



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Ciencia a la mente y virtud al corazón

Trabajo de Integración Final

Licenciatura en Musicoterapia

Musicoterapia y promoción del cuidado de los equipos de salud

Relevamiento de los dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud de los hospitales públicos de CABA implementados durante el 2024.

Alumnas: Felicitas Canavesio (D.N.I: 41.048.003)

Sofía Paz Aldazabal, (D.N.I: 43.321.271)

Cátedra: Seminario de investigación

Docentes: Dra. Violeta Schwarcz López Aranguren

Lic. Lara Galán

Lic. Ingrid Kleiner

Consultora: Marisabel Savazzini

Año de realización: 2024

Año de entrega: 2025

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Capítulo 1: Planteamiento del problema | 3 |
| 1.1 Introducción | 3 |
| 1.2 Importancia | 4 |
| 1.3 Pregunta Problema | 4 |
| 1.4 Objetivo General | 5 |
| 1.5 Objetivos específicos | 5 |
| Capítulo 2: Marco Teórico | 6 |
| 2.1 El derecho a la salud | 6 |
| 2.1.1 Definición de salud | |
| 2.1.2 Características del sistema de salud argentino | |
| 2.2 Equipos de salud | 8 |
| 2.3 Profesionales de salud: Profesionales en situación de riesgo | 9 |
| 2.3.1 Factores de riesgo, estrés laboral y BurnOut en el ámbito hospitalario | 9 |
| 2.4 Necesidad de cuidado | 12 |
| 2.4.1 Epimeleia Heautou: cuidado de sí | 13 |
| 2.4.2 Autocuidado | 14 |
| 2.4.3 Cuidado de equipo: una práctica colectiva | 15 |
| 2.5 Musicoterapia | 17 |
| 2.5.1 Musicoterapia en el ámbito de la prevención y promoción de la salud | 17 |
| 2.5.2 Dispositivos de musicoterapia promocional-preventivos | 18 |
| 2.5.3 Técnicas y beneficios | 19 |
| Capítulo 3: Estado del arte | 25 |
| Capítulo 4: Tipo de estudio y metodología de investigación | 27 |
| 4.1 Método | |
| 4.2 Tipo de investigación | |

| | |
|--|-----------|
| 4.3 Diseño de la investigación | |
| 4.4 Muestreo | |
| Capítulo 5: Recolección de datos | 29 |
| 5.1 Instrumentos para la obtención de los datos | |
| Capítulo 6: Análisis de datos | 31 |
| 6.1 Matriz de datos | 31 |
| 6.2 Análisis | 32 |
| 6.2.2 Breve caracterización de los referentes | 32 |
| 6.2.3 Eje 1: Dispositivos de Musicoterapia | 35 |
| - Presencia | |
| - Características | |
| 6.2.4 Eje 2: Valoración de los musicoterapeutas sobre los dispositivos | 42 |
| 6.2.5 Eje 3: Factores que dificultan la implementación de dispositivos | 45 |
| 6.2.6 Eje 4: Percepción de la necesidad de implementar dispositivos | 48 |
| Capítulo 7: Conclusiones | 57 |
| 7.1 Limitaciones y futuras investigaciones | 63 |
| Referencias bibliográficas | 65 |
| Anexos:entrevistas | 72 |
| ANEXO I | |
| ANEXO II | |
| ANEXO III | |
| ANEXO IV | |
| ANEXO V | |
| ANEXO VI | |
| ANEXO VII | |
| ANEXO VIII | |



CAPÍTULO 1: Planteamiento del problema

1.1 Introducción:

La presente investigación surge a partir de una experiencia pre-profesional en un hospital público de CABA, en la que se tomó conciencia del impacto que tiene el trabajo en estas instituciones sobre la salud de los profesionales. En particular, se registró la complejidad del contexto hospitalario de CABA, caracterizado por la sobredemanda de atención a poblaciones vulnerables, que en su mayoría carecen de sostén y redes de apoyo, agravada por la insuficiencia de recursos y limitada cantidad de profesionales para responder a las necesidades del sistema de salud.

Es pertinente destacar que, los hospitales públicos de CABA, brindan atención a un elevado número de personas que dependen exclusivamente del sistema de salud público. En el contexto actual, marcado por la crisis socioeconómica, la población en situación de vulnerabilidad ha aumentado, lo que ha derivado en un incremento en la demanda de servicios de salud gratuitos. En consecuencia, esta situación impacta directamente en la capacidad de respuesta del sistema, ejerciendo una mayor presión sobre los profesionales de la salud y resultando en una sobrecarga laboral.

Estas condiciones laborales evidencian la exposición constante de los profesionales a factores de riesgo que pueden derivar en la presencia del síndrome del BurnOut. Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en la literatura científica, así como se ha señalado la necesidad de implementar estrategias de cuidado para mitigar sus efectos. Diversos autores, proponen el cuidado de equipo como una estrategia necesaria para abordar dichos factores de riesgo, enfatizando en la importancia del trabajo en equipo en estos contextos. Sin embargo, es preciso destacar que es escasa la bibliografía que dé cuenta de la implementación concreta de estas estrategias en los hospitales públicos, especialmente en el contexto de CABA.

