

## **LA ASIGNATURA PENDIENTE**

Autores: R. Díaz\*, C. Stella, S. Bentolila.

Municipalidad de la Matanza, Pcia de Buenos Aires, Republica Argentina.

Cuando leí los temas de las jornadas y uno de sus capítulos era el de la “incongruencia” y las discrepancias, resolví volver a insistir sobre un estudio realizado unos pocos años atrás y hasta ahora había sido defraudado por los distintos lugares donde se discutió, como Colegios Médicos, Asociaciones Profesionales, Ministerio de Salud y de Trabajo, incluso de mis propios colegas que elogiaban el mismo, pero nunca se llegó a poner en práctica sus sugerencias, espero que esta insistencia tenga algún valor esta vez y no quede en el olvido, lo digo por la salud mental de todos.

Por eso el título esta vez es “La asignatura pendiente”

A pesar del estudio de los Riesgos Psicosociales, aun esta pendiente su legislación, en forma parcial la violencia laboral “Mobbing” es parte de la legislación de algunas provincias Argentinas, pero solo de aplicación a organismos oficiales, ya que la ley nacional con sus tres proyectos, duerme en el senado a pesar de cumplir con el último paso, que fueron las audiencias públicas, si no se aprueba en dos años, el proyecto se muere.

Con respecto al Síndrome de desgaste laboral crónico “Burnout” la Ciudad de Buenos Aires aprobó una ley la N° 2.578 que habla sobre prevención, detección precoz y la rehabilitación de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de la Ley N° 153 - Ley Básica de Salud y la Ley N° 2.152 - Ley de Educación Comunitaria para la Salud.

En el resto del país, nada, y así numerosas incongruencias, como la más importante, en la ley de riesgos del Trabajo N° 24.557, no figura en su Tabla de evaluación de incapacidades nada respecto a como valorar estas patologías tampoco en los Criterios diagnósticos de las enfermedades profesionales

En sus criterios de enfermedades psiquiátricas los cuales transcribo, dicen:

### **PSIQUIATRIA**

#### **Generalidades**

**LAS LESIONES SIQUIATRICAS QUE SERAN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.**

Las enfermedades Psicopatológicas no serán motivo de resarcimiento económico, ya que en casi la totalidad de estas enfermedades tienen una base estructural.

Los trastornos psiquiátricos secundarios o accidentes por traumatismo craneo-encefálicos y/o epilepsia post-traumática, (como las Personalidades Anormales Adquiridas y las Demencias post-Traumáticas, Delirios Crónicos Orgánicos,

etc.) serán evaluados únicamente según el rubro DESORDEN MENTAL ORGANICO POST TRAUMATICO (grado I, II, III o IV).

Solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRES POST TRAUMATICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEUROTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESION PSICOTICA que tengan un nexo causal específico relacionado con un accidente Laboral. Debiéndose descartar primeramente toda las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc.

Por lo tanto no figuran el listado de enfermedades profesionales y no son desordenes por estrés ya que no tiene nexo causal con un accidente laboral,

(Como lo tienen en la Resolución (SRT) 558/09. Del 22/5/2009. B.O.: 29/5/2009. Apruébase el procedimiento preventivo y tratamiento de estrés post traumático relacionado con accidentes en el ámbito ferroviario, premetro y subterráneos).ya que son muchos “accidentes” diarios que llevan al estrés crónico, volvemos a las incongruencias de la ley, que actualmente se encuentra en revisión y no hay ningún capítulo que nombre a los riesgos psicosociales.

Solamente nos queda reclamar sobre los daños físicos que provocan estas enfermedades ya que no solo deterioran la psiquis sino también gravemente el cuerpo.

Para concluir esta introducción al tema, cito al escritor Julio Cortazar cuando dice: “Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay decir desborda el alma”

## **LA ASIGNATURA PENDIENTE:**

“Las condiciones del trabajo medico actual”

Burnout en médicos de Servicios de Emergencias

Resumen:

Los objetivos del trabajo fueron profundizar el conocimiento del impacto en la salud de los profesionales médicos de Emergencias en condiciones y zonas desfavorables. La investigación fue exploratoria y descriptiva, mediante una entrevista semiestructurada, utilizando la Escala de calidad de vida de Heinrichs, el M.B.I y la M.A.D.R.S, sobre 35 médicos de un total de 133 que se desempeñan en áreas de emergencia.

Hallamos un llamativo aumento en el cansancio emocional, despersonalización y alteraciones depresivas que aumentaron las patologías psicosomáticas como las cardiovasculares, gastrointestinales y déficit inmunitarios.

Llegamos a la conclusión que la actividad prolongada en áreas de emergencia donde no se cumplen las condiciones de trabajo adecuado agravado por el deterioro social producirá enfermedades psico - físicas irreversibles.

Esta patología debería incluirse como una enfermedad profesional.

Más allá de esto la prevención es el arma fundamental para evitar lesiones permanentes que disminuyan la capacidad del trabajador sanitario.

Introducción

Desde hace varios años la literatura médica se vio invadida por una serie de comunicaciones que tratan sobre el deterioro de la salud de los profesionales que laboran en áreas asistenciales.

La importancia que representa el trabajar en un lugar que reúna las condiciones necesarias e indispensables de higiene y seguridad para evitar alteraciones tanto físicas como psíquicas también está demostrado desde hace mucho tiempo atrás como se observa en la literatura nacional y extranjera.

Algunas de estas condiciones son:

- la carga horaria (horarios considerados insalubres por la OIT , son vistos como “normales” en nuestra práctica habitual).
- la falta de gratificación económica, (una guardia promedio se paga a razón de 24 pesos la hora, 4 euros, prácticamente lo mismo que percibe el llamado personal doméstico por hora de trabajo, con alguna diferencia en la responsabilidad de la tarea!!!).

- la falta de reconocimiento.
- la hiper-exigencia institucional (si citan pacientes con intervalos incompatibles con la buena práctica profesional).
- la desprotección jurídica frente a la injuria judicial.

Sin mencionar a los que asistimos a pacientes crónicos o graves permanentemente, o en situación de vulnerabilidad social, con la descarga que hace la sociedad en nuestras espaldas de lo que considera marginal.

Los trabajadores de la salud aprendemos una serie de mecanismos para lidiar con el sufrimiento humano sin sucumbir a la angustia. Son estos mismos mecanismos los que nos ayudan a ayudar a nuestros semejantes, manteniendo la distancia que nos permite pensar y actuar profesionalmente. Son los que por otra parte contribuyen a desconectarnos de nuestro propio sufrimiento.

Uno de ellos es la disociación, siendo uno de los mecanismos responsables de lo que muchos especialistas han descrito como el triple signo: de ignorancia, indiferencia y falta de cuidado de los médicos hacia su propia salud.

Por supuesto que el sistema de salud donde se encuentra inserto este profesional, abusando de esa característica, promueve las condiciones de vulnerabilidad a sabiendas que la tendencia de aquel será la sobreadaptación, no siendo otra cosa que un proceso de adaptación patológica, sabiendo que no sólo no se modificaron las condiciones de trabajo sino que empeoraron. Esto se vio reflejado en un aumento de las consultas debido a la falla de la contención de la atención primaria.

Este aumento de consultas no sólo no generó como respuesta a esa demanda un plantel mayor de profesionales sino que se encontró con el mismo disminuido, dado que por alteraciones en la salud de sus integrantes, varios fueron apartados del área de guardia hacia el sector de consultorios externos, sobrecargando el trabajo en los que permanecieron en el servicio de emergencia (Cuadro 1 )

Y este llamado imperativo se debe a que el deterioro progresivo que observamos fue comunicado en varias oportunidades, cuando comenzamos a observar un aumento de los accidentes en el trabajo 1984/86 43 2000/03 160 y de las patologías presentadas en los profesionales, 45% Trastornos Psiquiátricos, 43% Alteraciones gastrointestinales, 18% Enfermedades cardiovasculares.

Este seguimiento longitudinal en una población que prácticamente no se modificó en todos estos años como tampoco ocurrió con las condiciones y medio ambiente laborales, agravadas por el deterioro socioeconómico que atravesó y atraviesa nuestro país, Tasa de desocupación Mayo 2002 22%, Incidencia de la Pobreza en Hogares 58,6% y en personas 68,4% (Fuente I.N.D.E.C) ha hecho que los resultados obtenidos en nuestra investigación resultaran críticos.

## ESTADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA

Julio César Neffa describe lo difícil que resulta recortar un marco de referencia teórica para el tema que nos ocupa: -“.... La condiciones y medio ambiente de trabajo constituyen entonces un fenómeno complejo que para ser analizado exige la articulación de varias disciplinas científicas convergentes sobre un mismo objeto el hombre en situación de trabajo. Esta multidisciplinaridad no deja de lado los conocimientos ingenieriles o sanitarios, sino que los incluye y los integra en un conjunto al lado de la economía, la sociología, la psicología, la ergonometría, el derecho, la antropología, etc”...

Si bien es obvio, no es excesivo señalar que, el tema específico, “el padecimiento desencadenado en los médicos pediatras, clínicos y generalistas de los Servicios de Emergencia de Salud Pública de dependencia Municipal de un partido perteneciente al conurbano Bonaerense”, no ha sido hasta la actualidad lo suficientemente estudiado, sino todo lo contrario.

Como los Objetivos Específicos del estudio actual nos remiten al área de la salud mental, vemos necesario hacer algunas consideraciones teóricas, que si bien no agotan el Marco de Referencia, que de hecho no se encuentra hasta el momento ,científicamente delimitado, como bien lo define Julio Neffa , nos ayudará a ubicarnos en la problemática que nos ocupa.

