibilización de la contratación y de la organización del trabajo, procesos de las políticas de reformas sectoriales que desatienden su impacto en los empleados. Esto hace que se incremente la debilidad de los trabajadores, al someterse a las reglas de distintos empleadores, en detrimento de su vida fuera del trabajo y su desarrollo profesional.

La reforma neoliberal de la década del noventa, hicieron que en 1995 con la sanción de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24557, surgieran las aseguradoras privadas de riesgo de trabajo, encomendadas a gestionar la prevención y resarcimiento de los daños provocados por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se ahondó la lógica de la monetarización del riesgo y apartó la participación de los empleados en la promoción de la salud y en la prevención de daños, quedándose afuera los empleados no registrados (OPS, 2013).

La reforma al régimen de accidentes de trabajo mantiene la misma lógica, haciendo hincapié en las indemnizaciones, con un coeficiente de actualización semestral, limitando a los trabajadores a escoger entre la indemnización brindada por la ART o ir a juicio. Si optan por acudir a la justicia, deberá realizarlo en el fuero civil y no en los tribunales de trabajo, como sucedía décadas atrás (OPS, 2013).

## **2.14. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de salud**

El sistema de financiamiento y atención de la salud se encuentra dividido geográficamente por la descentralización de los servicios, y desde la clase de cobertura, público, privado o seguridad social. Argentina se halla entre los países de ingreso medio-alto con USD 13.920 de producto bruto interno per cápita y un gasto en salud de 1.274,30 per cápita, a pesar de esto, algunos indicadores de salud no muestran esta ubicación (Maceira, 2009 citado en OPS, 2012).

Según Maceira (2009 citado en OPS, 2012), basado en información del Ministerio de Salud de la Nación (2005 citado en OPS), la distribución por clase de atención responde a un 55,6% de la población que se halla incluida por el Sistema de Seguridad Social, el 10,13% por el sector privado y el 33,5% por el sector público. Cabe destacar que existen distinciones según el quintil de ingresos: en el primer quintil, el sector de menos ingresos, la cobertura pública es del 61%, siendo en el quinto de sólo un 11%. Por otra parte, mientras en el área de mayores ingresos, el 23% está cubierto de forma privada, esta cobertura es de sólo el 3% en el sector más pobre.

No obstante, Maceira (2009 citado en OPS, 2012) afirma que los mecanismos de cobertura no concuerdan con los patrones de uso, habiendo un 40% de los atendidos en la esfera pública que cuenta con otra cobertura, exponiendo una sobredemanda al sector público, a pesar de que contribuyan a algún otro fragmento de la seguridad social. Las motivaciones son diversas, desde los accidentes callejeros y la prestación de emergencia, como las deficiencias de algunos servicios privados o de la seguridad social. A veces, incluso existen agravantes como la distancia entre otros.

Según un estudio de la OPS (s.f. citado en OPS, 2012), la gran cantidad de las instituciones, entidades, organismos y empresas que emplean el trabajo de los trabajadores del sector salud, se traslada en un amplio desparramo normativo cuyas fuentes son leyes, decretos, convenios colectivos de sectores o de una empresa, reglamentaciones en la que el área no sobrepase una única entidad prestador y habilidades de contratación extendidas. Las esferas más importantes en las diversas jurisdicciones en los que se redime el personal de salud son:

- **Sector público:** Los empleados del sector público se hallan sometidos a diferentes regímenes de trabajo, pudiendo ser nacional, provincial o municipal. Como la mayoría de los empleados del área pública no puede acceder a la contratación colectiva, se hallan a merced de los movimientos del reglamento y reformas del ámbito público, la Reforma del Estado ha provocado la descentralización del personal y de las instituciones de salud, haciendo que en el último tiempo la gran mayoría de los sujetos se hallan en regímenes provinciales o municipales, siendo inconstantes las categorías y remuneraciones entre las diferentes zonas.

- **Sector privado:** Es la única área donde se negociaron auténticamente los convenios combinados del área y en donde actualmente se continúan realizando convenios, marcos o negociaciones por institución. No es tan parecido como se observa, ya que las diferentes unidades se distinguen en las cualidades y modalidades. Por otra parte, en esta área, las trascendencias de la negociación colectiva suelen abarcar sólo las áreas administrativas y técnicas.

- **Sector de la seguridad social:** El personal de esta área no depende de un régimen solamente. Puede encontrarse dentro de la jurisdicción de sistemas jurídicos, por ejemplo, la Obra Social de los trabajadores metalúrgicos, o reglamentos privados particulares. No se encuentran dentro de un régimen único. Recientemente, se generó una reducción de este subsector, haciendo que en la mayoría de las veces, se los haya privatizado. En la actualidad, con el recobro del trabajo formal, el hecho de otorgar asistencia a los afiliados por parte del área privada se conserva, excepto en situaciones en las que se han edificado o recuperado efectores propios.

## **2.15. Historia y situación actual del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano**

En 1852 se abre un patio para mujeres dementes en el Hospital General de Mujeres. El poco espacio y el aumento de la cantidad de enfermas que alojaba hicieron que. Tomasa Velez Sarsfield, inspectora del Hospital General de Mujeres, pidiera al gobierno la autorización para fundar una casa Correccional de Mujeres en el edificio conocido como “Convalecencia” (Falcone, s.f.).

De esta forma, el 28 de marzo de 1854 se crea el Hospital de mujeres dementes, con una población inicial de 68 enfermas trasladadas del Hospital de Mujeres. Este fue el primer manicomio femenino en el sitio donde se encuentra el actual hospital Braulio A. Moyano. En esa época, la atención médica era pobre, ya que la trayectoria del sitio era de las Señoras de la Sociedad de Beneficencia, que la encomendaban a las religiosas (Falcone, s.f.).

Los médicos realizan su visita a la mañana, encontrándose las pacientes en poder de las religiosas el resto del día, éstas eran las que resolvían las medidas terapéuticas en una situación de emergencia. En 1880, el hospital pasó a depender del Gobierno Nacional, habiendo 384 enfermas en el lugar. En 1894, el entonces director Dr. Piñero citó al ingeniero Nystromer quien realizó los planos del hospital con 28 edificios para albergar 1200 camas, con cocina central, dispositivo de pacientes agitadas, tranquilas y retiradas, inaugurándose el 31 de julio de 1908 (Falcone, s.f.).

Hasta 1945, el Hospital fue dirigido por las Damas de Beneficencia. En esa fecha fueron expulsadas por Eva Perón y el Hospital pasó a depender de Previsión Social. El sistema de residencia médica tuvo lugar desde 1965. En 1967 se plantea el nombre de Hospital Nacional Dr. Braulio A. Moyano como distinción a la memoria del ilustre anatomopatólogo (Falcone, s.f.).

El Hospital Braulio Moyano es uno de los tres elementos monovalentes de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Posee actualmente 1007 camas distribuidas en 22 pabellones, 20 de los cuales poseen internación a mediano y largo plazo (848 camas), uno de agudos (65 camas) y uno clínico-quirúrgico (con 55 camas) (Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires [AGCBA], 2013).

Según la AGCBA (2013), la alta cantidad de reingresos de pacientes externadas y el rebosamiento de la demanda en Consultorios Externos de los servicios de dicho Hospital, muestra la carencia de dispositivos disponibles que se necesitan para la reinserción social y/o derivación en tiempo y forma, para avalar el curso del tratamiento, lo cual se contrasta con el marco legal actual. Al no haber instituciones intermedias, se entorpece la externación de las pacientes generando el reingreso. Además, tampoco ayuda la falta de contención familiar y la precariedad económica de algunas pacientes.

Se ha detectado obsolescencia edilicia y de equipamiento, deficiencia en los elementos funcionales, constructivos y de infraestructura proveniente del



mantenimiento de las instalaciones. El personal no se encuentra entrenado en las prácticas de emergencia. El personal de seguridad es insuficiente. Se ha reducido la cantidad de agentes. Como medida de control se colocaron cámaras de seguridad, pero no hay un agente monitoreando los movimientos de las cámaras (AGCBA, 2013).

En los consultorios externos del área de ambulatorios, hay demora de 90 días en la entrega de turnos, pudiendo llegar a 180 días. En el departamento clínico quirúrgico, el 20% de las camas de cirugía están inhabilitadas por dificultades con la Planta física. En el área de Infectología no hay una PC y conexión a Internet, indispensables para las tareas de conducción y administración del área. El hospital no cuenta con camas de aislamiento (AGCBA, 2013).

Además, el control de salud ginecológico periódico se demora, ya que se haya descompuesto un ecógrafo y el mamógrafo. El control ginecológico de las pacientes internadas el Servicio demora cerca de dos años. El hospital no cuenta con medios de diagnóstico por imágenes. El laboratorio no cuenta con personal de guardia fuera de los horarios de atención. Por esto algunas pacientes trasladan sus muestras hasta el laboratorio. Hay pérdidas de muestras y resultados, y errores en etiquetas (AGCBA, 2013).

Tampoco se pueden realizarse ecografías ginecológicas transvaginales y ecografías mamarias porque no hay equipamiento, como computadoras e impresoras. Todos los informes son manuscritos, el registro de trabajos realizados, los informes de las imágenes y las indicaciones para los estudios. En la farmacia no se realizan controles de existencia de productos farmacéuticos, habiendo acumulación en algunos offices e insuficiente stock en otros. La adquisición de productos de farmacia sin ser controlados genera ineficiente en los fondos. No se ha efectuado un formulario de solicitud de insumos farmacéuticos para los servicios (AGCBA, 2013).

# **CAPÍTULO III**

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Objetivo General

- Indagar la relación entre Mobbing y Burnout y Ansiedad en mujeres y hombres, trabajadores de la Salud pública, pertenecientes a los distintos sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### 3.2. Objetivos Específicos

A) Caracterizar a la muestra según **variables sociodemográficas** a saber: Edad, Sexo, Estado Civil, Zona de Residencia, Si tiene o no hijos, Actividad u Ocupación, Remuneración percibida por su trabajo, Turno laboral, Horas de jornada laboral, Puesto ocupado dentro de la Institución, Área de trabajo, Tipo de Relación laboral dentro de la Institución, Sueldo percibido, Nivel de educación, Si realiza alguna actividad asociada con su bienestar o no, Si asiste o no a un Psicólogo, Antigüedad en la Institución, Nivel de satisfacción laboral, Nivel de identificación con los fines públicos de la Institución, Nivel de satisfacción con las políticas de Recursos Humanos, Nivel de satisfacción con el clima laboral generado por sus pares y/o superiores y Religión.

B) Describir el **nivel de Mobbing laboral** en mujeres y hombres, trabajadores de la Salud pública, pertenecientes a los distintos sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

C) Identificar el **nivel de Burnout y Ansiedad** en mujeres y hombres, trabajadores de la Salud pública, pertenecientes a los distintos sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

D) **Comparar el nivel de Mobbing laboral según variables sociodemográficas** a saber: Edad, Sexo, Estado Civil, Zona de Residencia, Si tiene o no hijos, Actividad u Ocupación, Remuneración percibida por su trabajo, Turno laboral, Horas de jornada laboral, Puesto ocupado dentro de la Institución, Área de trabajo, Tipo de Relación laboral dentro de la Institución, Sueldo percibido, Nivel de educación, Si realiza alguna actividad asociada con su bienestar o no, Si asiste o no a un Psicólogo, Antigüedad en la Institución, Nivel de satisfacción laboral, Nivel de identificación con los fines públicos de la Institución, Nivel de satisfacción con las políticas de Recursos Humanos, Nivel

de satisfacción con el clima laboral generado por sus pares y/o superiores y Religión.