El cuidado de los equipos debe ser comprendido como una práctica colectiva, sustentada en un enfoque preventivo-promocional de la salud. En este marco, la musicoterapia ha demostrado ser una disciplina que puede generar dispositivos sonoro-musicales grupales orientados a la prevención y promoción de la salud. Si bien existe bibliografía que respalda la inserción de la musicoterapia en este campo, son escasos los estudios que la vinculan específicamente con el cuidado de los equipos de salud.

Dado este vacío de conocimiento, y el creciente interés de las autoras acerca del cuidado de los profesionales de salud, la presente investigación tiene como propósito relevar la situación actual de los dispositivos de musicoterapia destinados al cuidado de los equipos de salud en los hospitales públicos de CABA. A través de entrevistas a musicoterapeutas de planta, se busca determinar la presencia o ausencia de estos dispositivos, describir sus características e identificar los factores que dificultan su implementación. Asimismo, se indagará en la percepción de los musicoterapeutas sobre la necesidad de estos dispositivos, con el objetivo de generar conocimiento que puedan servir como base para futuras intervenciones y políticas de cuidado dentro del sistema de salud pública.

1.2 Importancia:

Esta investigación es relevante tanto para la musicoterapia como para el ámbito de la salud pública en Argentina. En primer lugar, contribuye a la producción de conocimiento sobre la implementación de la musicoterapia en el cuidado de los equipos de salud, un área poco explorada en la disciplina. Al documentar la existencia y características de estos dispositivos, el estudio busca ampliar los alcances de la musicoterapia y promover su integración en estrategias de prevención y promoción de la salud dentro de los hospitales públicos.

Desde la perspectiva de los musicoterapeutas y estudiantes de la disciplina, esta investigación puede servir como un punto de referencia para el desarrollo de nuevos dispositivos orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud. Además se espera que sus hallazgos promuevan la incorporación de esta área de la disciplina en la formación universitaria de los futuros profesionales, ampliando sus herramientas de intervención.

Asimismo, esta investigación tiene implicancias para todos los profesionales de la salud, al visibilizar la importancia del cuidado de los equipos dentro del contexto hospitalario. La promoción del cuidado del equipo no solo impacta en la calidad de vida de los trabajadores, sino que también mejora la calidad de atención de los pacientes.

Finalmente, este estudio busca generar conciencia sobre la necesidad de que las instituciones hospitalarias reconozcan el cuidado de los equipos de salud como una prioridad y brinden espacios adecuados para su implementación.

1.3 Pregunta problema:

¿Cuál es la situación actual (2024), en cuanto a la existencia y características, de los dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud

de los hospitales públicos de CABA, desde la perspectiva de los musicoterapeutas de planta?

1.4 Objetivo General:

Relevar la situación actual (2024) en cuanto a la existencia y características de los dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud de los hospitales públicos de CABA, desde la perspectiva de los musicoterapeutas de planta.

1.5 Objetivos Específicos:

1. Determinar la presencia/ausencia de dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud de los hospitales públicos de CABA, durante el año 2024, desde la perspectiva de los musicoterapeutas de planta.
2. Describir las características de los dispositivos de musicoterapia (frecuencia, duración, técnicas, etc.) orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud de los hospitales públicos de CABA, implementados durante el año 2024, desde la perspectiva de los musicoterapeutas.
3. Conocer la valoración de los musicoterapeutas de planta que hayan implementado dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud durante el año 2024.
 - a. Explorar la percepción de los musicoterapeutas acerca de los efectos de los dispositivos sobre el cuidado de los equipos, durante el año 2024.
4. Identificar los factores que dificultan la implementación de dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud, de los hospitales públicos de CABA.
5. Indagar la percepción de los musicoterapeutas de planta acerca de la necesidad de implementar dispositivos de musicoterapia orientados a la promoción del cuidado de los equipos de salud en los hospitales públicos de CABA.

CAPÍTULO 2: Marco Teórico

2.1 El derecho a la salud

2.1.1 Definición de salud

Toda persona tiene el derecho a alcanzar el nivel más alto posible de salud física y mental, reconocido como un derecho humano universal (Organización de las Naciones Unidas, 1948). En el marco de esta investigación, la salud será comprendida desde una perspectiva integral tomando como referencia la definición propuesta por Saforcada (1996):

una situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental –el máximo posible en cada momento histórico y en una circunstancia sociocultural determinada–, teniendo en cuenta que dicha situación es el producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) –y sus ambientes humanos (entidad psicosociocultural, bio-físico-química y económico-política). (p.131)

Desde este enfoque, la salud se concibe como un proceso dinámico, lo que subraya su capacidad de ser modificada en función de la interrelación de diversos factores (personales, sociales, económicos y ambientales) definidos por el mismo autor como determinantes de la salud. Por ende, si se logra intervenir y controlar los factores, se podrá optimizar la salud. Esta acción es lo que la OMS (1986) denomina “promoción de la salud”, entendida como un proceso de empoderamiento, cuyo propósito es desarrollar las capacidades necesarias para ejercer control sobre los determinantes, favoreciendo así el alcance del máximo potencial de salud. Este enfoque se complementa con la acción de prevención que al detectar y concientizar sobre los factores de riesgos permite tener un mayor control para así cambiar la situación de salud (OMS, 1986).