Es posible, desde lo específicamente traumático dar cuenta del cuadro observado en nuestros compañeros de trabajo?

Es a partir del DSM-III (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la American Pstchiatric Association, ed. Masson S.A.) que el Trastorno por Estrés Postraumático, cobra una dimensión diagnóstica de importancia, haciendo hincapié en la presencia de un episodio traumático caracterizado por la guerra o catástrofes naturales. Con la aparición del DSM-IV se produce un cambio de paradigma, poniéndose el acento, no ya en calidad del hecho traumático, sino que ahora lo determinante radica en la reacción de la persona expuesta al hecho traumático. Es decir que si el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de “acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad o la de los demás, (...) y ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.” (DSM-IV, 1994) y que como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas:

1. De reexperimentación del hecho traumático
  2. De evitación y de embotamiento psíquico
  3. De hiperactivación (hiperarousal)
- se dice que sufre de un Trastorno por Estrés Postraumático.

Por otra parte, Figley, en su artículo de Desgaste por Empatía, resalta que la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra

capacidad para realizar el trabajo con nuestros pacientes, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo.

Qué es la Compassion Fatigue o Desgaste por Empatía?

Son las emociones y conductas naturales resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por un otro significativo (Figley)

Se caracteriza por tres grupos de síntomas (como en TEPT)

1. reexperimentación
2. evitación y embotamiento psíquico
3. hiperarousal o hiperactivación

Se diferencia con el TEPT , porque aquí el hecho traumático lo ha experimentado otra persona, sería el equivalente al concepto de Trauma Vicario

Diferencias con el Burn-out

El Burn-out es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Pines and Aronson, 1989)

Para nosotros en la Argentina, el Burn-Out caracterizado por la presencia de enfermedades psicosomáticas en trabajadores del área de servicios está generado por las malas condiciones ambientales en su lugar de trabajo, falta de estímulos personales, económicos y de reconocimiento en sus tareas, escasez de tiempo libre y horarios inadecuados, siendo además factores estresantes crónicos que llevan al individuo hacia un desgaste en el trabajo, su vida y en la relación con las personas que lo rodean.

El Burn-out es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes).

El proceso incluye:

1. exposición gradual al desgaste laboral
2. desgaste del idealismo
3. falta de logros

Los síntomas del Burn-out son:

1. físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, gastrointestinales.
2. emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
3. conductuales: agresión, defensividad, cinismo, abuso de sustancias, etc.
4. relacionados con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
5. interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento.

Cristina Maslach y Susan Jackson (1982) diferencian tres fases en el proceso de construcción del Burnout :

1. Cansancio emocional : es la consecuencia del fracaso frente al intento de

modificar las situaciones estresantes.

2. Despersonalización es el núcleo del Burnout. Este concepto se refiere al vínculo profesional deshumanizado. La despersonalización es la consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal.

3. Abandono de la realización personal aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Los efectos del Burnout son:

a. Afecta negativamente la resiliencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al Desgaste por Empatía (Compassion Fatigue)

b. Favorece la Silencing Response o Respuesta Silenciadora (Baranowsky 1997; Danieli, 1984) que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras, redireccionando al cliente a material menos estresante para el profesional.

Predisposición al Desgaste por Empatía:

Quienes trabajan en el área del trauma, o en general con el sufrimiento humano (tales como psicoterapeutas, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc.) son más vulnerables al Desgaste por Empatía dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes. También, el hecho de que muchos trabajadores del campo del trauma hayan experimentado algún tipo de evento traumatizante en sus vidas los predispone más a sufrir de Desgaste por Empatía. Por último, quienes trabajan con niños están más expuestos, dado que el trauma y el sufrimiento infantil afecta más intensamente a los trabajadores. La propia historia de traumas del profesional, tanto como el contexto organizacional en el que trabaja, condicionan fuertemente la resiliencia del mismo.

Como en entrevistas piloto detectamos síntomas fácilmente asimilables a los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo es que seleccionamos una escala que evaluara presencia y gravedad del mismo.

Transcribimos que dice la CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades):

### F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

a) la disminución de la atención y concentración

b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad

c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves)

- d) una perspectiva sombría del futuro
- e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) los trastornos del sueño y
- g) la pérdida del apetito.

El DSM IV dice

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor

A (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).E.

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Acordamos con Pardo Téllez y Galán Morera cuando afirman "...La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los sistemas de seguridad social en salud..." por tanto, si bien no resulta fácil determinar la relación causal entre la condición de "profesional quemado" y la calidad de la atención, podemos explorar a través de indicadores , su impacto indirecto.

De hecho lo que Donabedian define como “Los Procesos” y por ende “Los Resultados”, se verán afectados por las prácticas defensivas, que adoptará no sólo el inculcado sino también el resto del equipo de trabajo. En el Marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad, la Resolución Ministerial 540/97 expresa claramente la necesidad de normatizar, en un intento no sólo de regular y controlar la práctica clínica sino también como una forma de resguardo profesional...”impulsar el proceso de normatización, ya que la existencia de documentos escritos “normas” incrementa la precisión y objetividad de las decisiones clínicas, dando mayor respaldo y menor responsabilidad individual en los diagnósticos, en la selección de los tratamientos y en el manejo global de la situación...”

Como se desprende de lo dicho en este punto serán varias las disciplinas que aportarán al Marco teórico de referencia del Proyecto.

## Objetivos

### General

Profundizar nuestro conocimiento sobre el impacto en la salud de los profesionales médicos de las malas condiciones y medio ambiente de trabajo.

### Específicos

- A) Evaluar comparativamente los resultados en el M.B.I administrado en la investigación realizada en el año 2001 con los obtenidos en el año 2004, (Gráfico 1)
- B) Identificar los síntomas y signos asociados al trastorno depresivo presente en médicos de guardia, dado que se observó en el estudio realizado en el año 2001 un aumento significativo en las patologías psicósomáticas y otras que revelaron una alteración del sistema inmunitario.
- C) Explorar la incidencia del impacto en la calidad de vida de estos profesionales médicos.

### Material y método

El diseño del estudio fue la investigación de campo exploratoria y descriptiva realizando una entrevista semiestructurada, utilizando escala de calidad de vida de Heinrichs; escala de depresión de Montgomery Y Asberg (MADRS), y escala M.B.I de Maslach C y Jackson S.E para evaluar presencia y grado de Burnout.

La población evaluada fue de treinta y cinco médicos sobre un total de ciento treinta y tres seleccionados al azar, con especialidades en pediatría, clínica médica y generalistas que laboran en servicios de guardia en hospitales municipales del partido de la Matanza (Bs. As R. Argentina) ; con un promedio de cuarenta y seis años de edad, dieciocho años de recibido y quince de actividad laboral en áreas de emergencia.

## Desarrollo

Al evaluar los resultados del M.B.I comparándolos con los arrojados en el trabajo del año 2001 observamos en la subescala de despersonalización, falta de realización personal y cansancio emocional, una significativa disminución en los porcentajes bajo y medio, con un llamativo aumento en los casos altos (Gráfico 1).

Esto nos demuestra un mayor grado de Burnout en los profesionales entrevistados.

Al evaluar la presencia de depresión a través de la escala de Montgomery y Asberg (MADRS) observamos que sólo un 11% no presentaba síntomas clínicamente observables de trastorno depresivo, aunque requieren de un seguimiento clínico. El 89% de la muestra cumple con criterios diagnósticos de depresión, y como vemos en el Cuadro 2 y Gráfico 2 resulta alarmante que el 20% y 23% de estos presenten signos de depresión moderada y severa respectivamente.

Cuando exploramos el funcionamiento actual de los profesionales entrevistados a través de la escala sobre calidad de vida de Heinrichs, encontramos resultados críticos. Solamente un 34% de los evaluados se encuentra en scores considerados "normales". El resto obtuvo resultados equiparables a personas con deterioro por trastornos mentales muy severos en un 10%, con trastornos mentales severos en un 37% y con trastornos moderados en un 20% (Cuadros 3. Gráfico 3)

## Conclusiones

Lamentablemente las conclusiones a las que hemos llegado son abrumadoras.

Los resultados son la muestra del profundo deterioro del estado de salud de los profesionales médicos que se desempeñan en los servicios de emergencia en hospitales municipales. Resulta alarmante que no sólo en el M.B.I sino en escalas internacionalmente validadas para evaluar personas con padecimientos psíquicos, los resultados obtenidos correspondan con cuadros de severa afectación de la salud. Si bien las escalas utilizadas remiten al área de la salud mental, ésta es inseparable de la salud como un todo.

## Recomendaciones

Dado que los resultados observados revelan una alteración importante en la salud de la población evaluada, es imperiosa la reubicación de los mismos en

otras áreas de trabajo fuera del sector de guardia, como así también la instalación del tratamiento médico y psicológico correspondiente.

Es necesario evaluar a todo el personal que labora en el sector de guardia y otras áreas críticas de los hospitales de nuestro partido para tener un diagnóstico de situación y poder actuar en forma urgente y acorde a los resultados obtenidos.

Proponer a través de los organismos representantes de los profesionales el realizar una evaluación similar en otros distritos para poder determinar si lo comprobado por nosotros se cumple en otros centros asistenciales, y que de resultar positivo llevar a las autoridades del Ministerio de Trabajo la necesidad de incluir a esta patología dentro de las consideradas como enfermedades profesionales.