**E) Comparar el nivel de Burnout y Ansiedad según variables sociodemográficas** a saber: Edad, Sexo, Estado Civil, Zona de Residencia, Si tiene o no hijos, Actividad u Ocupación, Remuneración percibida por su trabajo, Turno laboral, Horas de jornada laboral, Puesto ocupado dentro de la Institución, Área de trabajo, Tipo de Relación laboral dentro de la Institución, Sueldo percibido, Nivel de educación, Si realiza alguna actividad asociada con su bienestar o no, Si asiste o no a un Psicólogo, Antigüedad en la Institución, Nivel de satisfacción laboral, Nivel de identificación con los fines públicos de la Institución, Nivel de satisfacción con las políticas de Recursos Humanos, Nivel de satisfacción con el clima laboral generado por sus pares y/o superiores y Religión.

**F) Determinar la asociación entre Mobbing laboral, Burnout y Ansiedad** en mujeres y hombres, trabajadores de la Salud pública, pertenecientes a los distintos sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

### **3.3. Hipótesis**

H1. En los trabajadores del sector de la salud, se presenta una relación significativa entre los niveles de mobbing y los niveles de burnout, siendo la misma directamente proporcional entre ambas variables.

H2. En los trabajadores del sector de la salud, se encontrarán relaciones significativas entre los niveles de ansiedad y los niveles de mobbing así como entre los niveles de la primera y los de burnout, siendo las mismas directamente proporcionales entre estas variables.

H3. El mobbing, la ansiedad y el burnout de los trabajadores de la salud pública varía según el lugar, tamaño y tipo de actividades desarrolladas, carga horaria y años de antigüedad, edad y género, si realiza o no tratamiento psicológico u alguna actividad que relacione con su bienestar que le sirva de apoyo o contención frente a las exigencias diarias.

### **3.4. Relevancia y Justificación**

Este estudio favorecería a la comprensión de los factores generadores de mobbing, burnout y ansiedad laboral, su nivel de relación e interacción y concientizarían acerca de las consecuencias en la salud física y mental en la

vida tanto de los trabajadores como de los pacientes de las Instituciones de la Salud Pública.

Por otra parte, permitiría optimizar el desarrollo de políticas y programas de prevención que ofrezcan normas que regulen el funcionamiento de este tipo de Instituciones a nivel social, político y económico garantizando el cumplimiento de los derechos de los trabajadores y el de los pacientes que residen o concurren en los centros de salud pública.

### **3.5. Tipo de estudio o diseño**

Se realizó un estudio ex post facto, correlacional (Cancela Gordillo, Cea Mayo, Gabildo Lara & Valilla Gigante, 2010).

### **3.6. Población**

Hombres y Mujeres residentes en el Conurbano y Ciudad de Buenos Aires, trabajadores de la Salud Pública, pertenecientes a los distintos sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

### **3.7. Muestra**

Se tomó una muestra no probabilística intencional simple de 100 sujetos con una edad promedio de 41,77 años (DT= 8,685; Mediana= 41,50 años; Mín.= 28 años; Máx.= 64 años). En cuanto al sexo, el 51,05% es hombre y el 48,98% mujer. En referencia al estado civil, el 30,61% es soltero, el 12,24% convive, el 16,33% es casado, el 8,16% separado, el 18,37% divorciado, el 4,08% viudo y el 10,20% se encuentra en pareja. El 83,67% viven en la Ciudad de Buenos Aires y el 16,33% en el Gran Buenos Aires. En cuanto al puesto ocupado en la organización, el 13,64% es administrativo, el 18,18% de atención, el 50% asistente, el 13,64% supervisor y el 4,55% jefe

### **3.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

- **Escala Cisneros** (Fidalgo & Piñuel, 2004, adaptación argentina, Zoni & Olaz, 2011). Es un cuestionario autoadministrado conformado por 20 ítems que evalúan comportamientos de acoso psicológico, pidiendo al sujeto que responda en una escala Likert que oscila entre 0. Nunca y 6. Todos los días, como es afectado por dichas conductas. Posee 3 dimensiones:

- **Ataque hacia la autoestima de la persona:** hace referencia a los comportamientos que hacen que el sujeto vivencie sentimientos de frustración, culpa, impotencia e inferioridad. Ítems 1 al 8.

- **Desvalorización de la práctica profesional de la persona:** son los comportamientos que desvalorizan la práctica profesional del sujeto, como las demandas de trabajos para los que el individuo no está calificado, o que requieren una calificación menor que la que posee el sujeto, solicitándole labores contradictorias o que van en contra de sus doctrinas éticas. Ítems 9 al 13.

- **Presiones organizacionales:** se refiere a los comportamientos destinados a la víctima para desestabilizarla emocionalmente, y hacer que lentamente pierda la capacidad de trabajo. El acosador despliega una violencia reiterada y continua que pretende transformar al individuo en cosa. Ítems 14 al 20.

- **Cuestionario de Burnout de Maslach en Servicios Humanos [MBI-HS]** (Maslach & Jackson, 1986 adaptación argentina, Neira, 2004). El instrumento está compuesto por 22 ítems con una escala tipo Likert que oscila desde el 0. Nunca hasta 6. Todos los días. Los mismos son afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes en el trabajo y hacia los receptores del servicio, en este caso, los pacientes, ante los que el individuo debe señalar la frecuencia con que vivencia cada una de esas circunstancias. Analiza 3 elementos del síndrome:

- **Subescala de agotamiento emocional:** posee 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16 y 20. Aprecia el estar agotado emocionalmente por las demandas del trabajo. Su puntuación máxima 54.

- **Subescala de despersonalización:** posee 5 ítems: 5, 10, 11, 15 y 22. Analiza una respuesta impersonal del trabajador hacia los individuos que atiende, con comportamientos fríos y distantes. Su puntuación máxima es 30.

- **Subescala de realización personal:** posee 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Analiza la eficiencia y la realización personal en el empleo. Su puntuación máxima es 48.

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI]** (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983; adaptación argentina, Leibovich de Figueroa, 1991). Este instrumento se creó para recabar información confiable y velozmente de forma autoadministrada, en la investigación como en el área clínica. La misma posee

40 ítems con una escala tipo Likert que oscila entre 1- Nada y 4- Mucho. Está conformado por dos dimensiones:

- **Ansiedad-Estado:** está conformada por los primeros 20 ítems, examina un estado emocional temporal, caracterizado por los sentimientos subjetivos de tensión y nerviosismo, seguidos de la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. El sujeto señalará cómo se siente “ahora mismo, en este momento”.
- **Ansiedad-Rasgo:** está compuesta por los restantes 20 ítems, examina las diferencias en frecuencia e intensidad con que los estados de ansiedad han sido vivenciados anteriormente, y en la posibilidad de que se vuelvan a manifestar. El marco temporal es “en general, habitualmente”.

Los ítems que denotan la ausencia de ansiedad puntúan de forma inversa, estos son los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 en la ansiedad estado, y los ítems 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39 en la ansiedad rasgo. Luego se suman los valores para obtener un puntaje bruto para dichas escalas (Leibovich de Figueroa, 1991).

- **Cuestionario de variables sociodemográficas:** Preguntas sociodemográficas relativas a Edad, Sexo, Estado Civil, Zona de Residencia, Si tiene o no hijos, Actividad u Ocupación, Remuneración percibida por su trabajo, Turno laboral, Horas de jornada laboral, Puesto ocupado dentro de la Institución, Área de trabajo, Tipo de Relación laboral dentro de la Institución, Sueldo percibido, Nivel de educación, Si realiza alguna actividad asociada con su bienestar o no, Si asiste o no a un Psicólogo, Antigüedad en la Institución, Nivel de satisfacción laboral, Nivel de identificación con los fines públicos de la Institución, Nivel de satisfacción con las políticas de Recursos Humanos, Nivel de satisfacción con el clima laboral generado por sus pares y/o superiores y Religión. El Cuestionario se presenta en el anexo.

### 3.9. Procedimiento

Los participantes contestaron voluntariamente, de forma anónima, un cuestionario auto-administrado entregado personalmente, en la Institución en la que trabajan, y respondido en el momento sin límite de tiempo.