Por lo tanto, la OMS propone que para promover la salud y garantizar este derecho es fundamental desarrollar políticas y sistemas de salud que respeten los principios fundamentales de los derechos humanos, como la no discriminación, la igualdad y la participación. Esto mismo supone asegurar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, contando con la disponibilidad adecuada de establecimientos e instituciones para abarcar a toda la población.

2.1.2 Características del sistema de salud argentino

En Argentina, en la década de 1940, el Estado asumió un papel central en el ámbito de la salud con la creación del Ministerio de Salud Pública. Este enfoque se consolidó en

1946 con la promulgación de una ley y el desarrollo de distintas políticas que promovieron la idea de la salud como una responsabilidad social y la solidaridad como valor fundamental durante el Estado benefactor. Las políticas de esa época impulsaron garantías sociales mediante seguros obligatorios para cubrir riesgos como enfermedad, vejez, invalidez y desempleo, asegurando igualdad y equidad sin distinción económica. Sin embargo, con la crisis del Estado Benefactor, el rol estatal se redujo progresivamente, delegando responsabilidades al sector privado. Desde 1970, la afiliación obligatoria de trabajadores a obras sociales amplió la cobertura sanitaria incluyendo jubilados y pensionados. Este modelo consolidó a las obras sociales como el eje del sistema promoviendo también el crecimiento del subsector privado (Martinez, 2017).

Actualmente, el sistema de salud argentino se organiza en tres subsectores: público, seguridad social (obras sociales) y privado. El subsector público es el único que depende del financiamiento por parte del Estado y gestión a nivel nacional, provincial y municipal. El mismo, se encuentra conformado por una red de hospitales y centros de salud que brindan atención gratuita a toda persona que lo necesite, con el objetivo de garantizar el acceso universal a la salud, promoviendo la equidad y evitando la discriminación en la atención sanitaria. Sin embargo, como se mencionó previamente, hoy en día quienes asisten a los hospitales públicos, en su mayoría son aquellos que carecen de obra social o de recursos económicos para acceder al sistema privado, representando una población significativa a raíz de la situación económica del país (Belló, 2011).

A su vez, la atención en salud se divide en tres niveles, organizando sus recursos de forma jerárquica para abordar las necesidades de la población. El primer nivel, es el más cercano a la comunidad, y aborda las necesidades básicas y frecuentes mediante promoción, prevención y atención primaria en centros de baja complejidad como centros de salud y atención primaria, y consultorios. El segundo nivel, está conformado por los hospitales generales que incluyen los servicios esenciales de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Por último, el tercer nivel atiende patologías complejas que demandan de procedimientos altamente especializados y/o uso de tecnología avanzada, por ejemplo como son los hospitales monovalentes y/o instituciones especializadas (Martinez, 2017).

A pesar de su intención de garantizar acceso equitativo, el subsector público de salud presenta una fragmentación que genera desigualdades dentro de sus propias estructuras. La gestión se divide entre la Nación, que cuenta con el presupuesto pero administra pocos hospitales; las veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que tienen a su cargo la mayoría de los hospitales; y los municipios responsables de la mayor parte de los centros de salud y algunos hospitales. Como cada provincia y

municipio posee su propio sistema de salud, las diferencias en infraestructura y en políticas sanitarias hacen que el acceso a la atención, alterne según el lugar de residencia.

Cabe mencionar que esta investigación se enfocará exclusivamente en los hospitales situados en CABA, cuyo financiamiento depende del Gobierno de la Ciudad y que corresponden al segundo y tercer nivel de atención.

El hospital es, en esencia, una institución, por lo que resulta fundamental comprender cómo se define tal concepto. Kaës (2004) la define como “una organización compleja en la que intervienen entre sí diversos órdenes de realidad: socio jurídico, político, económico, cultural y psíquico” (p.655). A su vez, dicho autor resalta que la tarea primaria, que está impregnada de significados y representaciones tanto psíquicas como sociales, constituye el elemento central de una institución, ya que define su identidad y refuerza el sentido de pertenencia entre sus miembros. En otras palabras, en la institución hospitalaria la tarea primaria se orienta al cuidado de la salud, tarea que organiza sus estructuras internas como servicios, administración y equipos profesionales todos interconectados en función de este objetivo. Así los integrantes de estas instituciones, encuentran su identidad como profesionales de la salud a través del vínculo con la tarea primaria, la cual no sólo estructura las dinámicas internas, sino también refuerza los lazos y compromisos de sus miembros hacia el cumplimiento de sus funciones esenciales (Kaës, 2004).