Por último y a modo de prevención, adecuar el ambiente laboral acorde a las necesidades asistenciales con una mayor cantidad de profesionales o una redistribución de funciones y horarios; fomentar el trabajo interdisciplinario; dar participación en las decisiones importantes sobre la organización del trabajo; reestructurar el horario de guardia y mejoramiento de la remuneración para que el profesional pueda aprovechar su tiempo libre y desarrollo personal son algunas de las propuestas que se deberían tener en cuenta al desarrollar un programa de salud.

“Debemos cuidar a quienes nos cuidan”

### CUADRO N° 1

Evolución de las consultas realizadas en el áreas de guardia de los hospitales municipales de un Partido del Conurbano Bonaerense.

Año	Htal. A	Htal. B	Htal. C	Htal. D
	Pediatría	Clinica	Pediatría	Clínica
1996	57763	34830	48720	24186
2000	84543	53871	66697	38879
2003	116442	85101	88705	51215

### CUADRO N° 2

Respuesta a la escala de evaluación de la depresión de Montgomery y Asberg (MBRS) del personal que desarrolla tareas de guardia en el ámbito hospitalario. Hospitales del Conurbano Bonaerense.

Año 2004.

Puntuación	Entrevistas	Observaciones
0 a 7	0	
7 a 15	4	Depresión leve
16 a 24	16	Depresión dinamicamente observable
25 a 30	7	Depresión moderada
31 a 43	8	Depresión Severa

### CUADRO N° 3

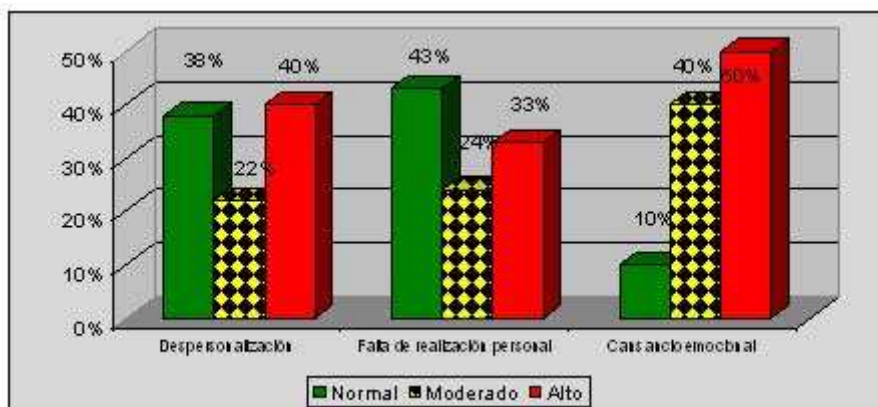
Respuestas a la escala sobre calidad de vida (Heinrich) del personal entrevistado que labora en áreas de guardia en el ámbito hospitalario. Hospitales pertenecientes de un municipio del Conurbano Bonaerense. Año 2004.

Entrevista	Puntuación total 1/21	Observaciones
3	39 a 58	Deterioro mental muy severo
13	59 a 78	Deterioro mental severo
7	79 a 98	Deterioro mental moderado
12	99 a 118	Deterioro mental normal

### GRAFICO N° 1

Respuestas al cuestionario M.B.I. realizadas en el personal que desarrolla tareas de guardia en el ámbito hospitalario. Comparación Año 2001-2004. Hospitales pertenecientes a un municipio del Conurbano Bonaerense. Año 2004.

2001



2004

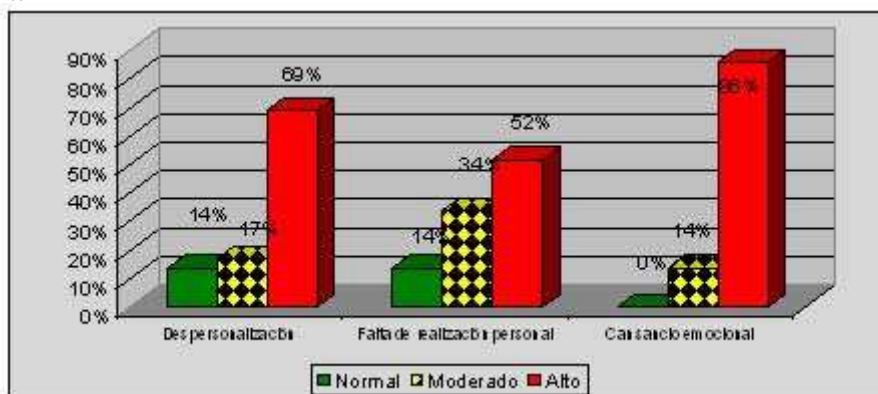


GRAFICO Nº 2

Porcentaje de respuestas a la escala de evaluación de Montgomery y Asberg (MADRS) realizadas en el personal que desarrolla tareas de guardia en el ámbito hospitalario.

Hospitales pertenecientes a un municipio del Conurbano Bonaerense.

Año 2004.

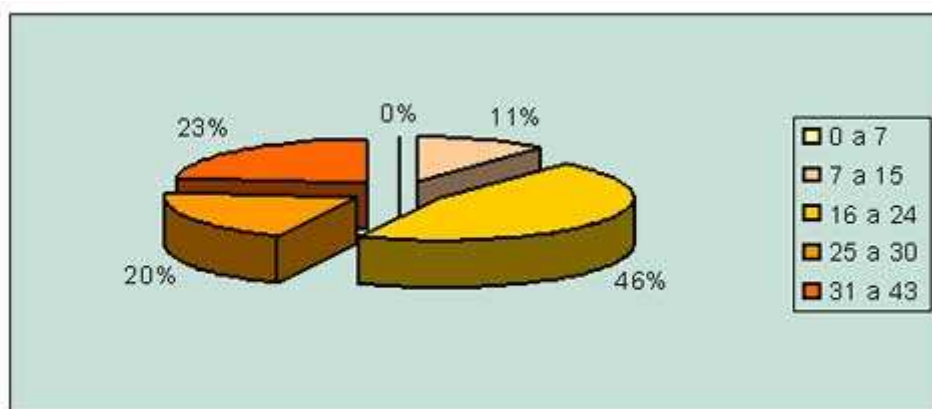
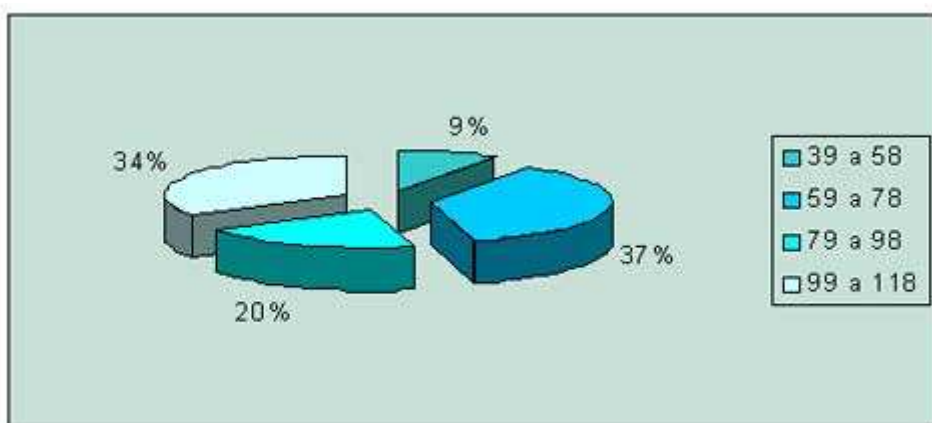


GRAFICO N° 3

Porcentaje de las respuestas a la escala sobre calidad de vida (Heinrich) del personal entrevistado que labora en áreas de guardia en el ámbito hospitalario.

Hospitales pertenecientes de un municipio del Conurbano Bonaerense.

Año 2004.



## Escala sobre calidad de vida

Este instrumento está diseñado para evaluar el funcionamiento actual de las personas con trastornos severos no hospitalizadas. Se evalúa la riqueza de su experiencia personal, la calidad de sus relaciones interpersonales y su productividad en el ámbito profesional.

Se ha diseñado para administrarse como una entrevista semiestructurada. Cada ítem consta de tres partes. Primero, se facilita una breve introducción para ayudar al entrevistador a comprender y centrarse en el parámetro que se vaya a evaluar. En segundo lugar, se sugieren una serie de preguntas que pueden servir de ayuda al entrevistador para comenzar la exploración del sujeto. Por último, se ofrece una escala de siete puntos para cada ítem, con una pequeña descripción de cuatro puntos, para ayudar al entrevistador a emitir su juicio y agregar puntos no recogidos en el estudio.

Las preguntas facilitadas son sólo sugerencias. Pueden ser modificadas o ampliadas, según se considere necesario. Deberá ahondarse en cada ítem tanto como sea necesario para permitir al evaluador formular un buen juicio clínico. El objetivo del documento es evaluar las limitaciones debidas a psicopatología o déficits en la personalidad. El evaluador deberá realizar ajustes cuando existan factores externos claros e inequívocos (p.ej.: contacto social reducido debido a una enfermedad física grave).

Deberán evaluarse todos los ítems. Rodee con un círculo el número apropiado en cada clasificación de ítems.

---

---

**PUNTUACIÓN:** Puntuación media de las escalas siguientes y a los totales (ítems prorrateados 1 y 12 para los datos que faltan, tal como se indica en el manual).