# **CAPÍTULO IV**



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1. Sexo

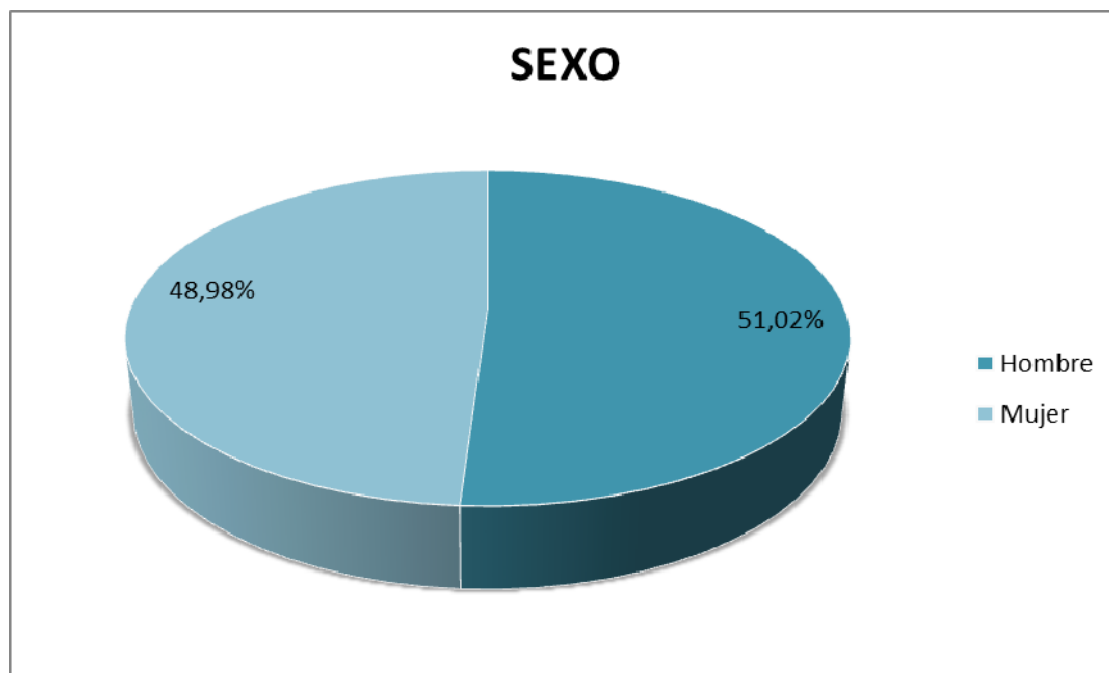


Gráfico 2. Estado civil

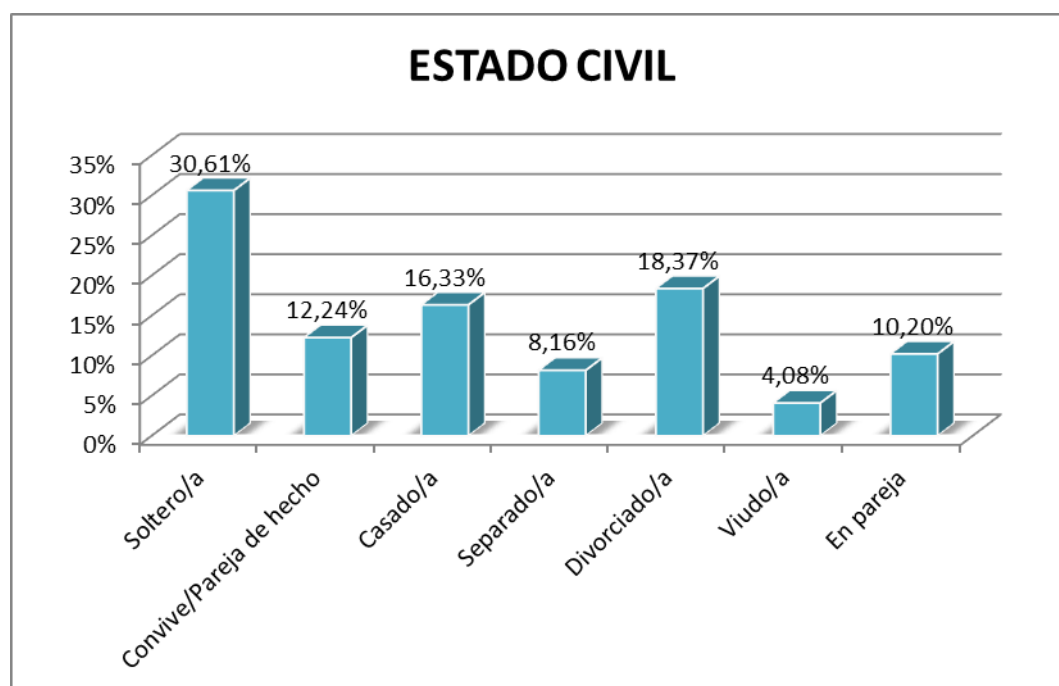


Gráfico 3. Lugar de residencia

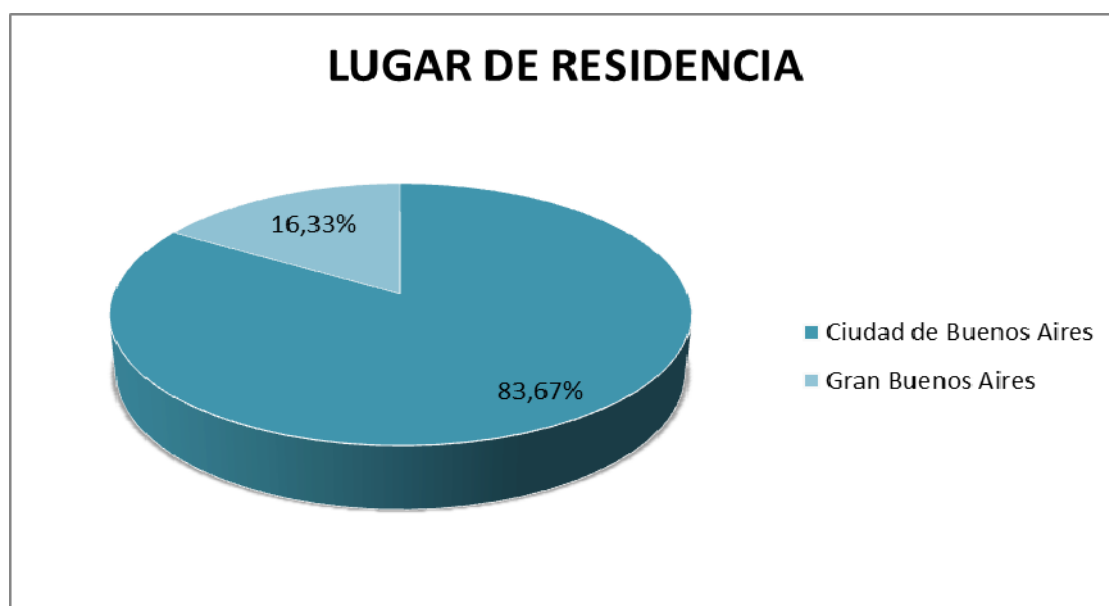


Gráfico 4. Tiene hijos



Gráfico 5. Nivel de estudios

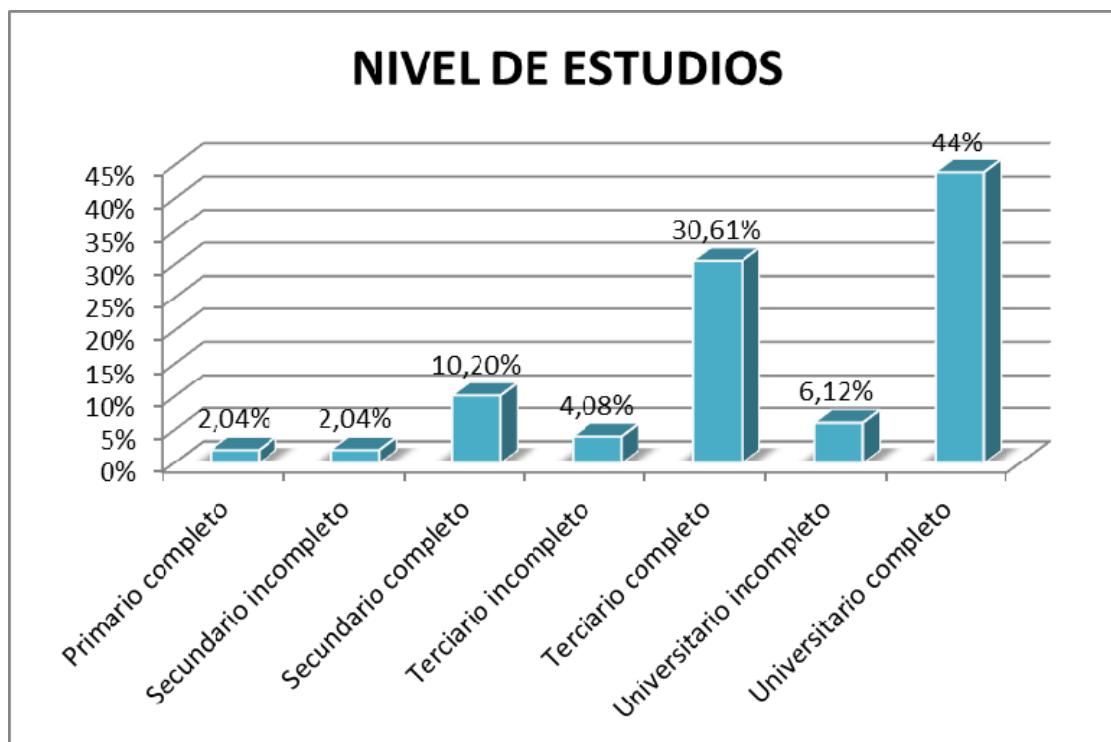


Gráfico 6. Remuneración mensual

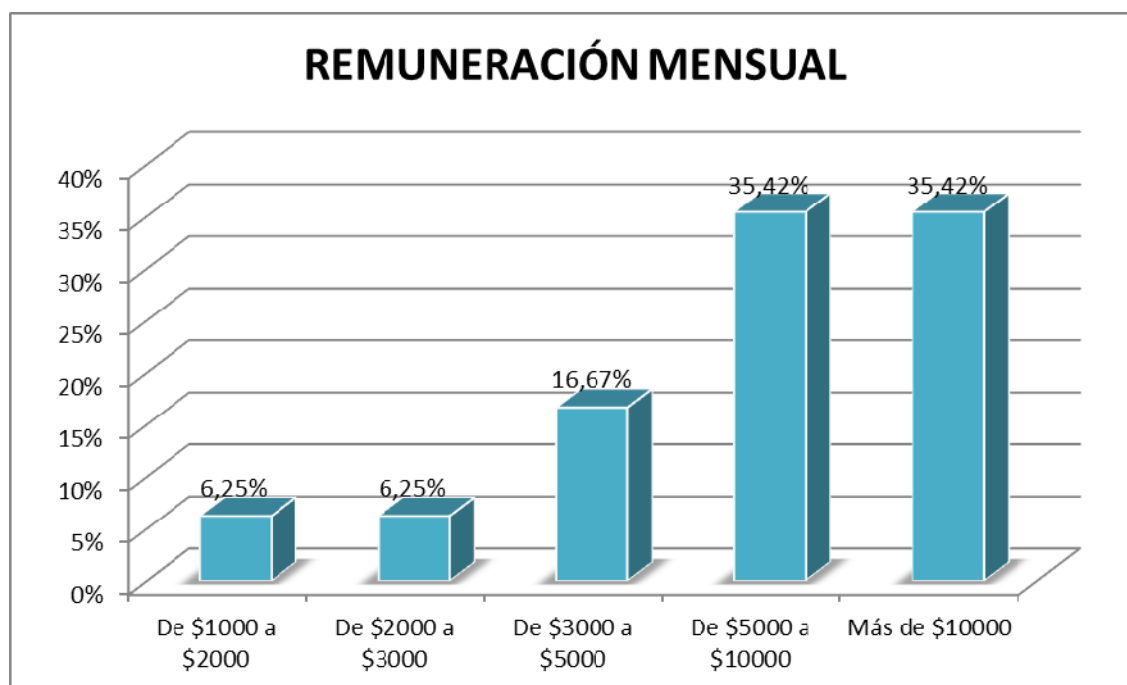


Gráfico 7. Relación laboral en la institución

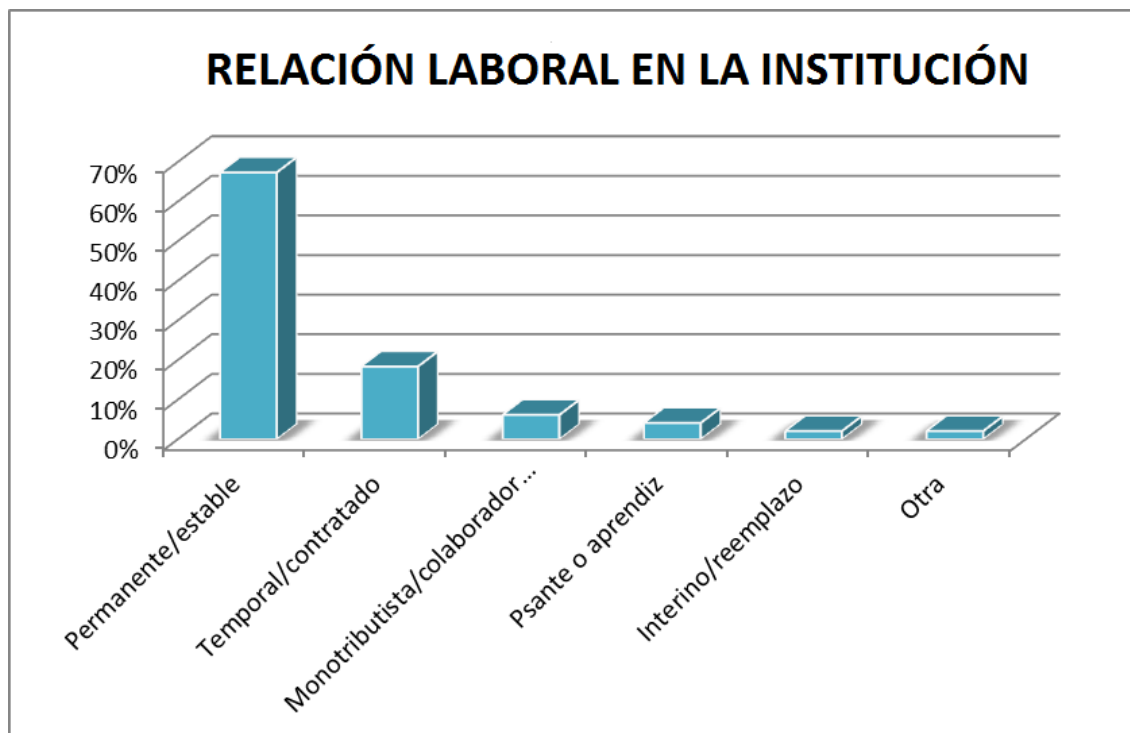
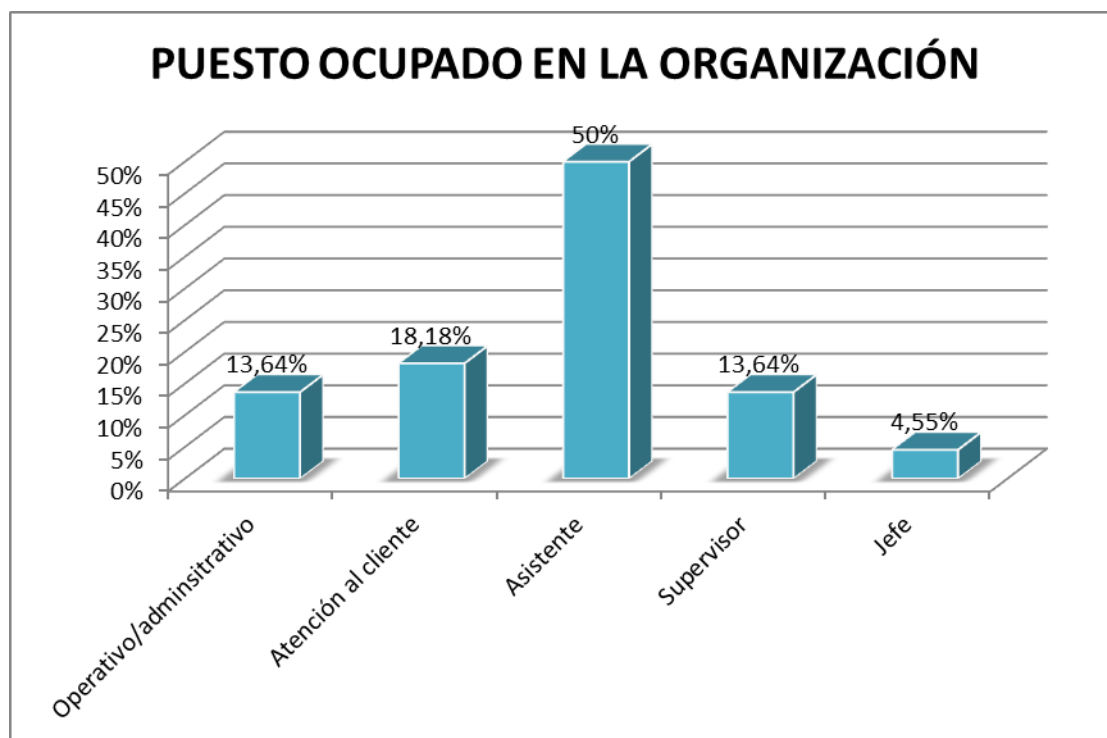


Gráfico 8. Puesto ocupado en la organización



## 4.2. Descripción de las variables

### 4.2.1. Escala Cisneros

Tabla I. Resúmenes estadísticos del mobbing.

|                                                          | N  | M     | DT    | Mín. | Máx. |
|----------------------------------------------------------|----|-------|-------|------|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona                 | 92 | 11,74 | 9,868 | 0    | 38   |
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | 98 | 8,69  | 5,431 | 0    | 26   |
| Presiones organizacionales                               | 90 | 6,31  | 6,195 | 0    | 21   |

### 4.2.2. Cuestionario de Burnout de Maslach en Servicios Humanos

Tabla II. Resúmenes estadísticos del burnout.

|                       | N   | M     | DT     | Mín. | Máx. |
|-----------------------|-----|-------|--------|------|------|
| Agotamiento emocional | 94  | 26,49 | 11,183 | 3    | 50   |
| Despersonalización    | 100 | 9,04  | 6,385  | 0    | 24   |
| Realización personal  | 98  | 32,14 | 8,254  | 6    | 46   |

### 4.2.3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

Tabla III. Resúmenes estadísticos de la ansiedad.

|                 | N  | M     | DT    | Mín. | Máx. |
|-----------------|----|-------|-------|------|------|
| Ansiedad Estado | 34 | 31,71 | 6,585 | 20   | 49   |
| Ansiedad Rasgo  | 20 | 43,90 | 7,247 | 30   | 57   |

## 4.3. Análisis de la normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables anteriormente descritas. Para tal fin, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla IV. Normalidad de las variables a estudiar.

|                                                          | p.   |
|----------------------------------------------------------|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona                 | ,001 |
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | ,045 |
| Presiones organizacionales                               | ,064 |
| Agotamiento emocional                                    | ,012 |
| Despersonalización                                       | ,008 |
| Realización personal                                     | ,001 |
| Ansiedad Estado                                          | ,010 |
| Ansiedad Rasgo                                           | ,093 |

Se puede apreciar que la mayoría de las variables analizadas no poseen distribución normal, sin embargo, las dimensiones Presiones organizacionales y Ansiedad Rasgo mostraron una distribución normal.

#### 4.4. Análisis de la relación de variables

Se encontraron relaciones significativas entre las dimensiones del mobbing y del burnout, y la Ansiedad Estado, mientras que la Ansiedad rasgo solo con algunas dimensiones de dichas variables. Además, se encontraron relaciones significativas entre las dimensiones del burnout y las dimensiones de la ansiedad.

Asimismo, existen relaciones significativas entre la edad y el Ataque hacia la autoestima de la persona, entre la cantidad de hijos y la Realización personal, y entre la remuneración mensual, el nivel de educación y los años de antigüedad para algunas dimensiones de los instrumentos.

Tabla V. Correlación entre la Ansiedad Estado y las dimensiones del mobbing y del burnout.

|                                                          | Ansiedad Estado | p    |
|----------------------------------------------------------|-----------------|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona                 | .419            | .014 |
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | .393            | .021 |
| Presiones organizacionales                               | .582            | .001 |
| Agotamiento emocional                                    | .806            | .000 |
| Despersonalización                                       | .445            | .008 |
| Realización personal                                     | -.471           | .006 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados indican que a mayor nivel de Ansiedad Estado, mayor nivel de las dimensiones del mobbing, del Agotamiento emocional, la Despersonalización, menor nivel de Realización personal y viceversa.

Tabla VI. Correlación entre la Ansiedad Rasgo y algunas dimensiones del mobbing y del burnout.

|                                                          | Ansiedad Rasgo | p    |
|----------------------------------------------------------|----------------|------|
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | .550           | .012 |
| Realización personal                                     | -.468          | .037 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla VII. Correlación entre la Ansiedad Rasgo y las Presiones organizacionales.

|                            | Ansiedad Rasgo | p    |
|----------------------------|----------------|------|
| Presiones organizacionales | .867           | .000 |

Nota: coeficiente utilizado: r de Pearson

Los resultados muestran que a mayor nivel de Ansiedad rasgo, mayor Desvalorización de la práctica profesional de la persona, Presiones organizacionales, menor nivel de Realización personal, y viceversa.

Tabla VIII. Correlación entre el Ataque hacia la autoestima de la persona y dimensiones del burnout.

|                       | Ataque hacia la autoestima<br>de la persona | p    |
|-----------------------|---------------------------------------------|------|
| Agotamiento emocional | .594                                        | .000 |