2.2 Equipos de Salud

Por lo tanto, es dentro de este contexto en donde los profesionales de salud desempeñan un rol crucial, dedicando su tiempo y energía para atender y cuidar la salud de los pacientes. Dada la heterogeneidad de especialidades que se requieren para el abordaje complejo de la clínica actual, el trabajo en equipo, ya sea disciplinar, multidisciplinar o interdisciplinar, se presenta como requisito fundamental. Valverde et al (1989) enfatizan en que la formación de un equipo depende del tipo de problema a abordar y la participación de los miembros varía según las necesidades del proceso. Los miembros asumen roles según sus habilidades y recursos, y colaboran para alcanzar metas comunes.

Según Elichiry (2009), un equipo multidisciplinario, implica la coexistencia de distintas disciplinas que operan dentro de sus respectivas especialidades sin generar intercambios significativos entre ellas. En contraste, el equipo interdisciplinario también está compuesto por diversas disciplinas, pero se distingue por la interacción y cooperación existente entre ellas que habilita un enriquecimiento mutuo y una transformación de las prácticas profesionales. Esta interacción no solo ocurre entre las disciplinas sino también entre los profesionales, quienes demuestran intencionalidad y flexibilidad para favorecer la

convergencia de las distintas perspectivas, y para afrontar los problemas complejos de la clínica de manera holística e integral (De Lellis, 2021).

Por su parte, Rando Huluk (2016) destaca que el trabajo en equipo se caracteriza por un grupo de profesionales que se organizan de manera intencionada y estructurada para alcanzar un objetivo común. La formación de equipos de trabajo eficaces depende de la capacidad para generar y mantener espacios de diálogo continuo desde un enfoque horizontal, en donde cada miembro pueda aportar su singularidad sin desdibujar su identidad profesional, brindando así una atención integral de calidad (Carballeda, s.f.). En esta línea, Salas y Aritzeta (citado en Rando Huluk, 2016) subrayan que un buen desempeño en equipo depende del desarrollo de competencias como liderazgo, comunicación, monitorización situacional, comportamientos de respaldo y apoyo mutuo, adaptabilidad y confianza. Según estos autores, el liderazgo implica la capacidad de coordinar y motivar a los miembros del equipo, asegurando un ambiente de trabajo positivo y organizado. La comunicación efectiva y la capacidad de monitorizar la situación son esenciales para la detección temprana de problemas y la corrección de errores, lo que favorece un ambiente de apoyo mutuo y colaboración. La adaptabilidad, por su parte, se refiere a la habilidad de ajustar las estrategias de trabajo en tiempo real, especialmente en situaciones imprevistas que requieren flexibilidad. Por último, también la confianza mutua es crucial para el funcionamiento del equipo, que permite fortalecer las interacciones entre los miembros así como también generar mayor compromiso.

2.3 Profesionales de salud: Profesionales en situación de riesgo

2.3.1 Factores de riesgo, estrés laboral y BurnOut en el ámbito hospitalario

El trabajo en equipo, según Inglott (1999), se sostiene en tres pilares fundamentales: cuidar, cuidarse y ser cuidado. Esta afirmación invita a reflexionar sobre una cuestión central en el ámbito de la salud: ***¿quién cuida a los que cuidan?***

Diversos autores plantean que los profesionales de salud están constantemente expuestos a factores de riesgo dentro del ámbito hospitalario, que pueden comprometer su salud y su bienestar. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016), propone el concepto de riesgos psicosociales para referirse a las interacciones que se producen entre el entorno laboral, el contenido del trabajo, las condiciones organizativas y las características individuales de los trabajadores; las cuales pueden afectar la salud, el desempeño y la satisfacción laboral. Cuando estas interacciones se dan de manera negativa, entre los factores humanos y las condiciones de trabajo, pueden surgir distintos trastornos emocionales, problemáticas en el comportamiento y/o alteraciones neurohormonales.

En este sentido, Miller (1998) subraya que el riesgo al que se enfrentan los profesionales de la salud es mayor que en otras ocupaciones debido al contacto continuo con situaciones conflictivas. Asimismo, Maslach (2009) destaca que la implicancia emocional que suponen dichos trabajos, caracterizados por el contacto permanente con personas, puede traer consigo tanto gratificación como altos niveles de estrés. Debido a que dicho estrés emerge en el ámbito laboral, se denomina “estrés laboral”, siendo definido por Patlán (2019) como:

una reacción o respuesta física, emocional, cognitiva y psicológica ante situaciones laborales demandantes que exceden los recursos laborales y personales, y sobre las cuales no se tiene control para hacerles frente, lo cual genera consecuencias en la salud de los trabajadores. (p.162)

Esta definición se corresponde con lo planteado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016), que subraya que el estrés laboral emerge cuando las demandas y expectativas del entorno laboral superan las habilidades y capacidades de los trabajadores para afrontarlas, constituyéndose con el tiempo en un riesgo para su integridad física y emocional.