Puntuación de las subescalas:

I. Relaciones interpersonales (1-8): \_\_\_\_\_ II. Función instrumental (9-12): \_\_\_\_\_

III. Fundamentos intrapsíquicos (13-17, 20, 21): \_\_\_\_\_ IV. Objetos y actividades comunes (18, 19): \_\_\_\_\_

III más IV (del 13 al 21): \_\_\_\_\_ Puntuación total (ítems del 1 al 21) \_\_\_\_\_

ESCALA SOBRE CALIDAD DE VIDA

Nº de ID del sujeto: \_\_\_\_\_ Iniciales del sujeto: \_\_\_\_\_

Origen del paciente: \_\_\_\_\_

Nº de ID del evaluador: \_\_\_\_\_ Iniciales del evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de entrada (gestión de datos). \_\_\_\_\_

Protocolo (Opcional, 8): \_\_\_\_\_

Notas (Opcional, 20): \_\_\_\_\_

### RELACIONES INTERPERSONALES Y AMBIENTE SOCIAL

1. Miembros de la casa \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 9
2. Amigos \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
3. Conocidos \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
4. Actividad social \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
5. Ambiente social \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
6. Iniciativas sociales \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
7. Aislamiento social \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
8. Relaciones sociosexuales \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6

### FUNCIÓN INSTRUMENTAL

9. Alcance \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
10. Suficiencia \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
11. Empleo por debajo de las cualidades \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
12. Satisfacción \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 9

### FUNDAMENTOS INTRAPSÍQUICOS Y OBJETOS Y ACTIVIDADES COMUNES

13. Sentido de propósito \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
14. Motivación \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
15. Curiosidad \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
16. Anhedonia \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
17. Empleo del tiempo \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
18. Objetos \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
19. Actividades \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
20. Empatía \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
21. Interacción \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6

### 1.EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES ÍNTIMAS CON LOS MIEMBROS DE SU CASA

En este ítem se evalúan las relaciones estrechas con familiares cercanos o miembros de la casa del sujeto, en cuanto a afecto mutuo y relación recíproca.

Preguntas sugeridas:

¿Se siente especialmente unido a alguna de las personas con las que vive actualmente o a su familia inmediata?

¿Puede conversar con ellos acerca de asuntos personales?

¿Cuánto tiempo dedica a platicar con ellos?

¿Cómo son estas relaciones?

¿Pueden conversar ellos con usted acerca de asuntos en extensión o intensidad, o intimidad presente personales?

¿Qué tipo de cosas han hecho juntos?

Cuando está en casa, ¿pasa mucho tiempo con la familia o acostumbra a estar solo?

0 - Prácticamente sin intimidad.

1 -

2 - Sólo interacciones íntimas escasas o intermitentes

3 -

4 - Algunas interacciones íntimas, pero reducidas sólo de manera irregular

5 -

6 - Relaciones íntimas adecuadas con los miembros de la casa o con los familiares cercano.

9 - Marque aquí si el sujeto vive solo y sin familiares cercanos.

Nota: (para determinar valores factoriales o totales, proratee ítem en función de los ítems 2 a 8)

## 1. EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES ÍNTIMAS

En este ítem se evalúan las relaciones íntimas con otras personas ajenas a la familia cercana o a los miembros de la casa, en cuanto a afecto mutuo y predisposición para compartir.

Exclúyanse las relaciones con el personal sanitario.

Preguntas sugeridas:

¿Tiene amigos con los que se sienta especialmente cercano, aparte de su familia inmediata o de las personas con las que vive?

¿Puede conversar con ellos acerca de asuntos personales?

¿Cuántos amigos tiene?

¿Con qué frecuencia ha conversado con ellos recientemente en persona o por teléfono?

¿Cómo han sido estas relaciones?

¿Pueden conversar ellos con usted acerca de sus asuntos personales?

- 0 - Prácticamente inexistente
- 1 -
- 2 - Sólo escasas relaciones intermitentes
- 3 -
- 4 - Algunas relaciones íntimas, pero reducidas en número o intensidad o relaciones íntimas sólo de manera irregular.
- 5 -
- 6 - Relaciones íntimas adecuadas con más de una persona.

## 2. EVALUACIÓN DE LAS AMISTADES ACTIVAS

En este ítem se evalúan las relaciones con las personas, en función de la vinculación entre ellas y la actitud de compartir actividades o intereses comunes, pero sin la carga emocional íntima de los ítems anteriores. Exclúyanse las relaciones con el personal sanitario y los miembros de la casa.

Preguntas sugeridas:

Aparte de los amigos íntimos, ¿hay algún conocido con quien se haya disfrutado haciendo cosas?

¿Cuántos?

¿Con cuánta frecuencia se ha reunido con ellos?

¿Qué cosas han hecho juntos?

¿Ha mantenido relación con otras personas en clubes o actividades organizadas?

¿Ha mantenido otros contactos sociales con compañeros de trabajo, como ir a almorzar juntos o salir después del trabajo?

- 0 - Prácticamente inexistentes
- 1 -
- 2 - Pocas amistades activas y sólo contactos poco frecuentes
- 3 -
- 4 - Algunas amistades activas continuadas, pero contacto y actividades compartidas reducidas.
- 5 -
- 6 - Relación adecuada con amistades activas

## 3. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ACTIVIDAD SOCIAL

En este ítem se intenta evaluar la participación del sujeto en actividades con otras personas en busca de diversión. Exclúyanse la actividad social dependiente de otros objetivos como, por ejemplo, el trabajo y el colegio. Exclúyanse también la psicoterapia.

Preguntas sugeridas:

¿Con qué frecuencia ha participado en actividades de tiempo libre el que hayan participado otras personas?

¿En qué tipo de actividades?

¿Ha participado en clubes u otros grupos sociales organizados?

0 – Prácticamente inexistente

1 -

2 - Actividad social ocasional, sin un patrón regular de dicha actividad o limitado sólo a una actividad.

con familiares inmediatos o miembros de la casa.

3 -

4 - Cierta actividad social regular, pero reducida en frecuencia o diversidad.

5 -

6 - Nivel adecuado de actividad social regular.

## 5. EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL AMBIENTE SOCIAL

En este ítem se evalúa hasta qué punto otras personas se interesan por el sujeto, se preocupan por él o conocen sus actividades. Exclúyase al personal sanitario.

Preguntas sugeridas:

¿Se ha preocupado alguna persona por su felicidad y bienestar?

¿Cuántas personas?

¿Cómo se lo demostraron?

Si le sucediera algo importante o emocionante, ¿a quién recurriría o se lo contaría?

¿Hay alguna persona que le haya proporcionado apoyo emocional o ayuda en los asuntos diarios como la alimentación, el transporte, etc. y que le haya dado consejos prácticos?

¿Hay personas a las que podría pedir ayuda o con las que podría contar en caso de que le ocurriera algo y necesitara ayuda?

0 – Prácticamente inexistente

1 -

2 - Escaso interés o limitado a la familia cercana.

3 -

4 - Cierta participación en el ambiente social, pero limitada en número o grado de participación.

5 -

6 - Participación adecuada en el ambiente social, tanto en cuanto a alcance como al grado de participación

## 6. EVALUACIÓN DE LAS INICIATIVAS SOCIALES

En este ítem se evalúa hasta qué punto la persona se muestra activa en cuanto

a su forma de dirigir las interacciones sociales: de qué forma, en qué grado y con quién.

Preguntas sugeridas:

- ¿Ha pedido a menudo a otras personas que hagan algo por usted o ha esperado a que sean otros quienes tomen la iniciativa?
- Cuando se le ha ocurrido una buena idea para pasarlo bien, ¿ha tenido que descartarla en ocasiones porque le resultaba difícil pedirles a otros que participaran?
- ¿Tiene contacto telefónico con otras personas?
- ¿Ha intentado buscar a gente con la que salir?
- ¿Acostumbra a hacer cosas solo o con otras personas?

- 0 - Actividad social casi totalmente dependiente de las iniciativas de los demás.
- 1 -
- 2 - Iniciativa social ocasional, pero vida social pobre debido a su patrón de pasividad social, o iniciativa limitada a la familia inmediata.
- 3 -
- 4 - Pruebas claras de cierta reducción de la iniciativa social, pero sólo con mínimas consecuencias adversas para su actividad social.
- 5 -
- 6 - Iniciativa social adecuada

## 7. EVALUACIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL

En este ítem se evalúa hasta qué punto la persona evita activamente las relaciones sociales por sentirse incómoda o por desinterés.

Preguntas sugeridas:

- ¿Se ha sentido incómodo con otras personas?
- ¿Rechaza ofertas para hacer cosas con otras personas?
- ¿Lo haría si se lo pidieran?
- ¿Ha adoptado esta actitud incluso cuando no tenía otra cosa que hacer?
- ¿Evita responder al teléfono?
- ¿Cómo afecta esto a su vida?
- ¿Se ha relacionado con otras personas sólo cuando ha sido necesario para conseguir algo que deseaba?
- ¿Se ha quedado solo en casa?
- ¿Ha preferido estar solo?

- 0 - Actitud activa para evitar prácticamente todo tipo de contacto social.
- 1 -
- 2 - Tolera el tipo de contacto social necesario para satisfacer otras necesidades, pero mantiene muy poco contacto social por propia iniciativa, o sólo mantiene relación social con la familia cercana?
- 3 -

4 - Cierta relación social satisfactoria y agradable, pero limitada por decisión propia.

5 -

6 - No existen pruebas de aislamiento social significativo.

## 8. EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES SOCIOSEXUALES

En este ítem se evalúa la capacidad para mantener relaciones íntimas maduras con personas del sexo opuesto y actividad sexual satisfactoria. En la redacción se asume una preferencia heterosexual. En casos claros y consistentes de preferencia homosexual, cambie las preguntas consiguientemente y evalúe estas mismas capacidades.

Preguntas sugeridas si la persona es soltera:

En sus relaciones sociales, ¿ha mantenido relaciones con mujeres (hombres)?  
¿Ha evitado este tipo de relaciones o se ha sentido muy incómodo al tratar con estas personas?

¿Ha tenido alguna cita?

¿Ha tenido un(a) novio(a) o más?

¿Han sido satisfactorias las relaciones?

¿Hasta qué punto mostró sus emociones?

¿Estaba enamorado?

¿Mantuvo relaciones sexuales?

¿Fueron satisfactorias?

¿Mostró signos físicos de afecto, como abrazos y besos?

0 - Desinterés por el sexo opuesto o lo evita de forma activa.

1 -

2 - Cierta contacto limitado con el sexo opuesto, pero de manera superficial al evitar la intimidad o la actividad sexual como simple liberación física sin participación emocional; o relaciones marcadas por trastornos severos o crónicos, insatisfacción o caos afectivo.

3 -

4 - Relación con cierta participación íntima y emotiva, predominantemente satisfactoria, y quizás alguna expresión sexual de signos físicos de afecto.

5 -

6 - Normalmente tiene relaciones satisfactorias, ricas emocionalmente, y expresión sexual íntima y apropiada.

Preguntas sugeridas si el sujeto está casado o vive en pareja:

¿Se siente feliz en la relación con su pareja?

¿Han compartido muchas cosas juntos?

¿Conversan con mucha frecuencia?

¿Comparten opiniones sobre pensamientos y sentimientos personales?

¿Se pelean mucho?

¿Ha sido satisfactoria su vida sexual?

- ¿Muestra signos físicos de afecto como abrazos y besos?
- ¿Se siente cercano a ella (o a él)?

## 9. CLASIFICACIÓN DEL ALCANCE DE LA FUNCIÓN DEL PAPEL PROFESIONAL

En este ítem se evalúa la capacidad de la función profesional de la persona, independientemente del éxito. En el caso de las amas de casa, considere si para una persona con un funcionamiento normal, las responsabilidades equivaldrían a un trabajo a jornada completa o a una parte de la jornada. Si la persona está desempleada, tenga en cuenta el tiempo que invierte en una actividad apropiada de búsqueda de empleo.

Preguntas sugeridas:

- ¿Ha estado trabajando?
- ¿Cuántas horas a la semana ha trabajado?
- ¿Tuvo que asistir al colegio además de al trabajo?
- ¿Se ha encargado también del cuidado de los niños o de la casa además del trabajo?

Preguntas sugeridas para estudiantes:

- ¿Qué tipo de programa educativo sigue?
- ¿Cuántas clases tiene?
- ¿Cuánto tiempo pasa en el colegio cada semana?
- ¿Trabaja, cuida a los niños o tiene que ocuparse de la casa?

Preguntas sugeridas para amas de casa:

- ¿Cuánto tiempo dedicó al cuidado de la casa y de la familia?
- ¿Está criando a algún niño?
- ¿Cuáles han sido sus responsabilidades en la casa?
- ¿Qué tipo de ayuda ha recibido de otras personas con estas responsabilidades?

0 – Prácticamente sin trabajo.

1 -

2 - Menos de la mitad del tiempo.

3 -

4 - La mitad del tiempo o más, pero menos de jornada completa.

5 -

6 – Jornada completa o más.

## 10. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE REALIZACIÓN

En este ítem se evalúan el nivel de éxito y logros a la hora de cumplir la función concreta que la persona ha decidido ejercer

Pregunte al sujeto acerca de su
---------------------------------

0 - No cumple ninguna función
-------------------------------

salario y aumentos de sueldo, los retos y responsabilidad de su trabajo, las alabanzas o reprimendas que recibe de sus jefes, características de su relación con los compañeros de trabajo, absentismo, ascensos o descensos de categoría.	laboral o la ejerce en un nivel tan pobre que hace peligrar de forma inminente la posibilidad de continuidad en dicha función.
	1 -
A los estudiantes, pregúnteles acerca de sus calificaciones, la dificultad de las clases, alabanzas o críticas de los profesores, la relación de interacción con otros compañeros de clase, la asistencia a las clases, la realización de las tareas asignadas y las actividades extracurriculares.	
	2 - Se desenvuelve lo suficientemente bien como para mantener
	3-
A las amas de casa, pregúnteles acerca de si realizan de forma adecuada las tareas requeridas, como preparar la comida, hacer las compras, lavar los platos, limpiar, quitar el polvo, lavar la ropa, la distribución del gasto de la casa, el cuidado físico de los niños y la satisfacción de las necesidades emocionales de los niños. Pregunte también si reciben críticas o muestras de apoyo por parte de los miembros de la familia acerca de sus tareas en la casa o del cuidado de los niños.	4- Por lo general, funcionamiento adecuado 5- 6- Muy buen funcionamiento con muestras claras de logros nuevos o progresivos y/o muy buen funcionamiento en algunas áreas.

## 11. EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEFICIENCIA DEL EMPLEO

En este ítem se evalúa el grado existente de cumplimiento de la función ocupacional, que refleja la utilización plena de la potencialidad y las oportunidades disponibles para la persona. Considere las habilidades innatas, los impedimentos físicos y los factores educativos, económicos y socioculturales. Evidentemente, no deberán considerarse las limitaciones que reflejen directamente cualquier tipo de desorden de la personalidad o de enfermedad mental, a la hora de evaluar el potencial de la persona.

Preguntas sugeridas:

En esta ítem se debe proporcionar un juicio complejo. Formule tantas preguntas como sea necesario para clarificar las aptitudes y oportunidades de esta persona.	0 - Incapacidad casi total para aprovechar su potencial.  1 -
	2 - Empleo por debajo de las aptitudes o sin empleo pero buscándolo activamente.
	3 -
	4 - En cierta medida, por debajo de la capacidad de la persona.
	5 -
	6 - Su función se corresponde con las aptitudes y oportunidades de la persona.

## 12. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA FUNCIÓN OCUPACIONAL

En este ítem se evalúa hasta qué punto la persona se siente cómoda con la elección de su función, el rendimiento en dicha función y la situación en la que la realiza. También se evalúa hasta qué punto esto le proporciona un sentido de satisfacción, placer y realización personal.

Preguntas sugeridas:

<p>¿Le gustan su trabajo o sus estudios?          ¿Preferiría dedicarse a otra cosa?          ¿Tiene intención de cambiar?          ¿Por qué?          ¿Le satisface realizar su trabajo en cuanto a placer, realización personal, etc.?          ¿Le hacen sentirse bien su trabajo o sus estudios?          ¿Se siente ilusionado con su trabajo? ¿Va ilusionado al trabajo?</p>	<p>0 - Infelicidad e insatisfacción dominantes con su función laboral.          1 -          2 - Pocas pruebas o ninguna prueba clara de infelicidad o insatisfacción, pero su ocupación no le proporciona ningún placer positivo o sentimiento de realización personal. Quizá, el aburrimiento resulte evidente.          3 -          4 - Se muestra poco o nada descontento y expresa un placer limitado en el trabajo.          5 -          6 - Un sentido bastante coherente de realización personal y satisfacción, quizá a pesar de algunas quejas limitadas.          9 - No procede, si el paciente no ocupa ninguna función laboral.</p>
--	---

	<p>Nota: deberá evaluarse este ítem con un 9, si el ítem número 9 se puntúa con menos de 3. Para los valores factoriales y totales, realice el prorrateo de este ítem en función de los ítems del 9 al 11.</p>
--	--

### 13. EVALUACIÓN DEL SENTIDO DE PROPÓSITO EN LA VIDA

En este ítem se evalúa hasta qué punto la persona se plantea metas realistas e integradas en su vida. Si la vida actual de la persona refleja dichas metas, no es necesario que se plantee un cambio para que se considere que cuenta con un buen sentido del propósito en la vida.

Preguntas sugeridas:

<p>¿Qué hace que la vida tenga sentido para usted?          ¿Piensa mucho en el futuro?          ¿Se ha marcado alguna meta?          ¿Cuál cree que será su situación personal y laboral dentro de unos meses?          ¿Qué planes tiene para su vida en el próximo año -personales y laborales-?</p>	<p>0 - Sin planes, o planes extravagantes, engañosos o de escasa repercusión en la vida de la persona          1 -          2 - Tiene planes, pero no están definidos, son pocorealistas, enlazados de forma poco clara o con escasas consecuencias en la vida de la persona.          3 -          4 Planes realistas y concisos para el próximo año o planes realistas pero con poca proyección a largo plazo.          5 -          6 - Planes realistas, concisos ycoherentes, tanto a corto como a largo plazo.</p>
---	--

### 14. EVALUACIÓN DEL GRADO DE MOTIVACIÓN

En este ítem se evalúa hasta qué punto la persona es incapaz de iniciar o mantener una actividad dirigida a conseguir ciertas metas, debido a un planteamiento inadecuado.