| Despersonalización    | .329                                        | .001 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados muestran que a mayor Ataque hacia la autoestima de la persona, mayor Agotamiento emocional y Despersonalización.

Tabla IX. Correlación entre la Desvalorización de la práctica profesional y las dimensiones del burnout.

|                       | Desvalorización de la práctica<br>profesional | p    |
|-----------------------|-----------------------------------------------|------|
| Agotamiento emocional | .618                                          | .000 |
| Despersonalización    | .383                                          | .000 |
| Realización personal  | -.406                                         | .000 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados muestran que a mayor Desvalorización de la práctica profesional, mayor Agotamiento emocional y Despersonalización, menor Realización personal y viceversa.

Tabla X. Correlación entre las Presiones organizacionales y las dimensiones del burnout.

|                       | Presiones organizacionales | p    |
|-----------------------|----------------------------|------|
| Agotamiento emocional | .508                       | .000 |
| Despersonalización    | .489                       | .000 |
| Realización personal  | -.425                      | .000 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados indican que a mayores Presiones organizacionales, mayor Agotamiento emocional y Despersonalización, menor Realización personal y viceversa.

Tabla XI. Correlación entre la edad y el Ataque hacia la autoestima de la persona.

|                                          | Edad | p    |
|------------------------------------------|------|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona | .225 | .035 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados evidencian que a mayor edad, mayor Ataque hacia la autoestima de la persona.

Tabla XII. Correlación entre la Cantidad de hijos y la Realización personal.

|                      | Cantidad de hijos | p    |
|----------------------|-------------------|------|
| Realización personal | -.405             | .006 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados señalan que a mayor cantidad de hijos, menor Realización personal y viceversa.

Tabla XIII. Correlación entre la Remuneración mensual y las dimensiones de los instrumentos.

|                            | Remuneración mensual | p    |
|----------------------------|----------------------|------|
| Presiones organizacionales | -.518                | .000 |
| Agotamiento emocional      | -.275                | .009 |
| Realización personal       | .268                 | .009 |
| Ansiedad Estado            | -.593                | .000 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman



Los resultados señalan que a mayor Remuneración mensual, mayor realización personal, menores Presiones organizacionales, Agotamiento emocional, Ansiedad Estado y viceversa.

Tabla XIV. Correlación entre las horas que trabaja por día y el Ataque hacia la autoestima de la persona.

|                                          | Horas que trabaja por día | p    |
|------------------------------------------|---------------------------|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona | -.247                     | .019 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados indican que a mayor cantidad de horas que trabaja por día, menor Ataque hacia la autoestima de la persona.

Tabla XV. Correlación entre el Nivel de educación y las dimensiones de los instrumentos.

|                            | Nivel de educación | p    |
|----------------------------|--------------------|------|
| Presiones organizacionales | -.410              | .000 |
| Realización personal       | .406               | .000 |
| Ansiedad Estado            | -.541              | .001 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados señalan que a mayor nivel de educación, mayor Realización personal, menores Presiones organizacionales, Ansiedad Estado y viceversa.

Tabla XVI. Correlación entre los Años de antigüedad y las dimensiones de los instrumentos.

|                                                          | Años de antigüedad | p    |
|----------------------------------------------------------|--------------------|------|
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | -.285              | .005 |
| Presiones organizacionales                               | -.372              | .000 |
| Agotamiento emocional                                    | -.260              | .012 |
| Realización personal                                     | .396               | .000 |
| Ansiedad Rasgo                                           | -.655              | .002 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados muestran que a mayor cantidad de años de antigüedad, mayor Realización personal, menores Presiones organizacionales, Ansiedad Rasgo, Agotamiento emocional, Desvalorización de la práctica profesional de la persona y viceversa.

#### 4.5. Análisis de las diferencias de grupo

Se hallaron diferencias significativas en las variables sexo, estado civil, lugar de residencia, si tiene hijos, ocupación/estudio, turno de trabajo, puesto ocupado, relación laboral en la institución, si el sueldo es sostén de familia, si realiza alguna actividad asociada al bienestar, si asiste al psicólogo y la religión, para las diversas dimensiones del mobbing, burnout y ansiedad.

No se encontraron diferencias significativas de acuerdo a si trabaja en algún área en particular para las dimensiones de los instrumentos.

Tabla XVII. Diferencias grupales según el sexo (I).

|                            | Sexo                                   | p    |
|----------------------------|----------------------------------------|------|
| Presiones organizacionales | Mujer= (M=3.83)<br>Hombre= (M= 9.24)   | .000 |
| Ansiedad rasgo             | Mujer= (M=39.75)<br>Hombre= (M= 46.67) | .040 |

Nota: Prueba T de Student.