La Organización Panamericana de Salud (OPS, 2005) identifica diversos factores que contribuyen a que los profesionales de la salud experimenten altos niveles de estrés. En primer lugar, destaca la exigencia física y mental provocada por el constante estado de emergencia, el exceso de horas de trabajo y su imprevisibilidad; y la exigencia emocional que implica el cuidado de personas enfermas. Además, destaca los factores organizacionales como: la falta de control sobre la carga laboral, la falta de organización, la carencia de profesionales capacitados para responder a la demanda de los pacientes, la deficiente comunicación y la inseguridad que generan los cambios en la entidad. A su vez, el ambiente laboral es un factor en sí mismo que impacta en el estrés cuando las condiciones como la iluminación y el estado de los espacios, por ejemplo, no es el adecuado. Por último, la OPS resalta los conflictos personales y/o de salud del trabajador. De la misma manera, factores como: la ausencia de tiempos de descanso, la escasez de recursos, la falta de trabajo en equipo y de apoyo social, el aislamiento en el ambiente laboral, y la carencia de supervisión efectiva incrementan significativamente el estrés laboral (OIT, 2016; Fernández Alonso et al., 2023).

Según Maslach & Jackson (1981), un estado de estrés laboral sostenido en el tiempo puede derivar en el Síndrome de Burnout, descrito como:

[...] una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación

con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar.
(p.10)

Dichos rasgos también son mencionados como síntomas por La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -11, 2019), agrupados en tres dimensiones: fatiga y cansancio extenuante, despersonalización en las relaciones interpersonales, y una marcada sensación de ineficacia y falta de realización personal; refiriéndose a este fenómeno como “Síndrome de desgaste ocupacional” (QD85).

A su vez, Andrea Lopez Mato (2004), menciona otros síntomas a nivel afectivo y conductual tales como la perturbación en las relaciones tanto con el paciente como con los otros profesionales; mayor irritabilidad y sentimientos negativos hacia el otro y hacia sí mismo; falta de gratificación y valoración del trabajo; y ausencia de creatividad para el manejo de situaciones y para la toma de decisiones. Además señala conductas asociadas al incumplimiento del horario laboral; aumento de ausentismo; uso de sustancias; y una mayor incidencia a riesgos y accidentes laborales. A nivel físico, señala que pueden presentarse síntomas como taquicardias, cefaleas, tensión muscular, y alteraciones sexuales, entre otras. Todos los síntomas mencionados repercuten y tienen efectos considerables en la productividad y la eficacia del desempeño de su tarea.

Maslach (2009), describe las causas principales del BurnOut, las cuales condicen con los factores estresores propuestos por la OPS mencionados previamente. En primer lugar, señala el exceso de trabajo que desborda los recursos y la disponibilidad horaria de los profesionales. Otra causa relevante es la sensación de falta de control en el trabajo, la cual puede ser ocasionada por diversas situaciones tales como la inestabilidad económica, la falta de organización y anticipación en la institución, y la falta de autonomía para realizar las tareas que les son asignadas. Además la autora menciona la insuficiencia de recompensas, tanto a nivel económico como emocional/personal; la falta de contención y comunicación entre los miembros de la institución, la hostilidad, la sensación de injusticia, y la competitividad, lo cual dificulta la resolución de conflictos y agravan los riesgos.

Aron (2001), subraya que el Burnout se presenta principalmente en profesionales de ayuda que trabajan con poblaciones vulnerables y que abordan problemáticas relacionadas con la violencia, el abuso, y la traumatización. El contacto permanente de los profesionales con diversas formas de daño y violencia, produce un efecto silencioso y expansivo a nivel emocional denominado contaminación temática; el cual puede originar el fenómeno de la traumatización vicaria. Dicho fenómeno se define como la reproducción, por parte del profesional, de los síntomas y padecimientos experimentados por las víctimas. Asimismo, el encuentro con estas problemáticas, puede conectarlos de forma consciente o inconsciente,

con sus propias vivencias, ya sean actuales o pasadas, de maltrato o abuso, lo que a menudo puede derivar en hipersensibilidad y reacciones exacerbadas frente a estas situaciones.