Preguntas sugeridas:

<p>¿En qué otras cosas se ha esforzado o qué logros ha conseguido recientemente?</p> <p>¿Ha habido algunas tareas que haya deseado realizar pero que no haya podido conseguir?</p> <p>¿Ha interferido esta experiencia de no haber podido conseguir sus metas en sus actividades diarias?</p> <p>¿Cómo ha estado de motivado?</p> <p>¿Ha tenido mucho entusiasmo, energía y determinación?</p> <p>¿Ha mostrado una tendencia a caer en la rutina?</p> <p>¿Ha sentido cierta disposición a dejar las cosas para otro día?</p>	<p>0 - La falta de motivación interfiere con la rutina básica.</p> <p>1 -</p> <p>2 - Capaz de cumplir las demandas básicas de la vida, pero la falta de motivación limita significativamente cualquier progreso o nuevo logro.</p> <p>3 -</p> <p>4 - Capaz de cumplir las demandas rutinarias de la vida y algunos nuevos retos, pero la falta de motivación da lugar a una carencia significativa por conseguir logros en algunas áreas.</p> <p>5 -</p> <p>6 - No existen pruebas de una falta significativa de la motivación.</p>
--	---

## 15. EVALUACIÓN DE LA CURIOSIDAD

En este ítem se evalúa el grado de interés de la persona por su entorno y se le plantean preguntas acerca de las cosas que no entiende. Excluya el interés en las alucinaciones o ideas delirantes u otras ideas de naturaleza psicótica. No obstante, la preocupación patológica de naturaleza psicótica u otros asuntos, pueden limitar la curiosidad o el interés en otras cosas.

Preguntas sugeridas:

- ¿Con qué frecuencia ha visto o escuchado algo sobre lo que deseaba conocer más o comprender mejor? asuntos
- ¿Qué tipo de cosas?
- ¿Ha hecho algo para aprender más acerca de ellas? Por favor, explíquelo.
- ¿Ha leído los periódicos o escuchado las noticias de TV o radio?
- ¿Se ha interesado por algún problema de actualidad o de deportes?
- ¿Qué grado de curiosidad ha mostrado por las cosas?

0 – Muy poca curiosidad o interés en temas o asuntos nuevos.

1 -

2 – Curiosidad esporádica, pero sin reflejo en pensamientos o acciones posteriores.

3 -

4 – Cierta curiosidad y tiempo dedicado a pensar en asuntos de interés y algún esfuerzo real para aprender más sobre ello

5 -

6 – Curiosidad por varios asuntos y cierto esfuerzo para aprender más acerca de ellos, como leer, hacer preguntas y observación planificada.

## 16. EVALUACIÓN DE LA ANEDONIA

En este ítem se evalúa la capacidad de la persona para experimentar placer y disfrutar del humor. No evalúe la anhedonia que se presente como resultado de un síndrome depresivo claro y observable (p.ej.: agitación, llanto, sentimientos marcados de maldad y desprecio, etc. No obstante, deberá evaluarse la anhedonia acompañada por apatía y aislamiento de la que pueda inferirse depresión. Formule las preguntas necesarias para determinar la presencia de depresión y su efecto en la capacidad hedónica. Se ha de distinguir de la capacidad de demostrar afecto, que no se evalúa aquí.

Preguntas sugeridas:

<p>¿Ha podido divertirse?          ¿Con qué frecuencia se ha divertido u obtenido satisfacción por algo que estaba haciendo?          ¿Con qué frecuencia decidió hacer algo que le resultó entretenido o que le hizo reír?          ¿Ha tenido problemas para obtener satisfacción con cosas que parecía que tenían que ser divertidas? ¿Cree que la gente parece disfrutar más de las cosas que Ud.?          ¿Acostumbra a pasar la mayor parte del día aburrido o desinteresado por las cosas?</p>	<p>0 - Incapacidad casi total de experimentar placer o experimentar humor.          1 -          2 - Algunas experiencias esporádicas y limitadas de placer o humor, pero falta predominante de estas capacidades.          3 -          4 - Algunas experiencias regulares de placer y humor, pero reducidas en amplitud e intensidad.          5 -          6 - No existen pruebas de anhedonia o pueden explicarse completamente por depresión o ansiedad simultáneas.</p>
--	---

## 17. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO

En este ítem se evalúa la cantidad de tiempo pasado en actividades sin un propósito productivo: dormir durante el día, tumbarse en la cama, estar sentado sin hacer nada o delante de la TV o el radio, sin ningún interés particular.

Preguntas sugeridas:

<p>¿Pasa mucho tiempo sin hacer nada, simplemente sentado o tumbado en la cama?          ¿Pasa mucho tiempo viendo la TV o escuchando música? Si es así, ¿le interesa realmente o lo hace simplemente porque no tiene nada mejor que hacer?          ¿Duerme durante el día?          ¿Cuántos días pasa de este modo?          ¿Cómo utiliza el tiempo?          ¿Acostumbra a perder el</p>	<p>0 - Pasa la gran mayoría del día en actividades improductivas.          1 -          2 - Pasa la mitad de los días en actividades improductivas.          3 -          4 - Cierta exceso de inactividad improductiva pero menos de la mitad del día.          5 -          6 - No se observa un exceso de inactividad improductiva más allá de los límites normales requeridos para</p>
---	--

tiempo?	la relajación.
---------	----------------

## 18. EVALUACIÓN DE LOS OBJETOS COMUNES

En este ítem se asume que por el mero hecho de vivir en esta cultura, una persona casi siempre tiene que poseer ciertos objetos.

Preguntas sugeridas:

En esta sección, pregunte por los 12 artículos enumerados a continuación.

¿Lleva alguno de los siguientes objetos?:

- (1) una billetera, un bolso o un monedero
- (2) llaves
- (3) una licencia para conducir o manejar
- (4) un reloj
- (5) una tarjeta de crédito
- (6) una tarjeta de la seguridad social o de asistencia médica

¿Tiene en su lugar de residencia los siguientes objetos?

- (1) un mapa de la ciudad o del área
- (2) reloj despertador propio
- (3) un peine o un cepillo de pelo
- (4) bolso de viaje
- (5) tarjeta de miembro de la biblioteca
- (6) estampillas o sellos

0 – Ausencia de casi todos los objetos comunes (0 artículos).

1 -

2 – Déficit importante de objetos comunes (3-4 artículos).

3 -

4 – Déficit moderado (7-8 artículos)

5 -

6 – Déficit escaso o nulo.

## 19. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNES

En este ítem se asume que por el mero hecho de vivir en esta cultura, se requiere, casi siempre, que una persona participe en ciertas actividades.

Preguntas sugeridas:

<p>En este ítem, pregunte acerca de los 8 actividades que se enumeran a continuación. ¿Cuáles de ellas ha hecho en las dos últimas semanas?</p> <p>(1) leer el periódico  (2) pagar una factura  (3) escribir una carta  (4) ir a ver una película o escuchar un recital  (5) manejar un carro o viajar en transporte público solo  (6) salir a comprar comida  (7) ir a comprar algo, aparte de la comida  (8) salir a comer a un restaurante  (9) sacar un libro o un disco de la biblioteca  (10) participar en una reunión pública  (11) asistir a un acto deportivo  (12) visitar un parque público u otro centro de recreo</p>	<p>0 - Ausencia casi total de cualquier actividad (0 actividades)  1 -  2 - Déficit importante (3-4 actividades)  3 -  4 - Déficit moderado (7-8 actividades)  5 -  6 - Déficit escaso o nulo.</p>
--	--

## 20. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD EMPÁTICA

En este ítem se evalúa la capacidad de la persona para considerar y apreciar la situación de otra persona como diferente a la suya: para apreciar las diferentes perspectivas, estados afectivos y puntos de vista. Se refleja en la descripción de la persona de las interacciones con otras personas y, en este momento, puede realizarse una evaluación de las situaciones relevantes si aún no se han conseguido datos suficientes hasta este punto de la entrevista.

Preguntas sugeridas:

<p>Piense en personas a las que se sienta cercano o con quienes pase bastante tiempo e intercambie opiniones. ¿Qué le irrita o molesta de dichas persona? ¿Qué les irrita o molesta a otras personas de usted? ¿Qué cosas le gustan? ¿Qué cosas de las que hace Ud. les gustan a ellos? Si se ofenden, ¿cómo acostumbran a reaccionar? Si mantiene una discusión por disparidad de criterios, ¿Cómo maneja la situación? ¿Acostumbra a mostrarse sensible ante los sentimientos de los</p>	<p>0 - No muestra ninguna capacidad para considerar las opiniones y sentimientos de los demás.  1 -  2 - Muestra escasa capacidad para considerar las opiniones y sentimientos de los demás.  3 - Puede considerar las opiniones y sentimientos de los demás, pero tiende a mantenerse encerrado en su propio mundo.  5 -  6 - Considera espontáneamente la situación de los demás en la mayoría de los casos, puede intuir</p>
--	---

demás? ¿Le afecta mucho la forma en que se sienten otras personas?	las respuestas afectivas de los demás y utiliza este conocimiento para ajustar sus propios respuestas.
---	--

## 21. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RELACIÓN E INTERACCIÓN EMOCIONAL CON EL ENTREVISTADOR

En este ítem se evalúa la capacidad de la persona para relacionarse con el entrevistador, para hacerle sentir una relación cercana y reconocerle como participante individual del encuentro y para reaccionar ante un intercambio de opiniones.

Se trata de un juicio global basado en toda la entrevista.

0 - El entrevistador se siente prácticamente ignorado, sin apreciar ninguna relación por parte del sujeto y poca capacidad de reacción.

1 -

2 - Relación muy limitada.

3 -

4 - Relación limitada o presente de manera irregular.

5 -

6 – Buena relación y capacidad de reacción constante

## Anexo 2

### ESCALA DE EVALUACION DE MONTGOMERY Y ASBERG (MADRS)

#### DEPRESION

##### 1. Tristeza aparente

Representa afecto triste, pesimismo y desmoralización (más que una tristeza transitoria) está reflejado en el discurso, la expresión facial y la postura. Evaluar la profundidad y posibilidad de animarse.

0 No tristeza.

1

2 Se ve decaído pero se anima sin dificultad.

3

4 Aparece triste e infeliz la mayoría del tiempo.

5

6 Luce miserable todo el tiempo. Extremadamente deprimido.

## 2. Tristeza explicitada

Representa la explicitación de un ánimo deprimido, independiente de estar reflejado o no en la apariencia. Incluye bajos espíritus, desmoralización o la creencia de estar más allá de la ayuda y sin ninguna esperanza. Se evalúa de acuerdo a la intensidad, duración y la cantidad en que este ánimo se reporta influenciado por diferentes eventos.

0 Tristeza ocasional en relación con las circunstancias.

1

2 Tristeza que usualmente mejora sin dificultad.

3

4 Sentimientos continuos de tristeza o decaimiento.

5

6 Tristeza continua con sentimientos de miseria o desmoralización.

## 3. Tensión interna

Representa sentimientos poco definidos de intranquilidad, tensión, inquietud interna, tensión mental que puede llegar a ser pánico, miedo o angustia. Evalúe de acuerdo a la intensidad, frecuencia, duración y la cantidad de apoyo que necesite.

0 Plácido. Ligeros sentimientos de tensión interna.

1

2 Sentimientos ocasionales de irritabilidad o falta de confort poco definidos.

3

4 Sentimientos continuos de tensión interna o pánico intermitente que el paciente solamente puede manejar con alguna dificultad.

5

6 Miedo continuo y angustia continua. Pánico sobrecogedor.

## 4. Sueño reducido

Representa la experiencia de una reducción en la duración o profundidad del sueño comparado con los patrones normales del sujeto cuando está bien.

0 Duerme lo mismo que lo usual.

1

2 Dificultades ligeras para empezar a dormir o un sueño ligeramente reducido, ligero o no recuperador.

3

4 Cantidad de sueño reducida o interrumpida por al menos 2 horas.

5

6 Menos de 2 ó 3 horas de sueño.

## 5. Apetito reducido

Representa el sentimiento de una pérdida de apetito comparada a la situación cuando se está bien. Evalúe la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de esforzarse a comer.

0 Normal aumento del apetito.

1

2 Apetito ligeramente reducido.

3

4 No apetito. La comida no sabe a nada.

5

6 Necesita ser persuadido para comer.

## 6. Dificultades en la concentración

Representa dificultades en la colección de los pensamientos de uno mismo llegando a una falta de concentración incapacitatoria. Evalúe de acuerdo a la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0 No hay dificultad de concentración.

1

2 Dificultades ocasionales en coleccionar sus propios pensamientos.

3

4 Dificultades en concentrarse y mantener el pensamiento con una habilidad reducida para leer o mantener una conversación.

5

6 Incapaz de leer o conversar sin gran dificultad.

## 7. Lasitud

Representa una dificultad de empezar algo o iniciar algo lentamente al realizar las actividades diarias.

0 Prácticamente ninguna dificultad en empezar.

1

2 Dificultad en empezar actividades.

3

4 Dificultades en empezar actividades simples, rutinarias que son llevadas a cabo sin ningún esfuerzo.

5

6 Lasitud completa. Incapaz de hacer algo sin ayuda.

## 8. Incapacidad de sentir

Representa la experiencia subjetiva de un interés reducido en los alrededores o en las actividades que normalmente dan placer. La habilidad de reaccionar con emociones adecuadas a las circunstancias o personas está reducida.

0 Interés normal en los alrededores y en otras personas.

1

2 Habilidad reducida para gozar intereses usuales.

3

4 Pérdida de interés en los alrededores. Pérdida de los sentimientos por los amigos y conocidos.

5

6 La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapaz de sentir rabia, tristeza o placer y aún una completa y a veces dolorosa falta de sentimientos por familiares y amigos cercanos.

## 9. Pensamientos pesimistas

Representa pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autocrítica, pecado, remordimiento y ruina.

0 No pensamientos pesimistas.

1

2 Ideas fluctuantes de falla, autoacusaciones o autodepreciaciones.

3

4 Autoacusaciones persistentes o definitivas pero con ideas racionales de culpa o pecado. Pesimismo creciente a cerca del futuro.

5

6 Delirios de ruina, culpa o un pecado sin perdón. Autoacusaciones que son absurdas e inamovibles.

## 10. Pensamientos suicidas

Representa la sensación que la vida no vale la pena ser vivida, que una muerte natural sería bienvenida, ideas suicidas y preparación para el suicidio. Los intentos de suicidio no deben influenciar directamente esta evaluación por sí solos.

0 Goza de la vida y la toma como viene.

1

2 Preocupado por la vida. Solamente ideas suicidas ocasionales.

3

4 Probablemente mejor muerto. Las ideas de suicidio son comunes y el suicidio es considerado como una solución posible pero sin ningún plan o intención.

5

6 Planes explícitos de suicidio cuando hay una oportunidad. Preparación activa para el suicidio.

### ANEXO 3

Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) que consta de 22 ítems tipo Lickert en forma de afirmaciones referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo o sus pacientes. Evalúa tres sub-escalas:

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL:** (Cansancio físico y/o psicológico) que es el sentimiento de que nada se pudo ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales.

**DESPERSONALIZACIÓN:** Supone el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y distantes hacia los destinatarios (Pacientes o familiares), con esa actitud el sujeto trata de aislarse para protegerse de la falta de energía emocional, tratando a los demás como objetos o números más que como personas.

**SENTIMIENTO DE INADECUACIÓN PERSONAL:** En las labores habituales las demandas que se le hacen al trabajador exceden de su capacidad para atenderlas, junto a la percepción de inexistencia de posibilidades de promoción personal. Produce una disminución de las expectativas personales y una evaluación negativa de uno mismo con sentimientos de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima

Tabla para puntuación de referencia:

MBI	BAJO	MEDIO	ALTO
Despersonaliz	- 5	6-9	+ 10
Autoes. Prof.	+ 40	39-34	- 33
Agot. Emocional	-18	19-26	+27

Despersonalización: ítems 5,10,11,15,22, sus puntuaciones por lo tanto oscilan entre 0 y 30. Esta subescala describe las actitudes negativas, frías, distantes e insensibles del profesional hacia sus pacientes. Una mayor puntuación indica un mayor nivel de Burnout.

Autoestima Profesional: ítems 4,7,9,12,17,18,19,21. Sus puntuaciones oscilan entre 0 y 48. Valoran los sentimientos de eficacia, de rendimiento y de competencia en el trabajo, a mayor puntuación menor Burnout.

Cansancio Emocional: ítems 1,2,3,6,8,13,14,16,20, con puntuaciones entre 0 y 54. Valora el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales, porque el sujeto está agotado emocionalmente por el trabajo.

Las 22 frases que se exponen a continuación, se relacionan con los sentimientos de Ud. Encuentra en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que Ud. Ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

- 0 nunca
- 1 pocas veces al año
- 2 una vez al mes
- 3 unas pocas veces al mes
- 4 una vez a la semana
- 5 pocas veces a la semana
- 6 todos los días

- 1. \_\_\_ Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.
- 2. \_\_\_ Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo.
- 3. \_\_\_ Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
- 4. \_\_\_ Facilmente comprendo como se sienten los pacientes.
- 5. \_\_\_ Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
- 6. \_\_\_ Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- 7. \_\_\_ Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- 8. \_\_\_ Me siento “quemado/a” (agotado/a) por mi trabajo.
- 9. \_\_\_ Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.
- 10. \_\_\_ Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
- 11. \_\_\_ Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.
- 12. \_\_\_ Me siento muy activo/a.
- 13. \_\_\_ Me siento frustrado/a en mi trabajo.
- 14. \_\_\_ Creo que estoy trabajando demasiado.
- 15. \_\_\_ No me preocupa realmente lo que le ocurre a alguno de mis pacientes.
- 16. \_\_\_ Trabajar directamente con las personas me produce stress.
- 17. \_\_\_ Facilmente puedo crear una atmósfera con mis pacientes.
- 18. \_\_\_ Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes.
- 19. \_\_\_ He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
- 20. \_\_\_ Me siento acabado/a.
- 21. \_\_\_ En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
- 22. \_\_\_ Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

## BIBLIOGRAFIA

- Empleo y condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud. Reunión paritaria sobre el empleo y las condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud. O.I.T. Ginebra 1985.
- Introducción a las condiciones y el medio ambiente de trabajo. O.I.T. Ginebra 1987.
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Banchs Irineo. Editorial Hammurabi Bs. As. 1977.
- Test de autoevaluación de Wang. Wang R. Y Col. Clin. Pharmacol 15, 163. 1975.
- Incidencia de la pobreza y de la indigencia en el gran Bs. As. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Mayo 2003.
- Mercado de trabajo: principales indicadores del aglomerado gran Bs. As. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Mayo 2003.
- Manual de seguridad e higiene ocupacional para la inspección del trabajo. Volumen I, II y III. Centro interamericano de administración del trabajo. Perú 1986.
- Condiciones y medio ambiente de trabajo en la Argentina. Centro de estudios e investigaciones laborales. Editorial Humanitas. Aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires 1985. Nuevas dimensiones de la CyMAT. Buenos Aires 1987. La situación en sectores específicos. Buenos Aires.
- Desgaste Mental De Jours C. Ed. Humanitas. Buenos Aires 1990.
- Manual diagnóstico de los trastornos mentales. D.S.M. IV American Psitchiatric association. Editorial Masson S.A. Barcelona 1995.
- El médico en la administración de hospitales. De la Rosa Morales V. - Hernandez Guevara J. Editorial Trillas. México 1991.
- Secondary post-traumatic stress disorden in family therapy. American Psychological Press. Washington 1995: a handbook.
- El riesgo aceptable Lourance W. Editorial Tres Tiempos. Buenos Aires 1978.
- Administración Hospitalaria. Malagón Londoño G. - Galan Moreira R. - Ponton Laverde G. Editorial Panamericana. Bogotá 1996.
- Maslach Burnout inventory Maslach C. – Jackson S. Editorial Consultin Psychological Press. Palo Alto California 1996. · Understanding burnout: definitional issues in analysing a complex phonomenon. Maslach C. En: Job, Stress and Burnout. Editorial Ws, Paine. Sage Publications. Beverly Hills. California 1982.
- Epidemiología de los accidentes de trabajo ocurridos en el área de salud de la Municipalidad de La Matanza durante el trienio1984/86. Stella C. – Cardenas C. 9º Jornadas de Ad. De Salud. 4º Jornadas de Enfermería. Universidad de Morón 1988.
- Condiciones y medio ambiente de trabajo en los centros de salud municipales de un Partido Bonaerense. Stella C. – Glina R. - Cardenas C. 2º Jornadas Médicas Sociales del Policlínico Central. Municipalidad de La Matanza. Buenos Aires.1990.

- Factores que influyen en la presentación del Síndrome de Burnout en médicos de Atención Primaria. Stella C. – Díaz R. 5º Congreso Internacional de Medicina del Trabajo y Seguridad. Buenos Aires 2002.
- Análisis epidemiológico comparativo de los accidentes de trabajo ocurridos al personal que labora en las áreas de salud de la Municipalidad de La Matanza, Pcia. de Buenos Aires durante los trienios 1984/86 – 2000/02. Stella C. –Scinardo Ratto M. 1º Jornadas Nacionales de Gestión de Salud. Ciudad de Buenos Aires 2003.

Buenos Aires, 06 de diciembre de 2007.-

## La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

### sanciona con fuerza de Ley

**Artículo 1º** - La presente ley tiene por objeto la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de la Ley N° 153 - Ley Básica de Salud y la Ley N° 2.152 - Ley de Educación Comunitaria para la Salud.

**Artículo 2º**.- A los efectos de esta ley se entiende por Desgaste Laboral Crónico al síndrome de agotamiento físico, emocional y/o intelectual en trabajadores de los efectores de salud que se desempeñan directamente con personas, en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, con manifestaciones a nivel individual y/o colectivo y/o organizacional y/o institucional y la interacción entre las mismas.

**Artículo 3º**.- La autoridad de aplicación de la presente ley es la autoridad máxima con competencia en salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o la autoridad que la reemplace en el futuro.

**Artículo 4º**.- La autoridad de aplicación creará un programa orientado a incorporar, en la ejecución de las políticas públicas, prácticas que fomenten el desarrollo de la capacidad de abordaje de situaciones adversas individuales, compartidas o colectivas, organizacionales e institucionales sobre los factores que puedan generar la aparición del síndrome de desgaste laboral crónico.

**Artículo 5º**.- A los fines de la implementación de la presente ley se deberán respetar los siguientes lineamientos:

- a. Implementar todas aquellas prácticas que fomenten el desarrollo de acciones de promoción y prevención en el campo de la salud mental y física de los agentes del Área de Salud.
- b. Conformar grupos operativos interdisciplinarios que tengan como objetivos fortalecer el intercambio entre pares en los lugares de trabajo, fomentar la red de apoyo social, la reflexión grupal con identificación de los estresores por servicio y la elaboración de estrategias para su afrontamiento en la prestación de los servicios, sin fines terapéuticos ni de sobreadaptación. Con carácter obligatorio, de frecuencia periódica y dentro del horario laboral.
- c. Capacitar continuamente en Educación Comunitaria para la Salud a fin de evitar la aparición de síntomas (prevención primaria), la reaparición de los mismos (prevención secundaria) o su agravamiento (prevención terciaria) y actualizar a los trabajadores de la Salud para un mejor manejo en la estimulación de técnicas de abordaje de determinadas situaciones y la mejor comprensión de la cultura organizacional en la que se encuentran insertos.

- d. Identificar desde el Ministerio de Salud y demás responsables del resto de los subsectores, la eventual presencia de factores de riesgo potencialmente y/o estresores por servicio generadores de Desgaste Laboral Crónico, así como de la capacidad de estimulación de los factores protectores individuales y/o compartidos para el análisis, estudio y la implementación de las medidas necesarias en los factores institucionales u organizacionales que contribuyan a minimizar la problemática.
- e. Realizar la actualización especializada de todos los trabajadores de la Salud, a fin de promover la concientización de la problemática, en todos los ámbitos y la formación de agentes aptos para la prevención y/o detección de recaídas de las patologías resultantes del Desgaste Laboral.
- f. Generar datos estadísticos sobre casos registrados, incidencia, características, y otros que sean insumo de información para la toma de decisión de las medidas preventivas, de tratamiento y/o de rehabilitación correspondiente a los trabajadores afectados.

**Artículo 6°.-** La autoridad de aplicación debe verificar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley que deben implementar a su costo los subsectores de la seguridad social y privados de conformidad a lo indicado en el Capítulo II de la Ley N° 153.

**Artículo 7°.-** Los gastos que demande la implementación de la presente ley se imputarán a la partida presupuestaria correspondiente.

**Artículo 8°.-** Comuníquese, etc.

## **LEY N° 2.578**

Sanción: 06/12/2007

Promulgación: Decreto N° 09/008 del 08/01/2008

Publicación: BOCBA N° 2850 del 15/01/2008

## **DEFINICIONES**

**Burnout:** es el estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo (1974).

Según Maslach y Jackson (1981) la definimos como la respuesta inadecuada a un stress emocional crónico cuyos riesgos son:

- Agotamiento emocional: cansancio físico y/o psicológico.
- Despersonalización en relación con los demás.
- Falta de logros personales en las tareas que realiza.

M.B.I.(Maslach burnout inventory) de 22 ítems tipo Likers, en forma de afirmaciones (TEA 1997).

**Estrés:** respuesta general inespecífica a estímulos displacenteros.

En una situación de estrés hay una valoración de la situación por parte del sujeto y un enfrentamiento que se puede resolver o no continuando con estrés crónico con un aumento de las respuestas fisiológicas, con aumento de las secreciones de hormonas adrenales, disminución de la resistencia corporal y defensas que causan enfermedad.

**Hospital:** establecimiento de salud que presta dos modalidades operativas, consultas e internación; con atención médica permanente.

**Población económicamente activa:** la integran las personas que tienen una

ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

Población ocupada: conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora en forma remunerada, o 15 sin remuneración (en una actividad económica) El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población.

Población desocupada: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a desocupación abierta.

Tasa general: es una relación entre un grupo de población que tiene una determinada característica sobre el conjunto de población que puede tenerla. Las tasas generales están elaboradas con toda la población sin límite de edad.

Tasa de desocupación: calculada como porcentaje entre población ocupada y la población económicamente activa.

Línea de indigencia: procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que no superen ese umbral, o línea, son considerados indigentes.

Línea de pobreza: su medición consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si éstos tienen capacidad de satisfacer por medio de la compra de bienes y servicios un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales.

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos. Secretaría de política económica.

Ministerio de Economía y producción. . República Argentina  
Información de prensa. Buenos Aires 31 de Julio de 2003

Autores:

Dr. Díaz Rubén Alberto  
Dr. Stella Carlos Eduardo  
Dra. Bentolila Silvia

Departamento de Medicina Laboral  
Municipalidad de la Matanza  
E.Mail: [rualdy@yahoo.com.ar](mailto:rualdy@yahoo.com.ar)

El estrés postraumático en los empleados de vías férreas, tiene un capítulo específico para la prevención, tratamiento y recalificación laboral, pero que diferencia tenemos.

Un conductor vial que atropella una persona, sufre un SPT que para la ley tiene nexo con su trabajo, y que pasa con un médico que en el servicio de emergencias, recibe a esa misma persona con poli traumas, fracturas múltiples, shock, desfiguración de rostro etc., o a los 30 minutos de estabilizar a ese paciente, recibe a un niño quemado en un 40% de su superficie corporal, y en su hora 22 de guardia cuando ya está agotado, le ingresa una persona con una amputación de una mano.

No sufre ese médico un SPT?

Como llamamos a esos estertores múltiples durante su labor?

Tenemos que seguir siendo resilientes?

Que pasa cuando nos agotamos?

En que lugar de la VDC ingresamos?

Estamos en algún baremo?

También somos humanos, los galenos dioses no existen, nos desgastamos, nos quemamos por fuera con nuestras familias y por dentro con nuestro sistema psico-neuro-inmuno-endocrinológico.

Por que aceptamos seguir trabajando en esas condiciones?

Señores, bajemos del pedestal y que la broncemia que corre por nuestras venas desaparezca, somos trabajadores, tenemos los mismos deberes o mas que el común de los obreros, pero no aceptamos ni hacemos valer nuestros derechos, soportamos horarios infrahumanos 24 hs, y continuamos cometiendo errores médicos y sufriendo accidentes de trabajo que aumentan desde la hora 20 a 24 de nuestra guardia.

Como en el artículo de la Dra. De la Iglesia en el último número de la revista trauma, nos enseña a ver los cambios sufridos en la espectroscopia del sistema límbico, ya fue demostrado por nosotros en veteranos de la guerra de Malvinas, pero nuestros médicos no quisieron poner la cabeza en nuestro estudio, ya que no reconocen su enfermedad o no la quieren ver.

Un pintor italiano plasmo en sus lienzos el trabajo en el puerto de buenos aires de comienzos del siglo pasado,