Tabla XVIII. Diferencias grupales según el sexo (II).

|                                                          | Sexo                                  |      |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | Mujer= (R=41.02)<br>Hombre= (R=56.63) | .006 |
| Agotamiento emocional                                    | Mujer= (R=38.18)<br>Hombre= (R=56.40) | .001 |
| Despersonalización                                       | Mujer= (R=41.18)<br>Hombre= (R=58.17) | .003 |
| Realización personal                                     | Mujer= (R=54.88)<br>Hombre= (R=42.13) | .025 |
| Ansiedad estado                                          | Mujer= (R=15)<br>Hombre= (R=23.50)    | .023 |

Nota: Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados muestran diferencias significativas de acuerdo al sexo para las dimensiones de la ansiedad, mobbing y burnout, siendo más elevados los niveles de dichas variables en los hombres, excepto en la Realización personal donde para ellos es menor.

Tabla XIX. Diferencias grupales según el Estado civil.

|                            | F     | p    |
|----------------------------|-------|------|
| Presiones organizacionales | 3.641 | .003 |

Nota: Prueba ANOVA

Los resultados muestran diferencias grupales de acuerdo al estado civil para las Presiones organizacionales.

Tabla XX. Diferencias grupales según el Lugar de residencia.

|                                          | Lugar de residencia               |      |
|------------------------------------------|-----------------------------------|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona | Ciudad de Buenos Aires= (R=48,80) | .010 |
|                                          | Gran Buenos Aires= (R=30,25)      |      |
| Ansiedad Estado                          | Ciudad de Buenos Aires= (R=19,10) | .010 |
|                                          | Gran Buenos Aires= (R=5,50)       |      |

Nota: Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados indican la existencia de diferencias grupales según el lugar de residencia para el Ataque hacia la autoestima de la persona y la Ansiedad estado, siendo mayores los niveles en los sujetos de la Ciudad de Buenos Aires. Cabe destacar que existe una marcada diferencia en la cantidad de casos de ambos grupos.

Tabla XXI. Diferencias grupales según si Tiene hijos.

|                       | Tiene hijos   |      |
|-----------------------|---------------|------|
| Agotamiento emocional | Si= (R=53,41) | .017 |
|                       | No= (R=40,17) |      |
| Despersonalización    | Si= (R=55,63) | .036 |
|                       | No= (R=43,62) |      |

Nota: Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados muestran diferencias significativas de acuerdo a si tiene hijos para las dimensiones del Burnout, siendo mayores los niveles en quienes si tienen hijos.

Tabla XXII. Diferencias grupales según la actividad/ocupación.

|                       | Chi-cuadrado | gl | p    |
|-----------------------|--------------|----|------|
| Agotamiento emocional | 10,997       | 1  | .001 |
| Despersonalización    | 6,440        | 1  | .011 |
| Realización personal  | 19,745       | 1  | .000 |
| Ansiedad Estado       | 7,152        | 1  | .007 |

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados muestran diferencias significativas de acuerdo a la actividad/ocupación de los sujetos para el Burnout y la Ansiedad estado.

Tabla XXIII. Diferencias grupales según el Turno de trabajo (I).

|                            | F     | p    |
|----------------------------|-------|------|
| Presiones organizacionales | 3.444 | .020 |
| Ansiedad Rasgo             | 6.103 | .006 |

Nota: Prueba ANOVA

Tabla XXIV. Diferencias grupales según el Turno de trabajo (II).

|                                                          | Chi-cuadrado | gl | p    |
|----------------------------------------------------------|--------------|----|------|
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | 9.202        | 3  | .027 |
| Realización personal                                     | 18.925       | 3  | .000 |

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados muestran diferencias significativas de acuerdo a la actividad/ocupación de los sujetos para el Burnout y la Ansiedad estado.

Tabla XXV. Diferencias grupales según el Puesto ocupado.

|                                                          | Chi-cuadrado | gl | p    |
|----------------------------------------------------------|--------------|----|------|
| Ataque hacia la autoestima de la persona                 | 16.261       | 5  | .006 |
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | 17.273       | 5  | .004 |
| Agotamiento emocional                                    | 19.652       | 5  | .001 |
| Despersonalización                                       | 12.351       | 5  | .030 |
| Ansiedad Estado                                          | 10.672       | 4  | .031 |

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados indican la existencia de diferencias significativas según el puesto ocupado por los sujetos para algunas dimensiones del burnout, mobbing y la Ansiedad estado.

Tabla XXVI. Diferencias grupales según la Relación laboral en la institución.

|                                                          | Chi-cuadrado | gl | p    |
|----------------------------------------------------------|--------------|----|------|
| Desvalorización de la práctica profesional de la persona | 11.061       | 5  | .050 |
| Agotamiento emocional                                    | 13.136       | 5  | .022 |
| Despersonalización                                       | 20.618       | 5  | .001 |
| Ansiedad Estado                                          | 26.285       | 3  | .000 |

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados evidencian la existencia de diferencias significativas de acuerdo a la relación laboral en la institución para la desvalorización de la práctica profesional de la persona, algunas dimensiones del Burnout y la Ansiedad estado.

Tabla XXVII. Diferencias grupales según si el sueldo es sostén de familia (I).

|                            | Sueldo es sostén de familia    | p    |
|----------------------------|--------------------------------|------|
| Presiones organizacionales | Si= (M= 8.31)<br>No= (M= 4.92) | .015 |

Nota: Prueba T de Student.

Tabla XXVIII. Diferencias grupales según si el sueldo es sostén de familia (II).

|                       | Sueldo es sostén de familia    |      |
|-----------------------|--------------------------------|------|
| Agotamiento emocional | Si= (R=53.77)<br>No= (R=39.71) | .014 |
| Realización personal  | Si= (R=38.68)<br>No= (R=51.09) | .031 |
| Ansiedad estado       | Si= (R=23.30)<br>No= (R=13.41) | .005 |

Nota: Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados muestran diferencias de grupo según si el sueldo es sostén de familia para las Presiones organizacionales, algunas dimensiones del burnout y la ansiedad estado, siendo mayores los niveles en quienes si tienen hijos excepto en la Realización personal.

Tabla XXIX. Diferencias grupales según si realiza actividad asociada con el bienestar (I).

|                | Realiza actividad asociada con |      |
|----------------|--------------------------------|------|
|                | el bienestar                   | p    |
| Ansiedad rasgo | Si= (M= 41)                    | .020 |
|                | No= (M= 48.25)                 |      |

Nota: Prueba T de Student.

Tabla XXX. Diferencias grupales según si realiza actividad asociada con el bienestar (II).

|                                          | Realiza actividad asociada con el |      |
|------------------------------------------|-----------------------------------|------|
|                                          | bienestar                         |      |
| Ataque hacia la autoestima de la persona | Si= (R=49.38)                     | .013 |
|                                          | No= (R=33.50)                     |      |

Nota: Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados señalan diferencias significativas según si realiza alguna actividad asociada con el bienestar para la Ansiedad rasgo y el Ataque hacia la autoestima de la persona, siendo mayores los niveles en sujetos que no la realizan para la primera, y en quienes si la llevan a cabo para la segunda.

Tabla XXXI. Diferencias grupales según si asiste al psicólogo.

|                       | Asiste al psicólogo |      |
|-----------------------|---------------------|------|
|                       |                     |      |
| Agotamiento emocional | Si= (R=34,39)       | .032 |
|                       | No= (R=49,45)       |      |
| Realización personal  | Si= (R=64,88)       | .010 |
|                       | No= (R=45,23)       |      |

Nota: Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados muestran diferencias de grupo según si asiste al psicólogo, para el Agotamiento emocional y la Realización personal, siendo mayores los niveles en quienes no asisten para la primera, y menores para la segunda.

Tabla XXXII. Diferencias grupales según la Religión (I).

|                            | F     | p    |
|----------------------------|-------|------|
| Presiones organizacionales | 3.576 | .010 |

Nota: Prueba ANOVA

Tabla XXXIII. Diferencias grupales según la Religión (II).

|                       | Chi-cuadrado | gl | p    |
|-----------------------|--------------|----|------|
| Agotamiento emocional | 10.781       | 3  | .013 |
| Despersonalización    | 16.988       | 4  | .002 |
| Realización personal  | 19.820       | 4  | .001 |

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados muestran diferencias significativas de acuerdo a la religión para las presiones organizacionales y para las dimensiones del burnout.

# **CAPÍTULO V**



## 5. DISCUSIÓN

Finalmente, para brindar un cierre a la investigación, en este capítulo se relacionará la hipótesis planteada en el Capítulo 3 con los resultados obtenidos. Además, se interpretarán los resultados obtenidos con la bibliografía pertinente y se brindarán las posibles explicaciones de estos hallazgos. Por último, se señalarán las fortalezas y limitaciones del estudio, y se realizará una reflexión final.

Los resultados de la investigación mostraron que existen relaciones significativas entre los niveles de mobbing y los niveles de burnout, siendo las relaciones directamente proporcionales, excepto con la dimensión del burnout Realización personal. Sin embargo, esta dimensión puntúa en forma inversa a las restantes, interpretándose los bajos niveles en la misma como señal de un elevado burnout. Por ende, la hipótesis de que en los trabajadores del sector de la salud, se presenta una relación significativa entre los niveles de mobbing y los niveles de burnout, siendo la misma directamente proporcional entre ambas variables, se confirma.

Además, se encontraron relaciones significativas entre la Ansiedad estado y las dimensiones del mobbing y del burnout, y entre la Ansiedad rasgo y entre las dimensiones del mobbing Desvalorización de la práctica profesional de la persona y las Presiones organizaciones, y la Realización personal. En todas ellas, las relaciones fueron directamente proporcionales excepto en ésta última. Por lo tanto, la hipótesis de que en los trabajadores del sector de la salud, se encontrarán relaciones significativas entre los niveles de ansiedad y los niveles de mobbing así como entre los niveles de la primera y los de burnout, siendo las mismas directamente proporcionales entre estas variables, se confirma parcialmente.

Finalmente, se encontraron relaciones significativas entre las dimensiones del mobbing, la ansiedad y el burnout y casi todas las variables sociodemográficas presentes en el cuestionario administrado para conocer las características de los sujetos. Por ende, la hipótesis de que el mobbing, la ansiedad y el burnout de los trabajadores de la salud pública varía según el lugar, tamaño y tipo de actividades desarrolladas, carga horaria y años de antigüedad, edad y género, si realiza o no tratamiento psicológico u alguna

actividad que relacione con su bienestar que le sirva de apoyo o contención frente a las exigencias diarias, se confirma.

En cuanto a la relación entre el burnout y el mobbing, Gil-Monte y Peiró (1997 citados en Blanco Montilla, 2006) señaló que una de las consecuencias de las dimensiones del primero, la falta de realización personal, sucede cuando el sujeto evalúa su trabajo de manera negativa, así como los sujetos con los que trabaja. Sumado a las presiones habituales del trabajo, el mobbing generaría una percepción negativa sobre las personas que lo ejercen, incrementando la carga que genera el trabajo.

En referencia a la ansiedad y el burnout, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991 citados en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004) afirman que existen variaciones que son resultado de este síndrome. Se generan derivaciones que repercuten en la salud psicológica, como la ansiedad, la depresión, la falta de motivación, poca satisfacción laboral, sentimientos de frustración profesional e intenciones de abandonar el trabajo, entre otras.