Cuando en un grupo de trabajo se reproduce la dinámica de violencia se describe como “traumatización de los equipos”. Esto genera roles de agresores y víctimas, erosionando las relaciones y se experimentan emociones como miedo, persecución y abuso de poder. Dichas dinámicas pueden derivar en aislamiento y dificultades para resolver conflictos y tensiones que afectan tanto a los miembros como a los pacientes, provocando una alta rotación del personal e incluso la propia desintegración del grupo. Por este motivo, los autores mencionan que es una de las causas más frecuentes del abandono profesional en este ámbito (Aron, 2001). De la misma manera, Condon et al. (2011) señala que el trabajo en salud mental con poblaciones vulnerables puede generar un impacto negativo en los equipos de trabajo, especialmente cuando estos carecen de cohesión interna, formación especializada, interdisciplinariedad, confianza mutua y alineación con los principios éticos que guían su desempeño laboral y los objetivos de la institución.

Para concluir, retomando al autor Kaës (2004) los hospitales como institución, intentan dar respuesta “frente a las transferencias masivas y múltiples de los pacientes y frente a las angustias que movilizan en curadores, padres y parientes” (p.662). Es por esto, que el mismo autor señala que como ocurre en todas las instituciones, el sufrimiento psíquico que experimentan sus miembros es inherente a las mismas, y se origina a partir de todas las tensiones que surgen de las limitaciones que conlleva cualquier vínculo humano, especialmente cuando se relacionan con otros dentro del contexto institucional. Todas las disfunciones institucionales mencionadas previamente como la falta de reconocimiento, la sobreexigencia de las tareas, la falta de formación o de recursos adecuados para realizar la tarea, son factores que contribuyen a este sufrimiento. El mismo está estrechamente vinculado a la complejidad de la estructura del hospital y a la naturaleza de su tarea primaria: cuidar la salud de las personas. Se entiende entonces, que la tarea de cuidar involucra un trabajo de contención emocional y reflexión que puede resultar abrumador y generar agotamiento en los cuidadores si no reciben el apoyo adecuado.

2.4 Necesidad de cuidado

Ignorar el malestar, el sufrimiento psíquico y todos los efectos adversos mencionados previamente sobre el profesional y el equipo de salud, refuerza una lógica deshumanizante arraigada en las instituciones de salud. En palabras de Perales (2019):

“deshumanizar significa perder o borrar las características y atributos propios de la esencia de lo humano” (p.11); concibiendo al ser humano en todas sus dimensiones bio-psico-socio-cultural, como refiere Saforcada en su definición de salud. En el caso de dichos profesionales, este fenómeno puede observarse en las sociedades actuales, cuando son tratados como meros engranajes de un sistema que prioriza la eficiencia y la productividad en detrimento del bienestar humano.

Desde una perspectiva filosófica, Han (2017) caracteriza a las sociedades contemporáneas como sociedades de rendimiento, en las cuales los individuos están sometidos a un imperativo de producción ilimitada que los conduce a un agotamiento físico y emocional. En este contexto, los profesionales de la salud no solo enfrentan la presión institucional de atender a un número cada vez mayor de pacientes, sino que también son reducidos a cifras o estadísticas que ignoran su dimensión humana. Estas dinámicas fomentan lo que mencionamos previamente, el síndrome de burnout, el cual se ha convertido en un problema estructural del ámbito sanitario.

Asimismo, Jappe (2019), analiza dicha situación a través del concepto “sujeto automático”, descrito como aquel sujeto que queda atrapado en estas dinámicas y controlado por estructuras dominantes que subordinan su poder y libertad. En concordancia, De la Sovera (2019) sostiene que las estrategias propias del neoliberalismo vulnerabilizan a los sujetos, debilitando las redes de apoyo y promoviendo su aislamiento. En este sentido, la deshumanización no es únicamente el resultado del exceso de trabajo o de condiciones laborales adversas sino una consecuencia inherente a la lógica capitalista que instrumentaliza a los trabajadores en función de criterios productivistas y mercantilistas.

2.4.1 Epimeleia Heautou: cuidado de sí

En contraposición a las dinámicas alienantes, Foucault (1994) retoma el concepto clásico de “*epimeleia heautou*” o cuidado de sí, como una estrategia para resistir a dichas estructuras opresivas que dominan la subjetividad contemporánea. Este concepto, que tiene sus raíces en la cultura griega, alude a un conjunto de prácticas reflexivas mediante las cuales el sujeto establece una relación consigo mismo con el propósito de transformarse y alcanzar su autorrealización.

Según Foucault (1984), la ética se entiende como una forma de ejercer la libertad pero de manera reflexiva; y por lo tanto el cuidado de sí, se concibe como una práctica continua que constituye al individuo como sujeto de sus propias acciones y que garantiza el ejercicio de la libertad. En este marco, el cuidado de sí abarca tres aspectos fundamentales. Primero implica una relación no solo consigo mismo, sino también con los otros y con el mundo. Esta actitud ética requiere que el sujeto se ocupe de sí mismo, con una mirada

introspectiva que permita reflexionar sobre sus pensamientos, acciones y las relaciones que establece con su entorno. En segundo lugar, el cuidado se manifiesta a través de una serie de acciones concretas, denominadas por el autor (1988) como “tecnología del yo”, como la meditación, la escritura y el diálogo. Las mismas son definidas como prácticas que mediante la cooperación de un otro o de forma autónoma, permiten al individuo intervenir sobre su cuerpo, su alma, sus pensamientos y conductas, buscando alcanzar un estado de sabiduría, felicidad y bienestar. Por último, remarca que el cuidado no es un acto aislado, sino que está íntimamente vinculado al cuidado de los demás. Foucault afirma que, “uno no puede ocuparse de sí mismo sin conocer y relacionarse con los demás” (Foucault, 1984).