En cuanto a las relaciones entre las variables analizadas y las características sociodemográficas, existen relaciones significativas entre la edad y el Ataque hacia la autoestima de la persona. En el estudio realizado por Moreno-Jiménez et al. (2005), se hallaron relaciones significativas entre la ansiedad y el burnout, y variables como el género, grupo médico y la edad a través del análisis multivariante.

Además, la mayor cantidad de hijos y el menor nivel Realización personal, denotarían que los sujetos desearían obtener una mayor realización en otros ámbitos que no se relacionan con la familia. Asimismo, la remuneración mensual sería un determinante importante, ya que su bajo nivel repercutiría negativamente en la salud mental de los sujetos incrementando los niveles de las variables estudiadas.

En cuanto al nivel de educación, sería un elemento protector incrementando la realización y reduciendo las presiones y la Ansiedad. Al contrario de lo que sucede con los años de antigüedad, pareciera ser que el estar más tiempo trabajando en el hospital Moyano genera mayores niveles de burnout, ansiedad y mobbing. La relación entre la cantidad de horas que trabaja por día reduciría las posibilidades de padecer ataques hacia la autoestima como forma de mobbing.

Se hallaron diferencias significativas en las variables sexo para la

ansiedad, el burnout y el mobbing, siendo los niveles más elevados en hombres. Como se mencionó anteriormente, en el estudio de Moreno-Jiménez et al. (2005) se hallaron relaciones significativas entre la ansiedad y el burnout y variables como el género. Sin embargo, debido a las diferencias encontradas para todas las variables, se concuerda con los planteamientos de la OPS (2013), que señala que en el área de la salud en los últimos tiempos se encuentra surgiendo la necesidad de vincular otras variables teóricas a la noción del proceso de trabajo como el género, las consecuencias de las violencias, la precarización del trabajo, y las distintas clases de retrocesos de los derechos de los trabajadores, entre otros.

Sin embargo, otras variables como el estado civil y el lugar de residencia mostraron diferencias significativas para las Presiones organizacionales para la primera, y en el Ataque hacia la autoestima de la persona y la Ansiedad Estado para la segunda, observándose resultados que posiblemente se deban a las particularidades de la muestra.

En el caso de si tiene hijos y las diferencias encontradas en los mayores niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización, indicaría que los sujetos con hijos se encuentran con un mayor desgaste, ya que de su trabajo depende la manutención de los mismos además de las exigencias que los mismos generan.

Asimismo, las diferencias halladas según si los sujetos estudian, trabajan o realizan ambas tareas, los turnos de trabajo, el puesto ocupado y la relación laboral en la institución, denotarían el nivel de carga que generaría el trabajo en la vida de los sujetos, la forma en que organizan sus actividades diarias en base a si estudian, trabajan y/o tienen familia a cargo, en que horario lo hacen, la carga que los diferentes puestos generan sobre los sujetos así como la relación laboral con la institución y la seguridad que la misma brinda, como por ejemplo encontrarse en plantea permanente.

El hecho de que el sueldo sea sostén de familia genera mayores niveles de ansiedad y burnout principalmente, ya que supondría una mayor carga para el sujeto que posee una mayor dependencia hacia su trabajo. Los sujetos que cuyos sueldos no son sostén de familia se encontrarían con un mejor panorama en cuanto a su salud psicológica, con menores niveles de ansiedad y burnout.

Por otra parte, el realizar alguna actividad asociada al bienestar sería un

factor protector contra la ansiedad rasgo, reduciendo sus niveles, por lo que los sujetos que realizan alguna actividad son menos ansiosos que quienes no la realizan. Además, vivirían menores niveles de ataques hacia su autoestima, por lo que sería interesante analizar si realmente padecen menos ataques en el trabajo o los perciben de forma distinta que quienes no realizan alguna actividad y se encontrarían más ansiosos.

Lo mismo podría pensarse con los sujetos que asisten al psicólogo, presentando menos Agotamiento emocional y una mayor Realización personal. Realizar terapia sería una forma de reducir las consecuencias negativas que el trabajo supondría para las personas que lo realizan.

Por otro lado la religión del sujeto sería un factor protector a la hora de analizar los niveles de mobbing y burnout, ya que las diferencias podrían pensarse en base a las diferentes religiones que los sujetos profesan o al hecho de ser ateo o de creer en una religión.

Como limitación de este estudio, se debe señalar la dificultad para acceder a la muestra, luego de varios procesos burocráticos y de solicitar permiso a los directivos del Hospital Moyano. Posteriormente, se encontró con la negativa de los sujetos a responder los cuestionarios, mostrando una escasa voluntad para participar de este estudio. Con mucho esfuerzo se logró recolectar la información analizada en el presente trabajo.

Como fortaleza, se debe destacar que se analizaron diversas cuestiones relacionadas a las características sociodemográficas de los trabajadores de dicho hospital. En la literatura existente, se encontraron pocos trabajos realizados en Argentina sobre el burnout, el mobbing y la ansiedad en hospitales, pero no se hallaron trabajos en hospitales neuropsiquiátricos, sentando las bases de un precedente de investigación.

En cuanto a lo que espera que suceda a posteriori, se puede emplear este estudio como la base para que investigaciones venideras indaguen con mayor profundidad las características sociodemográficas que poseen los sujetos que trabajan en las instituciones de salud mental de la Argentina.

Igualmente, se deja a criterio de los próximos investigadores de la psicología analizar en otra oportunidad, armados con un mayor bagaje teórico, sobre la relación entre el mobbing, el burnout y la ansiedad, así como algunas otras variables relacionadas, en trabajadores de la salud pertenecientes al Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

# **CAPÍTULO VI**

## 6. ANEXOS

### 6.1. Consentimiento informado

Estoy de acuerdo en participar en el estudio acerca de: “*Mobbing, Burnout y Ansiedad en Trabajadores de la Salud pertenecientes al Hospital Moyano*”, que lleva a cabo la alumna Victoria Neira Faccio de la carrera de Psicología para su graduación en la Universidad Abierta Interamericana.

Firma: \_\_\_\_\_

## 6.2. Instrumentos para la recolección de datos

Lo invitamos a colaborar en una Investigación en la que se estudia el mobbing, el burnout y la ansiedad. Por ello, su colaboración en este estudio es de especial relevancia. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, nos interesa su opinión.

### Muchas gracias por su participación

#### Parte 1.

A continuación, aparecen una serie de afirmaciones que indican formas de maltrato psicológico en el ámbito laboral. Señale, en su caso, el grado de frecuencia con que se producen esos hostigamientos contra usted marcando la respuesta que mejor se adecue a su situación según la siguiente escala:

| 0     | 1                          | 2                      | 3                    | 4                   | 5                        | 6              |
|-------|----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|----------------|
| Nunca | Pocas veces al año o menos | Una vez al mes o menos | Algunas veces al mes | Una vez a la semana | Varias veces a la semana | Todos los días |

|                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me atribuyen conductas ilícitas o no éticas para perjudicarme.     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Intentan hacerme cometer errores profesionales.                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Intentan persistentemente desmoralizarme.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Me privan de información necesaria para hacer mi trabajo.          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Limitan malintencionadamente mi acceso a ascensos o promociones.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Difunden rumores acerca de mí con el fin de perjudicarme.          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Me controlan excesivamente con el fin de encontrarme alguna falla. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Me hacen bromas inapropiadas y crueles.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Me menosprecian personal o profesionalmente.                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Sin importar lo que haga desvalorizan mi trabajo.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Modifican mis tareas o responsabilidades sin decirme nada.                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Distorsionan malintencionadamente lo que digo en mi trabajo.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me acusan injustificadamente de incumplimientos y errores.                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Me asignan tareas o trabajos por debajo de mi capacidad profesional o mis competencias. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Me fuerzan a realizar trabajos q van contra mis principios o mi ética.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Me interrumpen continuamente impidiendo expresarme                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Me asignan tareas y trabajos absurdos.                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Me abruma con una gran cantidad de trabajo.                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Me asignan tareas que pone en peligro mi salud.                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Me impiden que adopte las medidas de seguridad necesarias para realizar mi trabajo.     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## Parte 2.

Por favor, lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas en base a su experiencia laboral, mediante la siguiente escala:

| 0     | 1                  | 2              | 3                       | 4                   | 5                       | 6              |
|-------|--------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|----------------|
| Nunca | Pocas veces al año | Una vez al mes | Unas pocas veces al mes | Una vez a la semana | Pocas veces a la semana | Todos los días |



|                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Me siento cansado cuando me levanto a la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Creo que trato algunos pacientes como si fuesen objetos.                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Trabajar todos los días con pacientes me cansa.                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Me siento desgastado por mi trabajo.                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Creo que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Me siento con mucha vitalidad en mi trabajo.                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me siento frustrado en mi trabajo.                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Creo que estoy trabajando demasiado.                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurre a algunos pacientes que atiendo.           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce estrés.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Puedo crear con facilidad un clima agradable con los pacientes.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con los pacientes.                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. Creo que conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo.                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Me siento fundido, al límite de mis posibilidades.                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Siento que se tratar en forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

### Parte 3.

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale cómo se siente ahora mismo, o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo para cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| 1    | 2    | 3        | 4     |
| Nada | Algo | Bastante | Mucho |

|                                                                 |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me siento seguro.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estoy tenso.                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estoy disgustado.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento a “mis anchas”.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me siento alterado.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. En este momento estoy preocupado por algún posible problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me siento satisfecho.                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me siento asustado.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me siento cómodo.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo.                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me siento nervioso.                                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me siento agitado.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me siento indeciso.                                         | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                            |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 15. Me siento tranquilo.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me siento “a gusto”.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estoy preocupado.      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me siento aturdido.    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Me siento equilibrado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me siento bien.        | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Parte 3.1

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo para cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| 1    | 2    | 3        | 4     |
| Nada | Algo | Bastante | Mucho |

|                                                                            |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 21. Me siento bien.                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Me siento nervioso.                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Me siento “a gusto” conmigo mismo.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Siento que fallo.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Me siento descansado.                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y calmada.                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Me siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Soy feliz.                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Tengo malos pensamientos.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo.                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Me siento seguro.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Puedo decidirme rápidamente.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Me siento “fuera de lugar”.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Me siento satisfecho.                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                                                                                 |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza.     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Soy una persona estable.                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso y tenso. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Parte 4. Datos del encuestado:

a. Edad: \_\_\_\_\_ años.                      b. Sexo:            1. Hombre            2. Mujer

c. Estado civil:

1. Soltero/a
2. Convive/Pareja de hecho
3. Casado/a
4. Separado/a
5. Divorciado/a
6. Viudo/a
7. En pareja

d) Zona de residencia: (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Ciudad de Buenos Aires                      Indicar barrio \_\_\_\_\_

2. Gran Buenos Aires (Conurbano)            Indicar Localidad \_\_\_\_\_

e) ¿Tiene hijos? (Indique con una cruz)

1. Sí            2. No

e.1) Si tiene hijos: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ (Indique número)

f) Actividad/Ocupación

1. Estudio
2. Trabajo
3. Ambos

f.1) ¿cómo definiría su ocupación?

g) Remuneración que recibe por su trabajo en forma mensual (en pesos):  
(Indique con una cruz)

1. Hasta 1000
2. De 1000 a 2000
3. De 2000 a 3000
4. De 3000 a 5000
5. De 5000 a 10000
6. Más de 10000

h) ¿Qué turno tiene dentro de la Institución en que trabaja?

1. Matutino
2. Vespertino
3. Nocturno
4. Otro

Especifique\_\_\_\_\_

i) ¿Cuántas horas trabaja por día?

1. Hasta 4 hrs
2. De 4 a 6 hrs
3. De 6 a 8 hrs
4. De 8 a 10 hrs
5. Más de 10 hrs

j) ¿Qué puesto ocupa en la Institución en que trabaja? (Indique con una cruz)

1. Operativo/administrativo
2. Atención al cliente
3. Asistente
3. Supervisor
4. Jefe

5. Gerente

6. Director

7. Otro

Especifique \_\_\_\_\_

k) ¿Trabaja en algún área en particular?

1. Sí          2. No

Si contesto que sí, indique cuál: \_\_\_\_\_

l) Tipo de relación laboral que posee en la Institución en la que trabaja: (Indique con una cruz)

1. Permanente/Estable

2. Temporario/ Contratado

3. Monotributista/ Colaborador permanente

4. Pasante o Aprendiz

5. Interino/Reemplazo

6. Otra

Especifique \_\_\_\_\_

m) Su sueldo, ¿Es sostén de familia?: 1. Sí          2. No

n) ¿Cuál es su Máximo Nivel de Educación Alcanzado? (Indique con una cruz)

1. No asistió

2. Primario incompleto

3. Primario completo

4. Secundario Incompleto

5. Secundario Completo

6. Terciario Incompleto

7. Terciario Completo

8. Universitario Incompleto

9. Universitario Completo

o) En caso de tener estudios terciarios o universitarios completos indique el título que le fue otorgado: \_\_\_\_\_

p) ¿Realiza alguna actividad que asocia con su bienestar? (Indique con una cruz)      1. Sí      2. No

Si contesto que sí, indique cuál: \_\_\_\_\_

q) ¿Está Ud. asistiendo al Psicólogo en estos momentos?

1. Sí      2. No

r) Años de antigüedad en el Centro/Institución

1. Menos de 2 años

2. De 2 a 5 años

3. De 6 a 10 años

4. De 11 a 15 años

5. De 16 a 20 años

6. Más de 20 años

s) ¿Cree Ud. en alguna Religión? (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Católica

2. Judía

3. Protestante

4. Evangelista

5. Agnóstico/a (desconoce lo divino)

6. Ateo/a (no cree en la existencia de Dios)

7. Ninguna

8. Otra

(Indique cuál): \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

### **6.3. Ley de Salud Mental**

Nueva Ley Nacional de SALUD MENTAL: Ley 26657

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

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

#### **CAPÍTULO I**

#### **DERECHOS Y GARANTÍAS**

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

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



## CAPÍTULO II

### DEFINICIÓN

Art. 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

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

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

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

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

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

## CAPÍTULO III

### ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

## CAPÍTULO IV

### DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

Art. 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado ;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental. no sea considerado un estado inmodificable
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

## CAPITULO V

### MODALIDAD DE ABORDAJE

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

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

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

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

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

Art. 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará

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

## CAPÍTULO VI

### DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

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

## CAPÍTULO VII

### INTERNACIONES

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

Art. 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario debe registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada

para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Art. 16.- Toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho (48 ) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

Art. 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por si misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al Juez. El Juez debe evaluar en un plazo no mayor de cinco (5) días de ser notificado, si la internación continua teniendo

carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidas para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el Juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.

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

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

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

Art 21º: La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de Revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El Juez en un plazo máximo de tres (3) días corridos de notificado debe:

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

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

Art. 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

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

Art. 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el Juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos a fin de re-evaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.



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

Art. 25.- Transcurridos los primeros siete (7) días en el caso de internaciones involuntarias el Juez, dará parte al Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

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

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

Art. 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23592.

Art. 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar, al Órgano de Revisión creado por la presente ley y al Juez competente, sobre cualquier

sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento, o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

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

## CAPÍTULO VIII

### DERIVACIONES

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

## CAPÍTULO IX

### AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Art. 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad de aplicación de la presente Ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

Art. 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 33.- La autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las Universidades Públicas y Privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente Ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país

Art. 34.- La autoridad de aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Art. 35.- Dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de la sanción de la presente Ley, la autoridad de aplicación debe realizar un Censo Nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho Censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

Art. 36.- La autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en Salud Mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes,

así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 37.- La autoridad de aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los noventa (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

## CAPÍTULO X

### ÓRGANO DE REVISION

Art. 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

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

Art. 40.- Son funciones del Órgano de Revisión

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario,

pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del Juez.

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley.

e) Informar a la autoridad de aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.

h) Realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación.

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos

j) Promover y colaborar para la creación de Órganos de Revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones.

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

## CAPÍTULO XI

### CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

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

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

## CAPÍTULO XII

### DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Art. 42.- Incorpórase como art. 152 ter del Código Civil

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

Art. 43.- Sustituyese el art. 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

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

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

Art. 44.- Derógase la Ley 22914.

Art. 45.- La presente ley es de orden público.

Art. 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

## FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental tiene como antecedentes más próximos el Proyecto de Ley que hemos presentado en el año 2007 (Expediente 276-D-07) y el Dictamen conjunto de las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, Legislación General y Justicia de esta Honorable Cámara de Diputados, aprobado con modificaciones el 9 de diciembre de 2008 (incluido en la Orden del Día 1625 del 16 de diciembre de 2008), que recoge gran parte de los aportes, modificaciones y propuestas que surgieron en el proceso de debate del marco normativo con los actores involucrados en el campo de Salud Mental y Derechos Humanos.

Dichos debates y aportes, no solamente han enriquecido la propuesta inicial, sino que cabe considerarlos como una parte constitutiva del proyecto que hoy estamos presentando nuevamente.

Destacamos el continuo acompañamiento y aportes de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; de la Organización Panamericana de la Salud; del Centro de

Estudios Legales y Sociales; del Consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires; del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional; y de muchos otros referentes latinoamericanos e internacionales; autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia, legisladores y jueces nacionales; otros integrantes de organismos de derechos humanos; autoridades e integrantes de equipos e instituciones de salud; investigadores y docentes de universidades públicas; integrantes de asociaciones de familiares y usuarios de atención en Salud Mental.

Asimismo, entendemos que la activa participación en este proceso, da cuenta de la sentida necesidad de avanzar en una Legislación Nacional que consolide el cuidado en Salud Mental como un derecho humano fundamental para todas las personas, en concordancia con normativas de referencia en Salud Mental y Derechos Humanos a nivel internacional.

Este compromiso compartido, se materializó también en la realización de la Jornada "Hacia Una Ley Nacional de Salud Mental", convocada por la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y que tuvo lugar el pasado 30 de junio de 2008, en el Auditorio y Salones del Congreso de la Nación Argentina. Dicha Jornada, fue inaugurada por los Dres. Eduardo Luis Duhalde, Secretario de Derechos Humanos de la Nación, Juan H. Sylvestre Begnis, Presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados de la Nación; y mi participación como autor del Proyecto de Ley puesto a consideración y contó en el cierre con la presencia del Dr. Juan Carlos Nadalich, a cargo de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Participaron en carácter de panelistas los Dres. Hugo Cohen, Asesor Sub-Regional de Salud Mental, América del Sur (OMS-OPS); Itzhak Levav, Representante de la Organización Mundial de la Salud; Antonio Eduardo Di Nanno, Coordinador de Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación; Vicente Galli, Ex - Director de Salud Mental de la Nación; José Luis Galmarini, Juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Nacional en lo Civil; los Lic. Victoria Martínez, Directora Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, Dr.



Antonio Eduardo Di Nanno, Coordinador de Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación; Ángel Barraco, referente del consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires y Co-coordinador del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional y Roxana Amendolaro, en representación del Centro de Estudios Legales y Sociales.

En dicha Jornada se analizaron en profundidad algunos de los ejes que debe necesariamente incluir una Ley Nacional de Salud Mental, para apuntalar las transformaciones de instituciones y prácticas que son necesarias. Así, se trabajó conjuntamente con referentes académicos, autoridades sanitarias e institucionales, profesionales y otros trabajadores del sector, usuarios y familiares de personas con padecimiento mental, sobre la problemática de las internaciones involuntarias, la situación y declaración de incapacidad de personas con padecimiento mental, la situación de las instituciones monovalentes y el abordaje interdisciplinario que debe atravesar las diferentes intervenciones en este campo.

En estos años, el Proyecto de Ley Nacional de salud Mental, también fue puesto a consideración en numerosos encuentros en distintas instituciones y jurisdicciones del país, recibiendo sugerencias, aportes y el valioso estímulo para continuar adelante en la concreción de este marco normativo. Dentro de estos encuentros, recordamos las presentaciones y debates en los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos convocados por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, en las reuniones de la Mesa Nacional de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, en la reunión de la Mesa Federal de Derechos Humanos en la Provincia de Neuquén, en las Jornadas Institucional con motivo del centenario de la Colonia Nacional Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires, en diversas Asociaciones de Profesionales de Salud Mental, en ámbitos académicos, con organizaciones de usuarios y familiares de personas con padecimiento mental.

Esta historia reciente no nos exime de recordar y repasar la extensa historia de desarrollos conceptuales, políticas y prácticas en el campo de la salud mental en nuestro país, con la producción de experiencias alternativas al manicomio, pioneras en el ámbito latinoamericano, acompañadas por "movimientos

revindicadores" de los derechos de los enfermos mentales internados. En la segunda mitad del siglo XX, Enrique Pichón Rivière desarrolló los fundamentos de la psicología social en nuestro país. La creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue, en los años 70, un avance técnico-político para el área de la salud mental y significó una aceptación de la insuficiencia del modelo asilar tal como se la desarrollaba en los hospitales monovalentes. Una experiencia relevante en este sentido fue la que se desarrolló en el "Hospital Gregorio Aráoz Alfaro" de Lanús, con la Dirección del Dr. Mauricio Goldemberg. Las transformaciones allí realizadas y las concepciones innovadoras en lo relativo al tratamiento del problema de la salud mental, permitieron la constitución de un marco teórico-técnico y político-sanitario que trascendió el ámbito médico para incorporar y legitimar, por primera vez, la presencia de otras disciplinas, y por tanto de otros encuadres terapéuticos. La dictadura militar - como en todas las áreas de la vida social y política de nuestro país - produjo un abismo que desarticuló estos procesos, junto con el saldo en víctimas de trabajadores de esas y otras instituciones.

A partir de la apertura democrática que viviera nuestro país desde 1983, la salud mental fue caracterizada como una de las prioridades del sector salud. En este período se puso en marcha rápidamente un proyecto de organización nacional del área. Así fue como se crearon los denominados "programas participativos nacionales", que instalaron la cuestión de la desinstitucionalización. La propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político sanitario la discusión acerca de la institución manicomial. Se planteó la democratización de las relaciones de poder institucional, a través de la generación de cambios sustantivos en los modelos de abordaje. Esta iniciativa posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. En distintos lugares se iniciaron experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas asistenciales, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentándose modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres, etc.) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional). Los avances que se lograron en ese contexto fueron significativos. En primer lugar, se consolidó un "acuerdo

político-técnico" que posibilitó la creación de direcciones y/o programas de salud mental en el 90% de las jurisdicciones, además de la construcción de un "foro federal ínter partidario, interdisciplinario e intersectorial" y la organización de una "red de servicios asistenciales estatales". Asimismo se avanzó en la capacitación de "equipos de conducción" de las direcciones y/o programas provinciales y en la capacitación de funcionarios del área Metropolitana y provincia de Buenos Aires. También se desarrollaron seminarios para los trabajadores (profesionales y no profesionales) tanto desde la Nación, como desde las provincias y/o regiones. Un hecho importante en la capacitación lo constituyó la creación de la "Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental", dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, trapistas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y los hospitales generales.

A partir de la década de los 90s este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional vio relegada su injerencia en la generación de políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia. En ese contexto en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, esa Dirección pasó a ser Instituto de Salud Mental, para posteriormente convertirse en Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.

A pesar de ello, en las distintas jurisdicciones se continuaron desarrollando experiencias -algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación- que implementaron prácticas alternativas a la internación psiquiátrica, de los cuales los ejemplos más acabados de este modelo son la provincia de Río Negro y la de San Luis.

También la Provincia de Tierra del Fuego ha sostenido un modelo de atención no manicomial, en base a servicios de salud mental en los Hospitales Generales con un dispositivo de internación compartido y de carácter breve. La muy escasa tasa de derivaciones que se generan desde el Hospital Regional de Ushuaia demuestra como, en un contexto de relativo buen funcionamiento de los distintos dispositivos estatales, es posible sostener un modelo sin instituciones cerradas.

En nuestros días, la problemática de la salud-enfermedad atención mental se visibiliza como un problema relevante para la salud pública y requiere ser abordado tanto en su especificidad como en forma integral como parte indisoluble del Derecho a la Salud y los Derechos Humanos en general de todas las personas.

Para dar contenido a esta urgencia sólo basta mirar algunos datos de estudios de referencia internacional. Según el Informe de la Salud en el mundo de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2001, se estima que el 25% de la población mundial padece uno o más trastornos mentales o de comportamiento a lo largo de su vida; que una de cuatro familias tiene al menos uno de sus miembros con padecimientos mentales (OMS, 2001); que la cargas que representa el familiar enfermo no es sólo emocional sino económica y que el impacto de la enfermedad mental es además de negativa, prolongada (UK 700 Group, 1999).

Según datos preliminares PROSAM- MSN, en la Argentina existen 54 instituciones con internamiento crónico: 1 colonia nacional; 11 colonias y 42 hospitales psiquiátricos provinciales. La cantidad de personas internadas en instituciones públicas estatales es de alrededor de 21.000 (14.000 en colonias y 7.000 en hospitales psiquiátricos)

El Informe "Vidas Arrasadas - La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos - Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina" producto de una investigación llevada a cabo en nuestro país por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI) durante los años 2004-2007, denuncia la persistencia de situaciones de negligencia, abuso y privación de libertad de personas por causa de su padecimiento mental.

Al mismo tiempo, investigaciones en nuestro país y en el mundo alertan sobre el uso y abuso de psicofármacos para tratar situaciones o problemáticas conflictivas, que profundizan la "medicalización" de la vida cotidiana, a partir de edades cada vez más tempranas. Es así, como en tiempos históricos de profunda desigualdad en condiciones materiales de vida de la población en el mundo y marcadas inequidades en el acceso a derechos básicos como la

alimentación, el cuidado de la salud, el trabajo, se procura reducir el malestar y encuadrarlos bajo rótulos psicopatológicos, mayoritariamente funcionales al orden social hegemónico y a los intereses de la industria farmacéutica.

Lo hasta aquí reseñado, son sólo algunas miradas posibles de la problemática salud-enfermedad-atención mental, que requiere en forma imprescindible ser reconocido en su complejidad y abordado interdisciplinariamente.

Continuar, promover y afianzar políticas, acciones, investigación, a nivel nacional es una deuda que aún tiene el Estado Nacional en el marco de la defensa de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental.

Como señalara el Dr. Eduardo Luis Duhalde en la Apertura de la Jornada del 30 de junio del año pasado "...Si bien nadie hoy teoriza a favor del status-quo, este se impone por fuerza de la inercia, pese a los esfuerzos y reclamos de los profesionales y auxiliares de las distintas áreas de la salud mental, y de las organizaciones no gubernamentales específicas. Lo cierto es que la falta de una Ley sobre la Salud Mental, es una de las grandes deudas del Parlamento argentino, que es hora de saldar positivamente..."

En el contexto internacional, si bien no existen instrumentos internacionales específicos de Salud Mental vinculantes para nuestro país, reconocemos como marcos de referencia muy valiosos los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1991 y la "Declaración de Caracas", en el marco de la OEA., adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, entre otros.

En nuestro país, contamos con antecedentes de varias legislaciones jurisdiccionales. A título de ejemplo, la ley 2440 del año 1991 de la provincia de Río Negro, la ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada en el año 2000, constituyen modelos de avance en términos de reconocimiento del derecho de acceso a la salud y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Asimismo, se han presentado y están siendo discutidos proyectos de Ley de Salud Mental en varias provincias de

nuestro país, como en la provincia de Buenos Aires, Chubut, entre otros, con gran coincidencia de ideas y propuestas.

También queremos precisar, un capítulo que consideramos relevante al momento de establecer un nuevo régimen en base al derecho a la salud mental de las personas, y que contiene la modificación de algunos artículos del Código Civil que tratan sobre la declaración judicial de inhabilitación e incapacidad. Por un lado, porque contiene términos anacrónicos y discriminatorios para designar a las personas con diferentes padecimientos psicológicos. Por otro lado, porque restringe las evaluaciones profesionales al campo de la medicina, eludiendo la interdisciplinariedad indispensable para una toma de decisión adecuada en un terreno tan complejo como la restricción de la libertad y autonomía de las personas. A su vez la redacción actual desconoce la particularidad de cada caso y peca de establecer el mismo remedio para situaciones diferentes. En suma, esta modificación propuesta del Código Civil tiende a considerar a las personas que deban ser declaradas incapaces como sujetos de derecho, cuya singularidad es necesaria considerar y atender, y a restringir su autonomía lo menos posible y por plazos también breves sujetos a revisión.

Por lo expuesto y con la vocación de afianzar los avances realizados en la historia de nuestro país, consolidando a la Salud Mental como un valor humano fundamental, y reconociendo que la protección de los derechos sociales y humanos de las personas con trastornos mentales es una obligación del Estado, pedimos a nuestros pares que nos acompañen en la sanción del presente proyecto de ley.

## 7. REFERENCIAS

- Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.
- Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires. (2013). Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano. Recuperado el 29 de enero de 2016, de <http://www.elauditor.info/files/538f3867e1620.pdf>
- Ayuso Marente, J. A. (s.f.). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-14.
- Beato, M. S., Pulido, R. F., Pinho, M. S. & Gozalo, M. (2013). Reconocimiento falso y ansiedad estado/rasgo. *Psicológica*, 34, 299-311.
- Bertoglia Richards, L. (2005). Ansiedad y rendimiento en adolescentes escolares. Una alternativa de acción. *Psicoperspectivas: Revista de la Escuela de Psicología*, 4, 27-32.
- Blanco Montilla, M. (2006). Estudio Cualitativo sobre el Síndrome del Burnout en el Trabajo Social. Recuperado el 25 de enero de 2016, de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002434.pdf>
- Breilh, J. (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Galindo Lara, G. & Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la investigación educativa: Investigación ex post facto*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Carvajal Orozco, J. G. & Davila Londono, C. A. (2013). Mobbing o acoso laboral. Revisión del tema en Colombia. *Cuadernos de Administración*, 29(49), 95-106
- Cialzeta, J. R. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*. Tesis de magister no publicada, Universidad Nacional de Córdoba, Corrientes, Argentina.
- Facal-Fondo, T. (2012). Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. *Revista Portularia*, 12(1), 59-69.

- Falcone, R. (s.f.). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Recuperado el 29 de enero de 2016, de [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_HistorialInstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistorialInstit.pdf)
- Fidalgo, A. M. & Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615-624.
- Gimeno Lahoz, R. (2005). *La actuación del juez frente a la presión laboral tendenciosa, ventajas y desventajas de su tipificación*. Ponencia presentada en la I Jornada de Análisis Integral del Mobbing Ámbito Jurídico, Girona, España. p. 3.
- Giner Alegría, C. A. (2011). Aproximación conceptual y jurídica al término acoso laboral. *Revista Anales de Derecho*, 29, 224-245.
- González-Trijueque, D. & Delgado Marina, S. (2013). Mobbing en trabajadores españoles y peruanos: un estudio exploratorio con el LIPT-60. *Liberabit*, 19(1), 121-131.
- Guillén-Riquelme, A. & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hirigoyen, M. F. (2001). *El acoso moral*. Barcelona: Paidós.
- Isaac Otero, B. G., García Grajeda, G., Bosch Canto, V., Méndez Venegas, J. & Luque, C. M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23(2), 217-226.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Martínez-Otero Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29, 63-78.
- Marsiglia, I. (2010). Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes. *Gaceta Médica de Caraca*, 118(1), 3-10



- Moreno-Jiménez, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout). Personalidad y Salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Eds), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R & Morante Benadero, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.
- Neffa, J. C., Escobar, N. & Vera Pinto, V. (1997). *Riesgos del Medio ambiente Físico de Trabajo*. Argentina: Asociación Trabajo y Sociedad. CONICET
- Neira, M. C. (2004). *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud*. Buenos Aires: Autor.
- Nieto, H. A. & Tomasina, F. (s.f.). La salud de los trabajadores de la salud: Estrategias e intervenciones. Recuperado el 30 de enero de 2016, de [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2527/mod\\_resource/content/1/curso\\_2009/Modulo\\_4/m4-lp-estrategias-NietoTomasina\\_borrador\\_.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2527/mod_resource/content/1/curso_2009/Modulo_4/m4-lp-estrategias-NietoTomasina_borrador_.pdf)
- Oceguera Ávalos, A., Aldrete Rodríguez, G. & Ruíz Moreno, A. G. (2009). Estudio comparado de la legislación del mobbing en Latinoamérica. *Acta Republicana Política y Sociedad*, 8(8), 83-95.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington, D. C.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: Autor.
- Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Peralta, M. C. (2004). El acoso laboral -mobbing- perspectiva psicológica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 111-122.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal terrae. p. 55.

- Raya Trenas, A. F., Herruzo Cabrera, J. & Pino Osuna. M. J. (2007). Acoso psicológico (mobbing) en el ámbito educativo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 85-102.
- Ries, F., Castaneda Vazquez, C., Campos Mesa, M. C. & Del Castillo Andres, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Riquelme, Alfonso. (2006, julio). Mobbing, Un Tipo de Violencia en el Lugar de Trabajo. *Revista Electrónica Ciencias Sociales Online*, Vol. III, No. 2, 39-57.
- Rovella, A. & González Rodríguez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 9(17), 179-194.
- Sánchez Díaz, S. G. (2005). *El mobbing. Un concepto y su contribución al estudio del trabajo y su organización*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, sede D.F.
- Sarason, S. B. (1985). *Caring and compassion in clinical practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Torrente, P. (2007). *Diagnóstico y prevención del Mobbing: Un estudio de caso*. Trabajo presentado en las Jornades de Foment de la Investigació relizada en la Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España.
- Velázquez, M. (2005). *El Acoso en el Trabajo*. Ponencia presentada en la I Jornada de Análisis Integral del Mobbing. Ámbito Jurídico, Girona, España. p. 2.
- Vidal Casero, M. C. (s.f.). *El mobbing en el trabajo. Su problemática*. Fundación Bioética.
- Virgen Montelongo, R., Lara Zaragoza, A. C., Morales Bonilla, G. & Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-8.
- Zaldúa, G., Lodieu, M.T. & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167-172.

- Zazzetti, F., Carricaburu, M. V., Ceballos, J. L. & Miloc, E. (2011). Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 120-128.
- Zoni, M. P. & Olaz, F. O. (2011). *Adaptación Argentina de la escala Cisneros para evaluar Mobbing*. Córdoba, Argentina: Laboratorio de Comportamiento Interpersonal (LACI), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.