Por lo tanto, dicho autor prioriza las relaciones de cuidado y de contención que emergen dentro de cualquier dinámica social, señalando que estas representan una posibilidad de libertad en un contexto estructural que busca reprimirla. A través de estas prácticas, se habilita modelar nuevas subjetividades, en las que el individuo puede reconfigurar su relación consigo mismo, con los demás y con el mundo.

2.4.2 Autocuidado

Asociado con el concepto de Foucault de cuidado de sí, se encuentra el concepto de autocuidado, introducido por Dorothea Orem en 1969, quien lo define como el conjunto de acciones intencionadas que una persona lleva a cabo para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su salud y su funcionamiento. Se trata de acciones que realizan los individuos para sí mismos, con el objetivo de asegurar su bienestar (Naranjo H. et al, 2017). Reinke (2002) subraya que en esta línea del autocuidado, en primer lugar se aspira a que cada individuo pueda desarrollar una motivación intrínseca para cuidar de sí mismo, a través de una verdadera toma de conciencia que lo impulse a utilizar sus recursos personales para alcanzar una mayor seguridad y bienestar.

De la misma manera, Aron (2001) remarca la importancia de que el profesional de salud sea consciente de los efectos negativos de su labor y se perciba primero como “profesional de riesgo” para luego poder implementar estrategias de autocuidado. Estas últimas, incluyen la participación en espacios de “vaciamiento”, donde los profesionales puedan verbalizar, expresar y compartir las experiencias y emociones vividas en el ejercicio de su trabajo; la asistencia a espacios de supervisión y de formación profesional que les brinden herramientas para afrontar las adversidades de la práctica clínica; así como también la realización de actividades recreativas y de ocio, orientadas hacia sus intereses personales y alejadas del ámbito laboral, que les posibilite distenderse y distraerse.

2.4.3 Cuidado de equipo: una práctica colectiva

Retomando lo que afirma Foucault sobre el cuidado, que no es acto aislado, sino que está profundamente relacionado con el cuidado de los demás; Aron & Llanos (2004) proponen un enfoque grupal en las instituciones de salud, denominado “cuidado de equipo”. Este enfoque enfatiza la creación de entornos colaborativos y seguros para los profesionales, como condición para implementar diversas estrategias de cuidado de los equipos. De esta manera, proponen generar espacios dentro de la jornada laboral que posibiliten nuevas formas de encuentro y de diálogo entre los integrantes del equipo, promoviendo vínculos de confianza y contribuyendo a la cohesión grupal. Estos espacios, denominados “espacios de vaciamiento y descompresión”, invitan a los miembros del equipo a expresar y compartir sus sentimientos, miedos e inquietudes, permitiendo que sus experiencias sean escuchadas y validadas por los demás.

Para lograr esto, el estilo de liderazgo no debería reproducir las dinámicas de violencia sino más bien, plantear una lógica de horizontalidad que promueva un sentido de pertenencia en el equipo, y el respeto por el otro. Por otra parte, resaltan la necesidad de aumentar los tiempos de descanso y establecer espacios de distensión para interactuar desconectándose del entorno laboral. A su vez, la formación continua, ya sea a través de seminarios, talleres, capacitaciones y participación en congresos, así como la supervisión, no solo contribuye al crecimiento profesional sino que también promueve el pensamiento crítico y grupal. De acuerdo con Escobar (2022), las supervisiones grupales suelen ser una práctica recurrente en los hospitales públicos y equipos de trabajo, entendida como un dispositivo de escucha que se concibe como herramienta de cuidado para el equipo. Giacobone (2012) la define como: “proceso de trabajo con colegas, en mutua elección, donde se desliza la confluencia entre la clínica y la formación, localizando en el trabajarse a sí mismo como instrumento de escucha, el núcleo de la tarea”.

Desde esta perspectiva, De la Sovera (2019) propone un modo de hacer clínica distinto, denominado “clínica ampliada”, que invita a los profesionales a llevar a cabo un proceso reflexivo sobre sus prácticas, cuestionando las estructuras de poder y las significaciones preestablecidas. A su vez, este enfoque resalta la necesidad de “un trabajo colectivo sobre los propios integrantes de los equipos que apunte a la desalienación en situaciones institucionales que producen extremas fragilidades” (párrafo 23). Por esta razón, subraya la importancia de crear espacios de participación activa que habiliten a tomar consciencia y registrar las particularidades de la clínica y las propias experiencias subjetivas en torno al malestar vivenciado por la tarea que realizan, promoviendo el pensamiento crítico como modo de transformar las situaciones de padecimiento.

De la misma manera, Fernandez Alonso et al. (2023), recalcan el valor de los espacios grupales orientados al cuidado mutuo, los cuales habilitan a los profesionales a intercambiar experiencias, consolidar lazos más solidarios y reconocer la validez de sus emociones. Asimismo, sostienen que las prácticas de cuidado deben sistematizarse e integrarse como acción habitual de los protocolos institucionales orientados a la prevención de riesgos, al reconocer su influencia positiva en la calidad de vida de los trabajadores.

La perspectiva de pensar el cuidado como una práctica colectiva, en lugar de centrarse únicamente en el autocuidado, responde precisamente a la preocupación que Aron y Llanos (2004) plantean sobre los riesgos de sobrecargar a los profesionales al exigirles, no solo enfrentarse a diversas fuentes de estrés, sino también su propio bienestar. Este enfoque colectivo destaca que el trabajo en equipo no es solo una herramienta fundamental para el buen desempeño en el ámbito de la salud, sino que también se constituye como una estrategia de protección para los profesionales, ya que distribuye la carga emocional y promueve el apoyo mutuo. Como señalan los autores, mientras que el autocuidado se corresponde a una responsabilidad individual, el cuidado de los equipos debe recaer en el ámbito institucional. En la misma línea, Barudy (1999), postula que las instituciones tienen una responsabilidad ética, que consiste en garantizar la protección y el cuidado de los recursos humanos.

Asimismo, Morales et al (2021), dan cuenta de que el cuidado grupal implica que tanto el grupo de trabajo como la institución tienen la responsabilidad de fomentar formas de trabajo e interacciones saludables y garantizar las condiciones laborales adecuadas para que ello suceda, disminuyendo así los riesgos psicosociales y el desgaste laboral. Estas medidas son posibles a través de líderes eficientes que reconocen la importancia de generar dispositivos grupales que protejan a los trabajadores, así como la implementación de acciones preventivas y la proporción de apoyo a todo el personal ante situaciones de desgaste.

Organismos como la OMS (2022), recomiendan tratar los riesgos psicosociales a través de intervenciones organizacionales que incluyen el fortalecimiento del trabajo en equipo y la mejora de la comunicación entre sus integrantes. Asimismo, sugieren disminuir la carga laboral para reducir el malestar y optimizar los resultados relacionados al desempeño laboral.

Por último, cabe mencionar la Ley 2578 de CABA, que establece un marco para la prevención, detección precoz y rehabilitación del síndrome de desgaste laboral crónico en los trabajadores de la salud. En su artículo 4, propone la creación de un programa que incorpore prácticas que incluyan acciones de promoción y prevención, orientadas a abordar los factores que pueden desencadenar dicho síndrome. Asimismo, promueve la creación de

equipos de trabajo interdisciplinarios en los espacios laborales para reflexionar e identificar sobre los factores de riesgo, fomentar el apoyo mutuo y desarrollar estrategias conjuntas para gestionarlo. Lo destacable es que define que estas actividades deberían ser obligatorias, regulares y realizadas durante el horario laboral, sin tener carácter terapéutico.

Por lo tanto, en el marco de esta investigación, se entiende que el cuidado de los equipos de salud no es un acto individual, sino más bien una práctica colectiva dentro del contexto laboral, que debe impulsarse a través de estrategias que fomenten el encuentro y el diálogo, rompiendo con el aislamiento que impone la sociedad contemporánea. La creación de espacios dentro de la institución, que alojen las subjetividades de los trabajadores, y que fomenten la contención, el apoyo mutuo y el sentido de pertenencia dentro de los equipos, contribuyen a la promoción de la salud y al bienestar de los profesionales y la prevención del BurnOut y otros riesgos psicosociales.

2.5 Musicoterapia

2.5.1 Musicoterapia en el ámbito de la prevención y promoción de la salud

Diferentes disciplinas pueden contribuir a crear espacios de cuidado que promuevan la salud de los profesionales, cada una aportando desde su especificidad y recursos. Una de ellas es la Musicoterapia, cuya práctica según la Ley N° 27153 de Ejercicio profesional de la Musicoterapia, incluye “actuar sobre la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y de la comunidad a partir de las experiencias con el sonido y la música” (art.6, 2015).

Si bien existen diversas definiciones de Musicoterapia, en esta investigación se adopta la propuesta por la Federación Mundial de la Musicoterapia (2011), que la describe como:

el uso de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía, armonía) realizado por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene como fin desarrollar potencialidades y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento. (citada en ASAM, 2019)

A los fines de este trabajo, se destaca de la definición anterior la capacidad del musicoterapeuta para trabajar con grupos, sobre la prevención y promoción de la salud, para optimizar la calidad de vida, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales,