

EXPERIENCIAS en PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

Bárbara Zas Ros

EXPERIENCIAS en PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

Bárbara Zas Ros



ALFEPSI
EDITORIAL

Edición

Vivian Lechuga

Diseño interior y cubierta

Manuel Calviño

© Bárbara Zas Ros, 2016.

©Sobre la presente edición:

Editorial ALFEPSI, 2016.

ISBN 978-607-96454-3-4



Otra producción colectiva desde la praxis
de la Psicología de la América Latina

ISBN: 978-607-96454-3-4



INDICE

PREFACIO

p. 4

PRIMERA PARTE

CUESTIONES BÁSICAS EN PSICOLOGÍA HOSPITALARIA.

Dimensiones esenciales de referencia en la inserción de la Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario.

1. La Psicología de la Salud en ámbitos hospitalarios.
Dimensiones de referencia.

p. 8

1.1 Resumen de los principales hitos del desarrollo de la psicología hospitalaria en el campo de la psicología de la salud.

p. 16

2. La institución hospitalaria como dimensión de referencia para el desarrollo del trabajo de la psicología hospitalaria.

p. 20

2.1 Observación y referencia a la institución como ámbito.

p. 21

2.2 Actuación sobre los procesos y peculiaridades del ámbito institucional.

p. 25

2.3 La organización de los servicios psicológicos en los hospitales.

p. 27

3. El paciente hospitalizado como dimensión de referencia para el desarrollo del trabajo de la psicología hospitalaria.

p. 30

3.1 La situación de hospitalización y sus consecuencias en el paciente ante diferentes servicios y procedimientos médicos.

p. 31

3.2 El rol de paciente hospitalizado

p. 36

3.3 La Prevención de efectos secundarios: relación paciente-familia-equipo de salud.

p. 37

4. El psicólogo como dimensión de referencia para el desarrollo del trabajo de la psicología hospitalaria.

p. 39

4.1 Principios generales para las prácticas de intervención en las diferentes dimensiones de trabajo presentadas. Competencias fundamentales y necesarias a desarrollar por el psicólogo para el abordaje de su trabajo en el ámbito hospitalario.

p. 39

SEGUNDA PARTE

REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA.

La psicología en las instituciones, y la psicología de las instituciones. p. 50

La psicología en las instituciones de salud... p. 59

Prevención institucional: una tarea perspectiva... p. 67

Yo psicólogo en primera persona (dos talleres y una señal) p. 79

La muerte enmudecida... p. 90

La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. p. 98

“El hospital para nosotros”: propuesta de un manual para usuarios hospitalizados en un hospital clínico quirúrgico. p. 109

La supervisión clínica: una necesidad de desarrollo de los psicólogos de la salud en Cuba. p. 146

Psicología de la salud y gestión institucional. p. 161

BIBLIOGRAFÍA p. 193

Prefacio

¿A quién le gusta ir a un hospital? La respuesta inmediata a esta pregunta es: a nadie. Incorrecto. Los que aprenden a amar el trabajo en los hospitales gozan del privilegio de acudir diariamente, gustosos de hacerlo. Durante dieciocho años yo disfruté de esa oportunidad. Oportunidad que se convertiría con el paso del tiempo en una de las mejores experiencias de aprendizaje profesional que he tenido.

Pero estas convicciones conformadas hoy, atravesaron un largo camino lleno de incertidumbres, dudas, incomprensiones, frustraciones, errores, fracasos, falta de orientación, miedos. Un largo camino que fue necesario, pero que hubiera podido ser menos "tortuoso".

Por eso, cuando veo que un joven psicólogo/a se decide a iniciar su vida laboral en un hospital, lo miro con orgullo, con respeto, y le recomiendo: "ha sido una buena elección, pero antes de dar los primeros pasos, es importante que estudies y revises algunos puntos de partida básicos".

Este libro pretende entonces brindar una primera orientación y aproximación al tema de la Psicología Hospitalaria, visto desde un esquema ordenador inicial que le permita al principiante en este campo ubicarse lo más rápido posible en los principios esenciales de esta importante área de trabajo de la Psicología de la Salud.

Cuando nos insertamos a trabajar en una institución hospitalaria, nos enfrentamos como profesionales, a tres grandes inconvenientes y desventajas

con respecto al resto de los otros profesionales que laboran en él: primero, no hemos tenido básicamente una formación o adiestramiento previo en hospitales, salimos de las aulas a las salas de hospitalización, a diferencia de los médicos o enfermeras que desde los primeros años de la carrera conviven en este medio durante mucho tiempo. Segundo: en ningún hospital se ha concebido desde su organización, o estructura física, la presencia de servicios de psicología, por lo tanto, en el mejor de los casos, somos percibidos como otro especialista con el cual a veces, o en situaciones extremas, podemos contar, pero que no es imprescindible para garantizar las principales acciones de este tipo de instituciones. Tercero y como resultado de las dos anteriores, no siempre nos necesitan, por lo que la producción de necesidades de nuestro rol, debemos generarlas nosotros mismos, y demostrarlas.

Una buena noticia relacionada con esta última desventaja: cuando nos hacemos necesarios, nos convertimos en imprescindibles, y ese es el reto que debemos vencer. Por esto, en cuestiones de Psicología Hospitalaria el tiempo es oro, la agilidad en la toma de decisiones, la precisión en el tipo de intervenciones y de diagnósticos a realizar, la capacidad de comunicarnos con otros especialistas entendiendo y utilizando sus códigos, sin renunciar a los nuestros, el conocimiento de las dinámicas hospitalarias, se convierten en competencias básicas que debemos ir formando de forma consciente y dirigida, en todos aquellos psicólogos que se inician en este apasionante trabajo.

Tuve brillantes profesores que me enseñaron a trabajar en un hospital, brillantes colegas con los que crecí día a día, pero no tuve un esquema organizador inicial e integrador que me permitiera agilizar procesos y optimizar el tiempo de este aprendizaje. Por eso, aunque ya hoy no trabajo en un hospital, me siento con la responsabilidad de transmitir estas primeras lecciones.

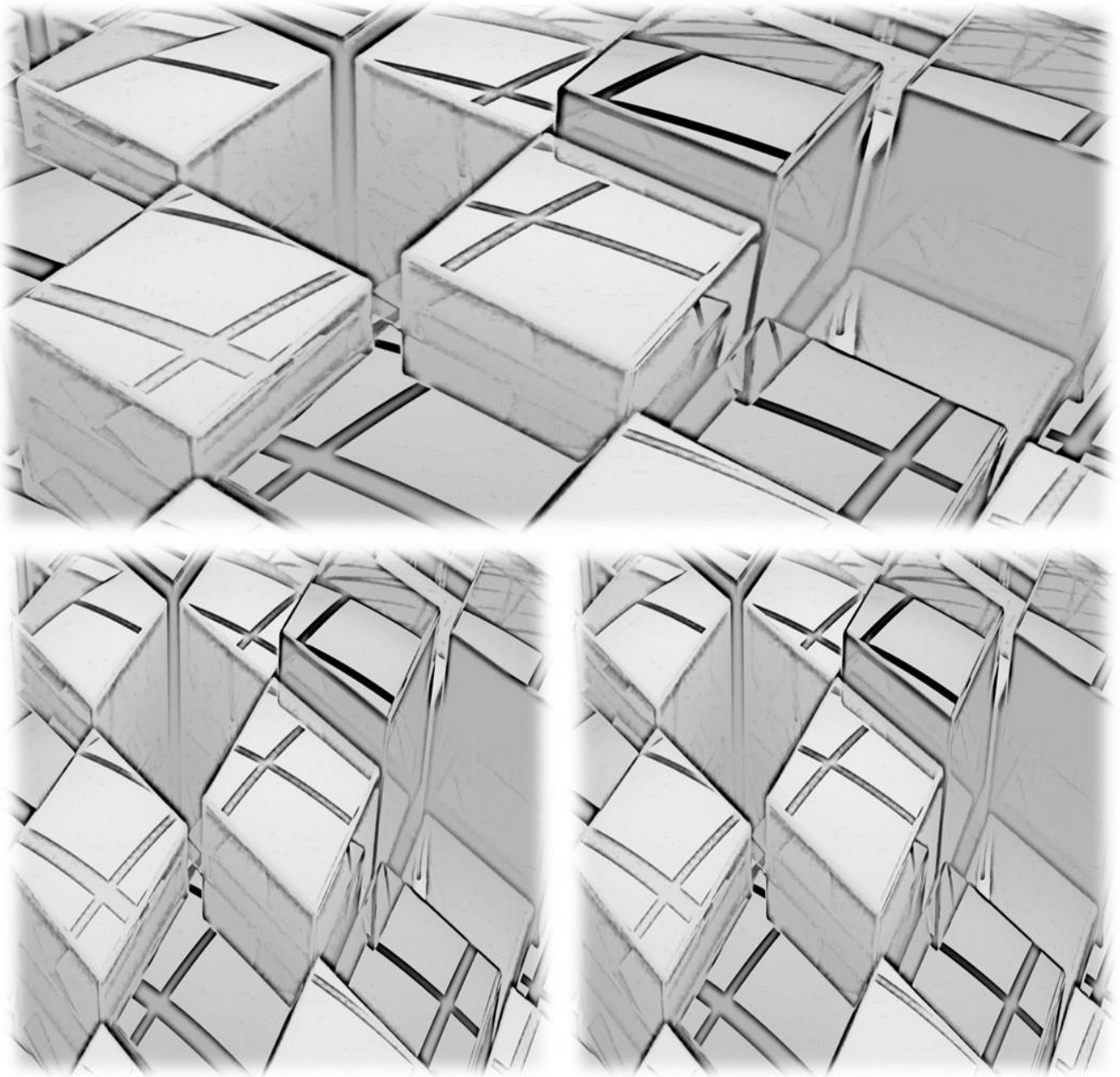
El libro está dividido en dos partes: en la primera se presenta el esquema teórico-metodológico de partida, y la descripción de las dimensiones esenciales, y en la

segunda parte aparecen expuestos, una selección de diferentes trabajos que fui produciendo en el transcurso de esos dieciocho años, y que expresan mi visión personal en desarrollo acerca del trabajo del psicólogo en las instituciones hospitalarias.

A mi grupo del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, La Habana, Cuba, dedico estas páginas, a los que hoy siguen laborando en los hospitales de Cuba y de Latinoamérica.

BÁRBARA ZAS ROS

PRIMERA PARTE



CUESTIONES BÁSICAS EN PSICOLOGÍA HOSPITALARIA.



Dimensiones esenciales de referencia en la inserción de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario

1. La psicología de la salud en ámbitos hospitalarios. Dimensiones de referencia.

*El hospital es un gigantesco edificio cruzado de corredores,
donde nunca es de noche ni cambia la temperatura,
el día se ha detenido en las lámparas y el verano en las estufas.
Las rutinas se repiten con majadera precisión...*

ISABEL ALLENDE

La historia de la Psicología de la Salud no puede hacerse ya sin dejar de tener en cuenta el desarrollo que esta especialidad ha tenido en Latinoamérica, y sin dejar de nombrar los primeros trabajos de Psicología Hospitalaria en Brasil en la Clínica Ortopédica y Traumatológica de la Universidad de São Paulo que realizara Matilde

Neder en el año 1954 (Angerami, y cols. 1996-1). Brasil es el primer país que inicia el trabajo del psicólogo en el nivel de salud hospitalario, normando sus principales funciones. Cuba se convirtió en el primer país desde el año 1968 donde se reconoció al psicólogo ocupando posiciones en el nivel de las políticas centrales de un Ministerio de Salud con la creación del Grupo Nacional de Psicología de Cuba como instancia asesora en el Ministerio Nacional de Salud Pública (MINSAP), con funciones normativas y de asesoría técnica, y donde por primera vez se insertan a trabajar psicólogos en la atención primaria de salud en 1969 (Hernández, Grau, 2005).

Cuando en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud celebrado en La Habana en el año 2005 se le entregó el Premio Latinoamericano de Psicología de la Salud a la ya nombrada Matilde Neder, muchos de los que tuvimos la dicha de estar presentes en ese acto, vivenciamos y reconocimos lo justo de dicha entrega. Cuando cincuenta años después leemos la conferencia que ella dictara en 1959, en el Primer Seminario del Instituto de Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, nos damos cuenta de su asombrosa capacidad anticipatoria, al describir de una forma pionera, las principales tareas que un psicólogo debía emprender en el contexto hospitalario (Angerami, 1996-1) y que se resumen en las siguientes:

- Determinación y conocimiento de las condiciones intelectuales de personalidad, intereses, aptitudes, habilidades específicas del paciente, a fin de que el equipo de salud conozca sus habilidades, potencialidades y limitaciones.
- Colaboración con todos los miembros del equipo de salud, definiendo además qué aporte podría dar cada uno de ellos para un mejor trabajo psicológico con el paciente.
- Asistencia psicológica a los pacientes.
- Contacto con la familia del paciente, esclareciendo sobre sus condiciones.

- Investigaciones psicológicas.
- Entrenamiento de otros psicólogos.
- Instrucción y asistencia psicológica a diferentes especialidades médicas.
- Trabajo personal del psicólogo en su formación y autoreconocimiento de límites.

El diseño de tareas a realizar por un psicólogo en una institución hospitalaria parece ser algo bastante reconocido y consensuado en la actualidad. Como ejemplo pudiéramos hacer referencia a los lineamientos fundamentales de trabajo del psicólogo en un hospital que aparecen en el libro *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* - (Duque, Grau, et al, 2005, p. 307). Estos definen que un psicólogo hospitalario puede y debe:

- Conocer los aspectos motivacionales y de comportamiento preventivo del hombre en su estado de salud: creencias, estilos de vida, redes de apoyo.
- Estudiar los aspectos psicosociales que intervienen en la aparición de la enfermedad "somática", como las reacciones emocionales ante el estrés.
- Conocer las respuestas psicológicas ante la enfermedad y la hospitalización, reacciones ante situaciones de larga estadía, incapacidad y muerte.
- Manejar la historia clínica de los pacientes como fuente de información de diagnóstico, procedimientos médicos y observaciones del equipo de salud. Debe reflejar de manera comprensible en dicho documento el diagnóstico realizado y el proceder psicoterapéutico.
- Efectuará evaluación y diagnóstico psicológico de pacientes con las más diversas enfermedades.
- Realizará entrevistas necesarias a pacientes, familiares y personal de salud.
- Dirigirá y participará en diversas actividades de atención psicológica mediante manejo psicoterapéutico de diferente tipo (individual, grupal, de pareja) y con las más variadas modalidades psicoterapéuticas.

- Realizará grupos educativos con diversos grupos de enfermos para lograr una adecuada adaptación a la enfermedad y disminución de riesgos.
- Participará en las discusiones colectivas de casos en los servicios médicos.
- Participará en el proceso de rehabilitación de los enfermos.
- Desarrollará tareas de evaluación psicológica con fines de peritaje.
- Participará en estudios y tareas de educación para la salud que requieran de asesoría del psicólogo.
- Atenderá las dificultades emocionales del personal médico y de enfermería que trabaja con determinados grupos de pacientes y en diversos tipos de unidades asistenciales.
- Conocerá factores psicosociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud, así como el nivel de satisfacción con los servicios recibidos y los evaluará.
- Conocerá factores psicosociales que intervienen en la prestación de los servicios de salud, tanto de la comunicación y relación médico-paciente como del equipo de salud y su vínculo con la satisfacción laboral.
- Tendrá en cuenta aquellos factores que favorecen o no la adherencia terapéutica a los tratamientos.
- Participará en la selección del personal, tanto de médicos como enfermeras, en aquellas áreas de trabajo que lo requieran.

Sin embargo, este conocimiento no ha permitido garantizar un desarrollo nivelado de la Psicología Hospitalaria en América Latina. En muchos países la sola idea de pensar en el trabajo de un psicólogo en una institución hospitalaria es un lujo que no pueden darse los administradores de salud, pues sencillamente los presupuestos no son ni tan siquiera suficientes para garantizar el funcionamiento de los servicios básicos de estas instituciones. En Brasil, Cuba, y en algunas instituciones de México y Colombia, el psicólogo de la salud se ha ido abriendo paso en el trabajo en hospitales, existiendo experiencias de servicios o

departamentos de psicología que abarcan diferentes tipos de pacientes y modalidades de atención, pero aún prevalece con más frecuencia la presencia de psicólogos integrados a equipos de salud mental cuya función principal es la atención de los pacientes psiquiátricos ubicados en diferentes situaciones clínicas o en algunos casos pacientes portadores de enfermedades crónicas.

Un resumen de los principales hitos del desarrollo de la Psicología Hospitalaria en el campo de la Psicología de la Salud, presentado en forma de esquema, lo pueden consultar al final de este acápite, como material integrador de todos estos años de labor y aportes de los diferentes profesionales latinoamericanos que se han dedicado a este campo de trabajo. (Ver 1.1)

El siguiente email que recibí hace unos meses de un colega mexicano resume muy bien este aspecto que acabamos de mencionar:

Me encantó y gusto el artículo "La Psicología en las Instituciones de Salud", le escribo desde México, lamentablemente la mayoría de los psicólogos por no decir casi todos, se dedican a trabajar en forma particular o en alguna institución de salud, en las enfermedades tradicionales neurosis, depresión etc. Hace falta abrir camino para trabajar con pacientes crónico-degenerativos, y darle mas valor al papel del psicólogo dentro de las instituciones de salud, en donde trabajo me permiten participar con hipertensos y diabéticos, lamentablemente la participación más importante es la del médico, nutricionista, trabajadora social, y el fisioterapeuta, porque así está establecido el programa en las instituciones, el psicólogo ni siquiera pinta, la cuestión de las emociones las dejan a un lado, como si no fueran importantes, para mí son casi un 95 % para el cuidado adecuado de la enfermedad, le felicito por su artículo y quisiera pedirle de favor si me permite mencionar su artículo, estoy haciendo un trabajo de tesis sobre la

hipertensión y su relación con la psicología, estoy buscando distintos trabajos y enfoques...

Una estrategia de desarrollo de la psicología en el contexto hospitalario, debe partir del reconocimiento de las limitaciones que han estado frenando este campo de trabajo, las cuales pudieran resumirse en las siguientes (Chiattonne, 2000):

- En el intento de demarcar una nueva estrategia de la Psicología de la Salud en el contexto hospitalario, se han descrito tareas en las diferentes áreas marcadas por la medicina y no por el propio desarrollo de los conceptos psicológicos.
- Las nuevas estrategias se han desarrollado en otros casos por las tendencias psicológicas de moda que cada grupo de trabajo ha ido desarrollando.
- Múltiples paradigmas al interno de la psicología, a lo que se le suma la complejidad del resto de las disciplinas que interactúan en el contexto hospitalario.
- Se impone como necesidad para su desarrollo el reconocimiento de su pluralidad y diversidad.
- La pluralidad y diversidad viene dada por: varias áreas de trabajo, múltiples recursos metodológicos, varios lenguajes, múltiples problemas y varias tentativas de fundamentación teórica a través del ejercicio descriptivo de tareas.
- Las consecuencias de esta pluralidad y diversidad ha sido: dificultad en la definición de perspectivas teóricas, dicotomía entre fundamentos teóricos y la práctica, conflictos en las tentativas de inserción en los equipos, conflictos entre los propios grupos de psicólogos, dificultades en la legitimización de los espacios psicológicos en las instituciones de salud.

En Brasil la subcomisión de psicología hospitalaria del Consejo Regional de Psicología 06-CRP definió tres propuestas de acción para el desarrollo de la Psicología Hospitalaria (Chiattonne, Sebastiani, 1991):

- Definir con más claridad el campo de acción del psicólogo hospitalario y sus especificidades.
- Estimular y difundir los trabajos de investigación y enseñanza en esa área.
- Iniciar un trabajo permanente de diseminación y divulgación de las perspectivas junto a las instituciones hospitalarias, profesionales de salud y autoridades competentes.

Intentando entonces aportar una sistematización y una experiencia que ayude al proceso de formación de competencias de los futuros psicólogos hospitalarios les propongo de una forma sintética y resumida esta guía de trabajo o modelo que parte de tres dimensiones esenciales, con un criterio unificador: resultan dimensiones imprescindibles que se imponen desde una necesidad pragmática: NO DEBEN DEJAR DE TENERSE EN CUENTA EN EL ABORDAJE DE LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA.

Esta guía de trabajo es el resultado de una integración basada fundamentalmente en los aportes realizados por los psicólogos de la salud en Cuba que se han dedicado al campo de la Psicología Hospitalaria (Grau, Más, Martín, 1987; Grau, Cunil, Martín, Más, Duque, Zas, 1996) y los aportes realizados por la psicología hospitalaria brasileña (Angerami, y cols. 1987, 1996, 1998, 1999, 2000; Chiattonne, Sebastiani, 1991; Chiattonne, 2000). El placer de conocer de cerca el trabajo de los psicólogos de la salud brasileiros (Ricardo Werner Sebastiani, Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne, entre otros) que se han dedicado al campo de la Psicología Hospitalaria y el descubrimiento de abordajes, problemáticas y soluciones en caminos paralelos a los existentes en Cuba resultó

ser un hecho que nos ha permitido identificar mucho mejor los puntos esenciales de trabajo y el abordaje de la Psicología Hospitalaria en Latinoamérica.

La inserción de la Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario debe desarrollarse partiendo siempre de tres dimensiones esenciales de referencia: **la institución hospitalaria, el paciente y el psicólogo** (Fig. 1). Detengámonos entonces a partir del próximo acápite, en cada una de ellas.



Fig. 1. Dimensiones esenciales de referencia en la inserción de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario.

1.1 Resumen de los principales hitos del desarrollo de la psicología hospitalaria en el campo de la psicología de la salud.

Desarrollo histórico en Latinoamérica y a nivel mundial.

1954- Matilde Neder inicia los primeros trabajos de Psicología hospitalaria en Brasil en la Clínica Ortopédica y Traumatológica de la Universidad de São Paulo.

1957- Matilde Neder inicia el trabajo con los pacientes portadores de deficiencias físicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo.

1959- Dicta conferencia en el Primer Seminario del Instituto Nacional de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo, donde marca las pautas iniciales de las tareas de un psicólogo en una institución hospitalaria.

1966- Ubicación de tres de los primeros psicólogos egresados en cátedra de Ciencias Sociales de la Escuela de Salud Pública de Cuba.

1968- Creación del Grupo Nacional de Psicología de Cuba como instancia asesora en el MINSAP, con funciones normativas y de asesoría técnica.

1969- Ubicación de los primeros psicólogos cubanos en los Policlínicos Integrales.

1974- George Stone propone el término de Psicología de la Salud en nuevo currículo de Psicología en California. La Universidad de Minnesota propone el programa doctoral Health Care Psychology.

1974- Belkis Wilma Romano crea un servicio de psicología en el Instituto Cardiovascular del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo.

1974- Creación de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud y trabajo de los psicólogos en el modelo de atención de Medicina en la Comunidad en calidad de profesores interconsultantes.

1976- Primer curso en pregrado sobre “Actuación del psicólogo en el hospital” por Belkis Wilma Romano en la Universidad Católica de São Paulo.

1978- Aparece el *Boletín de Psicología* del Hospital Psiquiátrico de La Habana y la revista *Actualidades*.

1978- Surge la División 38 “Health Psychology” de la APA.

1979- Se publica el primer libro de Stone, Cohen y Adler de Psicología de la Salud.

1979- Trabajos en Brasil sobre integración de la familia con el equipo médico en el paciente terminal y estudios de Tanatología en el contexto hospitalario.

Década del 80

Esta década se caracterizó por un desarrollo creciente en los diferentes países de esta nueva disciplina, que permitió un intercambio posterior en la década del 90 desde diferentes aproximaciones teóricas, metodológicas y organizativas.

Década del 80. Cuba

1983- Se crea el primer Servicio de Psicología en Cuba en un hospital clínico quirúrgico (“Hermanos Ameijeiras”). Posteriormente se crean otros servicios en estas instituciones.

1984- I Seminario Internacional de Psicología en la Atención Primaria, los psicólogos en Cuba se insertan en modelo de Medicina Familiar como profesores interconsultantes en los Grupos Básicos de Trabajo en los Policlínicos.

1989- Se elabora en Cuba un Programa de Desarrollo de la Especialidad como plataforma de acciones hasta el año 2000.

Década del 80. Brasil

1981- Primer curso de especialización en Psicología Hospitalaria en el Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo.

1982- Inicio del trabajo con pacientes mastectomizadas, proyecto de madre acompañante.

1983-1985-1988- I, II y III Encuentros Nacionales de Psicología Hospitalaria.

1984- Se publica el libro de Valdemar A. Angerami *Psicología Hospitalaria. Actuación del psicólogo en el contexto hospitalar*.

1988- Se publica el libro de Valdemar A. Angerami *Psicología en el Hospital*.

Década del 80. Colombia

1983- Apertura de servicios de psicología de la salud en el hospital militar.

1989- Se inicia la especialización de la Psicología de la Salud en la Universidad Nacional de Colombia.

Década del 80. México

1986- Se publica el primer libro en español sobre Psicología de la Salud. (Torres, Beltrán)

1987- la Secretaria de Salud y la UNAM firman convenio para la formación de psicólogos de la salud en postgrado.

Se desarrolla la psicología hospitalaria, el trabajo multidisciplinario en la educación para la salud, prevención y promoción.

Década del 80. EE.UU. y Europa

1982- Se comienza a editar la revista *Health Psychology* en EEUU.

1986- Se crea la Sociedad Europea de Psicología de la Salud.

1989- Aparece en España la revista *Psicología de la Salud* (Rodríguez Marín).

Década del 90

1990- Se crean la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud y la Sociedad Venezolana de Psicología de la Salud.

1991- Se publica el primer ejemplar de la *Revista de Psicología Hospitalaria* en Brasil.

1992- Se inician los Congresos de Psicología Hospitalaria en Brasil que se desarrollan hasta la actualidad.

1993- Se funda la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

1993- Comienza en Cuba Maestría en Psicología de la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública.

1995- Comienza especialización en Psicología de la Salud en Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (en 1997 egresan los primeros noventa y dos especialistas).

Se desarrollan múltiples congresos nacionales e internacionales, se publican nuevas revistas de psicología de la salud, madurez de la especialidad y reconocimiento internacional.

En la actualidad existen más de 40 000 psicólogos en Latinoamérica que trabajan en el área de salud.

2. La institución hospitalaria como dimensión de referencia para el desarrollo del trabajo de la psicología hospitalaria.

Bleger en su conocido libro *Psicohigiene y Psicología Institucional* plantea la siguiente idea que puede servirnos de punto de partida en el análisis de esta dimensión:

...una institución no es solo el lugar donde el psicólogo puede trabajar, es un nivel de su tarea. Cuando ingresa a trabajar en una institución... lo primero que debe hacer es no abrir un gabinete, ni laboratorio, ni consultorio para la atención de los individuos enfermos que integran la institución. Su primera tarea es investigar y tratar la institución misma; ese es su primer cliente, el más importante... Se debe examinar la institución desde el punto de vista psicológico: sus objetivos, funciones, medios, tareas, etc.; los liderazgos formales e informales, la comunicación entre los status... En este orden de cosas el psicólogo es un especialista en tensiones de la relación o comunicación humana, y este es el campo específico sobre el que debe actuar. (Bleger, p.38, 1994)

La institución hospitalaria como dimensión de trabajo de la psicología hospitalaria, abarca dos niveles fundamentales de ejecución de las tareas que deben tenerse en cuenta en la organización de los servicios psicológicos en los hospitales. El primero sería la observación y referencia a la institución como ámbito y el segundo sería la actuación sobre los procesos y peculiaridades del ámbito institucional (Fig. 2).



Fig. 2. Dimensión institución y sus niveles esenciales.

Presentaremos a continuación cada uno de estos niveles de ejecución de las tareas dentro de la dimensión de institución hospitalaria.

2.1. Observación y referencia a la institución como ámbito

Los hospitales tienen especificidades y procedimientos institucionales propios que debemos conocer, estudiar y tener en cuenta a la hora de organizar nuestro trabajo como psicólogos o como grupo de psicólogos o en la máxima aspiración como servicio de psicología dentro de un hospital. Algunas de estas peculiaridades son:

- Los hospitales como organización funcionan en dependencia de la estructura de los sistemas nacionales de salud en los que se encuentran insertados.
- Son instituciones de un alto nivel de complejidad en su organización.
- Son unidades de prestación de servicios, con oferta de diferentes tipos de servicios, cada uno de ellos con diferentes niveles de complejidad.

- Son unidades donde se custodia, se investiga, se experimenta y se indican y realizan tratamientos.
- Tienen varios niveles de mando: médico, enfermería y administrativo, que implican una complejidad en los procesos de comunicación de la organización.
- La dinámica de trabajo es de tiempo limitado y cambio constante de actividad.
- Presenta también rutinas de trabajo de obligatorio cumplimiento sistemático. Ej.: Pases de visita, completar historias clínicas.
- Es un espacio institucional que ofrece “resistencia” al psicólogo, era un profesional que no estaba “previsto en sus diseños originales”.

Los procedimientos institucionales básicos de los hospitales y las formas en las que ellos se organizan más frecuentemente son:

- Pases de visita y discusiones de casos.
- Realización de interconsultas.
- Grupos multidisciplinarios de atención e investigación.
- Comités hospitalarios.

Este conocimiento es una condición básica e inicial para poder diseñar cualquier tipo de tarea o inserción del trabajo psicológico en este contexto. Valdemar Augusto Angerami (1987) señala que para poder organizar el trabajo del psicólogo hospitalario se deben investigar de inicio los siguientes indicadores institucionales:

I. Elementos institucionales.

1. Estructura estática: Es la estructura física de la institución, en ella debemos observar las distintas unidades de funcionamiento del hospital y su disposición espacial.
2. Estructura dinámica. Es la estructura de funcionamiento, la dinámica de las relaciones interpersonales. Este análisis permite conocer los aspectos

inherentes a las relaciones entre los profesionales que interactúan en la institución. Contiene los siguientes elementos:

- a. Tipo de hospital: Si ofrece servicios públicos o privados, si ofrece docencia y de qué tipo.
- b. Vínculo del hospital con la comunidad: Qué tipos de pacientes son atendidos y de dónde proceden.
- c. Vínculo de los médicos con la institución: especialistas, internos, residentes, tipos de contrato de trabajo que poseen.
- d. Interacción del equipo médico con los demás profesionales de salud: Si es satisfactorio o no, si se realizan reuniones entre ellos, cómo fluye la información.
- e. Multidisciplinariedad de las áreas: Si existe o no un tratamiento integral del paciente, si se conoce qué puede aportar cada especialista al objetivo común del trabajo con el paciente.
- f. Trayectoria hospitalaria del paciente: Es el camino que el paciente recorre desde su arribo a la institución, si se le realizó antes su diagnóstico de forma ambulatoria, si va a ser intervenido quirúrgicamente, pronóstico, expectativas del equipo médico con su caso. Esto define en cuáles acciones puede intervenir el psicólogo y en qué o cuáles momentos su actuación es más necesaria.
- g. Tipos de patologías atendidas en el sector: Conocer toda la variedad de patologías para poder colaborar en la atención con conocimientos adecuados a las diferentes situaciones de enfermedad existentes.
- h. Criterio de hospitalización: Si es por urgencia, chequeo, investigación. Cada criterio determinará un proceder por el psicólogo diferente.
- i. Criterios de alta hospitalaria: Estos determinan el tiempo promedio del paciente en la institución y su trayectoria posterior al alta, lo que permite diseñar estrategias de trabajo del personal de psicología.

- j. Criterios de visitas: Horarios de visitas del personal médico, de los familiares que permiten organizar los horarios de trabajo o las observaciones necesarias para las intervenciones.
- k. Vínculo médico-paciente: Si es o no satisfactorio, comunicación adecuada, empatía, claridad y precisión de las informaciones médicas. Esto es un aspecto muy importante a tener en cuenta como posible objetivo de trabajo en un servicio de psicología.
- l. Vínculo paciente-hospital: A través de qué vías el paciente llega al hospital, las reacciones más frecuentes frente a la hospitalización (que estudiaremos en el eje paciente).
- m. Vínculo paciente-equipo de salud: Relaciones éticas que se establecen, humanización de este vínculo, si es satisfactorio o no, si hay coordinación entre todos los miembros del equipo.
- n. Vínculo de un servicio particular en el que se va a insertar el psicólogo con el resto de los servicios del hospital: Definir cuáles son los servicios con los que existen más relaciones, de qué tipos y cómo funcionan, para valorar los límites de nuestras acciones.
- o. Vínculo del servicio con otras áreas de salud que no pertenecen al hospital: Definir cuáles son estas áreas con los que existen más relaciones y qué tipos de relaciones, cómo funcionan, para valorar los límites de nuestras acciones.
- p. Expectativas o perspectivas de desarrollo que tiene el servicio sobre el trabajo del psicólogo en él: Qué esperan de la intervención psicológica, qué demandan, ajuste de demandas.

Teniendo en cuenta los indicadores anteriores, se puede proceder a elaborar una estructuración y organización del servicio de psicología que se va a brindar en cada unidad, la cual, por ejemplo, puede contener:

- Actuaciones junto al paciente.
- Actuaciones junto a la familia.
- Actuaciones junto al equipo de salud.
- Actuaciones en situaciones específicas.

2.2. Actuación sobre los procesos y peculiaridades del ámbito institucional

Algunas de las tareas más importantes que se han acometido por la psicología hospitalaria sobre los procesos y peculiaridades del ámbito institucional pudieran resumirse en:

- Utilización de los servicios de salud: Cómo la población utiliza los servicios de salud (Taylor, 1991) y cómo promover un mejor uso de estos, así como su mayor explotación.
- Estudios de satisfacción de clientes internos y externos en salud: aplicación sistemática de encuestas a pacientes, familiares y personal de la salud, referidas a los temas de satisfacción con los servicios recibidos, y satisfacción laboral del personal de salud (March, Prieto, Hernán 1992; Rico 1998; Zas, 2002-2)
- Entrenamiento de grupos profesionales: Se ha trabajado con diferentes equipos de salud, conformación de grupos multidisciplinarios, entrenamiento en habilidades para el enfrentamiento y prevención del estrés (Zas, Martín, Rial, Grau 1995; Chiattonne 2000), el trabajo grupal encaminado a la protección de la salud mental de los profesionales de la psicología mediante la organización de acciones de supervisión (Telles, Wanderley, 2000), entre otras tareas.
- Comunicación e información a los usuarios de los servicios de salud: Se han abordado los sistemas de comunicación con los usuarios (Programa de desarrollo 2000. Psicología de la Salud. 1987), comunicación y promoción

de salud (Renaud, Caron-Bouchard 1999), mejora en los sistemas de información a pacientes y acompañantes (Zas, 2004), entre otras.

- Diagnóstico y prevención de enfermedades profesionales: Estudios sobre la manera en que se organizan las percepciones, presunciones y decisiones que toman las personas acerca de los riesgos a los que están expuestos o a los que exponen a otros en el medio laboral, se han desarrollado múltiples investigaciones sobre la presencia del Síndrome del Burnout en el personal de salud por las repercusiones que este está teniendo en la calidad de la prestación de los servicios (Hernández 1995; Grau, Chacón 1999; Román 2003).

Estas tareas se han diseñado o pudieran diseñarse partiendo esencialmente de acciones de gestión y prevención institucional (Zas, 1997-2, 2006). Algunas reflexiones que sobre estos temas desarrollé, se presentan en dos de los artículos que aparecen en la segunda parte de este libro.

Partiendo entonces de las especificidades del ámbito hospitalario y de la actuación sobre sus principales procesos institucionales es que se puede iniciar el proceso de acometer la organización de los servicios de Psicología, que constituye en sí misma una tarea institucional que por su importancia y nivel de desarrollo amerita detenernos brevemente por ser no solo “el sueño dorado” al que aspiran los psicólogos que trabajan en este ámbito, sino porque ha sido una realidad y un hito posible y realizable en algunas experiencias como la cubana y la brasilera. La definición metodológico-organizativa del objeto, funciones y tareas de un Servicio de Psicología en una institución hospitalaria constituye una experiencia de trabajo acumulada que debe ser dada a conocer y que puede servir de fundamento para su continuidad en otros países (Neder, 1967; Grau, Cunil, Martín, Mas, Duque, Zas, 1996; Angerami *et al*, 1987, 1996, 1998, 1999, 2000).

2.3. La organización de los servicios psicológicos en los hospitales.

El trabajo de la psicología en las instituciones hospitalarias alcanza su máximo desarrollo cuando existe un órgano que brinda una metodología de acción coordinada que facilita la regulación, planificación y evaluación de todas las actividades relativas a la atención psicológica que se efectúa en dicha institución. Este órgano lo constituye el Servicio de Psicología, el cual debe cumplir por igual con todas las condiciones, organización y funcionamiento que el resto de los servicios del hospital. Los objetivos fundamentales que persigue la organización de un servicio o departamento de psicología en un hospital son los siguientes (Grau, J, Cunil C, Martín M, Mas M, Duque A, Zas B, 1996):

- Contribuir a la integridad de la atención que brinda el hospital, mediante la atención psicológica en lo que se refiere a profilaxis, diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades, así como de sus secuelas o desviaciones en el proceso de rehabilitación.
- Contribuir al avance del conocimiento científico en lo que se refiere al papel que desempeñan, proceso, estados psíquicos y propiedades de la personalidad en la aparición y evolución de las enfermedades más frecuentes.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de estos a las aspiraciones y las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.
- Colaborar en la formación de psicólogos, médicos, enfermeras y técnicos.
- Elaborar proyectos, normas de trabajo en este nivel, metodologías específicas para la investigación psicológica en campos o especialidades médicas.

Para lograr estos objetivos generales, los psicólogos en los hospitales deben desarrollar funciones asistenciales, docentes e investigativas, además de algunas actividades de asesoría y administrativas. Las dimensiones presentadas en este trabajo pueden servir de orientación para el diseño de estas funciones en las particularidades de las diferentes instituciones hospitalarias.

Por su utilidad e importancia como instrumento que garantiza un seguimiento de los casos atendidos en hospitalización y consulta externa, y en la optimización de la calidad de la atención psicológica, uno de los elementos esenciales en la organización de los servicios psicológicos en los hospitales es la información psicológica que se brinda en las historias clínicas, como documento de trabajo e intercambio con el resto del personal de salud y entre los propios psicólogos del servicio. Un buen intento para la organización de este proceder del trabajo asistencial psicológico resulta ser sin dudas el modelo de evaluación psicológica aplicado al hospital desarrollado por María I. Hares y Ricardo Werner en 1996, a través de la experiencia de trabajo acumulada en el campo de la Psicología Hospitalaria por muchos psicólogos brasileños. (Hares, Werner, 1996). Las funciones fundamentales del modelo son:

- Función diagnóstica.
- Función de orientación o foco.
- Proporcionar datos sobre la estructura psicodinámica de la personalidad del paciente.
- Instrumento de evaluación continuada del proceso evolutivo de la relación del paciente con su dolencia o tratamiento.
- Conocer la historia de la persona.
- Posibilitar un diagnóstico diferencial de cuadros psicológicos y psiquiátricos específicos.
- Establecimiento de las condiciones de la relación de la persona con su pronóstico (límites, posibilidades).

Los indicadores esenciales que se exploran y reflejan son los siguientes:

1. Estado emocional general:

- Autoestima.
- Ansiedad
- Depresión
- Información que tiene sobre su enfermedad y tratamiento.
- Relación con su enfermedad, defensas predominantes.

2. Secuelas emocionales del paciente:

- Con ingresos anteriores.
- Con tratamientos o intervenciones anteriores.

3. Temperamento emocional observado: introvertido, extrovertido.

4. Postura frente a su dolencia y a la vida.

5. Estado actual frente a la dolencia y a la hospitalización.

6. Características del paciente antes de su dolencia, cambios, conocimientos sobre su diagnóstico y enfermedad, eventos vitales asociados a la aparición de la dolencia.

7. Evaluación psicosocial: Inserción en el medio social.

- Infancia
- Adolescencia
- Vida adulta
-

8. Examen psíquico: Es un examen psiquiátrico clásico.

9. Motivaciones fundamentales.

10. Manifestaciones psíquicas y comportamientos: Culpa, negación, frustración, inseguridad, dependencia, desamparo, desconfianza, ambigüedad, hospitalismo, agresividad, miedos, limitación de actividad, pérdida de autonomía, esquema corporal modificado, conflictos en el área sexual.

11. Focos principales: Conflicto/s a ser trabajado por el psicólogo.

12. Conducta a seguir:

- Psicoterapia breve o focal
- Orientación Psicológica.
- Evaluación familiar.
- Otra técnica a aplicar.

13. Síntesis: Para conocimiento y con lenguaje asequible al equipo de salud

3. El paciente hospitalizado como dimensión de referencia para el desarrollo del trabajo de la psicología hospitalaria

La enfermedad es un encuentro con una experiencia personal innovadora.

AQUILINO POLAINO

Los elementos esenciales que componen esta dimensión pudiéramos clasificarlos del siguiente modo:

- La situación de hospitalización y sus consecuencias en el paciente ante diferentes servicios y procedimientos médicos.
- El rol de paciente hospitalizado.
- La prevención de efectos secundarios: relación paciente-familia-equipo de salud.

3.1. La situación de hospitalización y sus consecuencias en el paciente ante diferentes servicios y procedimientos médicos.

Cuando nos referimos a la situación de hospitalización estamos considerando desde la situación de cambio que representa para cualquier individuo ingresar o asistir sistemáticamente a un hospital hasta las implicaciones que se han descrito en la literatura sobre los llamados “peligros de la hospitalización”.

En 1981 Stel y sus colaboradores publicaron un estudio que demostraba que 36% de los pacientes de hospitales universitarios sufrieron eventos iatrogénicos y 25% fueron serios o pusieron en peligro la vida (Stel, Gertman, Crescenzi *et al*, 1981). Casi diez años después aparece la publicación de Brennan (Brennan, Leape, Laird, 1991) en que se muestra el resultado del estudio de la Universidad de Harvard sobre la práctica médica, que demostró que 4% de los pacientes hospitalizados en el estado de Nueva York sufrieron lesiones que prolongaron su hospitalización y produjeron alguna discapacidad y cerca de catorce fueron fatales.

En un estudio realizado en los estados de Utah y Colorado (Gawande, Thomas, Zinner, Brennan, 1992), en pacientes quirúrgicos y obstétricos, se demostró que 3% sufrió eventos adversos, de los cuales 54% eran prevenibles. Leape en su artículo sobre la naturaleza de los eventos adversos en los pacientes hospitalizados (Leape, Brennan, Laird, 1991) afirma que el tipo más común es el relacionado con medicamentos (19%), seguido por la infección de las heridas (14%) y complicaciones técnicas (13%). Los eventos adversos durante la cirugía fueron causados por negligencia en 17% de los casos y en 37% en los no quirúrgicos.

El estudio retrospectivo sobre mortalidad asociada a errores de medicación, realizado por Phillips y colaboradores en el 2001, revisó los datos del FDA en el período 1993-1998, encontrando 5 366 informes, de los cuales 68.2% produjeron efectos serios en los pacientes y 9,8% ocasionaron la muerte. De los 469 errores fatales 48.6% ocurrieron en mayores de 60 años. Los errores más frecuentes relacionados con muertes fueron: dosis inapropiada (40,9%), droga equivocada

(16%) ruta de administración inadecuada (9,5%). Las causas más frecuentes de error fueron: déficit de conocimiento (44%) y errores de comunicación (15,8%) (Phillips, Beam, Brinker, Holquist, Honig, Lee, Pamer C, .2001)

La gravedad de la situación es muy grande. En efecto el *Institute of Medicine*, equivalente a la Academia Nacional de Medicina, estima que cada año se producen entre 44 000 y 98 000 muertos por causa de errores médicos, cifra que exceden al número de muertes por accidentes de tráfico, y a las que ocurren por cáncer de seno o SIDA anualmente en Estados Unidos (Phillips, Beam, Brinker, Holquist, Honig, Lee, Pamer, 2001). Además hay que tener en cuenta que es muy probable que un gran número de eventos no se informe por temor a demandas o a otras consecuencias legales y que por lo tanto todas las cifras que se han mencionado pueden estar subestimando la situación real.

¿Qué se puede hacer para luchar contra un problema tan grave? Lo primero es tener conciencia de que existe y que, aceptémoslo o no, está presente en todos los hospitales. Lo segundo, es establecer estrategias para controlarlo, que deben incluir la información oportuna, las comunicaciones claras, los protocolos y guías de manejo, las normas para formulación y administración de medicamentos, sistemas de computador que alerten al médico sobre posibilidades de reacciones cruzadas y dosis o vías de administración inadecuadas. Finalmente, tal vez lo más importante, es involucrar a todo el personal en una estrategia para controlar los errores que pueden afectar la seguridad del paciente.

El análisis de los cambios y riesgos que implican la situación de hospitalización para el psicólogo que se inserta en el contexto hospitalario incluye dos aspectos fundamentales:

1. Observación de las situaciones que se dan en la institución hospitalaria que pueden favorecer o entorpecer una mejor adaptación del paciente hospitalizado.

2. Conocimiento de las reacciones psicológicas más frecuentes y necesidades del paciente hospitalizado para su cuidado y prevención.
1. Observación de las situaciones que se dan en la institución hospitalaria que pueden favorecer o entorpecer una mejor adaptación del paciente hospitalizado.

La hospitalización implica para el paciente:

- Una ruptura temporal de su medio habitual de vida (casa, trabajo, familia) y en ocasiones un aislamiento.
- Una pérdida de su espacio privado y personal tanto físico como corporal: Tiene que compartir su habitación con personas desconocidas, ponerse ropa de institución, desnudarse ante otras personas, ser tocado por enfermeros y médicos.
- Someterse a situaciones agresivas, dolorosas, desconocidas: Exámenes a veces cruentos, aparatos altamente tecnificados.
- Cambiar hábitos de alimentación y de horarios: "Comer comida de hospital" (baja en sal y grasas, menú prediseñado), acostarse a dormir a las diez de la noche.
- Escuchar a su alrededor un lenguaje médico y técnico diferente que en la mayoría de las ocasiones desconoce, con nuevas informaciones.
- Implica adaptarse rápido a todos los cambios anteriores en presencia además de un estado de salud desfavorable.

La situación de hospitalización pasa a ser determinante de muchas situaciones que pueden ser consideradas invasivas o abusivas en la medida que no se respeten los límites y decisiones de la persona hospitalizada. "La persona deja de ser José o Ana y pasa a ser el 21A o el politraumatizado de la cama 4..." (Sebastiani, 1984). El paciente al ser hospitalizado sufre un

proceso de total despersonalización, deja de tener su propio nombre y pasa a ser un número de cama o el ejemplo portador de una patología.

2. Conocimiento de las reacciones psicológicas más frecuentes y necesidades del paciente hospitalizado para su cuidado y prevención.

El hombre cuando enferma pasa por una experiencia psicológica, que según Aquilino Polaino (1990) se pudiera resumir en:

- Una experiencia de privación (de la salud), por la que se le priva al hombre de ese sentimiento de encontrarse bien –un valor connatural cuando estamos sanos–, que tan familiar le había sido hasta entonces.
- Una experiencia de frustración (impedimento e imposición), por la que nuestras libertades y disponibilidades se ven frustradas, bloqueándose la realización del proyecto de vida que teníamos hasta ese momento.
- Una experiencia displacentera o álgida (dolorosa), por la que las molestias y/o el dolor se adueñan de nuestro cuerpo y hacen que nuestro espíritu oscile de la ansiedad a la soledad, del aislamiento a la fobia hospitalaria.

La manera en que el hombre reacciona ante la situación de hospitalización y de su enfermedad es única, pues depende de la personalidad del paciente, del médico y de los cuidadores, de la etapa del desarrollo psíquico en que se encuentre el paciente, del género, del tipo de hospital, la situación socioeconómica que tenga, el tipo de enfermedad y las expectativas de curación, el ambiente físico, entre algunas variables más relevantes.

No obstante se han hecho estudios sobre las reacciones psicológicas más generales y frecuentes que aparecen en los pacientes en situaciones de hospitalización. Encontramos en la literatura la presencia de las descripciones clínicas más frecuentes (ansiedad, depresión, ira, miedos, fantasías). Algunos autores como Aquilino Polaino (1990) toman como

criterio explicativo los comportamientos adaptativos ante la enfermedad, o sea aquellos que se ajustan a la situación y que serían:

- La capitalización de la frustración que resulta de la enfermedad, para la profundización en la significación de la propia existencia.
- La asunción del padecimiento que es mucho más que la propia resignación.
- Una entrega realista a los límites que la enfermedad le impone y a los procedimientos terapéuticos que aquella conlleva.
- Una conducta de ajuste, de adaptación a la enfermedad que se padece, supone la positivización de esta experiencia, obteniéndose el máximo enriquecimiento posible, una vez que se ha puesto el trazo vertical (el del crecimiento personal en su máxima estatura), sobre el signo menos de la enfermedad.

Existirían entonces algunos tipos más frecuentes de comportamientos desadaptados a la enfermedad en las situaciones de hospitalización tales como:

- Conductas de oposición: El enfermo rechaza y se opone a la enfermedad, esta es vivida como algo absurdo e incomprensible, lo que la hace más insoportable. Es frecuente en estos casos presencia de reacciones depresivas, ideas suicidas, abuso de sustancias tóxicas.
- Conductas de negación: El enfermo niega la existencia de la enfermedad. Sigue haciendo su vida sin renunciar a sus hábitos nocivos, no quiere cumplir el tratamiento médico (no adherencia terapéutica). Frecuente en infartados y ulcerosos.
- Conductas de sobreinclusión: El enfermo se entrega tanto a la enfermedad, que queda incluido en ella. Tanto vive para su enfermedad que no vive él, sino su enfermedad en él. Autocuidado excesivo, superexigencia al personal del hospital (puntualidad excesiva en la administración de medicamentos, protesta ante las comidas). Demandante de sus familiares, pérdidas de

iniciativas, inhibición. Es frecuente en poliooperados, traumatismos craneoencefálicos, enfermos de cáncer.

3.2. El rol de paciente hospitalizado.

El tipo de rol que asume el paciente durante su hospitalización, es la resultante de sus comportamientos de adaptación/desadaptación ante la situación de hospitalización y de su estilo de afrontamiento desarrollado ante la patología que presenta.

Existe una contradicción entre el rol ideal de paciente designado por el personal de salud y los roles asumidos por los pacientes. El “buen paciente” al que aspira un médico o una enfermera es aquel: tranquilo, que no protesta, que obedece la autoridad médica, cooperativo, no problemático.

El “buen paciente” al que se aspira con la práctica de la medicina contemporánea, y en las instituciones hospitalarias que ofrecen un servicio de calidad (y que por supuesto tanto la organización de los servicios como la preparación del personal de salud estén listos para favorecer los mecanismos necesarios que propicien la asunción de este tipo de rol), es un paciente que implica un reto ético y que se caracteriza en lo fundamental por:

- Asumir un rol activo en su proceso salud-enfermedad: Pregunte, esté informado, sepa propiciarse autocuidados, conozca sus síntomas y sepa comunicarlos, conozca su tratamiento médico o pregunte cuando no entienda algo.
- Mantener relaciones de cooperación con el personal de salud que lo atiende: Sepa aceptar ayuda cuando es necesario y participar activamente cuando no atenta contra su recuperación.
- Mantener relaciones de cooperación con sus cuidadores o familiares: Acepte el apoyo social que se le ofrece, exprese sus emociones y preocupaciones.

3.3. La prevención de efectos secundarios: relación paciente-familia-equipo de salud.

Además de las reacciones psicológicas de los pacientes, debemos tener en cuenta las reacciones de la familia del enfermo hospitalizado y su atención. La familia funciona como un sistema, que ante la privación de uno de sus componentes, entra en un estado de desequilibrio pues pierde uno de sus puntos de sustentación. Por lo tanto ante la amenaza de la integridad del sistema, la familia se moviliza y presenta los comportamientos más disímiles ante el paciente y el personal de salud de la institución hospitalaria. Claudia Tavares y Ricardo W. Sebastiani (1996), plantean que se pueden describir tres tipos más frecuentes de reacciones familiares:

- El sistema familiar se moviliza con la intención de rescatar su estado anterior: La familia lucha por buscar la recuperación del paciente, juega un rol activo, coopera. Pasa por diversos estados emocionales: miedo, ansiedad, angustia, aparecen mecanismos de defensa. El psicólogo puede auxiliar para ir atenuando la crisis e ir buscando mejores respuestas adaptativas.
- El sistema familiar se paraliza frente al impacto de la crisis: Reacción semejante a un estado de shock. Predominan sentimientos de desamparo, desesperanza, miedo, ansiedad. Este tipo de reacción es muy negativa para el paciente, el cual puede inclusive llegar a solicitar su alta a voluntad para salir a cuidar de los suyos. Puede solicitarle al equipo de salud que no le dé toda la información a la familia. Puede generar este sistema sentimientos de hostilidad o sobreprotección del personal de salud hacia la familia, los cuales son negativos para la evolución del paciente. El trabajo del psicólogo en estos casos es fundamental en la orientación de un proceso de enfrentamiento adecuado de la familia a la situación por la que se atraviesa.

- El sistema familiar identifica los beneficios de la crisis y se moviliza para mantenerla: La enfermedad y la hospitalización pueden ser un fenómeno generador de la condición de emergente patológico familiar, por una parte dando a la familia un “real” emergente patológico, o en otros casos posibilitando que aquel que era un emergente le pase ahora la función al paciente. En ambas situaciones existe el riesgo de que se instalen comportamientos de cronificación de la dolencia. La “conspiración del sistema familiar” puede agravar la patología. El psicólogo debe trabajar con el mecanismo de ganancia secundaria instalado en la familia.

Las buenas relaciones equipo de salud-paciente-familia, trae beneficios para todas las partes. Por una parte un mejor flujo de trabajo del equipo ayuda a una participación activa y positiva del paciente y su familia. Por otra parte la sensación de seguridad, confianza, la información continua del proceso hacen que el paciente y la familia vayan mejorando y adoptando mecanismos de enfrentamiento más adecuados y saludables.

Lograr esos resultados implica un proceso de formación y preparación continua del equipo de salud, una integración de este como grupo, un desarrollo de los valores éticos, una dedicación a la relación, a la humanización de su práctica.

El psicólogo hospitalario puede jugar un papel activo en cada uno de los diferentes indicadores que hemos ido señalando. Su papel fundamental de observador y de formador del equipo de salud, es una de las tareas esenciales que puede acometer para prevenir en la institución hospitalaria la ocurrencia de efectos secundarios que afecten al paciente y a sus familiares.

4. El psicólogo como dimensión de referencia para el desarrollo del trabajo de la psicología hospitalaria.

*Curiosa y extraña es la profesión
que hemos elegido,
curiosos y extraños también
debemos ser nosotros
los llamados terapeutas."*

4.1 Principios generales para las prácticas de intervención en las diferentes dimensiones de trabajo presentadas. Competencias fundamentales y necesarias a desarrollar por el psicólogo para el abordaje de su trabajo en el ámbito hospitalario.

Al abordar esta dimensión, hay un primer principio del cual tienen que tomar conciencia, todos los participantes y responsables en el proceso de formación de los psicólogos que inician su vida profesional en el campo de la Psicología Hospitalaria: es un proceso de formación de competencias que debe ser dirigido intencionalmente y supervisado.

El desarrollo de estrategias para entrenar y evaluar competencias se ha convertido en una necesidad en el área de la formación reglada, la formación continua y la formación ocupacional, que tiene sus principales causas en razones deontológicas, profesionales, científicas y económicas. (Gutiérrez, 2005)

En el ámbito de la psicología, aunque en las primeras conferencias dónde se establecieron los fundamentos de la psicología profesional (p.ej., Conferencias de Boulder, 1949, de Greyston, 1964, y de Vail, 1973) se anunciaba la importancia de este concepto, no es hasta hace algo más de dos décadas que la noción de competencia empieza a ocupar un papel destacado en la educación, entrenamiento y acreditación de sus programas (Sumerall, López & Oehlert, 2000).

La competencia profesional pudiera definirse como “el uso habitual y juicioso de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores, y reflexión en la práctica cotidiana para el beneficio del individuo y la comunidad a los que se está ofreciendo un servicio” (Epstein & Hundert, 2002). En él se distinguen una función cognitiva (adquirir y usar conocimientos) una función técnica (habilidades), una función integradora (integración de conocimiento básico y aplicado), una función relacional (comunicación efectiva) y una función afectivo moral (profundo respeto ante el sufrimiento del paciente).

Este concepto planteado supone evolución y le da importancia al contexto en que el psicólogo desarrolla su profesión. Epstein y Hundert (2002) plantean que “la competencia implica una relación entre una habilidad (en la persona), una tarea (en el mundo) y la ecología de los sistemas de salud y los contextos clínicos en los que aquellas tareas ocurren”.

La identificación, entrenamiento y evaluación de las competencias que definen la actuación profesional del psicólogo se han ido perfilando a partir de conferencias, grupos de trabajo, proyectos organizacionales y comisiones, realizados inicialmente en Estados Unidos, pero que, en breve, se extendieron a otros países como Canadá, Australia, Países Bajos, España, Reino Unido, etc.

Los Comités de Acreditación en Estados Unidos y Canadá adoptan como base modelos centrados en el concepto de competencia desde la década de los 90. Asimismo, en la Asociación Americana de Psicología (APA) existe en la actualidad una sección separada que se ocupa específicamente de las competencias profesionales del psicólogo y que establece que la práctica del psicólogo está permitida dentro de “los límites de sus *competencias*, basadas en su educación, entrenamiento, experiencia supervisada, consultoría, estudio o experiencia profesional” (APA, 2002)

Una de las actuaciones que ha generado mayor acuerdo acerca de los dominios y niveles de competencia a desarrollar por el psicólogo profesional ha sido la *Conferencia sobre Competencias: Direcciones Futuras en Educación y Acreditación en Psicología Profesional* celebrada en Arizona, en noviembre de 2002.

Ante las discrepancias existentes en la literatura especializada acerca de las competencias que debería desarrollar un psicólogo en su actuación profesional, se realizó una encuesta para identificar las competencias centrales acerca de las que existía un mayor consenso entre profesionales (N = 364) de distintos ámbitos públicos y privados (psicólogos clínicos, psicólogos educativos, psicólogos organizacionales, etc.).

Las competencias identificadas en este estudio fueron:

- Asuntos éticos y legales
- Diversidad cultural e individual
- Bases científicas de la psicología e investigación
- Evaluación psicológica
- Intervención
- Consultoría y colaboración interprofesional.
- Supervisión.
- Desarrollo profesional.

No he tenido acceso a estudios de formación de competencias dirigidos específicamente al área de la Psicología Hospitalaria, y en particular a las condiciones específicas de nuestra realidad latinoamericana, por eso, estos estudios referidos pueden servirnos como un antecedente, que debemos complementar con toda la experiencia acumulada por muchos grupos de

psicólogos que durante muchos años, han laborado y reflexionado sobre su labor en los hospitales.

En el intento de buscar algunos organizadores iniciales que permitan la conformación general de programas de formación dirigidos a profesionales de la psicología que trabajan en instituciones hospitalarias, debemos irnos deteniendo en un conjunto de principios de trabajo que se han ido refiriendo por diversos autores.

“El psicólogo percibe en el contexto hospitalario que las enseñanzas y lecturas teóricas de su práctica académica no serán, por mayores que sean las horas de estudio y reflexión teórica sobre la temática, suficientes para encauzar su actuación. Él aprende que tendrá que aprender, aprendiendo con sus pacientes, con su dolor, angustia y realidad. El paciente, de modo peculiar, enseña al psicólogo sobre la enfermedad y sobre cómo lidiar con su sufrimiento”.(Angerami y cols., p.23, 1999). Esta afirmación que resume lo que pudiéramos llamar el *mundo vivencial de aprendizaje del psicólogo hospitalario*, es un punto de partida que debemos conocer para decidir si trabajar o no en una institución hospitalaria: el compromiso asumido con la tarea está siempre atravesado por una fuerte y sistemática confrontación emocional con el dolor y el sufrimiento humano. Debemos conocer este principio de trabajo y prestar una especial atención a la prevención y el cuidado de nuestra salud mental como profesionales muy expuestos a agotarnos emocionalmente.

Otro principio esencial de trabajo pudiera resumirse en la siguiente idea:... “Así, un psicólogo que actúa subordinado a un servicio de salud mental en un hospital general, elaborando y complementando diagnósticos psicológicos o psiquiátricos, realizando consultas, no es un psicólogo hospitalario, no ejerce una práctica de integración entre la psicología y la medicina, no tiene una presencia constante en los servicios médicos, no abarca la triada paciente-familia-equipo de salud.” (Chiattonne, p. 101, 2000).

Los niveles de integración de las tareas asumidas en las instituciones hospitalarias y el desarrollo histórico que la Psicología de la Salud ha alcanzado, exige la necesidad de la existencia de un profesional de la psicología, que debe poseer al menos como condición esencial formativa, una mirada de tercera dimensión. Esta mirada tridimensional está compuesta por:

- Una visión clínica.
- Una visión social.
- Una visión institucional.

Esta mirada tridimensional apropiada en el contexto de una serie de premisas metodológicas de trabajo y de un instrumental técnico integrado, es lo que le permite al psicólogo hospitalario diseñar sus tres tareas básicas: la prevención, el diagnóstico psicológico y la intervención psicológica (Zas, 2002-2). De una forma más integrada pudiéramos plantear que la mirada tridimensional que debe operacionalizarse en las tres tareas básicas del psicólogo hospitalario debe ser aplicada a los tres grupos fundamentales, objeto de sus acciones en el hospital y que son: el paciente, la familia y los equipos de trabajo institucionales o equipos de salud. Estos vínculos básicos que sirven de ordenadores al trabajo del psicólogo hospitalario pudiéramos denominarlos como la triada de la integración para la intervención en las diferentes dimensiones de trabajo de la Psicología Hospitalaria. (Fig.3)

Un programa de formación de competencias para psicólogos hospitalarios puede desarrollarse partiendo de este esquema de trabajo. Debe además tener en cuenta algunos planteamientos que de manera magistral resume Heloisa Benevides (Chiattonne, 2000):

- El psicólogo para insertarse en el área hospitalaria, debe realizar adaptaciones teórico-prácticas, que pueden inducir al profesional a correr el riesgo por ser minoría, de amoldarse al modelo médico general. Esto ocurre

porque la institución hospitalaria es un espacio institucional resistente, el psicólogo en el hospital no era un elemento previsto. Por tanto es el

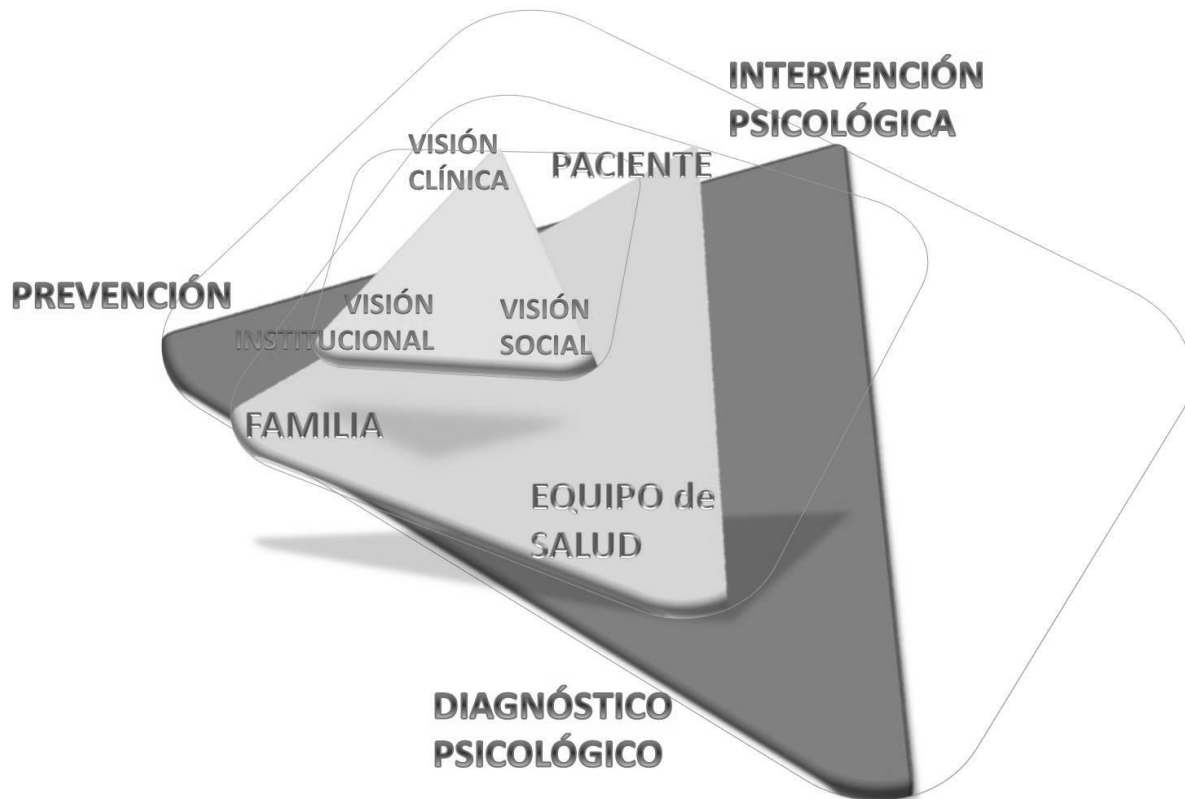


Fig. 3 Triadas de la integración para la intervención en las diferentes dimensiones de trabajo de la Psicología Hospitalaria (Zas).

psicólogo el encargado de ir desarrollando la cultura psicológica en cada servicio en el cual se encuentre trabajando.

- El local de trabajo del psicólogo hospitalario también es considerablemente específico y diferente a los patrones aprendidos con anterioridad en psicología. El hospital lleva al profesional a realizar su trabajo en un centro quirúrgico, al lado de la cama del paciente, con una enfermera cerca y con procedimientos terapéuticos y rutinas del hospital, en una sala de terapia

intensiva, durante una diálisis, etc.. El psicólogo que ejerce sus funciones en el hospital debe estar donde están los acontecimientos. Importantes aprendizajes pueden hacerse en estos nuevos espacios que favorezcan más la calidad del trabajo profesional.

- En el hospital, el psicólogo seguirá el tiempo del paciente en el ejercicio de conocer sus necesidades psicológicas aliadas a la situación de enfermedad y hospitalización. La presión de tiempo en el hospital definen abordajes, métodos y estilos de intervención con pacientes, familiares y equipo de salud.
- Otra especificidad de la tarea del psicólogo en el hospital es la referida a las situaciones de indicación vs opción de tratamiento psicológico. No es el paciente el que va en busca de ayuda psicoterapéutica: o lo remite el médico o el propio psicólogo en sus acciones cotidianas en los servicios interviene para prevenir.

Con independencia del modelo conceptual que se adopte, el psicólogo debe:

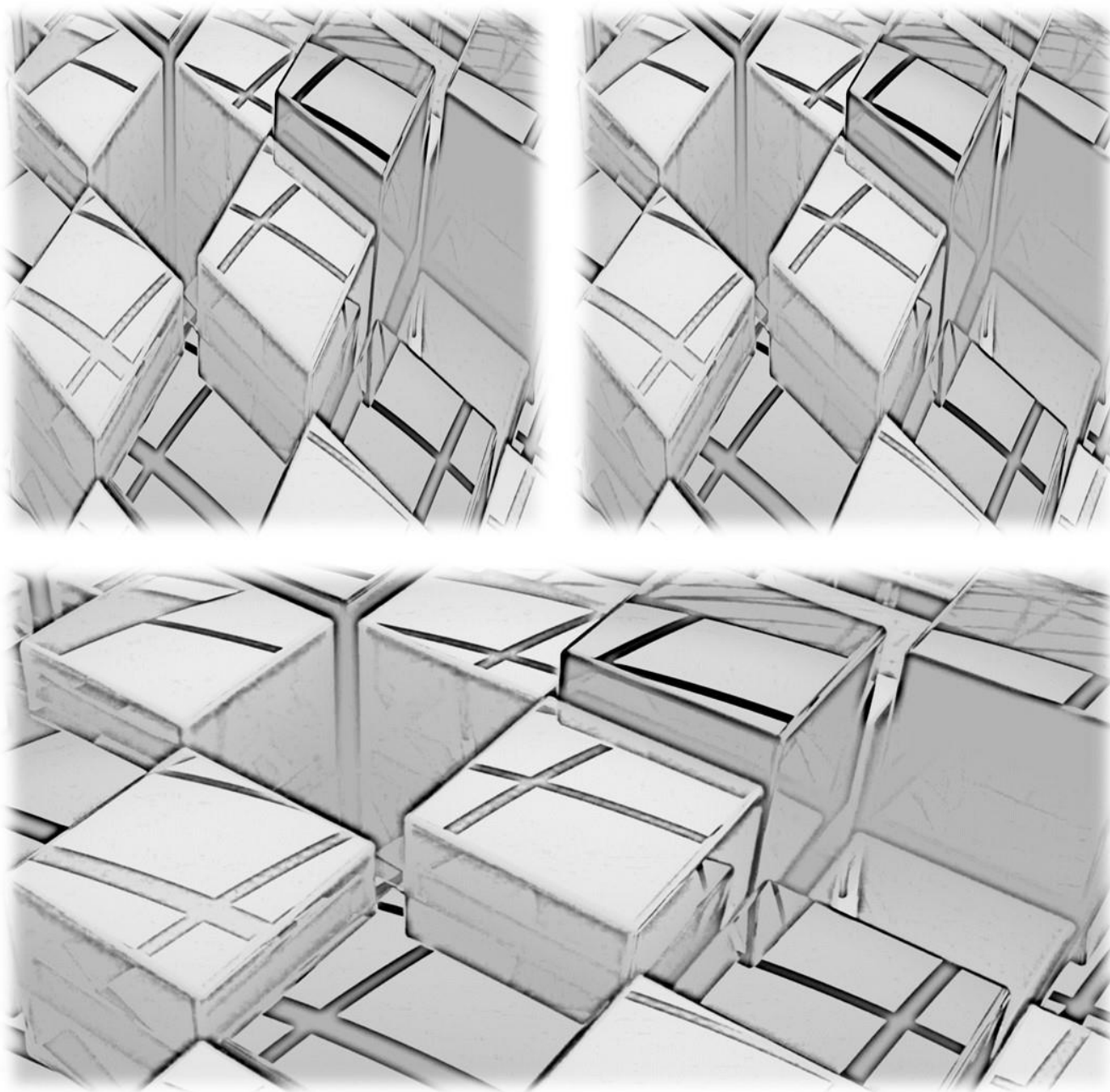
- Conocer la literatura científica disponible sobre los modelos teóricos y las estrategias de intervención más eficaces en la prevención y tratamiento de un problema específico o de un ámbito específico institucional hospitalario.
- Desarrollar habilidades de comunicación en general y tener entrenamiento particular de comunicación en situaciones especiales.
- Tener en consideración el contexto socio-cultural en el que se desarrolla la intervención con relación a cualquiera de los ejes de trabajo.
- Conocer los principios y códigos éticos que regulan la práctica profesional propia y la del resto de las disciplinas con las cuales se interactúa. Debe especializarse en los conocimientos sobre bioética.

- Aprender a evaluar críticamente su actuación a lo largo del proceso terapéutico y sus resultados.
- Saber planificar la intervención ante la demanda recibida, realizando una evaluación, una formulación de la situación y una selección de las estrategias que mejor se ajusten al problema y al resto de las características de la tarea.
- La aplicación de una intervención requiere del psicólogo: que implemente un plan de acción con objetivos definidos, con tiempos muy limitados, que maneje situaciones médicas especiales, que sepa valorar el momento en que la intervención debe finalizar, que sepa colaborar con otros posibles servicios y especialidades que complementen la intervención aplicada y que prevenga que sus problemas personales no interfieran con las tareas que le exige su práctica profesional.
- Realizar supervisión.
- El psicólogo debe aprender a evaluar los resultados de sus intervenciones de modo que pueda hacer los cambios necesarios durante el curso de estas, así como conocer sus propias actitudes, prejuicios, limitaciones de conocimientos o habilidades, etc., derivando, en su caso, a otros profesionales a aquellos pacientes a los que no pueda ofrecer un servicio.
- Al ocurrir la intervención psicológica en un contexto organizacional es necesario desarrollar habilidades de gestión y negociación.

Sirvan entonces estas dimensiones de trabajo presentadas en este primer capítulo, como una guía y un resumen organizado que ayude a los formadores de recursos humanos en Psicología de la Salud y a los propios psicólogos hospitalarios que inician esta noble labor.

Tantos años de trabajo en el hospital me enseñaron a dar más que a recibir, me enseñaron que una sonrisa de agradecimiento de un paciente, de un colega, de un médico son nuestra mejor retribución y *feedback* de que estamos trabajando bien y con mucho amor. Hacer psicología en las instituciones hospitalarias nos hace ser mejores seres humanos y mejores profesionales.

SEGUNDA PARTE



REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA

Con la intención de brindar algunos ejemplos de un conjunto de reflexiones, inquietudes y experiencias surgidas y vividas en el trabajo que un psicólogo puede emprender en una institución hospitalaria, realicé una selección de algunas ponencias presentadas en diferentes eventos, y de algunos artículos ya publicados e investigaciones, que fueron elaboradas por mí durante los años en que laboré en un hospital clínico quirúrgico.

Los principios teóricos y metodológicos que aparecen en estas páginas, al evolucionar e integrarse han servido como referencia para el desarrollo de investigaciones y de un modo de accionar específico en la praxis. Del mismo modo, el punto de partida de todos estos trabajos, se ubica en la emergencia pragmática que se produce en el cotidiano de una institución hospitalaria.

Invito con ello a todos los profesionales de la psicología que trabajan hoy en el apasionante mundo de los hospitales, a que viertan sus experiencias y sus sistematizaciones a través de la palabra escrita, para que nuestros continuadores aprendan también de nuestros éxitos y de nuestros errores. Les aseguro que saldrían muchos libros de Psicología Hospitalaria, muchas otras primeras lecciones. Les aseguro también, que aunque no tengan tanto éxito de público como los famosos seriales televisivos de *ER*, *Anatomía de Grey* y *Dr. House*, si serán muy bien acogidas y necesarias para todos aquellos que dan sus primeros pasos en los pasillos, a veces interminables de un hospital.



La psicología en las instituciones y la psicología de las instituciones¹

Permítanme iniciar esta ponencia narrándoles una anécdota personal. En 1985 cuando me gradué de psicóloga, especializada en psicología clínica (pues en aquel momento se hacía una especialidad en los dos últimos años de la carrera) fui ubicada en una fábrica .Yo no entendía nada, había rechazado abiertamente la psicología laboral durante toda mi estancia en la facultad. Pero entre protestas y disgustos me presenté en aquel lugar que era una fábrica de medios técnicos de computación. El recibimiento fue desastroso, el propio director me dijo que yo ahí no tenía contenido de trabajo, me ubicó al lado de su secretaria y a veces me daba los buenos días. De más está decirles que yo me sentía altamente frustrada,

¹ Ponencia presentada en la Primera Jornada de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba, junio de 1996

más porque soñaba ser una psicóloga clínica. Me ponía algo contenta cuando algún obrero me consultaba en busca de orientación personal, pero eran muchos más los que me preguntaban qué yo hacía allí. Entonces decidí acudir a la ayuda de aquella rechazada psicología laboral, y comencé a realizar análisis de liderazgo, organización del trabajo, exigencias del puesto de trabajo y la gran cantidad de problemas institucionales que empezaron a emerger fueron asombrosos, y el problema que me busqué también fue asombroso.

Hice un informe de todo lo observado y hablé con aquel señor director, quien me escuchó todo el tiempo, y al final me dijo que esas cosas no podían cambiar, y que todo era muy interesante, con la misma llamó a mi compañera de buró –su secretaria– y le dijo: *“Martica archívame este informe”*. He de aclararles además, y creo que es evidente, que aquel centro tenía serios problemas de dirección. Esto fue suficiente para decidir que yo no tenía nada que ver con aquel campo de la psicología, y que lo mío era la clínica. Me fui de aquel lugar y para mi dicha comencé a trabajar en este hospital, atendiendo además pacientes de psiquiatría, hasta que un día me designaron como jefa de servicio y mi enfoque de trabajo tuvo que hacerse necesariamente mucho más abierto, más centrado en lo grupal, en lo organizacional, en lo institucional, y me dije: *“Parece que de nuevo voy a buscarme problemas, solo que en esta ocasión los años de experiencia me ayudarán a saber enfrentar esos problemas que me busque, sin huir”*. Por eso les digo de antemano que esta ponencia no es apta para menores.

No por casualidad me vino a la mente este ejemplo, aquello era una fábrica, esto es un hospital. Aparentemente no tienen nada en común pero ambas son *instituciones*. Así que dejemos por el momento este pasaje de mi vida y veremos cuán útil va a sernos esta experiencia personal para analizar muchas cosas vinculadas con el tema que nos ocupa en este día. Quedémonos por el momento con una pregunta en nuestras mentes ¿No podríamos hacer en una institución de salud lo mismo que haríamos al llegar a una fábrica? Claro, en una institución de

salud el psicólogo tiene mucho que hacer, tiene múltiples tareas que desarrollar que nunca debe dejar de desarrollar y que tiene que ejecutar ¿pero no podría además realizar también tareas institucionales? Antes que me lo digan les voy a comentar algo: por supuesto que además de tener que asumir que nos vamos a buscar problemas (porque nos los vamos a buscar) también tenemos que asumir que vamos a buscarnos más trabajo, pero en un sentido muy positivo pues también estamos abriendo nuevos espacios de trabajo para la psicología en el campo de la salud.

En el Programa de desarrollo de la psicología de la salud, elaborado por el Grupo Nacional de Psicología, se plantea entre las líneas de desarrollo de la especialidad: "...nuevas perspectivas de trabajo en torno al problema calidad de los servicios de salud, de acuerdo con la potencialidad de los métodos y técnicas sociopsicológicas para la evaluación de los componentes subjetivos, la exploración sistemática de la satisfacción de la población con los servicios de salud y la contribución al desarrollo de formas de organización institucional, sistema de comunicación con los usuarios y métodos incentivadores de la participación popular en las tareas de la salud pública".(Programa de desarrollo 2000 Psicología de la Salud, p. 50)

Todas estas nuevas demandas ya se están haciendo en aquellas instituciones de salud, donde los psicólogos han ido desarrollando múltiples campos de trabajo ¿Estamos en condiciones reales de asumirlas?

En la experiencia que hemos tenido en el Servicio de Psicología de nuestro hospital, nuestra primera respuesta fue definir desde 1994 una línea de investigación que denominamos: "Factores Psicológicos que inciden en la calidad de los servicios de salud". Se comenzaron a implementar varias acciones: organización del propio servicio de psicología, la participación en los grupos multidisciplinarios no solo al prestar asistencia e investigación, sino interviniendo en la propia organización y funcionamiento de esos grupos, el acercamiento a los

estudios de satisfacción de la población .Cada nueva acción generaba nuevos cuestionamientos, por eso decidimos detenernos y traer algunas de esas interrogantes para debatirlas junto a ustedes en esta jornada. ¿Ante qué problema real estamos cuando nos planteamos esta línea de investigación?

Estamos ante un problema de investigación que contiene dos aspectos esenciales de obligatorio abordaje para darle una real respuesta a los objetivos planteados, estamos ante dos temas de amplio debate actual en los campos de la salud y la psicología y que son: el tema de la CALIDAD en la atención de la salud y el tema de LAS INSTITUCIONES.

¿En qué punto estaría la relación entre ambas temáticas que pudiera ser objeto de investigación para la psicología de la salud en nuestro país? Comencemos por el interesante tema de calidad de la atención.

¿Qué entendemos por calidad? Calidad implica hacer, implica mejorar el hacer, implica medir ese mejor hacer. No hay nadie que sepa mejor cómo optimizar las cosas que el que está implicado en ellas, este implicado presta un tipo de servicio y un tipo de atención; esta atención la brindan un grupo de sujetos a otro grupo de sujetos, esta atención se brinda en una institución. Querer instituciones de salud que brinden servicios de calidad, no es solo tratar de tener excelentes equipamientos o la última tecnología médica. Escuché en una excelente conferencia dictada por el profesor Octavi Quintana (1995) que “la tecnología más importante que da calidad de salud es una silla, para sentarse y escuchar”. Pero para que ese personal se siente a escuchar y brinde servicios de calidad, tiene que tener capacidad, tienen que ser sujetos y grupos con una sólida formación profesional y ética, con una determinada actitud ante la labor que realizan, con una determinada motivación, estimulación y satisfacción laboral, tienen que saber que van a ser escuchados por su institución cuando lo necesiten, tienen que ser por lo tanto sujetos y grupos saludables que le proporcionen conductas saludables a su institución para que esta sea realmente una institución saludable,

una consecuente INSTITUCIÓN DE SALUD. Querer instituciones de salud que brinden servicios de calidad implica también prevenir la propia salud de la institución.

Una institución saludable es aquella, cuyo funcionamiento brinda todas las posibilidades para que el hombre y los grupos humanos que en ella existen, sean sanos, sean plenos, y puedan desarrollar al máximo sus capacidades. Una institución saludable enseña a resolver los problemas que se presentan y aprende a resolver los propios por lo que le aportan sus miembros, brindando la posibilidad de un fluir emocional positivo de estos en la implementación de la organización de su trabajo y garantizando una comunicación adecuada entre los diferentes niveles de dirección-subordinación.

Estaríamos entonces relacionando calidad con prevención de salud institucional. La prevención de la salud institucional es una tarea que requiere del concurso de varias disciplinas científicas, entre las cuales nuestra disciplina ocupa un importante lugar. Este lugar viene dado en primera instancia por la propia implicación de la subjetividad humana (motivaciones, conocimientos, actitudes, valoraciones) y sus expresiones conductuales que favorecen o entorpecen la realización de acciones profesionales de calidad de individuos aislados, de grupos de profesionales y de la institución en general. También ocupa un lugar porque la psicología de la salud tiene entre sus funciones y definiciones la de prevenir, y en este caso tendría que definir ¿qué prevenir? y ¿cómo prevenir una vida cotidiana institucional saludable? Y por último el tema instituciones es también un ámbito particular de actuación y otro nivel de tarea que el psicólogo de la salud tiene que emprender.

Investigar en los temas de calidad e instituciones de salud se impone como una necesidad de nuestras prácticas, necesidad que debe ser reconocida para poderla organizar desde nuestras concepciones teórico-metodológicas. Si logramos vincular tres ejes centrales CALIDAD-PREVENCIÓN-INSTITUCIÓN de salud, en el

cuestionamiento de los vínculos existentes podríamos hallar la definición de tareas propias de nuestra especialidad

José Bleger plantea en su libro *Psicohigiene y Psicología Institucional*, la siguiente idea:

...una institución no es solo el lugar donde el psicólogo puede trabajar, es un nivel de su tarea. Cuando ingresa a trabajar en una institución... lo primero que debe hacer es no abrir un gabinete, ni laboratorio, ni consultorio para la atención de los individuos enfermos que integran la institución. Su primera tarea es investigar y tratar la institución misma; ese es sus primer cliente, el más importante... Se debe examinar la institución desde el punto de vista psicológico: sus objetivos, funciones, medios, tareas, etc; los liderazgos formales e informales, la comunicación entre los estatus (vertical) y los intraestatus (horizontal). Teniendo siempre en cuenta que esta indagación en sí es ya una actuación que modifica la institución y crea además distintos tipos de tensiones con el psicólogo mismo, que este tiene que atender como parte integrante de su tarea... En este orden de cosas el psicólogo es un especialista en tensiones de la relación o comunicación humana, y este es el campo específico sobre el que debe actuar.(Bleger, 1994, pp. 38, 39).

Cuando leí esta cita por primera vez, lamenté primero no haber estudiado a Bleger cuando estaba en aquella fábrica que les conté al principio, vi enunciado en sus palabras todo lo que yo me había propuesto hacer en aquella ocasión, y que el poder de aquel director junto a mi inexperiencia profesional lo truncaron completamente. Pero por otra parte me alegré muchísimo de lo sucedido en la fábrica, de haberme leído tarde a Bleger, de habérmelo podido leer ahora porque

un excelente amigo argentino me regaló ese libro, y me alegré porque aún estoy en una institución y aún estoy a tiempo de mirar a ese otro ámbito, aún estoy a tiempo (si no es que ya los he aburrido con tanto discurso) de que ustedes también se motiven en hacerlo y en comprometerse con esa mirada.

Cuando ahora me leo a Bleger me queda muy clara la diferencia entre qué es la psicología en las instituciones y qué es la psicología de las instituciones, y me queda claro además que debemos de hacer psicología de las instituciones en las instituciones, aunque eso implique que tengamos que encuadrar nuestras tareas con otras concepciones de trabajo diferentes a las de los clásicos institucionalistas (el propio Bleger, Guattari, Lourau, a los cuales por supuesto tenemos que estudiar obligatoriamente pues realizan interesantes aportes).

Cuando vuelvo a leer a Bleger asumo que es un problema institucional que afecta la salud de los trabajadores de un hospital y la salud con ello de la institución, el que por ejemplo se cierre una puerta que todos los trabajadores usan, sin nadie entender el por qué no se le busca otra solución al control de la entrada de personal ajeno a la institución. Si ahora ustedes piensan por un momento en sus hospitales, en sus policlínicos, ¿cuántas situaciones institucionales no podríamos relatar aquí? Por ejemplo, por citar algunas situaciones, un grupo multidisciplinario recibe pacientes con determinadas condiciones para su atención (que ya tengan un diagnóstico inicial, que el médico que los remite no se desentienda después del paciente,) esta información la conocen los jefes de los diferentes servicios, sin embargo se siguen realizando remisiones incorrectas. Esto es sin dudas un problema institucional de información entre diferentes niveles de dirección, de información entre grupos institucionales, este es un problema que amerita ser estudiado por nosotros, que requiere posiblemente de algún tipo de intervención para su solución. El resto de las situaciones podemos presentarlas en la sesión de discusión, pues sino, no los dejaría hablar a ustedes, estaría haciendo uso abusivo del poder y eso también sería un problema digno de

ser estudiado, porque si piensan que vamos a quedar excluidos de estos análisis, no estarían escogiendo un buen camino para comenzar, en nuestro caso comenzar este tipo de trabajo por el propio servicio de psicología, ha sido además de un gran aprendizaje para todos, el mejor entrenamiento teórico-empírico que se pueda tener para poder desarrollar otra dimensión de diagnóstico, prevención e intervención psicológica.

Si somos capaces de primero diagnosticar estos problemas que ya existen, (diagnóstico que podemos realizar desde el pedido de una demanda o desde la propia observación que realizamos en las áreas de servicio donde estamos insertados), e intervenir rápidamente, estaremos previniendo mayores complicaciones. Si realizamos estudios frecuentes, por ejemplo: del nivel de satisfacción de nuestros médicos, enfermeras, de sus niveles de estrés laboral, podríamos detectar posibles grupos y áreas de trabajo más vulnerables sobre las cuales habría que diseñar determinadas acciones. Si logramos que todos estos estudios que de manera aislada y poco sistematizada se han realizado, junto a otros nuevos que se iniciarán, sean implementados bajo un sustento epistemológico-metodológico e instrumental que esté integrado a la realidad de nuestra existencia e integración como profesionales de la psicología en el aquí-ahora de nuestras prácticas, estaríamos respondiendo a las verdaderas necesidades de las instituciones en las que laboramos y estaríamos como especialistas más satisfechos pues abordaríamos estas temáticas con mayor calidad.

Estoy convencida que organizándonos en nuestro pensar-actuar, en nuestra investigación-acción con el objetivo de incidir y detectar cuáles son los factores psicológicos que inciden en la calidad de la prestación de los servicios de salud, será la mejor manera de que alguien no nos diga: *"Bárbara por favor, archiva este trabajo"*.

Si lograron interesarse en el tema, si les quedaron deseos de seguir escuchando al resto de los colegas que me acompañan en esta mañana (y que traen sus experiencias concretas de trabajo) el objetivo de esta ponencia entonces se da por cumplido.



La Psicología en las instituciones de salud

La inserción de las ciencias sociales en el campo de la salud ha tenido toda una historia de romances y desencuentros, de entendimientos y controversias, de posicionamientos e invasiones ilimitadas de espacios particulares, de interdisciplina y respeto ético.

La psicología como disciplina científica no ha estado exenta de esta historia, y todos los profesionales del mundo "psi" que en algún momento de sus vidas laborales han trabajado en instituciones de salud en cualquier lugar del mundo conocen y han vivenciado en sus espacios institucionales la veracidad de este proceso.

Los psicólogos dedicados al campo de la salud hemos tenido que invertir un buen tiempo de nuestras prácticas en demostrar y delimitar nuestro espacio profesional en los diversos hospitales o centros de atención de salud de los diferentes niveles donde nos hemos ido insertando. Lo elemental es a veces lo más difícil de ser comprendido, o como dijo la zorra de *El Principito*: "...Lo esencial es invisible para los ojos." (Saint-Exupéri, 1986, p.93).

Las ciencias sociales y en particular la psicología, se han ido posesionando de un espacio que antes era solo ocupado por la medicina: el espacio de la salud. En esta interrelación la psicología es una ciencia que de modo indiscutible ha ayudado, intercedido, y favorecido junto a otras disciplinas de las ciencias sociales a la llamada "humanización de las ciencias médicas".

La primera impresión que me produce cuando escucho la frase "rol de la psicología en la humanización de las ciencias médicas", es que al parecer las ciencias médicas han sido tan inhumanas, que otras disciplinas han venido a salvar su reputación. Realmente no creo en esto, la ciencia médica es desde su propia naturaleza y concepción una de las ciencias más humanizadas que existe, tal es así que su rol central es ayudar al hombre a vivir más sano, cuidar y proteger la vida.

Estas aclaraciones pudieran parecer que están de más, pero mi intención es solo una: la psicología en su desarrollo en el campo de la salud no puede basarse solamente en un criterio oportunista. Tiene y debe de tener su propio desarrollo como ciencia. Debe respetar, coexistir y "humanizar" no diría lo menos humano que observemos, sino contribuir ante todo a la comprensión de por qué somos y actuamos con un poco más o menos de humanización en nuestros roles como profesionales de la salud, y ahí pudiera estar una de sus funciones más modestas y colaboradoras a la "humanización" de las ciencias médicas... "el psicólogo es un especialista en tensiones de la relación o comunicación humana, y este es el campo específico sobre el que debe actuar"(Bleger, 1994, p. 39).

Los psicólogos llevamos varios años ya trabajando en instituciones de salud en Cuba, y pudiéramos partir desde "lo que no debe ser", para ir definiendo cuál ha sido y "debe ser" el rol de la psicología como ciencia en un campo particular que son las instituciones de salud.

Algo que no debe ser y que lamentablemente ha ocurrido y aún ocurre en ocasiones, es sin dudas un indiscutible problema ético interprofesional que nos ha ido sucediendo a lo largo de todo este tiempo, y que han sido las falsas funciones atribuidas al psicólogo, lo cual ha conformado en ocasiones una falsa imagen o imagen distorsionada del papel de la psicología en salud.

¿Cuáles han sido las falsas funciones más comunes atribuidas al psicólogo en las instituciones de salud?

1. El anunciador de desgracias (aura tiñosa).

Se nos han solicitado nuestros servicios para anunciar muertes, amputaciones, operaciones, y otros hechos desagradables.

2. El último de los Mohicanos.

Después que un paciente fue visto por diez especialistas en diez días y no le encontraron nada y es además un paciente de los llamados "conflictivo", en el día once nos llaman, para que previo a su alta que se producirá en el día doce, nosotros descubramos que su problema es psíquico.

3. El apaga fuego (bombero).

Se da una situación conflictiva en la sala, provocada posiblemente por algún error técnico o ético que alguien cometió, y se nos llama para que calmemos los ánimos, controlemos a los familiares alterados o al paciente "protestón".

En fin, pudiera citar muchas otras, pero estas son las más comunes, que al no enfrentarlas tal y como se espera por el personal médico que nos la solicitó así, nos hacen entonces una clásica pregunta: ¿Y para qué sirven entonces los psicólogos?

De modo muy rápido yo diría en primer lugar, para impedir que se nos utilice en estas falsas funciones, para enseñar en qué funciones podemos ser mejor utilizados y permitir con esto que se cumpla el primer objetivo que tiene la existencia de un Servicio de Psicología en una institución de salud: garantizar la integralidad de la atención médica que el paciente recibe, al tratar y valorar no solo su cuerpo sino su mundo subjetivo.

¿Para qué servimos entonces, o cuál debe ser el rol de la Psicología en las instituciones de salud?

El trabajo de la psicología en las instituciones de salud solo se hace posible si existe un órgano que coordine, regule, brinde una metodología de acción, planifique y evalúe todas las actividades relativas a la atención psicológica que se efectúen en dicha institución. Este órgano lo constituye el Servicio de Psicología, el cual debe cumplir por igual con todas las condiciones, organización y funcionamiento que el resto de los servicios institucionales en salud.

Las múltiples actividades que un Servicio de Psicología puede desarrollar en una institución de salud se pudieran agrupar en las que a continuación voy a referir:

- Brindar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal asistencial de la institución.
- Utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional.
Integrarse al trabajo multidisciplinario de los diferentes servicios de la institución.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de estos a las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.
- Contribuir a elevar el bienestar psíquico y la salud mental del personal asistencial, realizando trabajo preventivo institucional.

- Participar en la selección, evaluación y clasificación del personal asistencial que requiera de determinadas condiciones psicológicas para la ejecución de sus labores.
- Desarrollar una línea de investigación central y ofrecer actividad docente y científica con un programa metodológicamente orientado por los propios objetivos del servicio en la institución.

Todas estas funciones tienen algo en común: buscan rescatar la subjetividad presente en cada acción, en cada momento y en cada eslabón del proceso asistencial que se produce en las instituciones de salud, y ahí estamos ciertamente humanizando, haciendo más integral cada relación que se establece entre las diferentes subjetividades que intervienen por ejemplo cuando un médico se relaciona con su paciente dándole una información, explicándole un tratamiento, remitiéndolo a otra especialidad, cuando dos profesionales tienen que interconsultar un caso y tomar una decisión, cuando un servicio tiene que organizar una forma de abordaje de un problema que están presentando.

Son muchas las tareas que el psicólogo puede emprender utilizando diversos medios que pueden ir desde el diagnóstico clínico, el diagnóstico institucional, la intervención psicológica individual, familiar, grupal e institucional.

¿Qué necesitaría el psicólogo para emprender estas múltiples tareas?

El desarrollo histórico que la psicología en su aplicación a las instituciones de salud, ha alcanzado en Cuba, exige la necesidad de la existencia de un profesional de la psicología, que debe poseer al menos como condición esencial formativa, una mirada de tercera dimensión (y así estaríamos a la par de todo el desarrollo tecnológico de la medicina contemporánea).

Esta mirada tridimensional está compuesta por:

- Una visión clínica.

- Una visión social.
- Una visión institucional.

Esta mirada tridimensional apropiada en el contexto de una serie de premisas metodológicas de trabajo y de un instrumental técnico integrado, es lo que le permite realizar sus tres tareas básicas: la prevención, el diagnóstico psicológico y la intervención psicológica, esto va conformando la estructura formativa del psicólogo que labora en las instituciones de salud, a partir de lo cual encuadra sus tareas de trabajo.

Han sido múltiples las tareas que los psicólogos han desarrollado en las instituciones de salud en Cuba durante todos estos años. Por solo citar un ejemplo, en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", de La Habana, es conocido y reconocido el trabajo del psicólogo en los diferentes servicios de medicina, cirugía, psiquiatría, terapia intensiva, por mencionar solo algunos. La atención a pacientes portadores de enfermedades crónicas no transmisibles, a pacientes trasplantados, el trabajo con los familiares en general, con los familiares de los donantes, el trabajo en las clínicas educativas, el trabajo con los diferentes grupos multidisciplinarios, en fin, en todas las áreas que se han ido desarrollando en esta institución ha estado presente y se ha ido desarrollando a la par la Psicología de la Salud.

Este amplio trabajo asistencial ha estado siempre acompañado de un sistemático trabajo investigativo. La línea de trabajo e investigación central del Servicio de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" durante varios años ha sido la del estudio de los "Factores psicológicos que inciden en el curso, pronóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles". Desde hace más o menos cuatro años, esta línea incorporó una nueva temática: la del estudio de los "Factores Psicológicos que inciden en la calidad de los servicios de salud".

Me voy a detener como punto de cierre en este último aspecto, ya que se trata de las investigaciones que hemos comenzado a desarrollar más recientemente, y que nos han ido aproximando como profesionales de la psicología, al abordaje de las problemáticas éticas institucionales, tema que ha cobrado gran vigencia en la inserción de las ciencias sociales al área de la salud.

No puede haber una atención de calidad en el sector de la salud sino existe una conducta ética en nuestros profesionales. Los problemas éticos son uno de los indicadores más importantes que hablan a favor del detrimento de la atención que se presta en una institución de salud.

Una institución de salud es más saludable y brinda por lo tanto una mayor calidad de atención, en la medida que respete más la dignidad de sus pacientes y de su personal, que valore sus capacidades y potencialidades, que respete y tome en cuenta sus decisiones, estas también son condiciones fundamentales para que haya salud (Carta de Santiago, 1996) y son condiciones esenciales que deben estar presentes en una conducta ética.

Al estar como psicólogos en todos aquellos rincones del hospital, con nuestra mirada tridimensional, hemos tenido una gran ventaja: hemos convivido con casi todo el personal del hospital, en casi todos los momentos, y como observadores hemos presenciado una serie de situaciones donde el problema central ha sido alguna violación ética, o la ausencia de una reflexión dilemática que a tiempo pudiera haber solucionado los problemas. Como decía Platón: "Os podría ofrecer grandes ejemplos de esto, y no con razones solas, sino con lo que más os gusta a vosotros: con hechos"(Platón, 1947, p. 24).

El hecho que nos ha acontecido a los profesionales de la psicología de nuestra institución, es que sin darnos casi cuenta nos hemos ido apropiando de otra mirada, la cuarta visión. Esta cuarta dimensión visual es la mirada crítica constructiva que nos ha hecho involucrarnos en estos problemas éticos e ir involucrando al resto de los profesionales a realizar un trabajo preventivo "hacia

el interno de la propia institución de salud", y por consiguiente hacia el interno de cada uno de nosotros mismos, hacia el cuestionamiento de nuestra formación humanista. Este es un trabajo de todos y para todos.

Cuando me refería a la imagen que a veces se tiene de nosotros los psicólogos, que se nos atribuye el "don de hablar mucho" y de convencer con cierta facilidad a los demás. Creo que esas "verdaderas cualidades" que poseemos nos han ayudado a los psicólogos de la salud en Cuba a hacer realidad el sueño de muchos psicólogos en el mundo: vincularse al maravilloso mundo de la Psicología de la Salud no solo desde consultorios aislados, sino en instituciones de salud reconocidas donde su trabajo sea reconocido, respetado y consolidado en la existencia de un institucionalizado Servicio de Psicología. Hay una gran verdad que no es muy técnica, pero es muy importante: el trabajo del psicólogo en las instituciones de salud en Cuba ha sido un trabajo hecho con mucho amor, con mucho sacrificio y dedicación, lo cual nos ha permitido ganar un espacio propio y el respeto de todos los profesionales de la salud que nos han acompañado día a día.

Esta experiencia cubana debe ser conocida, constituye una demostración del verdadero rol y el verdadero aporte que la Psicología de la Salud puede dar en esa tarea que planteábamos al principio de la llamada humanización de las ciencias médicas.



Prevención institucional: una tarea perspectiva²

En los últimos años, las definiciones de las políticas de salud han pasado a considerar en especial el valor de las prácticas de prevención, definidas sobre todo en términos de los necesarios cambios en los estilos de vida, los modos y modelos de funcionamiento social y por ende institucional. Es difícil pensar en la prevención sin pensar en los cambios imprescindibles de estructura, pero sobre todo en los cambios de nuestros modos de pensar, de nuestros modelos teóricos de partida, de nuestras epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados. La *prevención* es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, la

² Ponencia presentada en el "Taller Internacional Grupos e Instituciones de Salud", celebrado en La Habana en febrero de 1997.

acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen. En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar *"a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla... para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social... ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente"*. Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad, a las prácticas clínicas tradicionales. La prevención es un reto práctico, un reto social, pero al interno de las prácticas profesionales de la psicología, un reto epistemológico. La salud es tarea de todos, pero es también tarea en todos los espacios donde ella se favorece o se dificulta, se promueve o se aniquila. *Prevenir es no solo un modo de hacer, es un modo de pensar.*

Partiendo de estas consideraciones no es difícil comprender porque "la Organización Panamericana de la Salud ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana" (OPS. 1992. p. 1). Esto está relacionado con las políticas de salud, las medidas ambientales, las instituciones de salud, las organizaciones comunitarias, y lógicamente con los individuos, con sus actitudes y aptitudes personales, sus creencias, su subjetividad. *"La promoción de salud es la acción social en favor de la salud"* (ídem).

La prevención se vincula a diferentes actuaciones profesionales. Las más conocidas y realizadas son las llamadas PROMOCIÓN y EDUCACIÓN (Calviño, 1996). Sin embargo, ellas han mantenido un modelo de comportamiento que

pudiéramos definir como *“de mí para afuera”*. Como señala Bleger J. *“...aplicamos de manera deficiente o absolutamente no aplicamos nuestros conocimientos y nuestras técnicas... a la administración que hacemos de nuestros recursos”* (1985, p.105) Siguiendo el paradigma dominante en los encuadres de las prácticas profesionales, el profesional, su institución de pertenencia quedan *“intactos”*. (No se han instaurados programas de promoción de salud tendientes a la eliminación de conductas nocivas para los médicos de un hospital, a pesar de que sabemos que muchos médicos y personal de la salud las poseen –hábito de fumar, abuso de ingestión de bebidas alcohólicas, etc.–, y cuando se han intentado desarrollar no han tenido éxito como es el conocido caso del tabaquismo.). Tenemos muchas razones para pensar que una buena parte de nuestras acciones de PROMOCIÓN y EDUCACIÓN tendrían que *“empezar por casa”*, tendrían que empezar desde adentro.

Cuando pensamos en *“empezar por casa”* nos tenemos que detener a pensar: ¿No será necesaria la PREVENCIÓN de los que PREVIENEN? Si nuestra respuesta es afirmativa entonces tendríamos que preguntarnos ¿PREVENIR en la institución QUÉ, PARA QUÉ, y lógicamente CÓMO?

Tratar de acercarnos a responder estas preguntas, nos pone ante todo a asumir un problema de conceptualización necesaria, pues nos estamos refiriendo a la ejecución de un tipo muy particular de prevención que sería la PREVENCIÓN INSTITUCIONAL. Por otra parte si hablamos de prevención institucional es porque de base hay un imaginario existente de lo que sería una INSTITUCIÓN SALUDABLE que aspiramos a tener y mantener. Intentemos reflexionar sobre estos dos conceptos.

¿Prevenir en la institución qué?

Algunos pasos han sido dados, particularmente aquellos que parten de *lo obvio olvidado*: cualquier ser humano puede morir de un infarto. Los médicos son seres humanos. Los médicos pueden morir de un infarto. Simple lógica aristotélica que

en nuestros días y en nuestro país se llama "*Atención al hombre*". El otro paso dado viene por la estructura, quiero decir por las cosas que se pueden hacer para mejorar "*el ambiente físico*" (para los especialistas en organización del trabajo el mercado de empleo mejoró).

Con las acciones de prevención institucional, se trataría por algún medio de contradecir la profecía del Herrero: "*En casa del Herrero, cuchillo de palo*". Tendríamos que despojarnos del pensamiento positivista, esa epistemología que dictamina la objetividad a alcanzar por la vía de la no implicación del sujeto que estudia con el sujeto que es estudiado, porque en este caso, cuando de prevención institucional se trata, el sujeto que estudia y el estudiado son *lo mismo* aunque *no son iguales*. El primer presupuesto teórico de base vendría dado por impedir que la institución sujete a sus sujetos para convertirlos en objeto concreto de su praxis y con esto desconozca (inhiba, oculte) su propio ser como sujeto, su SUBJETIVIDAD.

Si tratáramos de acercarnos al concepto general de prevención asumido por la OMS, pudiéramos entender entonces que *la prevención institucional sería una resultante del conjunto de acciones mancomunadas por diversas especialidades encaminadas en todo un proceso para desarrollar mejores condiciones de salud en el personal que labora en las instituciones, en el contexto de su vida cotidiana institucional*.

Intentemos algunas precisiones, en términos más pragmáticos, de esta primera conceptualización:

1. Al hablar de prevención institucional tenemos que considerar al menos dos niveles didácticos de comprensión de este proceso: un nivel sería el relativo a las acciones encaminadas al logro de una subjetividad institucional sana y el otro nivel sería el relativo a las acciones encaminadas a garantizar las condiciones objetivas que favorecen y sostienen la subjetividad de la institución.

Esta diferenciación es esencial a la hora de entender y precisar el objeto de estudio y la metodología que se emplearía por las diversas ramas del conocimiento que estarían implicadas en la realización de acciones de prevención institucional, me explico mejor, el objeto de trabajo de los profesionales de la psicología estaría bien diferenciado del de los órganos de dirección y del de los educadores para la salud, las tareas a asumir serían diversas y diferentes, y el nivel de responsabilidad también. La resultante y la integración de las distintas disciplinas y de los diferentes grupos institucionales que intervendrían en este proceso constituirían los programas específicos y bien particulares de prevención institucional que se realicen en las instituciones de salud. El abordaje de esta tarea sería interdisciplinario y prospectivamente transdisciplinario.

2. Sería necesario entonces definir qué tipo de acciones se realizarían encaminadas a estudiar y prevenir una subjetividad institucional sana y qué tipo de acciones que garantizaran las condiciones objetivas que sostienen la subjetividad de la institución, así como también la definición de sus implicaciones e integraciones mutuas.

En estas primeras reflexiones que realizo, en estos intentos por ponernos a pensar juntos sobre un tema, voy a referirme solo a aclarar, desde mi punto de vista cuál sería el rol de los profesionales de la Psicología de la Salud y en las condiciones concretas de nuestro país en el abordaje de una nueva tarea en la que sin duda alguna estamos implicados y debemos implicarnos, pero donde no somos los únicos protagonistas ni los principales responsables, así como tampoco sería ni nuestra única tarea a asumir en las instituciones de salud ni la principal. Hago esta aclaración porque desde un principio que una profesión va a intentar asumir una tarea, debe sentar y aclarar bien sus condiciones de asunción. Hago esta aclaración además porque si los profesionales de la psicología que trabajamos en salud aceptamos tareas institucionales que no nos corresponden

por pretender ganar un lugar más, caemos en el peligro de cometer severos errores y de tergiversar un campo de trabajo que pudiera dar palpables frutos. Sobre este tema profundizaré más adelante.

Detengámonos entonces en la reflexión sobre un segundo concepto: Siguiendo con la simple lógica aristotélica: si realizamos prevención institucional obtendremos una *"institución saludable"*.

Una institución saludable es aquella, cuyo funcionamiento brinda todas las posibilidades para que el hombre y los grupos humanos que en ella existen, sean sanos, plenos, y puedan desarrollar al máximo sus capacidades, instituciones de salud sanas con trabajadores de la salud sanos. Una institución saludable enseña a resolver los problemas que se presentan y aprende a resolver los propios por lo que le aportan sus miembros, brindando la posibilidad de un fluir emocional positivo de ellos en la implementación de la organización de su trabajo y garantizando una comunicación adecuada entre los diferentes niveles de dirección-subordinación. La institución de salud necesita ser sana, necesita ser curada en algunos casos (nada despreciables por cierto) y necesita ser objeto de prevención de su posible enfermedad. El tema es claro *"Mente sana en cuerpo sano"*, el cuerpo es la estructura institucional, sus sujetos corpóreos reales. ¿Cuál es su mente? *"Mente institucional sana en institución sana"*. No basta con la mirada objetiva, es necesaria, imprescindible la mirada subjetiva.

Pudiéramos pensar en algunos indicadores de *"insalubridad institucional"*, por ejemplo:

- Prevalencia de grupos de trabajadores portadores de diferentes tipos de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles.
- Presencia de conductas nocivas más o menos ocultas en el personal de la salud y más o menos reconocidas por ellos (tabaquismo, abuso de bebidas alcohólicas, sedentarismo, etc.).

- No aplicación de las conocidas medidas de prevención de salud, y no mantener un rol activo y responsable ante la salud personal.
- Presencia de indicadores de afectación de la salud mental tales como el síndrome del burnout, elevada vulnerabilidad al estrés y otros.

(Estos cuatro primeros indicadores por ejemplo a veces se traducen en alta prevalencia de los certificados médicos en el personal de la institución, ausencias sistemáticas, etc.)

- Dificultades de organización institucional y de la organización de los diferentes grupos institucionales, así como de la organización del trabajo, que afectan la estabilidad emocional de los trabajadores e inciden en la aparición de desmotivación laboral.
- Dificultades de comunicación entre los diferentes niveles de dirección-subordinación.
- No reconocimiento de que todo lo anteriormente planteado constituyen indicadores de salud institucional.

Por supuesto que nos estamos refiriendo a un imaginario ideal a obtener. La prevención institucional estaría dirigida entonces:

- A diagnosticar de manera inicial el comportamiento de sus indicadores de insalubridad.
- Elaborar programas de prevención que accionen sobre los indicadores detectados.
- Integrar cada una de las acciones que se vayan realizando en un todo coherente y dialéctico que permita un resultado satisfactorio.

¿Prevenir en la institución para qué?

Existen varias razones: la primera es económica en todo su sentido. Una institución saludable produce más y mejor. Las instituciones de salud no producen bienes materiales pero sí utilizan y gastan medios económicos. Si los sujetos de la institución son sanos y se sienten satisfechos en su institución, producen más y gastan menos, simple lógica económica. Menos pago por conceptos de bienestar social (certificados médicos, licencias), menos personal para realizar un mayor conjunto de actividades (ahorro en pago por salarios). En fin no pretendo ser economista ni administradora de salud, a ellos les corresponde analizar esto.

La segunda razón viene dada por la propia razón de ser de la existencia de los servicios de salud: brindar una atención de calidad, pues calidad en salud implica que las personas que se atiendan vivan sanas y vivan con calidad de vida.

¿Qué entendemos por calidad? Calidad implica hacer, implica mejorar el hacer, implica medir ese mejor hacer. No hay nadie que sepa mejor cómo mejorar las cosas que el que está implicado en ellas, este implicado presta un tipo de servicio y un tipo de atención; esta atención la brindan un grupo de sujetos a otro grupo de sujetos, esta atención se brinda en una institución. Querer instituciones de salud que brinden servicios de calidad, no es solo tratar de tener excelentes equipamientos o la última tecnología médica. Para que el personal de salud se sienta a escuchar y brinde servicios de calidad tiene que tener capacidad, tienen que ser sujetos y grupos con una sólida formación profesional y ética, con una determinada actitud ante la labor que realizan, con una determinada motivación, estimulación y satisfacción laboral, tienen que saber que van a ser escuchados por su institución cuando lo necesiten, tienen que ser por lo tanto sujetos y grupos saludables que le proporcionen conductas saludables a su institución para que esta sea realmente una institución saludable, una consecuente INSTITUCIÓN DE SALUD.(Zas B.,1996).

De lo anterior se desprende la tercera razón: "Haz lo que yo digo no lo que yo hago". Las acciones de salud que realizamos sobre los demás deben ser ante todo

creíbles y la credibilidad tiene que partir de inicio por la credibilidad de quien la promueve. Una profesión, un profesional, un tratamiento, una medida preventiva para mejorar la calidad de vida de un paciente, un servicio que se brinda debe ser creíble para el que lo recibe.

Pueden existir muchas otras razones, estas son lo suficientemente importantes para reconocer que la prevención institucional es una tarea perspectiva de primer orden aplicable en condiciones de un Sistema Nacional de Salud desarrollado como es el nuestro.

Prevenir en la institución ¿cómo?

Esta es sin dudas la más difícil de las respuestas, nos pone ante la realidad de nuestras prácticas y ante la verdadera posibilidad de ejecutabilidad de nuestras tesis de trabajo.

Hay tres premisas iniciales que deben tenerse en cuenta antes de intentar iniciar un trabajo preventivo institucional:

- ¿Está dispuesta la institución, o tiene el suficiente nivel de tolerancia institucional para someterse a los nuevos cambios que implicaría pensar y ejecutar estos programas, o al menos, intentar iniciar este proceso? Esta es la premisa de la aprobación, al menos de la aprobación inicial, pues las nuevas propuestas de cambios irán haciendo aparecer nuevas resistencias a los cambios.
- ¿Cuáles son las condiciones existentes en la institución para iniciar la aplicación de un programa preventivo institucional? Esta es la premisa de la objetividad, es decir saber con qué contamos y con quiénes contamos para empezar. Tendríamos que conocer y reconocer los momentos en que podemos empezar a trabajar, los grupos institucionales que estarían en mejores condiciones para emprender el trabajo, el nivel de preparación técnico-profesional con que se cuenta para ejecutar las acciones, etc.

- ¿Cuáles son las particularidades que distinguirían el tipo y el modo de realizar la prevención institucional en la institución de salud de que se trate? Esta es la premisa de la especificidad. Debemos tener una precaución importante: la idea no es comenzar a realizar programas nacionales de prevención para las instituciones de salud, la idea es que cada institución de salud tiene que luego de reconocer la importancia de este problema y estar dispuesta a asumirla, estudiar las particularidades de sus indicadores de “Insalubridad institucional” y realizar programas específicos para la situación que presenten, pues sino caeríamos en “peligrosas globalizaciones” o caeríamos como decimos en nuestro popular modo de hablar: en la “infladera de globos”.

Luego cada especialidad tendría que ir definiendo sin competitividad el rol a asumir. Sabemos que cuando de ideas nuevas se trata, la discusión por la hegemonía es el principal amigo para que un proyecto fracase. El grupo de especialistas que se dediquen a este trabajo en una institución de salud deben hacerlo en un clima de cooperación, de mutuo respeto profesional, de tolerancia y de integración. Si esta condición no se cumple lo ideal sería que no se dedicaran a ello, pues los resultados serían más insalubres para la institución.

Para la psicología la prevención institucional constituye también un reto epistemológico, toda una tarea perspectiva. Pudiéramos plantearnos como tesis iniciales de discusión y análisis las siguientes:

- El principal nivel de actuación del profesional de la psicología estaría implicado en las acciones encaminadas al logro de una subjetividad institucional sana. El nivel de las acciones encaminadas a garantizar las condiciones objetivas que favorecen y sostienen la subjetividad de la institución, sería para nosotros un nivel de referencia para la comprensión de los fenómenos que a nivel subjetivo aparecen, y un nivel donde podríamos sugerir y aportar, pero no intervenir.
- Metodológicamente las concepciones sobre lo grupal y lo institucional, son un referente imprescindible en el abordaje por parte de la psicología de este tipo

de prácticas. Las concepciones desarrolladas en el campo de la psicología de la salud en nuestro país y en las experiencias de promoción y educación para la salud, son también referentes necesarios a tener en cuenta.

- La observación, las entrevistas grupales, las encuestas, los grupos con diferentes modalidades técnicas, podrían ser entre otras algunas de las técnicas que pudieran utilizarse.

Teniendo en cuenta estas tesis iniciales, en el Servicio de Psicología de nuestra institución, desde hace un tiempo iniciamos la realización de toda una serie de acciones que en un futuro pudieran constituirse como un trabajo de prevención institucional. Algunas de estas experiencias están siendo expuestas en este taller a modo de ejemplo pudiera nombrarles:

- El trabajo grupal encaminado a la protección de la salud mental de los profesionales de la psicología de nuestro servicio, pues para ser consecuentes “empezamos por casa”.
- El estudio de la prevalencia del síndrome de burnout en el personal médico y de enfermería de la institución.
- Realización de trabajos grupales con grupos multidisciplinarios y diversos grupos institucionales ante demandas de situaciones estresantes o dificultades organizativas que repercuten en el estado emocional de este personal.

Andando iremos haciendo el camino, pretendemos con esta ponencia invitarlos a reflexionar en esta propuesta de trabajo que pudiera convertirse en un área más del trabajo del profesional de la psicología de la salud en nuestro país



Yo psicólogo en primera persona. (Dos talleres y una señal)³

A los que la pasión por la psicología nos ha llevado a no abandonarla después de muchos años de práctica clínica, nos motivó realizar este taller pretendiendo reflexionar sobre qué pasaba con nosotros mismos en el ejercicio de nuestra práctica profesional. Toda labor implica un desgaste para cualquier sujeto, al mismo tiempo que implica un acto de placer y beneplácito, un acto de creatividad y de desarrollo. Estar consciente de cuáles son los riesgos que nuestra profesión tiene, para controlarlos y prevenir a tiempo nuestro desgaste, optimizando

³ Apuntes sobre dos talleres efectuados en 1996, por el grupo de psicólogos del Servicio de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba.

nuestras capacidades personales, es sin duda la mayor muestra de responsabilidad profesional que podemos desarrollar, es un modo de demostrar las verdaderas relaciones existentes entre el ejercicio de nuestro rol personal y el ejercicio de nuestro rol profesional.

En la práctica de la psicología de la salud en nuestro país, durante todos estos años, los temas a presentar y discutir en congresos, talleres, conferencias y otros encuentros, siempre han girado en torno a nuestros diferentes “*objetos*” de trabajo (nuestros pacientes, grupos, comunidades, técnicas de tratamiento o de diagnóstico, etc.) “*nosotros*” como mirada de estudio de nosotros mismos, ha sido un tema escasamente mencionado, una especie de “*lado oculto*” que pretendemos desmitificar con la discusión que se origina en estos talleres.

La primera interrogante que nos hicimos fue precisamente por qué nunca habíamos hablado sobre nosotros mismos. Las primeras respuestas: “*porque no tenemos una formación psicoanalítica donde es obligatorio analizarse para poder ejercer*”, “*porque fuimos formados en una concepción sobre la personalidad del hombre que proclamaba por ser sujetos consciente-volitivos*”, “*por ser tan eficientes profesionales que no podemos padecer de un estado de ansiedad, ni pasar por una crisis de tristeza mantenida*” y donde “*consultar a otro colega es ‘mal visto’*”, “*porque se supone que tengamos todos los recursos personales y técnicos para resolver y enfrentar adecuadamente todos nuestros conflictos y situaciones personales y laborales*”. A esto se le agregaron como argumentos otros ya ajenos a nuestra formación de pregrado: cuando llegamos a una institución de salud, la imagen que hay formada sobre nosotros es que también todo lo podemos, todas las situaciones vinculadas con la esfera “psi” esperan que la sepamos resolver eficientemente, el personal de salud no “admite” que un psicólogo pueda descompensarse, en fin las expectativas y la imagen que tienen nuestros colegas del sector de la salud y que tiene además la población a la cual atendemos , tampoco han sido buenos aliados nuestros. El rol asumido y el rol

adjudicado no contempla entre sus funciones las del cuidado de nuestro propio bienestar psíquico.

Romper paradigmas. Es ese el primer objetivo que tienen estos talleres. Informarnos, informar e intercambiar con otros colegas de nuestra misma formación y de otras formaciones ha sido el primer paso de nuestra prevención. Que otros que no estuvieron presentes en estas dos oportunidades en que nos reunimos, conozcan y compartan estas experiencias, es lo que nos ha motivado a resumir las ideas esenciales que organizamos y discutimos para que muchos puedan conocer también del cuidado que sobre su propia salud mental deben tener.

Estos talleres se efectuaron en dos eventos internacionales celebrados en nuestro país en el 1996. La primera ocasión fue en el VI Encuentro Latinoamericano de Psicoanalistas y Psicólogos Marxistas y la segunda ocasión fue en la II Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud 96. Participaron colegas cubanos, argentinos, colombianos, mexicanos y uruguayos, con un estimado de sesenta participantes entre ambos talleres.

Participaron en la realización de estos talleres los siguientes psicólogos del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras": Los licenciados María Elena Rodríguez, Geidy Rodríguez, Ismary Lara, Leonardo Lucero, Amalia Rivera, Wilfredo Pérez, Amarilis Ramos y la doctora Edelsis Hernández. Colaboró para la realización de estos apuntes la Lic. María Teresa Hernández.

Se consideraron cuatro ejes temáticos en torno a los cuales se trabajó:

1. Características de la personalidad del psicólogo que favorecen o entorpecen la realización de su. trabajo profesional.
2. Los riesgos que implica la realización de nuestro trabajo profesional.
3. Las consecuencias que se pudieran tener para nuestra salud mental.

4. ¿Cómo podemos prevenir y prevenir-nos ante los riesgos de nuestro trabajo profesional?

La discusión de estos cuatro ejes de referencia se fue elaborando en los grupos atendiendo a cuatro momentos fundamentales de trabajo grupal:

1. Caldeamiento inicial del grupo. Consistente en la aplicación de una técnica participativa de presentación a través de la selección a la llegada al local de trabajo, de unas tarjetas de colores vinculadas con el estado de ánimo que los había acompañado en su última semana de trabajo.
2. Introducción al tema por parte de la coordinadora y explicación de cada miembro del por qué de la selección del color, estableciendo después de esta dinámica inicial los cuatro ejes de trabajo para el taller.
3. División del grupo en cuatro subgrupos (que se forman a preferencia por los temas que se explicaron), con dos coordinadores cada uno que dirigen la discusión en torno a uno de los ejes temáticos planteados.
4. Dinámica final con todo el grupo, donde uno o dos representantes de cada subgrupo resumen las ideas discutidas entre ellos, aportando el grupo otras ideas que no se hayan planteado. Se procede al cierre haciendo énfasis en el aporte que el grupo puede hacer al trabajo de prevención, como objetivo fundamental del taller.

Las ideas fundamentales que sobre cada uno de estos ejes temáticos fue aportada por estos dos grupos serán referidas en los presentes apuntes. No pretendemos realizar una elaboración teórica sobre el tema, sino solo plasmar el resultado de la creación y de la experiencia práctica de todas las personas que participaron en la concepción y ejecución de estos inolvidables encuentros de trabajo que muchos agradecieron y que esperamos puedan volver a repetirse.

a. Características de la personalidad del psicólogo que favorecen o entorpecen la realización de su trabajo profesional.

*El hombre superior, entonces,
debe vigilarse cuando está solo.*
CONFUCIO

En ambos talleres desarrollados existió una coincidencia en cuanto a algunas características personales, que el hecho de poseerlas, o de ir las desarrollando en nuestro crecimiento personal, contribuyen a desarrollar un buen trabajo profesional. En resumen se hicieron referencias a:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| -Tener calidad humana. | personales y la no ejecución de |
| -Ser sensible. | un tipo específico de labor. |
| -Saber escuchar. | -Ser estudioso y un constante |
| -Ser cálido. | investigador. |
| -Ser tolerante. | -Ser auténtico. |
| -Ser comprensivo. | -Ser flexible. |
| -Respetar la individualidad y el | -Tener una buena capacidad o |
| derecho de los demás. | actitud introspectiva. |
| -Tener sentido del humor. | -Ser humilde y sencillo. |
| -Ser asertivo. | -Tener capacidad de dar y recibir |
| -Ser buen conversador. | afecto. |
| -Manejar con medida el poder. | -Ser empático. |
| -Tener confianza en sí mismo. | -Ser creativo. |
| -Capacidad para reconocer | -Ser responsable. |
| relación entre sus limitaciones | -Ser profesional: con una |
| | adecuada preparación técnica y |
| | un buen encuadre de trabajo. |

Entre las características que pueden entorpecer el ejercicio de nuestro rol profesional se señalaron:

- Ser desorganizado, no planificar el tiempo.
- Creer que somos omnipotentes.
- Creer que poseemos la verdad absoluta.

Se planteó el carácter condicional de muchas de estas características, pues en algunas ocasiones lo que aparentemente pudiera favorecer nuestra actividad, la entorpece, por eso estas cualidades y "no-cualidades" deben estar sujetas a una capacidad de reconocimiento de cuáles y en qué mejor momento saber y poder utilizar.

b. Riesgos que implica la realización de nuestro trabajo profesional.

El trabajo del psicólogo vinculado al área de la salud, implica toda una serie de riesgos que deben ser *reconocidos y conocidos*.

Cuando se trabaja en una institución de salud, somos depositarios de toda una carga de ansiedades de nuestros pacientes, de sus familiares y del personal de salud que labora junto a nosotros. Estamos en contacto sistemático con el sufrimiento humano, con el dolor, con el miedo, las frustraciones, los fracasos, las pérdidas, la muerte.

Las relaciones terapéuticas que se establecen tienen siempre el riesgo de la aparición de la contratransferencia, las relaciones que se establecen en el trabajo con grupos profesionales de la institución y con la institución en sí, encierran el riesgo de que seamos objeto de "ataque", críticas, o de que podamos ser calificados como cuestionadores o aspirantes al poder institucional.

Corremos siempre el riesgo de un fracaso en el tratamiento, de cometer un error diagnóstico. Muchos de nosotros tenemos que trabajar en condiciones de unidades cerradas durante muchas horas (unidades de quemados, de cuidados intensivos e intermedios). En ocasiones tenemos que atender una gran cantidad de pacientes en un tiempo no “ideal” para lograr un mejor trabajo. Estamos sometidos a exigencias constantes de respuestas rápidas por parte de nuestros interconsultantes y de nuestros pacientes y familiares.

Trabajamos todo el tiempo en relaciones de vínculos donde nuestra subjetividad está en un constante hacer, en un constante movimiento, en un vertiginoso pensar y sentir.

Estos fueron algunos de los riesgos que se abordaron. En ocasiones sucedió en ambos grupos, se confundieron los riesgos con las consecuencias, lo cual se fue esclareciendo en la medida que el grupo fue trabajando.

c. Consecuencias perjudiciales que pudiera traer el desempeño del trabajo profesional del psicólogo.

Las consecuencias que para la salud mental del profesional de la psicología pudiera tener el ejercicio de su profesión, están asociadas en primer lugar con el desconocimiento y el manejo incorrecto o descuido de los riesgos que implica nuestra labor, así como el desconocimiento del primer punto que discutimos, o sea, de las características personales que ayudan o no a optimizar nuestra labor.

Las consecuencias pueden abarcar varios niveles, que irían desde los primeros indicadores de que nuestra salud en general no “anda muy bien”, hasta la aparición de sintomatología típica de algunos cuadros clínicos que hemos visto y atendido en nuestros pacientes.

Cuando se comenzaron a hablar de las consecuencias, las primeras referencias fueron relativas a algunas implicaciones que para la vida personal de nosotros, podría traer el estar “agotados” en nuestra profesión. Las afectaciones en nuestras relaciones de pareja, con la familia y con nuestras amistades, están entre las consecuencias que muchos de nosotros hemos experimentado alguna que otra vez. En ocasiones vivimos una vida muy “controlada” y estresante, para tratar de hacer coincidir las expectativas que todos depositan en nosotros, con la realidad de lo que somos y de lo que podemos realmente.

En la literatura se ha hecho referencia en los últimos años, a la existencia de un síndrome denominado de “*Burnout*” o “quemado” (Moreno, Oliver, Pastor, Aragoneses ,1990), que es un tipo de estrés laboral que se da en aquellas profesiones donde se guarda un vínculo estrecho con otras personas. Comenzamos a buscar cuáles de los indicadores de este síndrome, nos habían afectado en alguna ocasión. El cansancio emocional expresado en existencia de tedio, disgusto, apatía, insatisfacción, había sido sentido por muchos de los que estábamos presentes. Perder la sensibilidad, la capacidad de asombro con el dolor del otro (sin tratarse de una distancia óptima técnicamente establecida), la capacidad para establecer empatía, también fueron referidos; estos síntomas cuando se estabilizan constituyen la existencia de la despersonalización, que es la segunda fase del proceso de *burnout*.

Algunos refirieron que habían conocido a colegas que llegaron a la tercera fase de pérdida de toda motivación e interés por el trabajo, inclusive conocemos de algunos que han llegado a cambiar de trabajo al estar en semejante estado.

Tanto la presencia del síndrome del Burnout, como la existencia de estados frecuentes de ansiedad, depresión, u otras alteraciones

psiquiátricas comunes, pueden ser consecuencias extremas de un no cuidado o falta de prevención sobre nuestra salud mental. El narcicismo extremo y la omnipotencia pedante, es otro mal que puede acecharnos. En todos estos casos no es posible desempeñar de forma óptima nuestro rol profesional.

A este problema le acompaña, el gran prejuicio de que el “psicólogo no se atiende con el psicólogo”, y si acaso nos decidimos a atendernos, lo tratamos de ocultar, o si lo referimos, lo hacemos con mucha vergüenza y culpabilidad.

d ¿Cómo plantearnos nuestra prevención?

Las propuestas grupales que surgieron al formularnos esta pregunta fueron realizadas en torno a una idea central o a un requisito fundamental a cumplirse: *Todo dogmatismo en la prevención sobre la salud del psicólogo puede convertirse en un obstáculo real de nuestra prevención.*

Esto nos hace plantear que sugerencias ante este problema serían solo sugerencias y que la implementación de nuestra prevención respondía ante todo a las condiciones personales y a los diferentes modos en los que tenemos organizado nuestro trabajo.

Si planteamos como obligatorio un análisis personal (como sucede en muchas tendencias psicoterapéuticas) en un contexto profesional como el nuestro donde esta idea no ha sido asumida, podemos provocar más daños que beneficios.

Las opciones para nuestra prevención tendrían que ir precedidas de un proceso de formación profesional donde la capacidad anticipatoria para reconocer nuestra necesidad de solicitar ayuda personal sea un

referente que forme parte de nuestros esquemas referenciales de trabajo. Esta es una idea que debe irse desarrollando desde la formación inicial que el futuro profesional de la psicología va recibiendo en las aulas.

Los que ya estamos formados tenemos que luego de reconocer nuestra necesidad implementar a través de diversos medios nuestras medidas preventivas, que irían desde la propia organización de nuestro trabajo profesional hasta el replanteo de nuestro modo de vida.

Se dieron algunas opciones posibles: la realización de grupos de reunión no formales, la creación de espacios de contención individuales y grupales técnicamente orientados con objetivos terapéuticos o con objetivos de consulta técnica (espacios de supervisión). El replanteamiento de la organización de los Servicios de Psicología donde se fueran modelando adecuación de tareas profesionales a características y capacidades personales desarrolladas, así como la combinación de tareas asistenciales, docentes e investigativas en un continuo que amortiguara la sobrecarga del trabajo asistencial.

Por último algunas "Reglas infalibles para lograr terapeutas desgastados" que en nuestra versión fueron formuladas del siguiente modo (Belson, 1994, p. 18):

- 1. Trabaje todos los días mucho y hasta altas horas de la noche, incluidos los fines de semana y los días feriados.*
- 2. Atienda pacientes muy complicados y véalos uno tras otro, preferentemente tres o cuatro seguidos. Piense en ellos a toda hora, durante la comida por ejemplo. ¡Esos son buenos horarios!*

3. Tómese vacaciones una sola vez por año y si está obligado a hacerlo, y llévese publicaciones y bibliografía sobre la profesión.

4. Base exclusivamente su autoestima en su trabajo. No busque una vida personal independiente, sus pacientes lo necesitan mucho.

5. No decore su local de trabajo. ¿Por qué ese deseo de estar en un ambiente confortable y atractivo todo el día?

6. Crea que usted debe ser exitoso en todos los casos. Si estos comprenden duelos, obsesiones, narcisismo, bulimia, gente deprimida, gente maníaca. Y recuerde, en todos los casos, si no mejoran la culpa es suya.

7. Viva su vida sin amigos, amantes o familia. Si usted ha creado accidentalmente familia, ignórela. Si usted está solo, continúe buscando al Señor Correcto o a la Señora Perfecta, aunque esto le lleve toda la vida. Nunca se contente con ser simplemente humano.

Con estas sugerencias cerramos nuestros talleres que consideramos fueron un productivo espacio de reflexión y ayuda para todos los que participamos en ellos. Nuestro grupo ha querido seguirlos realizando, pues consideramos que es una acción de entrenamiento que nos puede poner a pensar en grandes e importantes cosas sobre el ejercicio de nuestras prácticas. Si en algún evento se encuentran anunciado el taller les recomiendo que asistan.



La muerte enmudecida

LA MUERTE

Ni diez personas iban a los últimos recitales del poeta español Blas de Otero. Pero cuando Blas de Otero murió, muchos miles de personas acudieron al homenaje fúnebre que se le hizo en una plaza de toros de Madrid. Él no se enteró.

EDUARDO GALEANO

Hospital X. Un poco antes de las 8 am. Asciendo en un ascensor lleno. Se abre la puerta en el piso Y. Todo era silencio. De pronto una doctora ve del otro lado a un médico conocido y le dice: "*El paciente murió anoche*". Otro médico que estaba bastante cerca de la portadora de la noticia en ese breve y lleno espacio del ascensor dijo: "*¡Ay, esa tiñosa tan temprano pasándome tan cerca: Alabao muchacha!*". Todos

comenzamos a reír a carcajadas y así llegamos a nuestro puesto de trabajo: más contentos que de costumbre.

"Conviene reír sin esperar a ser dichoso, no sea que nos sorprenda la muerte sin haber reído" dijo Jean de la Bruyère, un moralista francés allá por el 1600, un poco antes en el tiempo Leonardo da Vinci expresaría que *"Si es posible, debe hacerse reír hasta a los muertos"*. Lo interesante de esta anécdota ocurrida casualmente la semana pasada y de la que fui testigo presencial, y de estas frases dichas por famosos y estudiosos de siglos anteriores al nuestro, es que en nuestra vida cotidiana, en nuestro pensamiento más elemental y sencillo, vida y muerte, risa y fin, siempre están presentes como pares opuestos e indisolublemente ligados a nuestro vivir. En las ciencias psicológicas el eros y el tánatos, las contradicciones entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte se consideran aún por algunos psicoanalistas como la contradicción esencial del desarrollo psíquico del hombre.

Durante toda esta semana muchos estudiosos del tema de la vida o de la muerte hemos estado aquí reunidos para también preocuparnos por nuestra vida o por nuestra propia muerte, porque en honor a la verdad ¿no estará en el inconsciente de muchos de nosotros los presentes la preocupación de que algún colega nos diagnostique erróneamente y nos declare en muerte encefálica antes de tiempo?

Pretendo entonces hacerlos por un instante detenerse no en conceptos, no en conocimientos, no en el ser profesionales de prestigio, les pido que traten de escucharme desde sus asientos en un rol persona, en el esencial rol de nuestra vida, y desde allí tratar de acercarnos a nuestra subjetividad, a lo que puede ocurrir u ocurre en nuestra mentes, en nuestra psique, cuando desde el rol profesional nos enfrentamos a la muerte de nuestros pacientes, o a cuando se les solicita hacer un

diagnóstico de muerte encefálica. Confucio dijo que *"el hombre superior debe vigilarse a sí mismo cuando está solo"*. Nuestro José Martí siglos después dijo que *"Es natural y humano que el hombre piense constantemente en sí, aun en sus actos de mayor abnegación y descuido de sí propio"*. (Martí, 1975). Intentemos entonces realizar un análisis no solo desde la reflexión médica, moral y ética, sino desde otro ámbito o nivel de análisis: el nivel psicológico como referente para el entendimiento de la conducta humana.

Le he preguntado a varios neurólogos si para ellos les resulta difícil como personas dar un diagnóstico de muerte encefálica, me han dicho: Sí. Les he preguntado y ¿por qué, qué han sentido en ese momento?, Me contestó uno de ellos: "cada vez que tengo que hacerlo me siento mal, es una situación tensa, más si el paciente es joven, ha tenido un accidente, más si es conocido o si conozco a su familia, trato de demorarme un poco, me trato de asegurar bien, pero por dentro, es terrible pues para mí en lo cultural, en lo tradicional la muerte es cuando el corazón paró".

No se trata como les había dicho solo de un conocimiento, de un concepto, esos médicos saben, lo han estudiado, creen en el concepto, lo han verificado en su práctica y sin embargo en ese momento se produce subjetivamente además de una disonancia cognitiva, la expresión emocional por momentos de una situación conflictiva entre la concepción tradicional de muerte, su cultura sobre la muerte, sus dudas, sus miedos, la posibilidad tangible de su propia muerte, un conflicto entre su rol profesional prestigioso y su humilde persona.

Se produce además psicológicamente una contradicción o conflicto ético profesional aún más complicado entre una muerte y una vida, una decisión diagnóstica de muerte de un paciente que ayudará a vivir a otro

paciente. Muchas ideas o sensaciones subjetivas pudieran estar presentes en las mentes de los médicos en ese momento: "Si realizo un diagnóstico de muerte implica que no salvé esa vida, no pude. Otra persona espera para vivir por este posible donante, se puede salvar otra vida, pero la desesperación de cumplir con el precepto de salvar vidas no me puede llevar a desesperarme por el diagnóstico de esta muerte."

Los que trabajamos en el campo de la salud por lo general somos bastante sensibles como un elemento fundamental de nuestra ética. Chaplin en *El gran dictador* decía: "*Pensamos demasiado y no sentimos lo suficiente. Tenemos más necesidad de espíritu humanitario que de mecanización*". No reconocer o negar las vivencias subjetivas presentes en nuestros procedimientos profesionales, en las tomas de decisiones médicas solo pueden llevar al profesional de la medicina a agotarse, a cometer errores operacionales, a no enfrentar correctamente sus conflictos y dilemas éticos, a padecer de un desgaste emocional que puede llegar a cronificarse.

Debemos evitar por todos los medios que los profesionales de la medicina lleguen a padecer de una sensación sobre el concepto de muerte similar a la que explica este personaje de Ray Bradbury que refiero: "*Un niño le pregunta a su madre si morir es una sensación y ella le responde que sí, que es una sensación ruin para los que tienen que vivir después que el otro muere*".

Otro evento de la vida cotidiana de los profesionales de la medicina está vinculado no solo al diagnóstico de un paciente en muerte encefálica, sino a todo aquel paciente que muere, o que se sabe que va a morir. ¿Establecer un vínculo profesional con alguien que va a morir es tan simple? ¿Cuántos médicos dialogan con sus pacientes sobre el momento de la muerte, cuántos los preparan para morir? Por lo general de

manera paternalista decimos que no lo hacemos porque eso perjudicaría al paciente psicológicamente, imagínese que el que debe salvar vidas prepare para morir mejor, pensarán, sin embargo ¿no estarán presentes nuestros propios miedos a la muerte, al morir, no será que no estamos preparados para hablar de estos temas como se habla del asma, de la diabetes, o como se discute aquí en este gran plenario sobre la muerte encefálica?

Nicolás Guillén, nuestro poeta nacional escribió en una ocasión unos versos que dicen más o menos así:

Iba yo por un camino
cuando con la muerte di
¡Amigo! - gritó la muerte.

Pero no le respondí.
Miré no más a la muerte.
Pero no le respondí.

Llevaba yo un lirio blanco
cuando con la muerte di
¡Amigo! - gritó la muerte.

Pero no le respondí.
Miré no más a la muerte.
Pero no le respondí.

¡Ay, muerte!
Si otra vez volviera a verte
Iba a platicar contigo
Como un amigo:
Tu mano sobre mi frente.
Mi mano sobre tu frente.
Yo detenido y sonriente:
Como un amigo.

En un mundo que ha enmudecido frente a la muerte, si se considera que la muerte es un fenómeno tan natural, si nosotros como científicos la estudiamos y sabemos que en algún momento es inevitable, ¿por qué entonces como médicos no siempre se dialoga abiertamente en aquellos casos que lo quieran y lo

requieran? ¿Se dan cuenta cuántas contradicciones internas, subjetivas, psicológicas tenemos sobre este acontecimiento? Con cuántas dudas se deben ir todos los días los médicos para su casa, con cuántas angustias mal canalizadas en ocasiones, con cuántos deseos a lo mejor de hacer más y mejor pero no atreverse por temor a sufrir lo indebido en esta profesión. Como decía Sinuhé el Egipcio: *"¿Por qué tendría miedo? Un futuro médico no teme nada"*. (Waltari, 1955)

Recuerdo en estos momentos algo que planteaba un conocido psicodramatista J.L. Moreno cuando explicaba que mantenerse vivo dependía de actos espontáneos ejecutables sucesivamente a través de la existencia: comer, curarse, desviarse de un carro, no ceder a un impulso suicida, etc. Se debiera entonces conceder a la muerte la misma connotación de espontaneidad que al acto de nacer, sin embargo hay otro nivel de espontaneidad más elaborado también propio del hombre que es la sobrevivencia, por eso es tan complejo, por eso esa lucha permanente contra la muerte (Perazzo, 1986). Por eso a nivel psicológico no es tan sencillo ni para el moribundo y su familia, ni para el médico que está presente en el proceso.

A veces en la vida profesional puede suceder como en los matrimonios de años: se conocen tanto que en ocasiones olvidan los pequeños detalles que hacen crecer la relación. Podemos creer que es tan habitual ver morir a un paciente o tomar una decisión sobre su diagnóstico de muerte, que no nos detenemos en el pequeño detalle de qué sucede a nivel psicológico con nosotros.

Siempre a nosotros los psicólogos nos hacen una pregunta: ¿Cómo pueden ustedes escuchar tantos problemas y no enloquecer? Siempre yo contesto: gracias a los recursos técnicos que me ha dado mi profesión. Pudiéramos preguntarle a los médicos: ¿cómo pueden ustedes ver tanta gente morir y no llorar?

Yo respondería: porque cada uno de ustedes también ha ido desarrollando su propio recurso técnico defensivo personal para realizar este trabajo. Pero todos sabemos que no todos están siempre preparados en lo personal para esto, no todos están siempre dispuestos a desnudar el alma y a dejarla curar como se dejan curar el cuerpo. Ante tantas evidencias que he expuesto cabe entonces una pregunta: ¿Debemos dejar al azar como encargado de la preparación personal técnica del profesional de la medicina en esta difícil tarea de enfrentarse a la muerte, de su preparación psicológica?

Considero que no, que sería algo imperdonable al abrigo del desarrollo actual de la medicina y de la psicología, y en particular del campo de la psicología de la salud. Dos grandes riesgos deben evitar siempre los profesionales de la medicina al abordar el tema de la muerte, al trabajar con pacientes que van a morir o a los que les tienen que realizar un diagnóstico de muerte encefálica, dos detalles simples y cotidianos.

El primero: nunca correr el riesgo de deshumanizar el contacto con el que muere, buscando siempre nuevas formas de humanizarlo más. El segundo: nunca sobrevalorar las potencialidades personales y psíquicas que como simples humanos poseen, y prepararse, adiestrarse no solo en técnicas para resucitar, o para ayudar a morir mejor, o para realizar un diagnóstico eficaz, prepararse también para identificar una queja, para tomar una mano a tiempo, para escuchar lo que el otro necesita en ese momento y para dejar expresar correctamente las emociones que se generan en estos acontecimientos cotidianos de la labor médica.

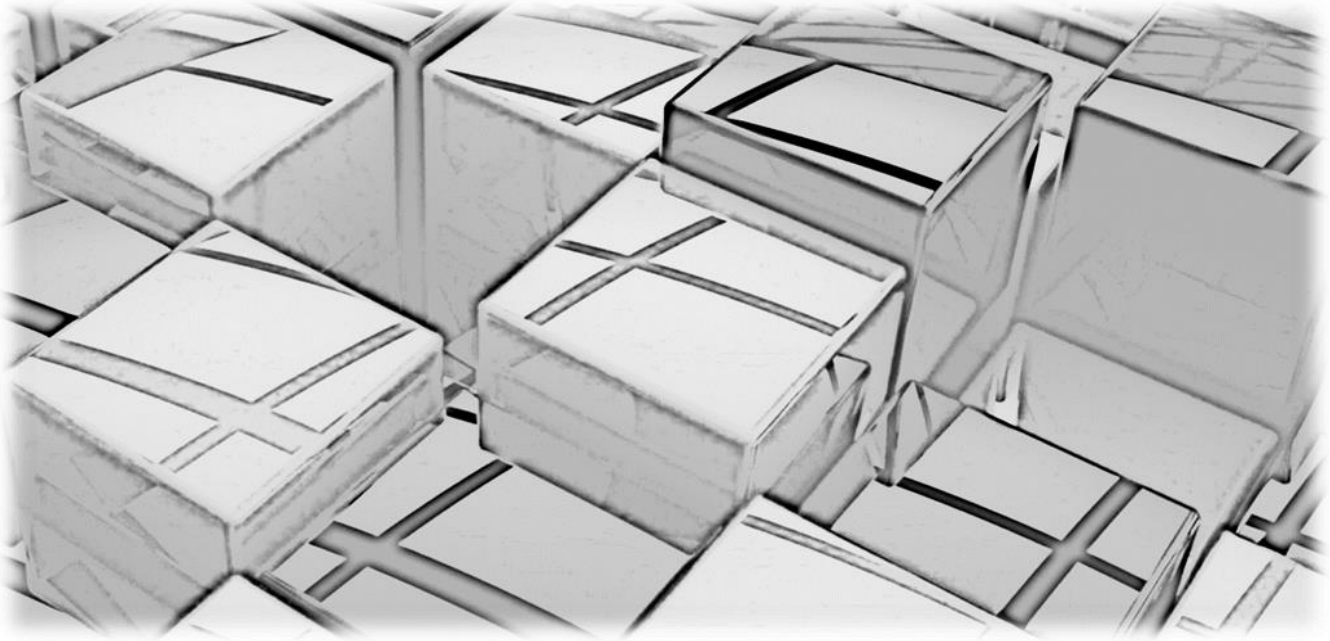
Por eso se hace a mi juicio imprescindible realizar un trabajo sistemático educativo-preventivo con todos nuestros colegas médicos dirigido a:

- Reconocer la complejidad subjetiva del vínculo médico-paciente no ajena ante el evento de la muerte. El vínculo médico-paciente está fundamentado en una ética profesional, que no es más que una ética del sistema vincular de las

personas que entran en interacción. Una ética de las relaciones interpersonales constituida por elementos tales como el respeto, la honestidad, la sensibilidad y el compromiso. (Calviño, 1998)

- Reconocer el vínculo médico-paciente ante el evento de la muerte como posible fuente generadora y evocadora de conflictos personales y/o dilemas éticos que pudieran matizar los procedimientos técnicos que se realizan.
- Necesidad de una preparación psicológica y adiestramiento del personal médico para enfrentar las diferentes situaciones emocionales vinculadas a la muerte y al morir de los pacientes, evitando de este modo la aparición de malestares psicológicos más complejos (Síndrome de Burnout).

El logro de cada uno de los objetivos educativos-preventivos señalados tendría que producirse en un proceso gradual donde como decía Subbotsky algunos conocen la norma y dicen comportarse en congruencia con ella aunque en realidad no lo hacen. Otros la conocen y aunque no la comparten se comportan con coherencia (los disciplinados) hasta lograr a los que además de conocerla, y de comportarse en congruencia la hacen suya. Estos no solo hablan de la norma y se comportan coherentemente, sino que la viven, la recrean, la hacen crecer y la convierten en un principio axiomático de su vida (los autónomos). (Calviño, 1998). Estos últimos serían los médicos contemporáneos que poseerían el difícil arte de acompañar a morir a sus pacientes, y que tendrían a sus muertos descansando en paz dentro de ellos.



La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud

Si de satisfacciones se trata no cabe duda que la psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado a este tema. Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado e inicio del presente han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental. Si alguna duda se albergara bastaría con recordar los nombres primero de Freud, James y Winsbagger, luego de Rogers y Maslow, y más recientemente de la convertida en *best seller* teoría de las emociones intelectuales, o de la pujante programación neurolingüística.

El por qué de la importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento humano es algo que hasta le fue difícil explicar al prestigioso Sigmund Freud ante sus auditores de la antigua Viena (aunque a decir verdad, la explicación psicoanalítica, sin demeritar lo notable de su autor, me resultan en extremos azarosas y muy comprometidas con algo que pienso tiene que ver con la intimidad de lo humano, y no con el comportamiento de las instituciones).

Si bien la psicología tradicionalmente explicitó el vínculo entre satisfacción y comportamiento de una manera clara y que en principio tiene en su base una coherencia empírica con las representaciones intuitivas, aunque las trasciende ampliamente, los más recientes estudios no se conforman con cualquier tipo de comportamiento.

Ahora se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que sea óptimo. La relación que se nos impone tiene que ver con la búsqueda de respuestas a la pregunta: ¿Qué tiene que ver la satisfacción con la excelencia?

Digo como punto de partida que la satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelsitud en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de perfección ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.

Pero como casi siempre sucede, los fenómenos de los que hablamos no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno

esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no.

Constituirían entonces puntos centrales a presentar y discutir en esta mesa redonda sobre el tema que nos ocupa: la naturaleza subjetiva de la categoría satisfacción y las implicaciones metodológicas que supone su medición o conversión en un indicador de calidad.

Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: "la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja" (Encarta 97). Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos siendo más exquisitos aún observar qué significa satisfacer: "Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar... Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien" (Encarta 97).

Cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada solo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o

estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro.

De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

Toda esta complicada trama (que diría más bien es todo un drama) nos permite irnos acercando a lo que fue la pregunta inicial que me hicieron en esta mesa ¿es la satisfacción entonces un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud?

Sin dudas es un indicador, eso ya lo hemos dejado claro, más aún, es un instrumento de la excelencia. El que sea un indicador de excelencia de la calidad, depende a mi juicio, de su implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Detengámonos entonces brevemente en cada una de estas variables citadas.

La complejidad del proceso.

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro de sus eslabones fundamentales:

1. Las variables intrasubjetivas del cliente (paciente).
2. Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

El cliente (paciente).

El "paciente" (o cliente) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud.

En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, "protestón" o amargado.

Con esto quiero hacer énfasis en algo: Las expectativas que el paciente trae no tienen que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino (sí esto fuera así nosotros los psicólogos y nuestros colegas los psiquiatras tuviéramos listados interminables de quejas de los pacientes neuróticos que atendemos). La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud.

El supuesto dador (o el prestador de los servicios de salud).

En honor a la verdad, es en aquella palabra queja, en la que nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto e instituido que no era lo que él esperaba, o sencillamente de un paciente pesado (porque de que los hay los hay).

Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, dicharacheros, logran los mejores calificativos aunque ejecuten las mayores chapucerías técnicas, y como decimos vulgarmente "no pasa nada", "todo el mundo sale contento", y como es tan cómico el médico, o tan bien parecido ¿para qué quejarme?, si como dice el cuento: "Después de todo me divertí bastante".

Esta es una parte del análisis de este eslabón del proceso. La otra sería el considerar un principio elemental del funcionamiento psíquico humano: es muy difícil dar lo que no tenemos. Quiero decir si estamos muy insatisfechos en nuestra vida y en nuestro trabajo, es muy difícil que podamos satisfacer al que acuda en nuestra ayuda.

Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria.

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las trampas de la excelencia en las que quedaron atrapados.

Las trampas de la excelencia (el proceso de interrelación y las condiciones institucionales).

1. La comunicación como fuente generadora de insatisfacciones.

Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre lo óptimo a realizar en su caso, sobre todos los procederes posibles, en fin, que vayamos sin darnos cuenta aumentando sus expectativas (por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente. "Las expectativas afectan los niveles de satisfacción" (Lele, Sheth, 1989, p. 116).

Puede ser que le hayamos confirmado una acción que no se cumple: " hoy vienen a hacerle la interconsulta de dermatología", y ese día no aparece nadie.

Puede ser que se le haya hecho notar una deficiencia que él mismo no había notado o a la que no le dio suficiente importancia: "qué salada estaba la comida hoy".

Es en el modo en que nos comunicamos, y en el modo de pretender a veces ser tan excelentes, que generamos fuentes de insatisfacción en nuestros pacientes.

2. La imagen: del profesional y la institución.

Hace un tiempo se puso de moda una canción que en uno de sus estribillos decía: "somos lo máximo". Si uno está ante lo máximo, espera lo máximo, si nos atiende una eminencia de la medicina en el mejor hospital, la atención esperada

es también la máxima. A veces un fracaso puede ser el resultado de una excesiva propaganda.

Sería mejor decir: "Somos lo que somos", evalúe usted.

3. El cumplimiento de los indicadores de eficiencia en la atención hospitalaria.

Disminuyendo la estadía, o viendo a todos los casos que lo necesitan, a modo de ejemplo, pudiéramos caer en la trampa de no hacer las cosas como se deben y brindar con ello una atención de menor calidad y más probable de ser evaluada insatisfactoriamente.

¿Se puede maximizar la satisfacción del cliente y minimizar los costos? (Lele, Sheth, 1989, p. 12). En teoría la respuesta a esta pregunta es "no se puede". Este cuestionamiento hecho para las grandes empresas, es imprescindible hacerlo en el área de la salud, máxime cuando somos un sector que no producimos bienes materiales, que gastamos constantemente recursos.

Minimizar los costes tratando de lograr un nivel mínimo de satisfacción constituye todo un reto solo posible de lograr con un total dominio de todo el proceso que estamos describiendo y con una excelente dirección y cooperación de todos los factores intervinientes. Hago énfasis **MÍNIMO CON MÍNIMO**.

¿Mínimo es excelencia?

La satisfacción entonces como indicador de excelencia, estaría necesitada de un análisis económico. Con pocos recursos económicos tenemos más posibilidades de que existan insatisfacciones en el paciente o en el prestador de los servicios de salud. La excelencia en la satisfacción está inevitablemente atravesada por la economía, y es un factor que no debemos nunca perder de vista a la hora de valorar lo sucedido en el proceso.

Medición del indicador: satisfacción.**¿A quién evalúo?**

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben constituye toda una exigencia (Grogan, Conner, Willits, Norman, 1995) en tanto los rangos de satisfacción del paciente están siendo usados para juzgar la calidad de la atención médica, e incluso, en ciertas prácticas médicas, para determinar los reembolsos (Weingarten, Stone, Green, 1995).

Implicar a los consumidores de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de estos es un requisito para mejorarla por lo que se está poniendo especial atención en el análisis crítico de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios la participación de los consumidores (Saturno, 1995). Así, se planifican estrategias y desarrollan nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo a sus propios criterios u opiniones (Gonzalves, Minderler, Tompkins, 1995).

Pero el problema de la medición de la satisfacción como indicador de excelencia de la calidad no debe quedarse solo al nivel de la evaluación de los consumidores, pues sería como fraccionar todo el proceso. En mi opinión una correcta evaluación de los indicadores de satisfacción debe implicar también al dador, al productor de...

Esto hace que la complejidad metodológica del proceso se acreciente. Habría que indagar cuando se trata de satisfacción como indicador de excelencia de la calidad de la atención en una institución de salud, al cliente directo (paciente), al cliente indirecto (familiar), y al personal de asistencia.

Cada uno de estos grupos tendría sus particularidades y sus métodos propios de estudio. Cada uno de estos grupos tendría subgrupos (por ejemplo no es lo mismo un paciente internado en Cirugía que en Medicina Interna, como no es lo

mismo un paciente hospitalizado que uno de Consulta Externa) que tienen sus especificidades, y todos estos elementos deben de tenerse en cuenta a la hora de determinar lo que vamos a medir y el instrumento con que vamos a medir el indicador.

¿Qué evalúo?

Es necesario ante todo tener en cuenta de qué concepto de satisfacción vamos a partir para la evaluación. Existen algunas dimensiones referidas:

1. Evaluación de la satisfacción del paciente tomando como medida la competencia del profesional.
2. Evaluación de la satisfacción del paciente tomando como medida las cualidades personales y accesibilidad de los que brindan los servicios (Delgado , López , Luna del Castillo, 1995).
3. Evaluación de la satisfacción en función de los resultados del tratamiento (Baradell, 1995).
4. Evaluación de la satisfacción como el resultado de una relación entre expectativas traídas y cumplidas.

Cualquiera sea la dimensión sobre la que indaguemos, es necesario tener claro de que el resultado como indicador quedaría limitado solo a la dimensión sobre la cual estamos trabajando, por lo que el criterio sería: está satisfecho con respecto a...

¿Con qué instrumento evalúo?

Múltiples encuestas andan por todas partes referidas para el estudio de la satisfacción. Cualquiera de los aquí presentes ha elaborado alguna u otra. Sin embargo tendríamos que cuestionarnos hasta qué punto han sido reales instrumentos de medición del fenómeno que se pretende estudiar.

Pienso que uno de los obstáculos que ha impedido el desarrollo del estudio de la satisfacción como indicador de excelencia, ha sido la superficialidad con que instrumentalmente ha sido evaluado. Al no conocerse lo que realmente es, cualquiera puede medirlo con cualquier cosa, y se trata sin lugar a dudas de un complejo fenómeno del que bastante poco sabemos.

Toda un área de trabajo se abre ante esta última pregunta de ¿con qué instrumento evalúo? Lo importante no parecen ser los instrumentos que se empleen (observación, entrevistas, encuestas, grupos focales, etc.) sino la rigurosidad científica con que sean puestos en práctica cualquiera de ellos y la especificidad y particularidad de su estudio en los diferentes grupos y situaciones que abarcan las instituciones de salud.

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar que son sin duda las instituciones de salud, aspirar a lo excelente no es solo un propósito, sino un derecho de todos los hombres que actuamos en este campo de trabajo.

No sé si estoy satisfecha o no con estas reflexiones que les he traído. Siempre que uno escribe tiene la sensación de que podría haber dicho más con menos, de que podría haber sido más explícito o que podría haber empleado un mejor estilo literario aunque no me dedico a escribir, en fin, de que me podría haber salido mucho mejor. Esa eterna inconformidad del ser humano es lo que genera su eterna insatisfacción, y es lo que genera ¿por qué no? Su constante búsqueda por lo mejor, por lo óptimo, por lo excelente. Creo que este es un principio que diferencia al hombre de estos tiempos y de las sociedades contemporáneas.



“El hospital para nosotros”. Propuesta de un manual para usuarios hospitalizados en un hospital clínico quirúrgico.

El logro de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud implica un complicado proceso intrasubjetivo e intersubjetivo cuyas especificidades se hacen más complejas por las características propias del tipo de vínculo médico-paciente, el tipo de expectativas que poseen los pacientes que tienen un límite técnico, económico y ético en sus posibilidades de ser satisfechas, y la gratuidad del servicio médico que se brinda en nuestro país.

La satisfacción de los usuarios de salud no solo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, solo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción.
2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Bajo estos principios, en el año de 1997 trabajamos en el Comité de Evaluación de la Satisfacción en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeira", (HCQHA). Primeramente realizamos un estudio sobre los niveles de satisfacción de la población con la calidad de la atención hospitalaria (Zas, 1997-1). Por lo que detectamos que entre las variables más significativas que inciden en el nivel de satisfacción de la población se encontraban:

1. Problemas en la organización de los servicios institucionales.
2. Problemas relacionados con la información.
3. Problemas éticos.
4. Problemas atribuibles a condiciones materiales.

Nos llamó mucho la atención que para nuestros usuarios los problemas relacionados con la información hospitalaria resultaban de gran significación en lo que a su satisfacción con los servicios recibidos en la institución se refería.

¿Cómo se podrían intentar solucionar las dificultades existentes en la comunicación intrahospitalaria en lo referente al proceso de información entre los prestadores de servicio y los usuarios?

Un paso inicial sería comenzar a estudiar el problema y diseñar una posible solución a partir de considerar la necesidad de algún medio de comunicación informativo con que el usuario de un hospital pueda contar para orientarse a su llegada al centro como paciente hospitalizado.

Nuestra propuesta sería brindarle a nuestro paciente hospitalizado y a su acompañante una guía o manual que le permitan en el momento de su ingreso conocer un poco más el hospital y sobre todo, jugar un rol activo en el proceso de comunicación médico-paciente, logrando estar lo mejor informado posible y cooperando en agilizar el difícil proceso de hospitalización.

El trabajo que estamos presentando sería la primera fase para la elaboración de esa guía o manual con la que cuentan muchos hospitales del mundo y que inclusive en los criterios de evaluación de calidad se considera en estos momentos a nivel internacional como un requisito indispensable con el que deben contar las instituciones hospitalarias para ser evaluadas como prestadoras de servicios de excelencia. (INSALUD, 1997). Nos proponemos esclarecer los fundamentos para la elaboración de una guía para el paciente hospitalizado y su acompañante. **El hospital para nosotros**, constituiría la propuesta de un manual para los usuarios (pacientes y acompañantes) que reciben servicio de hospitalización en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Objetivos

Se trata, intentado precisar nuestro objetivo general, de diseñar la propuesta de un medio de comunicación, educativo-informativo para los usuarios que reciben el servicio de hospitalización en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", que sea de fácil asimilación para ellos, y que les sirva para orientarse en el proceso asistencial del cual van a participar durante la hospitalización.

Con esto pretendemos favorecer el logro de la excelencia hospitalaria en tanto este medio de información (manual o guía) al alcance del usuario hospitalizado le permita: Conocer el proceso asistencial general en el cual va a participar así como

ciertos aspectos funcionales del centro que son útiles para hacer su estancia más efectiva. El manual será un favorecedor del ajuste de las expectativas del usuario a lo que significa estar internado en una institución hospitalaria. Le permitirá conocer sus deberes y derechos para cumplirlos y poder exigir su cumplimiento.

Tareas de investigación.

I. Identificación de las necesidades de información que tienen los usuarios del hospital.

II. Identificación específica de las necesidades de un medio de comunicación, educativo-informativo para el paciente hospitalizado y su acompañante.

- Identificar las necesidades propias del hospital de dicho medio de comunicación.
- Identificar las necesidades de los usuarios de dicho medio de comunicación.
- Identificar sucesos que sustenten estas necesidades.

III. Selección y propuesta del medio de comunicación a utilizar y sus contenidos.

Material y métodos.

Muestra

Trabajamos con tres grupos muestrales:

- Grupo muestral 1 (GM-1). Es el grupo de los usuarios (pacientes y familiares) que se encontraban hospitalizados en el momento de la aplicación de las Encuestas de Satisfacción con los Servicios de Salud y que contaron con las condiciones de salud suficientes para la lectura y comprensión de la encuesta, en el período comprendido desde enero de 1999 a marzo del 2000.

Fueron encuestados un total de 2 500 sujetos controlándose las variables de edad, sexo y nivel escolar. La distribución de la muestra con relación a estas variables fue la siguiente:

Edad de los encuestados: En un rango de 20 a 80 años.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	1 100	44
Femenino	1 400	56

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	%
Primario	500	20
Secundario	1 125	45
Superior	875	35

- Grupo Muestral 2 (GM-2) Grupo de los directivos de la institución que fueron seleccionados de acuerdo a su pertenencia a los diferentes niveles de organización de la institución y que tienen que ver directamente con la garantía de la calidad asistencial que se brinda en el hospital y su control. Se entrevistaron en total 8 sujetos.

- Grupo Muestral 3 (GM -3) Es el grupo de los usuarios hospitalizados a los cuales se le aplicó la técnica de los Grupos Focales (Calviño M. 1998)

En total participaron en los grupos focales 40 sujetos controlándose las variables: tipo de usuario y área de hospitalización en la que reciben la atención.

La distribución de la muestra con relación a estas variables se describe a continuación:

Grupos Focales	Tipo de usuario	Área de Hospitalización	Total de sujetos
1	Paciente	Clínica	10
2	Paciente	Quirúrgica	10
3	Acompañante	Clínica	10
4	Acompañante	Quirúrgica	10

Utilizamos los datos y los resultados de la aplicación de las técnicas a los diferentes grupos muestrales de forma integral en las diferentes etapas de la investigación.

Definición de conceptos básicos utilizados en la investigación.

Servicio de hospitalización: Corresponde a un tipo de servicio de salud del nivel de atención secundaria, con una oferta de atención médica institucionalizada, integral y calificada.

Usuario hospitalizado: Es el paciente o los familiares u acompañantes que reciben un servicio de hospitalización con régimen de internación.

Medio de comunicación: Tipo de vía o canal de comunicación a través del cual se hacen llegar los mensajes de comunicación acordes a las necesidades de la población seleccionada para que los reciba.

Necesidades de información de los usuarios hospitalizados: Son todos los conocimientos e informaciones que necesita poseer el usuario hospitalizado para poder orientarse y transitar responsablemente en el proceso en el cual se encuentra inmerso.

Procedimiento general

Para darle cumplimiento a los objetivos propuestos en la investigación se procedió a la aplicación de las siguientes técnicas seleccionadas:

1. Encuestas de Satisfacción con los Servicios de Salud aplicadas a pacientes y familiares hospitalizados en el HCQHA desde enero de 1999 a marzo del 2000.
2. Entrevista a directivos de la institución.
3. Grupos focales con pacientes y acompañantes que ingresan en la institución.
4. Análisis de contenidos de revistas y guías dirigidas a pacientes hospitalizados.

Nuestro procedimiento de investigación se compone de dos momentos esenciales:

1. Una etapa diagnóstica.
2. Una etapa de selección y propuesta del medio de comunicación a utilizar y sus contenidos.

1. Etapa diagnóstica.

Realizamos el diagnóstico de un proceso organizativo institucional que es específicamente la información que se brinda en la comunicación intrahospitalaria entre los prestadores de servicio y los usuarios, caracterizando:

- La percepción que tienen los usuarios sobre la información médica que reciben en el hospital.
- La percepción que tienen los usuarios sobre la información general que reciben.
- La revelación de sucesos que denotan dificultades de información en la institución.
- Las necesidades de información que tienen los usuarios.

E identificando:

- Las necesidades propias del hospital de un medio de comunicación, educativo-informativo para el paciente hospitalizado.
- Las necesidades de los usuarios del hospital de un medio de comunicación, educativo-informativo..
- La revelación de sucesos que sustenten estas necesidades.

2. Proceso de selección y propuesta del medio de comunicación a utilizar y sus contenidos.

Una vez que se hubieron detectado indicadores de déficit de información en la institución hospitalaria, así como la identificación de las necesidades de una guía o manual, se procedió a establecer:

- La caracterización de la población con vistas a establecer con claridad dicha población como el "*target*" o "segmento" al que va a ir dirigido el material.
- La propuesta del medio de comunicación a utilizar.
- La propuesta de los contenidos del material informativo a partir de los resultados obtenidos en cada técnica empleada.
- La búsqueda de información con fuentes fiables de la institución sobre cada uno de los contenidos propuestos que se pretenden transmitir a los usuarios.

En resumen podemos plantear que nuestra investigación se realizó del siguiente modo:

- Se procedió primeramente a la aplicación de las Encuestas de Satisfacción con los Servicios de Salud a los pacientes y familiares hospitalizados, para caracterizar la percepción que tienen los usuarios sobre la información médica y sobre la información general que reciben en el hospital. Además se identificaron toda una serie de sucesos que constituyen motivo de malestar o molestias a los usuarios y que están vinculadas con el desconocimiento o

incumplimiento de ciertas informaciones esenciales para garantizar un eficiente proceso de hospitalización.

- Sobre la base de estos primeros resultados se procedió a la elaboración de la guía de entrevista a los directivos de la institución y su posterior aplicación, identificando con esta técnica la percepción que tienen los directivos de la institución de las necesidades de información de los usuarios y las necesidades propias del hospital de un material como medio de comunicación, educativo-informativo para el paciente hospitalizado.
- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos con las dos técnicas anteriores se elaboraron los objetivos para la realización de los grupos focales con pacientes y acompañantes que ingresan en la institución y las guías de entrevista grupal correspondientes. Una vez realizados los cuatro grupos se procedió al análisis de los resultados caracterizando las necesidades de información de los usuarios y las necesidades que ellos tuvieran de un material informativo.
- Se procedió a la segunda etapa. Con el análisis de las técnicas anteriormente aplicadas se realizó una caracterización de la población a la cual iría dirigida el material, y se seleccionó el medio de comunicación que se utilizaría para transmitir las informaciones que la población hospitalizada necesita. Se fueron seleccionando por técnicas los contenidos propuestos para el material informativo.
- Se realizó un análisis de contenido de revistas para pacientes hospitalizados y guías, para comparar con otras instituciones que ya estaban empleando este medio de comunicación.
- Se realizó una propuesta de los contenidos que contendría el manual y el modo de transmitir la información.
- Se trabajó en la búsqueda de información de los contenidos que se querían transmitir y se realizó la propuesta final.

Con el proceder descrito hasta este momento, no ha culminado el proceso completo de construcción del medio de comunicación educativo-informativo propuesto. Quedarían como pasos siguientes para continuar:

- La realización de pruebas preliminares para analizar las diferentes maneras en que el mensaje puede presentarse, y estudiar el comportamiento de la audiencia ante el documento, realizando las modificaciones necesarias.
- Presentar el material y evaluar su efectividad, analizando el cumplimiento de los objetivos trazados, realizando las nuevas propuestas que sean necesarias.

Estos pasos constituirán el proceder a seguir en la continuación de nuestra investigación.

Análisis de los principales resultados.

Para arribar a los resultados que vamos a ir exponiendo, se procedió por supuesto a la calificación de cada una de las técnicas empleadas. Como el análisis de los resultados de nuestra investigación es esencialmente cualitativo, decidimos para ser más precisos y no agotar con la información que brindamos, exponer directamente la integración de los resultados de las diversas técnicas en las diferentes etapas de la investigación que fuimos realizando.

I.Diagnóstico del proceso de información que se brinda en el hospital entre los prestadores de servicio y los usuarios. Detección de las necesidades de un medio de comunicación informativo-educativo.

1.1 Percepción que tienen los usuarios sobre la información que reciben en el hospital. Revelación de sucesos que denotan dificultades de información en la institución.

Comenzaremos analizando dentro del proceso de comunicación intrahospitalaria, cómo es percibida por los pacientes y acompañantes la información médica recibida y la información general sobre el funcionamiento hospitalario. Para ello nos apoyaremos en los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción y los grupos focales.

En la encuesta de satisfacción se realiza una evaluación por parte de los pacientes y acompañantes sobre algunos aspectos de la información médica, en particular la comunicación del personal médico, la del personal de enfermería y la información sobre exámenes y tratamiento. Observemos los datos que se muestran en la Tabla 1.

Indicadores	Comunicación del personal médico.		Comunicación del personal de enfermería.		Información sobre los exámenes y tratamiento.	
	Total de pacientes	%	Total de pacientes	%	Total de pacientes	%
Excelente-Muy buena	2 115	84,6	2 034	81,36	2 019	80,76
Buena	234	9,36	315	12,6	356	14,24
Regular-Deficiente	151	6,04	151	6,04	125	5

Tabla1. Evaluación de la información médica recibida (n=2500)

En una primera apreciación podríamos interpretar que al ser evaluados los tres indicadores (comunicación del personal médico, comunicación del personal de enfermería e información sobre los exámenes y tratamientos) en por cientos muy elevados como excelente-muy buena, podríamos inferir entonces que la percepción de la información médica recibida en nuestro hospital que tienen los

pacientes y acompañantes es en general satisfactoria. Pero, aunque los porcentajes de evaluación de buena y regular o deficiente son mucho menores, estos existen, y hablan a favor de que existen algunas dificultades en la información médica recibida por pacientes y acompañantes, o sea un porcentaje bajo de usuarios perciben **problemas de información médica, por tanto el problema existe en la institución.**

Por otra parte si bien los usuarios del hospital tienen altos niveles de satisfacción (como veremos más adelante cuando caractericemos a nuestra población) el 80% (2 000) de los pacientes encuestados expresaron algún comentario, sugerencia o situación que les provocó algún tipo de malestar durante su estancia en el hospital. Muchos de los sucesos que constituyen motivo de malestar o molestias a los usuarios están vinculados con el desconocimiento o incumplimiento de ciertas informaciones esenciales para garantizar un eficiente proceso de hospitalización.

Las ocho causantes que son las más referidas en el hospital durante el período evaluado, las agrupamos en tres categorías fundamentales:

- Dificultades de comunicación e información al paciente. (Dificultad en la información, trato y tiempo de espera de los trámites de ingreso, demanda de mejor comunicación del personal médico y paramédico, posibilitando una mejor información.)
- Dificultades en la convivencia hospitalaria (Exceso de público en las salas y no respeto del silencio hospitalario, dificultad en cuanto a la conservación de la higiene intrahospitalaria, dificultades en la educación formal del personal de los ascensores, pantristas, recepcionistas y personal de enfermería.)
- Dificultades en el cumplimiento de procedimientos establecidos en la institución (Demora en la realización de las interconsultas, presencia de vectores, dificultad en la confección de los alimentos, horario en que se sirven y temperatura de estos).

Estas tres categorías serían para nosotros indicadores del funcionamiento institucional que presentan deficiencias y que son percibidos por la población que se atiende en el hospital. Veamos en la Tabla 2 cómo se comporta la prevalencia de estos indicadores.

Indicadores	Total de pacientes que los refieren.	%
Dificultades de comunicación e información al paciente.	277	13,9
Dificultades en la convivencia hospitalaria.	1 008	50,4
Dificultades en el cumplimiento de procedimientos establecidos en la institución.	715	35,7
	TOTAL	2 000
		100

Tabla 2. Prevalencia de Indicadores agrupados de acuerdo a los procesos esenciales que generan las causantes de comentarios, malestares y sugerencias en los pacientes encuestados.

Como podemos apreciar hay un 13,9% de los encuestados que refirieron comentarios, molestias o sugerencias que directamente manifiestan dificultades en la comunicación e información al paciente, tanto en la información general como en la información médica. Un 50,4% de ellos manifiestan dificultades en la convivencia hospitalaria, la población que acude al hospital incumple el reglamento hospitalario (sube a las salas fuera del horario de visita, hablan en voz alta, no cuidan la higiene del hospital), pero tampoco la institución enseña e informa a todos sus usuarios el reglamento hospitalario, ni exige su cumplimiento.

GRUPOS FOCALES: En cuanto a los resultados obtenidos con la técnica de los grupos focales en la valoración integral de los dos tipos de grupos, una de las conclusiones a las que arribamos que esclarecen sobre el proceso de información en el hospital fue la siguiente:

- En general en los grupos se planteó que hay dificultades en la trasmisión de la información por parte de la institución a sus usuarios. Hay informaciones que se brindan porque se solicitan, hay otras que ni se mencionan y se desconocen totalmente, y hay otras que se obtienen a través de otros pacientes o acompañantes.

Haciendo un análisis integral, podemos plantear que los usuarios del hospital:

- Perciben dificultades en la información médica recibida.
- Perciben dificultades en la información general.
- Expresan en las diversas técnicas sucesos que denotan dificultades en la comunicación intrahospitalaria, específicamente en la información entre prestadores de servicio y usuarios.
- Las dificultades de información en el hospital vienen dadas por: Deficiencias en el modo y medio de transmitir la información. Falta de homogeneidad en la información que se le brinda a los usuarios.

En la entrevista a los directivos del hospital se destaca:

- El 100% de los entrevistados plantearon que en el hospital existen problemas de información en general. El departamento de información no ofrece un servicio óptimo y en cada uno de los eslabones del proceso de comunicación entre los usuarios y la institución siempre se deja de informar algo en su totalidad.
- Un 80% de los entrevistados plantearon que es necesario trabajar más sobre la calidad de la información médica que se le ofrece a los pacientes y sus

familiares, así como la información que provee el personal paramédico. No siempre se explica con claridad y comprensión para el paciente.

Los datos hablan por sí mismos, **la percepción de los usuarios del hospital coincide con la percepción de los directivos de la institución entrevistados.**

Podemos concluir entonces que existen dificultades en el proceso de información que se brinda en el hospital entre los prestadores de servicio y los usuarios.

1.2. Diagnóstico de las necesidades de información que tienen los usuarios y detección de las necesidades de contar con un medio de comunicación informativo-educativo.

No hacemos nada con saber solamente que existen dificultades de información en el hospital, si no sabemos qué tipo de información es la que necesitarían tener nuestros usuarios, por eso realizamos a través de las técnicas de entrevista y de los grupos focales un estudio de las necesidades de información de los usuarios, y la necesidad de contar con algún medio de comunicación informativo-educativo que les proporcione alguna de las informaciones que ellos necesitan. El resultado de la integración de estas técnicas nos hizo conocer las necesidades de información percibidas por los directivos de la institución y también las referidas por los usuarios las cuales relacionamos en la Tabla 3

Necesidades de información de los usuarios percibidas por los directivos.	Necesidades de Información referidas por los usuarios.
Trámites de Ingreso.	Documentos a traer y requisitos indispensables para el ingreso (donaciones de sangre).
Donaciones de Sangre.	Horarios de visita y sistema de acompañantes.
Reglamento Hospitalario (disciplina, horarios que tiene el hospital, convivencia hospitalaria, sistema de visitas.	Reglamento Hospitalario: Horarios internos de la sala y de las actividades esenciales (comidas, horario de sueño, etc.).
Ubicación de los diferentes servicios médicos que se brindan.	Funcionamiento general del hospital y de los servicios, así como de la ubicación espacial que tienen en el edificio.
Derechos y deberes como pacientes.	Deberes y derechos.
Acceso al uso de diferentes servicios generales (teléfono, correo)	Comunicación telefónica y otros servicios del hospital del cual pueden hacer uso.
Proceso de alta.	Proceso de alta.
Medidas de higiene.	Estructura organizativa de la sala, personal que la dirige y quienes la integran.
Más claridad en las informaciones médicas que se brindan.	Padecimiento o enfermedad, exámenes médicos y sus resultados y tratamiento a seguir.
	Más claridad en la información médica que se les brinda.
	Más informaciones sobre las intervenciones quirúrgicas y las molestias posteriores a la operación.
	Artículos que necesitan traer para garantizar una estancia más cómoda.

Tabla 3. Necesidades de información percibidas

Existe una alta correspondencia entre lo percibido por los directivos de la institución y lo referido por los pacientes, lo que le da un criterio de valor a las fuentes de información que estamos utilizando para la exploración y el diagnóstico del tipo de necesidades que tienen nuestros usuarios.

Pudiéramos concluir que se aprecian tres tipos de necesidades de información:

- Necesidades de información más vinculadas a la relación de comunicación directa médico-paciente.
- Necesidades de información vinculadas al proceso organizativo del hospital y sus principales procedimientos asistenciales.
- Necesidades de información general.

Diagnóstico integral sobre la necesidad de contar con un medio de comunicación informativo-educativo.

Como es deducible, al existir determinadas necesidades de información, debemos buscar al menos una propuesta de cómo satisfacerlas, y uno de los modos sería brindando un medio de comunicación informativo-educativo. En la siguiente tabla (Tabla 4) integramos los resultados de cómo perciben la necesidad de ese medio dos de nuestros grupos muestrales.

	Si es necesario	Tipo de Formato Escrito	Se debe emitir en el momento del ingreso.
Necesidad del medio de comunicación percibida por los directivos.	100%	100%	100%
Necesidad del medio de comunicación referida por los usuarios.	100%	100%	100%

Tabla 4. Necesidad de un medio de comunicación informativo-educativo.

Ambos grupos muestrales coinciden en que es necesario para el hospital el contar con un medio de comunicación informativo-educativo, que tenga un formato escrito y que se entregue en el momento que el paciente ingresa.

¿Cómo podríamos diseñarlo?

Es necesario plantearse una estrategia de comunicación que tenga como objetivo satisfacer las necesidades de información que tienen los pacientes que ingresan en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" a través de un medio de comunicación informativo-educativo.

II. Propuesta y selección del medio de comunicación a utilizar y sus contenidos.

*Comunicarse con eficiencia
sobre el tema de la salud
constituye una tarea difícil.*

OPS

Para poder seleccionar el medio de comunicación que se elaborará para el hospital, se realizará previamente una caracterización de la población hacia la cual vamos a dirigir nuestras informaciones. Ya sabemos cuáles son las informaciones que esa población necesita conocer, pero debemos tener en cuenta otros datos.

2.1 Caracterización de la población a la cual irá dirigido el medio de comunicación educativo informativo.

La caracterización del *target* o segmento al cual irá dirigido el medio de comunicación la realizaremos de acuerdo a los resultados de las Encuestas de Satisfacción y la Técnica de los Grupos Focales.

Caracterización física y demográfica.

De acuerdo a las encuestas aplicadas en el hospital a pacientes hospitalizados, en el período de enero de 1999 hasta marzo del 2000, la población encuestada tuvo las siguientes características:

Grupos de edades	Frecuencia	%
20-30	280	11
31-40	676	27
41-50	724	30
51-60	378	15
61-70	252	10
71-80	190	7

Tabla 5. Distribución de la población por grupos de edades.(n= 2500)

El rango de edad de la población estaría entre los 20 y los 80 años, con una mayor prevalencia del grupo de edad entre los 41 y los 50 años.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	1 100	44
Femenino	1 400	56

Tabla 6. Distribución de la población por sexo.

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	%
Primario	500	20
Secundario	1 125	45
Superior	875	35

Tabla 7. Distribución de la población por nivel de escolaridad.

Debemos plantear que desde el punto de vista demográfico nuestra información iría dirigida a una población:

- Con un rango de edad de 20 a 80 años.
- Con presencia de ambos sexos.
- Alfabetizada con un por ciento predominante de nivel medio de escolaridad.

Caracterización como tipo de usuario.

- Por otra parte sabemos que es una población que tiene un problema de salud, o que tiene a algún familiar con problemas de salud, razón que los haría permanecer en condiciones de hospitalización. Tendríamos en esta población en la situación de hospitalización dos tipos de roles fundamentales: el de paciente y el de acompañante.
- Servicio de hospitalización implica esperar por parte del usuario una atención más personalizada, más detenida y detallada, y con mayor expectativa de resolver o aliviar el problema motivo del ingreso.
- Como usuarios del hospital, apreciamos en la siguiente tabla cuál es la calidad de la atención que esperan recibir en nuestro hospital.

Calidad de la atención que esperan recibir.	Total de pacientes	%
Excelente-Muy Buena.	2 005	80,2
Buena.	495	19,8
Regular-Deficiente.	0	0

Tabla 8. Expectativa de la población con respecto a la calidad de la atención.

No se espera recibir por nuestra población un servicio de calidad regular o deficiente, lo que está en correspondencia con la imagen institucional del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", es una población con alta expectativa y

por tanto exigente en cuanto a la calidad del servicio asistencial médico. En la siguiente tabla (Tabla 9) apreciamos el cumplimiento de las expectativas con la calidad de la atención que tuvo la población encuestada durante su ingreso.

Cumplimiento de expectativas	Total de pacientes	%
Se cumplen	1 758	70,32
Por encima de lo esperado	535	21,4
No se cumplen	207	8,28

Tabla 9. Cumplimiento de expectativas.

Además los niveles de satisfacción con los servicios recibidos se comportaron del siguiente modo (Tabla 10).

Niveles de satisfacción	Total de pacientes	%
Completamente satisfecho	1 402	56,08
Satisfecho.	879	35,16
Más satisfecho que insatisfecho	106	4,24
Más insatisfecho que satisfecho	75	3
Insatisfecho.	25	1
Completamente insatisfecho	13	0,5

Tabla 10. Niveles de satisfacción con los servicios recibidos.

Es alto el cumplimiento de las expectativas de la población encuestada con la calidad de la atención, además se trata de una población altamente satisfecha, por lo que es muy alta la probabilidad de que esta población trasmita una

referencia a futuros usuarios que refuerce la imagen institucional que se trasmite y aumente las expectativas de la calidad de asistencia que espera recibir la población objeto de esta referencia.

Caracterización psicológica.

La población que ingresa en un hospital, está en una situación particular de vida: tiene un problema de salud y se aísla de su medio habitual y cotidiano. Son situaciones que generan determinadas reacciones psicológicas que pretendimos explorar a través de uno de los objetivos de recopilación de datos en los grupos focales de pacientes y acompañantes. Presentando los resultados en un resumen global podemos resumir lo siguiente:

- Percepción de lo que significa para el paciente y su acompañante estar hospitalizado.

En general para todos los grupos, los principales sentimientos y/o emociones referidos por los pacientes y acompañantes durante la hospitalización son:

- Miedos y temores a la información del diagnóstico y a la realización de algunos exámenes y tratamientos.
- Estados de angustia, tensión y desagrado ante el cambio que significa estar en el hospital.
- Sensaciones de monotonía y encierro.
- Sensación de estar en una situación difícil.
- Mayor necesidad de atención, compañía, sentirse escuchados.
- Necesidad de apoyo social.

Lo que les ayuda a sentirse más aliviados es:

- Sentirse atendidos y escuchados por el personal médico.
- Conocer los resultados de las investigaciones médicas.
- Sentir mejoría o ver que el familiar ha mejorado.

- Sentirse apoyados por familiares y amigos.

¿Por medio de qué canales de comunicación se puede alcanzar mejor a la audiencia seleccionada?

2.2 Propuesta del medio de comunicación a utilizar.

Para la elección del medio de comunicación que se va a proponer, debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Hasta el momento actual las informaciones en el hospital se han transmitido cara a cara y esto ha traído las dificultades que hemos descrito en la primera etapa de esta investigación. Esto de por sí implicaría un trabajo institucional específico, que no constituye objetivo de la presente investigación. Proponemos la adición de otro canal de transmisión de los mensajes.
- La población promedio anual a la que se le dirigirá la comunicación es aproximadamente de 20 000 personas.
- Excluiríamos dentro de los medios de comunicación dirigidos a grandes grupos la televisión, la radio y el video, por no existir las condiciones materiales propicias en la institución para su implementación y por el costo mayor que tendrían.
- Tanto el grupo muestral conformado por los pacientes y acompañantes, como el de los directivos manifiestan la necesidad de un medio de comunicación con formato escrito, pues eso garantizaría dar la misma información a grandes grupos de usuarios.
- Nuestros usuarios tienen condiciones socioculturales y psicológicas para ser capaces de recibir una información de formato escrito.
- La información según refieren los grupos muestrales es necesaria darla en el momento del ingreso.

- Otros hospitales en otros países utilizan para brindar la información a sus usuarios guías o revistas a las que se les da acceso en la institución, o con acceso a través de Internet.
- Existen antecedentes cuando se inauguró el hospital de haber utilizado por un tiempo, una sencilla guía para el paciente, que fue efectiva en aquellos momentos.
- Dadas las condiciones socioeconómicas de la institución, las mayores probabilidades de financiamiento de un medio de comunicación con formato escrito al cual los usuarios hospitalizados de nuestro hospital puedan tener acceso, es a una guía o manual.
- Proponemos entonces elaborar un medio de comunicación tipo guía o manual para el paciente y su acompañante hospitalizado en nuestro centro. Es un medio escrito visual (Renaud, Caron Bouchard, 1999), que alcanzaría a la audiencia objeto de la comunicación y que tendría como características generales: bajo costo de producción, larga duración que justificaría su creación, se puede transmitir en este formato una gran cantidad de contenido, los contenidos se pueden percibir por los usuarios de manera rápida y puntual y puede ofrecerse en varios lugares de la institución hospitalaria definidos previamente.

Será de tipo informativo para tratar de satisfacer las necesidades de información de nuestros usuarios que fueron detectadas en la etapa diagnóstica de nuestra investigación. El propósito educativo que encierra sería el de enseñar al paciente y a su acompañante que deben tomar una posición activa durante el proceso asistencial y durante su comunicación con el equipo de salud que los atienda, no ser tan "pacientes", como pacientes.

2.3 Propuesta de los contenidos del manual arrojados en las técnicas empleadas.

El manual o guía tendrá una serie de contenidos que seleccionaremos teniendo en cuenta:

- El análisis e integración de los contenidos propuestos o inferidos de las técnicas de entrevista y grupos focales aplicadas a los diferentes grupos muestrales.
- El análisis de los contenidos de revistas y guías para pacientes confeccionadas en otras instituciones hospitalarias del mundo.
- Las características de la población descritas en la segunda etapa de nuestra investigación.
- Las necesidades de información diagnosticadas.

Los principales resultados aparecen resumidos en la Tabla 11.

Hay una gran relación entre los contenidos que se encontraron en las fuentes de referencia revisadas, con los contenidos aportados por los grupos muestrales estudiados por nosotros.

Consideramos que teniendo en cuenta todo el proceder que hemos ido realizando y los resultados obtenidos, nos encontramos en condiciones de realizar una propuesta de cuáles serían los contenidos que se proponen para la guía o manual de hospitalización del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Contenidos más frecuentes referidos por las fuentes consultadas.	Contenidos propuestos de acuerdo a los resultados de las técnicas aplicadas.
Presentación o Introducción al centro hospitalario	Informaciones generales sobre el funcionamiento hospitalario: Horarios de visita, Sistema de acompañantes, Trámites de ingreso, Donaciones de sangre.
Servicios del hospital y su estructura.	Servicios médicos que se brindan en el hospital y su ubicación.
Equipo de trabajo y personal que lo integra	Composición general del equipo asistencial que atenderá a los pacientes.
Pasos a seguir en la admisión del paciente en el hospital.	Reglamento hospitalario.
Medidas de bioseguridad e higiene.	Lo que los pacientes deben traer al ingresar.
Servicios generales que se ofrecen.	Deberes y derechos de los pacientes.
Derechos y deberes de los pacientes.	Qué se siente al estar hospitalizados.
Algunas definiciones médicas.	Información sobre algunos términos médicos de mayor uso.
Reglamento interno.	Servicios generales que se brindan en el hospital.
Horarios generales.	Recomendaciones generales para los acompañantes
Lo que debe traer el paciente.	Informaciones generales sobre las intervenciones quirúrgicas.
Horarios de visita.	Alta hospitalaria
Proceso de alta hospitalaria.	

Tabla 11. Contenidos más frecuentes referidos en las fuentes consultadas y contenidos propuestos de acuerdo a los resultados de las técnicas aplicadas a los grupos muestrales.

2.4. Propuesta de los contenidos de la guía o manual.

Por ser este un trabajo inicial, haremos una propuesta de todos los posibles contenidos de la guía o manual que han resultado de la presente investigación, y que servirán de base para la evaluación posterior que debe hacerse por los expertos y grupos de usuarios para la confección definitiva de la misma.

El orden en que proponemos presentar los contenidos responde a los principales momentos que se atraviesan en el proceso de hospitalización, y para lo cual se requieren la adquisición de ciertos conocimientos por parte de los usuarios:

- ❖ Arribo a la institución: Para lo cual el paciente y su familiar necesitan conocer a qué tipo de institución de salud va a ingresar, qué características tiene ese centro, qué trámites iniciales tienen que realizar, qué debe llevar, y qué pudieran sentir al llegar a un lugar que no le es familiar, y adonde van no por elección, sino por necesidad.
- ❖ Estancia en la institución: Es la parte esencial del proceso. Sería necesario conocer para el usuario, quiénes le pueden brindar asistencia y dónde, de qué servicios puede hacer uso y cómo acceder a ellos, el reglamento hospitalario y las normas de convivencia, sus derechos y obligaciones y algunos conocimientos generales que le pueden garantizar una mejor comunicación con su prestador de servicio, y un mayor conocimiento en general sobre el proceso por el cual está atravesando.
- ❖ Alta de la institución: Que los usuarios conozcan cómo debe finalizar el proceso de hospitalización.

Los contenidos que vamos a proponer los iremos presentando en correspondencia con los objetivos y funciones que tendrían en el material de comunicación. En la Tabla 12, describimos cada uno de estos contenidos con su correspondiente objetivo de presentación.

Contenido propuesto.	Objetivo que persigue.
Presentación del hospital.	Dar confianza y seguridad a los usuarios sobre el centro donde se atenderán. Informaciones generales sobre población que atiende y su procedencia, ubicación en el nivel de atención y calidad de sus profesionales. Costos de los servicios que recibe para educar al usuario en la importancia de asumir un rol activo y cooperador en el proceso asistencial.
¿A quién le gusta ir a un hospital?	Educar a la población en la idea de la hospitalización como un proceso donde ocurren cambios a nivel subjetivo y orientarlos en cuanto a la búsqueda y solicitud de ayuda profesional.
Trámites de Ingreso.	Informativo para orientar a los usuarios en el momento del ingreso y agilizar este inicio del proceso de hospitalización.
¿Por qué el hospital le solicita al ingresar entregar una donación de sangre?	Educar a los usuarios en lo necesario e importante que resulta cumplir con este requerimiento.
Lo que no puede dejar de traer.	Informativo y orientativo para los usuarios con la intención de agilizar el proceso de diagnóstico y además garantizar un mayor confort durante la estancia en la hospitalización.
¿Quiénes lo atenderán?	Informativo y educativo en cuanto a las exigencias como usuarios de uno de sus derechos.
¿Dónde puede atenderse?	Informativo para agilizar la ubicación de los usuarios en el espacio que comprende el hospital.
Servicios generales: Pizarra Telefónica, Horario de Visitas, Horario de cambio de acompañantes, Pases de acompañantes, Servicio de Correo.	Información sobre el funcionamiento del hospital que favorecen la disciplina interna e información sobre el acceso a servicios necesarios durante la estancia.
Medidas de Seguridad y Convivencia.	Educar a los usuarios en el reglamento hospitalario y en las medidas de convivencia hospitalaria que deben cumplirse.

Derechos y Obligaciones de los pacientes hospitalizados.	Educación e informar a los usuarios para de ese modo garantizar aspectos esenciales del proceso asistencial y principios éticos de las relaciones usuarios-prestadores de servicio.
Algunos términos médicos.	Que los usuarios conozcan lo que significan algunas palabras que pueden escuchar por parte del personal de salud que los atiende, aumentando con ello su confianza, conocimiento, cooperación y búsqueda activa de más información si les fuera necesario.
Si Ud. o su familiar va a ser operado.	Dar confianza, seguridad e información fidedigna sobre el proceso operatorio, para que el usuario pueda asumir un rol cooperador y activo en las etapas preoperatoria y de recuperación.
El que cuida también debe cuidarse. Cuidado de los cuidadores.	Promover el conocimiento de actitudes y conductas más saludables para el tipo de usuario acompañante.
Dieta.	Educativo y adecuación de las expectativas del usuario con el tipo de alimentación que recibirá durante su hospitalización.
Al alta.	Informativo sobre la etapa culminante del proceso de hospitalización para garantizar mejor organización y cumplimiento de los objetivos de la hospitalización.

Tabla 12. Contenidos propuestos para la Guía o Manual en correspondencia con los objetivos que persiguen.

2.5. Elaboración de los contenidos propuestos.

La elaboración de cada uno de los contenidos propuestos se fundamentó ante todo en la realización de un encuadre institucional de acuerdo a las condiciones actuales presentes en la institución, como nos refirió uno de los directivos entrevistados: "En el momento actual habría que valorar e indagar cómo es el cumplimiento de estos procedimientos generales que están establecidos (pues se han modificado o se violan por desconocimiento o por la alta demanda asistencial), para que en base a ello la institución se comprometa con el cumplimiento de

estos una vez sean reflejados en el medio informativo que se le entrega al paciente".

Los contenidos tendrían ante todo como principio que reflejen lo que en realidad se hace en el hospital, y no lo que debe hacerse, y solo hacer una referencia a lo que debe hacerse en aquellos casos en que el objetivo sea que el usuario asuma un rol activo en el proceso asistencial.

En la elaboración de los mensajes además consideramos tres aspectos esenciales:

1. Redacción del mensaje de acuerdo al objetivo propuesto para el contenido que se pretende transmitir, y su posible evaluación en los estudios posteriores que puedan realizarse para medir el efecto de estos sobre la población (OPS, 1996).
2. Búsqueda y recolección de información en el hospital o en otras fuentes de referencia necesarias para la elaboración de los contenidos.
3. Redacción de los mensajes teniendo como principios para su construcción los siguientes: claridad, tono y atractivo, uniformidad y credibilidad (OPS, 1996).

Para finalizar les presentaremos cómo quedaron elaborados, por cuestiones referidas al espacio de esta publicación, algunos de los contenidos antes expuestos que conformaron la propuesta de la guía para el paciente hospitalizado y su acompañante.

2.6 Algunos ejemplos de los contenidos de la guía o manual "El hospital para nosotros".

¿A quién le gusta ir a un hospital?

Así nos comentaba una paciente y agregaba: "uno deja su casa, su familia, sus comodidades, su trabajo."

Estar en un hospital es algo diferente, es un cambio. Cuando se ingresa se dejan afuera asuntos pendientes que nos preocupan. Cualquier pregunta, cualquier

examen médico que nos hacen puede provocar temor, dudas, nerviosismo, preocupación. Nos decía otra paciente: "Queremos saber lo más rápido posible qué tenemos y qué haremos para mejorar, qué tiempo estaremos aquí".

Pero este cambio puede ser mejor enfrentado si usted decide participar activamente en todo el proceso de su hospitalización.

Usted durante su ingreso se puede sentir en algún momento psicológicamente diferente, si se da cuenta que no puede solo, solicite ayuda. Piense que esto es un momento transitorio.

Trámites de ingreso

Cuando lo citen para la consulta pre-ingreso, usted deberá llevar su orden de ingreso, su historia clínica ambulatoria, su carnet de identidad y la donación de sangre. En caso de que no cuente con la donación de sangre será remitido al departamento de Trabajo Social. Las URGENCIAS realizan su ingreso directamente en Admisión.

Lo que no puede dejar de traer:

- Su historia clínica ambulatoria y todos los exámenes médicos o informaciones importantes que tenga realizados (análisis, placas, resúmenes realizados por médicos que lo vieron anteriormente)
- Artículos de uso personal.

¿Quiénes lo atenderán?

La dirección de cada servicio cuenta con: un jefe de servicio, jefe de sala y jefe de enfermería, a los que se puede dirigir si tuviera alguna inquietud o malestar con el servicio que recibe. Además el equipo de salud que lo atenderá a usted estará integrado por los médicos especialistas, médicos residentes, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, asistentes de pacientes, técnicos de laboratorio,

farmacia y Rayos X, secretarias de sala, dietistas, pantristas, camilleros, auxiliares de limpieza, ascensoristas y otros.

Recuerde que toda persona que lo vaya a atender en nuestro centro debe presentarse. Pídale que lo haga si no lo ha hecho.

Medidas de seguridad y convivencia

Usted debe saber que no está permitido:

- Fumar en el hospital
- Ingerir bebidas alcohólicas.
- Abandonar el área de hospitalización sin autorizarlo el personal de la sala.
- Las visitas demasiado largas o muy frecuentes además de fatigar al paciente, alteran la disciplina de la sala. Estas no pueden producirse fuera de los horarios indicados.

Se recomienda:

- El lavado de manos antes de comer y antes y después de ir al baño.
- Mantener siempre limpia su habitación, evitando tirar cosas al suelo, manteniendo recogida su mesa de noche y su clóset.
- Evite colgar toallas, ropa íntima u otro elemento en las camas
- No guardar restos de comida para evitar la presencia de vectores e insectos.
- Mantener estirada su ropa de cama.
- Hablar en voz baja y pedir a los demás que así lo hagan.

Se le ruega:

- Recuerde que **USTED NO ESTÁ SOLO** en el área de hospitalización, al piso acuden personas de diferentes partes del hospital, evite caminar o deambular por los pasillos en ropa íntima, use la ropa adecuada.
- Si utiliza radio o televisor, durante los pases de visitas u otro procedimiento médico, así como en horas impropias manténgalo apagado, y siempre escúchelo a bajo volumen.

Como paciente usted tiene los siguientes derechos

- Ser tratado con cuidado y respeto.
- Conocer el nombre y los apellidos del personal que lo atiende.
- Que sus datos médicos y personales sean confidenciales al equipo de salud que lo atiende.
- Conocer previamente sobre todos los exámenes, pruebas y tratamientos que se le realizarán, y a preguntar en qué consisten, dando su consentimiento.
- Recibir toda la información necesaria sobre el diagnóstico de su enfermedad y sobre su tratamiento con palabras que usted comprenda.

Y tiene también las siguientes obligaciones:

- Debe tratar con respeto y consideración a todos los que lo atienden.
- Debe colaborar con todos los exámenes y tratamientos con los que ha estado de acuerdo previamente, brindando la información necesaria que se le solicite.
- Mantener buenas normas de convivencia y cuidar el hospital.

Siempre que no esté satisfecho con algún servicio dígalo, este es su hospital y así nos ayuda y ayuda a los que vendrán después a atenderse.

Si usted o su familiar va a ser operado debe saber:

- Que debe tener concluido todo el chequeo preoperatorio.
- Si padece de alguna enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, asma, etc., debe comunicarlo a su médico y estar controlado por el especialista que le atiende este padecimiento.
- Debe comunicar a su cirujano o al anestesista que lo consultará previamente a la operación, todos los medicamentos que está tomando y si ha tenido reacciones alérgicas a algún tipo de medicamento.

- En los días previos a la operación no debe fumar ni ingerir bebidas alcohólicas.
- No debe ir al salón con prendas u objetos de valor, ni con maquillaje facial o uñas pintadas.
- Después de operado va a quedar con algunas molestias que forman parte del proceso post operatorio, molestias que se irán aliviando con las indicaciones que le realice su médico.

El que cuida también debe cuidarse.

Cuidado de los cuidadores.

Cuando cuidamos a alguna persona que queremos en ocasiones se experimentan emociones contradictorias. El amor por un familiar y la satisfacción que se deriva de ayudarlo pueden ser sentimientos que coexisten con el resentimiento por la pérdida de su propia privacidad y la frustración al creer que no se tiene control sobre lo que sucede. También puede ser que usted encuentre duro aceptar el deterioro en esta persona que usted ahora está cuidando. Estos sentimientos dependerán en parte de la relación que previamente ha tenido con esa persona, cuánta responsabilidad tiene usted, y las actividades diarias en su propia vida (profesionales, sociales y de entretenimiento). Sus emociones conflictivas pueden causarle culpabilidad y estrés.

Para evitar el llegar a un vacío físico y emocional, usted debe cuidar de usted mismo. Necesita mantener su salud y desarrollar formas de manejar la situación.

Usted. puede ayudarse a sí mismo como cuidador si:

- Reconoce y acepta sus emociones sin sentirse culpable
- Aprende a expresar sus sentimientos a familiares y amigos y aprende a pedirles ayuda para que usted también pueda descansar.
- No viole su tiempo de alimentación y descanso.
- Trate de poner su cuerpo en movimiento (camine, flexione las piernas)

- Sonría con su familiar.
- Aprenda cómo realizar mejor los cuidados (bañarlo, darle la comida, levantarlo) que él necesita.

Si usted no tiene una buena salud, no podrá cuidar bien a su familiar.

Al alta

Cuando su médico de asistencia le comunica su alta, debe explicarle con claridad cómo usted continuará su tratamiento y dónde, debe explicarle también todo lo que usted debe hacer y todo lo que no debe hacer, escribiendo además todos los resultados y conclusiones de su caso en su historia clínica ambulatoria.

No debe irse de nuestro hospital con inquietudes. El momento del alta es el mejor momento para preguntar sobre todos los temores, preocupaciones y dudas que puedan haberle quedado respecto a su estado de salud.

Conclusiones.

1. En el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" existen dificultades en el proceso de información entre los prestadores de servicio y los usuarios hospitalizados, siendo este un indicador de insalubridad institucional que afecta la calidad de los servicios de salud que se brindan. Estas dificultades en el hospital vienen dadas por: deficiencias en el modo de transmitir la información, y falta de homogeneidad en la información que se le brinda a los usuarios, tanto en la información médica, como en la información general.
2. En los usuarios hospitalizados se aprecian tres tipos generales de necesidades de información:
 - Necesidad de información vinculada a la relación de comunicación directa médico-paciente.
 - Necesidad de información vinculada al proceso organizativo del hospital y sus principales procedimientos asistenciales.

- Necesidad de información general.
3. Se demostró la necesidad que tiene el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" de contar con un medio de comunicación informativo-educativo, que tenga un formato escrito y que se entregue en el momento que el paciente ingresa. Se propone elaborar un medio de comunicación escrito visual tipo guía o manual para el paciente y su acompañante hospitalizado en nuestro centro. Es un medio que alcanzaría a la audiencia objeto de la comunicación y que tendría como características generales: un bajo costo de producción, una larga duración que justificaría su creación, en este formato se puede transmitir una gran cantidad de contenidos que se pueden percibir por los usuarios de manera rápida y puntual y puede ofrecerse en varios lugares de la institución hospitalaria definidos previamente.
 4. La guía o manual que proponemos "El Hospital para Nosotros", tiene como propósito educativo central enseñar al paciente y a su acompañante a tomar una posición activa durante el proceso asistencial y durante su comunicación con el equipo de salud que los atiende, convirtiéndose con ello en un medio preventivo institucional que contribuya al mejoramiento del proceso de comunicación usuario-prestador de servicio, poniendo énfasis con esta intervención en el usuario.
 - 5 La propuesta de "El Hospital para Nosotros", como una guía o manual para el usuario hospitalizado, con los contenidos que se definieron en la investigación, constituye solamente un primer paso en el intento de mejorar la calidad de los sistemas de comunicación hospitalaria dirigida a sus usuarios, contribuyendo con ello al logro de la excelencia en la prestación de los servicios en salud en nuestro país.

Recomendaciones.

1. Concluir la construcción del manual "El Hospital para Nosotros" realizando las pruebas preliminares para analizar las diferentes maneras en que el manual puede presentarse, y estudiar el comportamiento de la audiencia ante este, realizando las modificaciones necesarias.
2. Presentar el manual y evaluar su efectividad, analizando el cumplimiento de los objetivos trazados.
3. Continuar el estudio de otros aspectos del proceso de comunicación intrahospitalaria en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".



La supervisión clínica: una necesidad de desarrollo de los psicólogos de la salud en Cuba.

Desde hace varios años comencé a interesarme por el tema de la supervisión clínica. Inicialmente lo hice con la certeza de que era una práctica profesional ausente y además necesaria para los psicólogos de la salud en Cuba. Confieso que uno de mis anhelos profesionales en aquel momento era aprender y ejercer la supervisión clínica, y además contar con un dispositivo de supervisión con quien trabajar los casos que se atendían por el servicio, incluidos los míos. Tenía la esperanza de que bastaría un llamado de atención para que mi gremio reconociera esa necesidad y comenzáramos a realizarla. ¡Cuánta ambición!. De hecho, yo dirigía en esa época un servicio de psicología en un importante hospital de la capital e intentamos organizar acciones de supervisión. Algunos

especialistas extranjeros se brindaron para el despegue y nos dieron las bases para la ejecución de este complejo proceso. Realizamos algunas sesiones posteriores de supervisión grupal, pero lo cierto es que no lo logramos sistematizar en la cotidianidad del trabajo institucional de dicho servicio.

Con el paso de los años me he vuelto a preguntar ¿por qué si son necesarias las prácticas de supervisión clínica nuestro gremio de psicólogos de la salud no las ha estructurado? ¿realmente serán necesarias para nosotros? ¿por qué no ha sido una necesidad sentida? Ahora, cuando en mi país un batallón de profesionales emergentes en áreas tan sensibles como la educación y la salud se ocupan de funciones profesionales de tan alta responsabilidad, donde se hace imprescindible la implantación de dispositivos de ayuda, formación y desarrollo de todos estos jóvenes, vuelve a mí el fantasma de la supervisión y escribo este mi llamado de alerta como intentando sacudir campanas que ineluctablemente deben sonar a favor del desarrollo profesional de la psicología de la salud en Cuba.

Entender la supervisión clínica.

Como sucede con casi todo, entender la importancia de la supervisión tiene como punto de partida razonar qué es la supervisión. Quizás incluso qué entendemos por supervisión para indagar acerca de su necesidad en el contexto de nuestras prácticas profesionales. Obvio que la supervisión existe en muchas partes y por tanto inevitablemente hay que plantearse lo que sí y lo que no de la supervisión.

En una revisión preliminar del término, se hace bastante evidente el uso indiscriminado, equivocado, hipertrofiado y polisémico del término. Esto no es casual. Las prácticas de supervisión, por cierto que no solo dentro del mundo "psi", sino también en otros ámbitos profesionales donde ella se realiza, tienen como lugar muy común la existencia de una "estructura de supeditación". Usualmente es una estructura relacional de poder aunque disfrazada con la noción de saber. En algunos casos se instala una relación presidida por la autoridad. Es sobre una estructura relacional que descansa el ejercicio funcional

de la supervisión, el vínculo supervisor-supervisado. ¿Puede la supervisión librarse de este sello cuasi distintivo? Sin dudas que sí. La supervisión puede erigirse en una relación de colaboración y no de poder. Una relación en la que el proceso y su dinámica sean el fin y no el medio. Es decir, una supervisión que tiene como motivo fundamental el intercambio, la pluralidad de posibilidades, y no el establecimiento de una verdad definitiva.

En segundo lugar, la supervisión es una "función normativa requerida" para la filiación institucional. Esto supone no solo que si no eres supervisado, no puedes formar parte de la institución, sino también que si no hay supervisores no hay institución convirtiéndose aquella en una necesidad y un deber: A manera de ejemplo conocido recuerdo que la Asociación Internacional de Psicología Analítica (IAAP) tiene entre sus requisitos para ser miembro tener un mínimo de cien horas de supervisión con uno o más analistas de la IAAP (www.iaap.org).

En tercer lugar, la supervisión supone para muchos la definición de "un lugar de verdad". Sus variables funcionales suelen ser: "Lo que es correcto", "lo que no entiende el supervisado y sí entiende maravillosamente el supervisor", "lo que le parece a uno frente a lo que sabe el otro", etc. Por cierto, que esto es una evidente contradicción epistemológica con el modelo teórico al menos declarado por el psicoanálisis, dentro del cual se han desarrollado con especial dedicación estas prácticas. El problema, el fin último de la supervisión no puede ser "quién tiene la verdad" (bueno, eso ya se sabe: siempre la tiene el supervisor). Pero tampoco puede ser "cuál es la verdad". Su intención de base reside en la intención de la relación clínica, y esta obviamente no es cognoscitiva, ni epistemológica. En el mejor de los casos pudiéramos decir que la intención de la acción clínica es el bienestar.

Esto es un tema difícil y polémico. Me adhiero esencialmente a la idea pichoniana de la operatividad. Puede que el análisis sea interminable, pero lo que puedo asegurar es que la acción clínica, la psicoterapia, la orientación, no lo son. Tiene

un fin. Fin que ha de ser ubicado en una estructura temporal, una comportamental y una emocional. Es en ese espacio que se define lo que pudiéramos pensar se acerca a la noción de verdad. Pero nunca un lugar recóndito al que el paciente no tiene acceso sin el terapeuta y el terapeuta no tiene acceso sin el supervisor. Quién sabe si el supervisor tampoco llega sin su supervisor y así hasta llegar a Dios. Esa no es la realidad del accionar del psicólogo en el ámbito de la salud humana (y en ningún otro).

Por último, la supervisión es un encuentro destinado al cuestionamiento de una visión, y no de los ojos con que se ve. Quiero decir con esto que la supervisión tiene un fin tautológico y reproductivo del sistema que la crea. La supervisión psicoanalítica no cuestiona la "visión psicoanalítica", sino la forma en que un psicoanalista "está viendo", por lo que el supervisor es una suerte de oculista del inconsciente que por haber encontrado la verdad antes que su supervisado, tiene derecho de primacía y prioridad sobre ella y sobre él.

Una lectura reformuladora, un poco más contemporánea y sobre todo más cercana a una epistemología crítica y de convergencia, intentando ser más plural y democrática, tendría que negarse a pensar y hacer la supervisión como esa "mirada superior de uno sobre otro". La supervisión necesita ser planteada, realizada y emprendida con otra representación, como un compartir nuestra mirada con otra, y en eso consiste su valor formativo-profesional, su reconocimiento como una de las dimensiones fundamentales de la formación psicoterapéutica (Moreira, 1997) su posible función de contención, su sentido crítico constructivo para el terapeuta que participa en ese ejercicio profesional, su valor como un recurso técnico. Esto es muy claro para los que hacen de la supervisión no un modo ni un medio de realizarse, sino una forma de intercambiar desarrollo profesional, mejoramiento técnico y personal del trabajo del terapeuta. La supervisión convertida en un valioso instrumento de trabajo y no en un espacio más del mercado de trabajo.

La supervisión clínica es entonces un instrumento de trabajo de aquellos profesionales que realizan acciones clínicas de ayuda profesional (psicoterapia, orientación, etc.) y que tiene dos vertientes fundamentales. Una esencialmente formativa y la otra colaborativa. En el primer caso la supervisión es una de las vías mediante la cual los que debutan en el mundo de la psicoterapia y prácticas afines gestionan su formación sobre la base de asimilar conocimientos y experiencias prácticas de otros profesionales. En el segundo caso la supervisión es un instrumento mediante el cual un equipo de trabajo o un especialista favorece en otro el planteamiento de análisis alternativos ante su propio trabajo, colabora en el develar lo que en un momento dado puede estar menos atendido. En ambos casos supervisión es mejoramiento del trabajo profesional clínico, supervisión es acción colectiva en aras de lograr mejor desempeño.

No es casual entonces que nos planteemos la importancia capital de la supervisión para los psicólogos que trabajan en áreas de salud.”... La supervisión será fundamental para la formación del psicoterapeuta en cualquier enfoque. La forma como se va a desarrollar y la metodología en que se va realizar es la que será tan variable como lo son las distintas teorías psicoterapéuticas, a su vez, planteadas a partir de diferentes concepciones de ser humano”. (Moreira , 1997)

Cuba, no obstante tener un sistema de salud que se diferencia bastante de los instalados en otros países, no es una excepción a lo antes dicho. Desde lo conceptual, desde lo técnico, suponemos entonces que es necesaria la supervisión como un recurso técnico de la práctica profesional y de la enseñanza tanto de la Psicoterapia como de la Orientación Psicológica que son dos de las modalidades de intervención más utilizadas por los psicólogos de la salud en Cuba.

¿Por qué la supervisión clínica no ha encontrado un espacio de reconocimiento en la realidad de la práctica profesional del psicólogo de la salud en nuestro país?

¿Cuáles han sido los principales obstáculos para la implementación de esta práctica?

La ausencia de supervisión en la práctica profesional del psicólogo en Cuba.

El modelo clásico de supervisión tiene su fundamento en el establecimiento de una "jerarquía profesional" asociada vagamente al factor experiencia y producto profesional aportado a la comunidad científica. Decía antes que el sustento clásico es una relación de poder, pues bien, agrego ahora que incluye un modelo de establecer los liderazgos, las fuerzas relativas de las generaciones y las posiciones dentro de las instituciones. Hay casos excepcionales pero los títulos de supervisor, director o jefe de algo, autor de ciertos trabajos, miembro de alguna institución de poder, etc. casi siempre van juntos.

La primera "suerte de condiciones" que tenemos en Cuba es que nuestra profesión tiende más a la homogenización que a la jerarquía. Probablemente porque las distintas generaciones de psicólogos han asumido tareas comunes, porque aprendimos enseñando, porque aún nos percibimos como un todo en el que el único liderazgo posible es el de ser un emergente, una voz, del sentir de todos. En este sentido no hay una clara jerarquización que favorezca las posiciones de "estrellato supervisivo". Existen personas que hacen relieves especiales en nuestra geografía profesional, pero siguen siendo compañeros. No obstante esto es solo un matiz situacional.

Después de algunos años de reflexión sobre el tema y contando con mi experiencia de trabajo en una institución hospitalaria por más de quince años, me siento en condiciones de señalar causales del bajo índice de uso de la supervisión como instrumento de trabajo en nuestro país. No intentaré por esta vez una organización jerárquica, aunque enumero para facilitar precisión y comprensión.

- 1.No existe tradición de este tipo de prácticas en nuestro medio profesional. De alguna manera en el imaginario gremial se estructura una lógica contundente: “si hemos curado pacientes sin esto ¿para qué hace falta?”. Es justo señalar que sí existe una fuerte tradición de trabajo en salud en lo que a la Discusión de Casos Clínicos se refiere. Son sesiones de análisis de diagnósticos heredadas de los *staff* médicos y de psiquiatría con los cuales el psicólogo se fue insertando en el campo de la salud.
2. Las tareas de trabajo que ha impuesto la práctica en el campo de la salud para el psicólogo han hecho que se diseñen modos de intervención muy breves, focalizados, rápidos, con alta demanda de usuarios, con poca sistematicidad en la recogida minuciosa de información referida por los pacientes, sin la creación de un espacio de tiempo para supervisar técnicamente dicha actividad.
3. En nuestros planes de estudio de pregrado y de postgrado no está contemplada la enseñanza de las técnicas de supervisión clínica, por lo tanto se desconocen los lineamientos o principios generales que la rigen. Incluso en el ámbito de formación de pregrado se enseña psicoterapia y orientación, pero no se realizan sesiones de supervisión con los estudiantes,
4. La Sociedad de Psicólogos de Cuba y la Sociedad de Psicólogos de la Salud no han reconocido la necesidad de esta práctica como medio de gestión de calidad de la asistencia psicológica en los diferentes medios de nuestra práctica.
5. Se han asociado las experiencias de supervisión clínica con el modelo de supervisión psicoanalítico, sobre todo después de los Encuentros de Psicoanálisis y Marxismo que se desarrollaron en Cuba durante varios años (1986-1998). En más de una los supervisados se descuidaba la identidad profesional del psicólogo cubano y se montaba una suerte de “show ilusionista” entretejido por hermosas palabras. Todo un verdadero acto de seducción, más que un aprendizaje. Imposible aprender la supervisión quedábamos destinados a ser siempre supervisados: *Made in Argentina* o en cualquier otro sitio.

6. Ausencia significativa de participación en supervisiones constructivas, que le permitan reconocer a los profesionales que no solo se dice "que es bueno recibir supervisión", sino que se vivencie como algo importante, útil, que aporta al desarrollo profesional, la experiencia como generadora de nuevas necesidades. He participado en excelentes sesiones de supervisión, con todo un respeto ético y técnico y me hicieron darme cuenta de lo necesaria que es esta actividad cuando se logra comprender en su verdadera esencia y se logra transmitir lo que realmente significa.

7. Ausencia de experiencias significativas de tomar parte en sesiones de supervisión clínica que partan de encuadres de trabajo psicoterapéuticos o de orientación psicológica similares a los que predominan en nuestra práctica profesional, lo cual también hace difícil aprender la técnica.

8. Existencia de cierta minusvalencia, desestructuración e inseguridad profesional que se ha dado en algunos psicólogos ante los cuestionamientos recibidos por parte de algunos "perversores supervisores" cuando intentan desvalorizar nuestras prácticas profesionales con interrogantes tales como ¿pero entonces con qué modelo teórico ustedes trabajan?". "Pero ustedes no son analizados" "¿cómo es posible trabajar así?", lo cual ha fortalecido una representación prejuicial: "Somos incapaces de crear un sistema de supervisión clínica propio, a partir de nuestras propias capacidades y potencialidades y desde nuestro encuadre teórico-pragmático de práctica profesional."

Sin embargo, seríamos muy parciales en este análisis si no nos detuviéramos en un hecho evidente: cuando han existido oportunidades de recibir sesiones de supervisión por los llamados supervisores, nuestros profesionales han acudido, han participado. De modo que hay una declaración tácita a favor de la supervisión. Esto es un indicador a tener en cuenta. Un indicador que puede transitar por una trampa, pues si se desconocen ciertos principios generales se pueden caer en trampas de "su-perversores" que acudan al llamado instigados

por su narcicismo personal o teórico. Este hecho nos pone entonces ante un tercer análisis esencial: el cómo podríamos en la práctica profesional actual del psicólogo de la salud en Cuba instrumentar un correcto proceso de aprendizaje y asimilación del dispositivo técnico que analizamos.

Encuadre general para facilitar la asimilación de los dispositivos de supervisión en los ámbitos clínicos en Cuba.

Pretendo antes de terminar condensar el resultado de algo más que angustia (bastante más). Las ideas antes expuestas no son el producto de una reacción efímera, sino el resultado de una búsqueda. Algo logramos avanzar en el departamento de psicología del hospital en el que trabajé por tantos años. Y me siento en la obligación de favorecer un paso ascendente más.

La instauración de las prácticas de supervisión en nuestro país no podría ser de modo alguno un cambio rápido y abarcador. No podría, ni debería hacerse por decreto. Por el contrario, debería plantearse como un devenir instigado, pero natural, propiciado pero espontáneo, orientado pero no directivamente. Me lo represento como un proceso con varias etapas para su autoedificación. Intentando organizar y no "burocratizar", me lo represento del siguiente modo.

Etapas de despistaje: El punto de partida me lo represento como un verdadero proceso de investigación que se planteara colectivamente una pregunta esencial: ¿qué tipo de supervisión clínica necesitarían los psicólogos de la salud en Cuba para contribuir al desarrollo profesional y técnico de este grupo? Esta pregunta debe acompañar el inicio de cualquier proceso que se pretenda tanto a nivel de grupos particulares que se interesen y que puedan luego liderar el proceso, o a nivel más general favorecido por las instituciones gremiales y profesionales de psicología existentes en el país.

Tanto en el caso de grupos profesionales particulares, como en el referido a la labor de las instituciones gremiales profesionales (especialmente en este último) es imprescindible una labor de persuasión. Persuadir a los profesionales acerca de

la necesidad de la supervisión, persuadir a las instituciones que forman psicólogos sobre la necesidad de instaurar prácticas de formación en supervisión. Que los profesionales y estudiantes sean convocados y respondan por comprensión y no por obligación.

No voy a detenerme en este aspecto, pero tengo confianza y muy buenas experiencias en los dispositivos grupales de supervisión. Son acciones más colectivas, colaborativas y la distribución de poder no solo lo anula sino que lo hace irrelevante para el supervisado. Creo que dadas las condiciones de nuestro país y las características del profesional de la psicología en Cuba, la grupalidad sería un rasgo distintivo de los dispositivos de supervisión.

Dentro de esta etapa son también fundamentales los recursos disponibles para emprender el proceso de aprendizaje y entrenamiento necesario. Me refiero a los referentes bibliográficos, centros de entrenamiento y aprendizaje en otros países. Es muy conveniente la conformación de grupos de estudio y discusión que se planteen una elaboración conceptual del asunto.

Asimismo es necesario detectar el capital humano disponible en nuestro medio para generar un grupo de avanzada. Este grupo podría ocuparse de sistematizar los conocimientos del área y sobre todo darlos a conocer en las diferentes instituciones donde laboran los profesionales de la psicología de la salud. Un énfasis especial debe hacerse en las instituciones de formación para poder implementar los contenidos temáticos en sus planes de estudio de pregrado y postgrado.

Etapas de montaje y sistematización: Se trata obviamente de montar dentro de las "rutinas institucionales" (procesos implicados en la labor de los servicios de psicología de las instituciones de salud) los dispositivos de supervisión. Tal vez este proceso necesite temporalmente de la acción de "supervisores tutores" o "supervisores entrenadores" que faciliten y modele la realización de las diferentes tareas.

Aquí es necesario que el modelo de montaje sea “formativo”. Esto supone descripción de las tareas, acuerdo de los objetivos y procedimientos de trabajo, realización de la experiencia, análisis colectivo de esta, propuestas de mejoramiento y valoración grupal. Resultaría conveniente ir ensayando, más allá de la existencia de un “supervisor entrenador”, formas grupales de actuación.

En todo caso, ese “supervisor entrenador” que ocupará temporalmente una posición de rol estable, pero que en la medida del avance del proceso será no tanto una persona sino una actitud relacional de todos los miembros del grupo, necesita tener una clara representación de su actuación. Se trata de:

1. Alguien con quien confrontar, con una posición de respecto al supervisado favorecida por una visión distinta por varias razones: su *contacto solo indirecto* con el paciente, lo que lo “libera” de posibles emergencias contratransferenciales; su *distancia del problema*, lo que permite la visión menos comprometida por el contexto; su condición de *relativa libertad de responsabilidad con respecto a la realidad clínica* del paciente, lo que le permite moverse más al nivel del imaginario, de las instancias subjetivas del supervisado.

2. Una persona con cierta experiencia profesional que lo diferencia no jerárquicamente, sino en términos de diferente lectura probable. Mas, necesita estar ubicado en situación y conocer de las peculiaridades del ejercicio profesional y encuadres teóricos-pragmáticos de sus supervisados. El saber del supervisor es en realidad saber socrático, saber que no sabe y que junto al supervisado podrán ambos saber.

3. Un profesional con capacidad para establecer una buena comunicación y empatía, sin ambigüedades, que favorezca la expresión, reconozca las individualidades y el tiempo propio del supervisado (Telles, Wanderley, 2000). Asimismo, tener capacidad para saber establecer una relación dialéctica supervisor-supervisado. Que la relación de poder que implica el impacto que supone la palabra *SUPERVISIÓN* se rompa, que no encuentre lugar en el tipo de

relación que se establece. El que proporciona el material y el que lo comparte son partes activas de un mismo proceso. No se trata de uno que sabe más y otro que sabe menos, uno más ágil y otro más lento. Planteada desde estas dualidades la supervisión solo podría ser una pésima clase pasiva, típica de la didáctica medieval. La relación de supervisión es un espacio precedido por una ética de trabajo, una ética de lo humano, de las relaciones humanas.

4. Un ser humano capaz de mostrar que tanto para el terapeuta en rol como para la persona más allá del rol es fundamental poseer un adecuado auto-conocimiento, que permita romper la falsa imagen de que el terapeuta debe ser un “súper-hombre” y el supervisor, un “súper-súper-hombre”, (Band , 1988). Debe cuestionar las tendencias personales a la fascinación, a la sobrevaloración de lo ajeno, a la subvaloración de lo personal, lo autóctono, al enamoramiento de la novedad, al deslumbramiento con el discurso empalagado de palabras seductoras.

El trazado de estrategias específicas debe tomar en cuenta la distribución en el grupo de participantes de dos variables fundamentales: de una parte la variable “competencia” –entendida como el conjunto de habilidades y conocimientos para llevar adelante la tarea. De otra parte la variable “motivación” –entendida como el deseo de participar, el querer hacerlo.

Muy claramente podremos distinguir, en una matriz de análisis, cuatro grupos probables distintos: competentes-motivados, competentes-no motivados, no competentes-no motivados, no competentes-motivados.

Cada uno de estos grupos necesitará estrategias de implantación distintas. Este análisis es válido hacerlo también a nivel de los integrantes, lo que nos permite la elaboración de alianzas a favor de la tarea y un acercamiento más individualizado al participante.

Un elemento esencial en este proceso es que quede pautado y formalmente acordado que la supervisión no es un proceso evaluativo de nadie ni de nada. Esto es de suma importancia. El fantasma de “medidas institucionales derivadas” tiene que estar absolutamente fuera. Una supervisión incluida dentro de un proceso de evaluación institucional es una “antisupervisión”. Es preferible no realizarla.

Etapas de recuperación y construcción: Todo acto de supervisión debe ser recuperado en un proceso vertical, longitudinal, individual y grupalmente. La supervisión en un servicio, en un área, con un equipo de trabajo, no puede ser “comenzamos y dos horas después terminamos”. Ella debe asumir como tarea la recuperación continua personal y grupal. También en esto reside su capacidad de formación y desarrollo.

La recuperación no se limita al “aprovechamiento” de la sesión. No es solo un proceso intrasesión, sino también intersesión. Al paso de un tiempo de trabajo es necesario detenerse a observar qué ha sucedido, dónde se estaba y dónde se está. Es imprescindible una “supervisión de la supervisión”.

Finalizo ya esta aproximación escrita a lo que es un proyecto de trabajo con el que me vinculo en un modelo relacional similar al que describiera “la peor de todas”, sor Juana Inés: *“Yo no puedo tenerte ni dejarte, no sé por qué al dejarte o al tenerte se encuentra un no sé qué para quererte y mucho si sé qué para olvidarte...”*. Y me gustaría hacer algunas precisiones finales.

¿Qué tipo de supervisión clínica necesitamos los psicólogos de la salud en Cuba para contribuir al desarrollo profesional y técnico de nuestro gremio?

Posiblemente se trate de una supervisión clínica que:

1. Tenga como objetivos fundamentales: el aprendizaje y el desarrollo profesional, pero que incluya la contención emocional y las reflexiones personales no terapéuticas.
2. Trabaje cuidadosamente la contención de las dificultades del terapeuta para evitar establecer una relación de dependencia (poder) con el supervisor que dificultaría la posibilidad de concebir un trabajo propio. (Golin, 1996). Más aún deben ser socializadas porque ellas son, con frecuencia analizadores de grupo y no solo de personas.
3. Establezca un encuadre interpersonal, una relación entre profesionales con intercambios de rol supervisor y supervisando. Esta relación se establece sobre la voluntariedad de ambos a realizar ciertas funciones diferenciales por un período de tiempo y asumir en otro período la otra función.
4. Entienda y asimile las diferencias entre la supervisión y las acostumbradas prácticas de discusión de casos clínicos, donde discutimos desde la semiología psicopatológica, los presumibles diagnósticos de un paciente, etc. La supervisión es volver a traer ante nosotros mismos y ante los demás la experiencia concreta de trabajo con un paciente, someterlo a otra mirada nuestra, a otras miradas y en otro aquí-ahora contextual y temporalmente diferente. Es un proceso de reelaboración y de replanteamiento que incluye al terapeuta supervisado como individuo, como sujeto soporte de sus acciones profesionales.
5. Que se realice en sesiones de entrenamiento formativo profesional y no como actuación catártica o “psicoterapia para psicólogos” tanto de manera individual como de manera grupal.
6. En las actuaciones grupales debe cuidar además algunos aspectos propios de la condición grupal: todo lo planteado por los miembros del grupo constituye un espacio de sugerencias, no se admiten actitudes discriminativas, acusatorias o cuestionadoras de calidad profesional, el secreto grupal hacia el exterior es

imprescindible, no se deben supervisar casos que sean allegados a algún miembro del grupo. No es un *match* a decidirse por anotaciones, no es una competencia de equipos, ni de quién pregunta más, ni de quién tiene la razón. Las implicaciones personales del terapeuta se sugieren, sin profundizarse (a no ser que el grupo esté entrenado y dispuesto). No ha de ser un instrumento de evaluación.

7. Desarrolle el proceso de acuerdo a nuestras reales posibilidades y a nuestras verdaderas condiciones, debemos ser nosotros los que elaboremos y diseñemos nuestras supervisiones y no esperar siempre a que otros vengán a hacerlo, debemos ir construyendo un proceso de supervisión desde nuestro propio encuadre epistemológico y pragmático de trabajo terapéutico y de acuerdo a las condiciones reales de nuestras prácticas.

El solo reconocimiento de nuestra necesidad de tener espacios de supervisiones y espacios de reflexión personal para el profesional de la psicología, creo que es sin dudas de suma importancia. Descubrirlo y desorganizarnos será un segundo momento. Dejar atrás los temores, las resistencias y decidirnos a elaborar nuestro propio encuadre de trabajo en estas actividades profesionales, es lo que nos corresponde. Tengo la esperanza y la certeza de que muy pronto, cuando me disponga nuevamente a escribir, será para narrar las experiencias de cómo lo logramos. Denominemos *retos* a lo que pretende verse como un *límite*. El límite es fin, el reto es comienzo. El reto está lanzado.



Psicología de la salud y gestión institucional.

*El mundo tiene problemas que no pueden ser resueltos
pensando en la forma en que pensábamos
cuando los creamos.*

ALBERT EINSTEIN

Las transformaciones socio-económicas ocurridas en las últimas décadas del siglo xx, propiciaron cambios en la salud de la población, y por ende en las políticas organizacionales de prestación de servicios de salud a nivel mundial. Han surgido nuevas necesidades sanitarias y al mismo tiempo los recursos disponibles a las grandes mayorías son limitados. Hoy es imprescin

dible reconocer la importancia de una equidad en las ofertas de atención médica y promover una atención de calidad centrada en el paciente, en las necesidades de la población.

La asistencia en salud contemporánea debe ser más humanizada y de mayor calidad. Esto supone, de una parte, la conceptualización clara y precisa de qué es un enfoque humanista en la atención médica más allá del archiconocido y muchas veces olvidado juramento hipocrático, que dicho sea de paso no representa la diversidad del universo actual de los trabajadores de la salud. Probablemente falta sobre todo algo más personal que el diseño de una actitud profesional con los pacientes. No por gusto se habla de la necesidad de una ética de las relaciones interpersonales como fundante de una actuación profesional más humanizada.

En lo que a la representación de lo que significa una asistencia en salud de más calidad los problemas que se presentan como retos de cambio son otros, aunque no desvinculados de los primeros. El concepto actual de calidad en salud parece enmarcarse en cinco elementos fundamentales (Vanormalingen, 1996): excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tiene en la salud. No es posible reducir a uno o algunos de estos elementos la calidad en salud, pues necesariamente implica la integración de estos elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos; todos unidos tienen como resultante la satisfacción del usuario y la eficiencia de la institución sanitaria.

Existe un conjunto de determinantes fundamentales de la calidad de los servicios, entre los que tenemos (Suárez, 1997. p. 22):

- Confiabilidad: Implica consistencia en el rendimiento y en la práctica.
- Receptividad: Se refiere a la disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio, implica la oportunidad.

- Competencia: Significa la posesión de las habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio.
- Accesibilidad: Implica el aprovechamiento y la facilidad de contacto.
- Cortesía: Es la amabilidad, la cortesía y el respeto del personal de contacto.
- Comunicación: Significa mantener a los clientes informados en el lenguaje que puedan entender y también el ser escuchados.
- Credibilidad: Significa la honestidad, dignidad, confianza,
- Seguridad: Estar libres de peligros, riesgo y dudas.
- Entender y conocer al cliente: Estudiar y atender las necesidades del cliente para satisfacerlas.
- Aspecto tangible del servicio: Apariencia personal, condiciones del lugar, herramientas, instrumentos y equipos, privacidad del cliente.

En los servicios, el proceso de calidad total llevada a su máxima expresión, se convierte en una forma de vida organizacional. La calidad total supone que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y a cabalidad, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Pero hay algo que mueve los cimientos tradicionales mismos de las prácticas médicas asistenciales: La calidad total se define no solo, ni fundamentalmente, por un patrón de valoración profesional, es decir no solo los que brindan el servicio, valorando a los que brindan el servicio. La calidad total se define por el usuario y no por la institución (institución de salud y grupos institucionales de salud). Es un enfoque para dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, dentro de los conocimientos y desarrollos contemporáneos. Es lograr usuarios satisfechos con los servicios que recibe.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia, en este sentido, de otros

tipos de servicio: satisfacer a sus usuarios (por cierto, incluye en el caso de las instituciones de salud no solo a los pacientes sin también a sus acompañantes). Y para todos los casos se reconoce que solo se puede satisfacer a los usuarios, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos y comprometidos con las estrategias de satisfacción de la institución. Esto complejiza aún más la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

El marketing llegó a los servicios de salud, como una herramienta para gestionar y gerenciar su calidad. La psicología no fue de las primeras disciplinas en llegar al marketing, pero ha llegado y ha ido estableciendo su posicionamiento (Calviño, 1999). Mejorar la calidad de los servicios asistenciales en salud se ha ido convirtiendo también en un tema de investigación y en un área de trabajo más para la psicología de la salud, se ha convertido en una realidad de nuestras prácticas actuales, y en uno de los retos que se le imponen para este siglo XXI. Ayudar a gestionar mejor las instituciones que prestan servicios de salud y también ¿por qué no? a otros tipos de instituciones en general, es una tarea que deben y pueden también asumir los psicólogos vinculados a las prácticas de salud, incluso dentro del enfoque reconocido como psicología de la salud.

Es la intención de este trabajo revisar, desde estas ideas o representaciones del contexto actual que hemos presentado, las posibilidades y perspectivas que tiene la psicología de la salud en el posicionamiento de un ámbito más de su intervención: la gestión institucional.

Intentos de posicionamiento. El reto.

*La diferencia entre un jardín y un desierto
no es el agua, es el hombre.
Proverbio árabe.*

Se ha hecho bastante habitual en la literatura científica contemporánea organizacional la referencia al término de gestión. Al utilizar este término, "gestión" se está haciendo referencia a "administrar", "hacer diligencias", que conduzcan al logro de un resultado, de un negocio o de algo que se desea.

Si gestión es hacer diligencias, las diligencias tienen en nuestro oficio un objeto y una ubicación muy claros: los hombres en la situación de trabajo. Al intentar analizar tanto el objeto –el hombre– como su situación –el trabajo–, lo primero que salta a la vista es que ambos están sometidos al cambio y a la evolución: no son conceptos estáticos, sino dinámicos... si es que la diligencia es sobre hombres trabajadores, sería la constatación de que ni hombre ni empresas son iguales, sino distintos y diferentes... la gestión no puede plantearse en términos unívocos ni uniformes, sino amoldables de alguna manera a los distintos hombres y a las distintas organizaciones del trabajo (Ordóñez, 1996, p. 129)

La gestión institucional sería entonces un concepto vinculado a la administración de los procesos que pueden conducir al éxito del funcionamiento de las instituciones u organizaciones, vistas en sus particularidades y desde-para las particularidades de los hombres que las integran, intentando además que sean procesos que globalicen e integren esta diversidad.

En el campo de la salud, por ejemplo se hace referencia actualmente a la gestión en salud (Trucco , 2002), gestión de calidad como parte de la administración de los servicios de salud (Acevedo , Lombardi , Contreras , Costa, 2003; Beltrán, Trujillo, 2002) , modelos de gestión en los sistemas nacionales de Salud (Flores, 2000; Alarcón, 2002), modelos de gestión gerencial y competitividad (Sejas, 2002), gestión de los recursos humanos en salud (Llamas, 1996), gestión del conocimiento (Ecuador 2000), gestión para el cambio (Bolivia 1997), gestión hospitalaria (Sejas, 2002; Sá , Azevedo, 2002), gestión compartida de centros de salud (Cuba, 2003), entre otros. Términos nuevos, términos que han invadido

desde ya hace varios años el mundo empresarial, el campo de la psicología organizacional y que invaden hoy el campo de los servicios de salud. Nuevos términos que además están necesitando nuevos procedimientos, nuevos conocimientos, nuevas habilidades, integración de varias disciplinas científicas.

No se trata entonces de ponerse a la par con neologismos o conceptos que aparecen y desaparecen luego del relativo furor de la moda, sino se trata sobre todo de asimilarlos en las nuevas implicaciones que encierran y que son de utilidad al desarrollo social contemporáneo, diría al mejoramiento de la calidad de vida del hombre en su entorno laboral. Sin dudas la nueva concepción, que a nivel institucional se inserta probablemente en la tradicional gestión de los recursos humanos, que tiene como fin lograr más eficiencia y mejores resultados productivos y económicos en las instituciones, pero el modo en que se ha concebido, es de mayor utilidad, humanismo, participación y más cuidadoso de la salud y el bienestar de los trabajadores que las anteriores concepciones y modelos que existían. La psicología de la salud puede escoger entre no asomarse a este campo o aproximarse para mostrar sus herramientas y poderes en este nuevo entorno, retroalimentándose y fortaleciéndose de las nuevas experiencias que irá encontrando en su paulatino acercamiento.

Hemos apostado por aproximarnos, podemos y queremos, lo necesitamos como especialidad y nos necesitan como especialidad y especialistas para un mejor e integral abordaje de la gestión institucional. La psicología no puede estar al margen de las necesidades de trabajo que impone hoy en día la gestión institucional, pues es una de las ciencias que más puede aportar al campo del desarrollo humano, los que administran son los hombres, con sus conocimientos, con sus actitudes, con su aprendizaje, habilidades, las instituciones no son edificios, desconocer la subjetividad de la institución en el concepto de institución es un error tan perjudicial como desconocer la subjetividad en la concepción del hombre y en la concepción de salud (Zas , 1997-2)

Tomemos, como indicador objetivo, cualquier texto que aborde el tema general de la gestión empresarial, de la gestión de recursos humanos en particular. No nos sorprende que entre sus contenidos temáticos aparecen aspectos tales como: calidad de vida laboral, empresa saludable, comunicación organizacional, conflicto organizacional, trabajo en equipo, optimización de los equipos, percepción y conductas frente al cambio, anticipación competencias, mediación de conflictos, síndrome de estrés laboral, estrés del directivo, predictores organizacionales y bienestar personal, satisfacción y calidad de vida laboral, satisfacción laboral en una organización hospitalaria, organizaciones que aprenden, orientación laboral, informar y comunicar (Munduate, Barón, 1993; Peretti, 1997; Ordóñez, 1996).

¿Son estos temas irrelevantes al trabajo (real y probable) de un psicólogo de la salud? ¿No tiene un psicólogo de la salud las herramientas, conocimientos y habilidades suficientes para insertarse en las prácticas que se derivan de dichos problemas? ¿No tiene la psicología de la salud encuadres conceptuales, metodológicos y técnicos aplicables a esas temáticas y problemas concretos de la gestión institucional? ¿No se expandiría sustancialmente el rol profesional del psicólogo de la salud en el intento de abordaje, gestión y solución de algunas de las tareas que se derivan de tal enfoque? Por supuesto que las respuestas son todas afirmativas. ¿Cómo podríamos entonces responder al reto?

Vayamos haciendo, en el transcurso de la lectura del presente texto, un pequeño ejercicio profesional: Imaginemos que el jefe de un servicio médico cualquiera, por ejemplo, de una Unidad de Cuidados Intensivos nos plantea la siguiente situación: *"La gestión de servicios sanitarios, parte de la idea de dar la mayor rentabilidad a los recursos disponibles; desde este punto de vista, las estrategias, se orientan a una planificación basada en la presupuestación, organización y utilización eficiente de los recursos materiales en las unidades de gasto de los servicios sanitarios"*... (Duque del Río, 2000, p. 109). ¿Pudiera usted, psicólogo, ayudarme, o participar conmigo en esta investigación? ¿Cómo podríamos

cooperar juntos? Vayamos pensando en esta tarea que nos han propuesto, vayamos pensando en respuestas probables.

Anticipaciones y buenos intentos.

*Me opongo terminantemente, por considerarla errada,
a la posición que supone... que nuestra función
es exclusivamente profesional y científica.*

JOSÉ BLEGER

No son lejanas al empeño actual algunas anticipaciones. Ya Bleger en su *Psicohigiene y Psicología Institucional* señalaba:

En este pasaje del psicólogo clínico de la enfermedad a la promoción de la salud, al encuentro de la gente en sus ocupaciones y quehaceres ordinarios y cotidianos, nos encontramos con distintos niveles de organización, entre los que tenemos que tener en cuenta, fundamentalmente, las instituciones, los grupos, la comunidad, la sociedad...Una institución no es solo el lugar donde el psicólogo puede trabajar, es un nivel de su tarea. Cuando ingresa a trabajar en una institución... lo primero que debe hacer es no abrir un gabinete, ni laboratorio, ni consultorio para la atención de los individuos enfermos que integran la institución. Su primera tarea es investigar y tratar la institución misma; ese es su primer cliente, el más importante... Se debe examinar la institución desde el punto de vista psicológico: sus objetivos, funciones, medios, tareas, etc.; los liderazgos formales e informales, la comunicación entre los *status* (vertical) y los *intrastatus* (horizontal). Teniendo siempre en cuenta que esta indagación en sí es ya una actuación que modifica la institución y crea además distintos tipos de tensiones con el psicólogo mismo, que este tiene que atender como parte integrante de su

tarea... En este orden de cosas el psicólogo es un especialista en tensiones de la relación o comunicación humana, y este es el campo específico sobre el que debe actuar... (Bleger, 1994, pp. 38, 39).

En los tempranos 60 anunciaba la necesidad del desarrollo de una psicología de la salud (el pasaje de la enfermedad a la prevención) que además de abordar varios ámbitos, tuviera como primera tarea la institución misma, incluyendo muchas de las múltiples temáticas que hoy se mencionan en los temas sobre gestión institucional. La mirada previsor de Bleger dejó como posible un postulado acerca del qué podrían dar los psicólogos de la salud al trabajo de las instituciones, al trabajo de la gestión institucional... "La psicohigiene en una institución debe funcionar engranada o incluida en el proceso regular o habitual de la misma..." (Bleger, 1994, p. 39): la inclusión de la concepción preventiva en la concepción funcional de cualquier institución, pero esta última idea será retomada más adelante.

"Las profecías" de Bleger, se fueron instrumentando con el desarrollo que ha ido alcanzando la psicología de la salud, sin embargo, lo que él anunciaba como la primera tarea del psicólogo (investigar y tratar la institución misma), no ha logrado convertirse en una tarea organizada e implementada de modo sistemático aun en el presente siglo. En el mejor de los casos se ha ido asumiendo de forma fragmentada, a través de tareas inmediatas y sentidas como más necesarias, pero sin una concepción sistematizada de base que permita integrar el encuadre de estas tareas al desarrollo alcanzado por la rama de la psicología de la salud.

La pluralidad epistemológica de la ciencia psicológica que ha llevado a una pluralidad de sus prácticas, se ha entrecruzado además con la demarcación radiológica de los diferentes ámbitos de trabajo. En la realidad de las prácticas psicológicas, los psicólogos sociales, organizacionales, institucionalistas, han sido

los que han tratado y abordado las instituciones, algunos se han dedicado a las organizaciones de salud (Trapero, 1990; Saidón, 1991; Alonso, Swiler, 1995), pero para los psicólogos de la salud el tema no ha sido lo suficientemente agotado, lo cual ha limitado indiscutiblemente su inclusión en las actuales temáticas de la gestión institucional que se están desarrollando.

Pero no vamos a detenernos en los límites, como psicólogos de la salud partimos siempre de lo que poseemos y tenemos conservado, para seguir construyendo sobre esa base. Vamos a detenernos por un instante en algunas de las tareas más importantes que en el ámbito institucional se han ido acometiendo desde una perspectiva de la psicología de la salud:

- **Utilización de los servicios de salud:** Un clásico de la psicología de la salud de los años 90, Shelley E. Taylor, señala en su texto como posible tarea institucional a realizar por el psicólogo de la salud, la utilización que se le da a los servicios de salud por parte de la población (Taylor, 1991) y cómo promover un mejor uso de ellos, así como la mayor explotación de los servicios de atención primaria.
- **Organización de los servicios de psicología:** Se ha abordado la inserción de los servicios de psicología sobre todo en el ámbito hospitalario, reconociendo y aplicando algunos elementos institucionales indispensables para la estructuración del trabajo del psicólogo, la definición de sus roles y tareas, el vínculo con otros grupos de trabajo (Angerami 1987, Zas, 2002-2).
- **Estudios de satisfacción de clientes internos y externos en salud:** Se han realizado algunas investigaciones, aplicación sistemática de encuestas a pacientes, familiares y personal de la salud, referidas a los temas de satisfacción con los servicios recibidos, y satisfacción laboral del personal de salud (March , Prieto , Hernán, 1992; Rico, 1998; Zas, 2002-2).
- **Entrenamiento de grupos profesionales:** Se ha trabajado con diferentes equipos de salud, conformación de grupos multidisciplinario, entrenamiento

en habilidades para el enfrentamiento y prevención del estrés (Alonso , Swiler, 1995; Zas, Martín, Rial, Grau, 1995; Topf, 1996; Chiattonne, 1998), el trabajo grupal encaminado a la protección de la salud mental de los profesionales de la psicología mediante la organización de acciones de supervisión (Telles, Wanderley, 2000), entre otras tareas

- **Comunicación e información a los usuarios de los servicios de salud:** Se han abordado los sistemas de comunicación con los usuarios (*Programa de desarrollo*, 2000. *Psicología de la salud*, 1987), comunicación y promoción de salud (Renaud, Caron-Bouchard, 1999), mejora en los sistemas de información a pacientes y acompañantes (Zas, 2004), entre otras.
- **Diagnóstico y prevención de enfermedades profesionales:** En este aspecto ha existido un gran desarrollo de la psicología de la salud en el campo de la salud laboral referente a las prácticas de prevención en centros laborales. Se han abordado, por poner solo un ejemplo, los diferentes tipos de riesgos a los cuales se exponen los trabajadores que laboran en determinados tipos de actividades y el modo en que desde un estudio psicológico se pueden ir detectando la presencia de alteraciones provocadas por el ejercicio de estas labores. (Almirall, Mayor, Castillo, Rodríguez, Román, 1987), se habla inclusive de la *psicología de la prevención* como aquella que estudia la manera en que se organizan las percepciones, presunciones y decisiones que toman las personas acerca de los riesgos a los que están expuestos o a los que exponen a otros en el medio laboral (Niño , 1996) y se han desarrollado múltiples investigaciones sobre la presencia del Síndrome del Burnout en el personal de salud por las repercusiones que este está teniendo en la calidad de la prestación de los servicios (Hernández, 1995; Rivera, 1997; Grau, Chacón, 1999; Román, 2003).

Todas estas tareas que se han ido acometiendo surgidas de las propias demandas de las prácticas de la psicología de la salud fundamentalmente dentro del propio

campo de la salud, pudieran agruparse bajo una línea de investigación que se ha denominado como “Factores Psicológicos que inciden en la calidad de los servicios de salud” (*Programa de desarrollo*, 2000. *Psicología de la Salud*, 1987; Zas, 1997-2). Estamos nuevamente ante un punto de encuentro entre la psicología de la salud y la calidad de los servicios, la calidad se gestiona y se gerencia.

Gerenciar la calidad implica gestión, gerenciar la organización y sus procesos, gerenciar la institución, y hemos podido apreciar que contamos con experiencia, condiciones y fortalezas para poder sistematizar desde el campo teórico-metodológico y praxiológico de la psicología de la salud nuestra definición de tareas y aportes a esta importante labor. Para el logro de esta sistematización serían necesario al menos dos condiciones iniciales a integrar:

- Rescatar y focalizar los principales aportes conceptuales y teórico-metodológicos ya elaborados dentro de la rama de la psicología de la salud aplicables al trabajo de la gestión institucional.
- Identificar los conocimientos, metodologías y habilidades necesarias en que debemos capacitarnos los psicólogos de la salud y que son provenientes de otras ramas de la psicología y de otras disciplinas afines a la tarea de la gestión institucional.

Búsqueda de un posicionamiento y un gran aporte a entregar.

Por los frutos conoceréis al árbol.

Proverbio

Uno de los principales aporte que pudiera hacer la psicología de la salud al campo de la gestión institucional estaría centrado fundamentalmente a partir de la aplicación consecuente y creativa de la concepción de prevención, esa es nuestra principal fortaleza, la piedra angular de nuestras prácticas durante todos estos

años de trabajo, y es al mismo tiempo una necesidad y una carencia que aún tienen las prácticas de gestión. “En nuestro oficio de gestores de recursos humanos no basta cambiar de mentalidad, sino que, tras ese cambio, hay que ejercer el oficio con nuevos modos y modelos: de la costumbre de actuación contra pedido hay que pasar a la lógica de la anticipación...” (Ordóñez, 1996, p. 133).

La palabra **prevención**, del verbo prevenir, es definida como “preparación, *disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa*” (Larousse, 1950, p. 755). Queda claro entonces que al utilizar este término nos referimos a una acción de carácter anticipatorio.

La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para “anticipar” eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención” (OPS, 1995). “Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida”. (Topf, 1996, p. 6). La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es solo un modo de hacer, es un modo de pensar.

La gestión no es hacer diligencias según se vayan necesitando, es sobre todo, anticipar diligencias, anticipar eventos, conocer quién puede hacer mejor una tarea, conocer qué se necesita formar en la institución, qué se necesita entrenar, es todo el tiempo prever. Este es el modo de hacer y el modo de pensar a qué se aspira en la gestión institucional.

La prevención es una tarea que implica un modo de pensar con referenciales conceptuales acordes a modelos que deben estar a la altura del desarrollo que encierra el concepto y la realización de acciones profesionales dirigidas al cumplimiento del objetivo: Prevenir.

La especificidad técnica e instrumental que se utilice en estas acciones, responde en términos generales a: el tipo de ámbito en el cual vamos a trabajar, el nivel del alcance de los objetivos propuestos, el tipo de situación o problema sobre el cual pretendemos ejercer nuestra influencia, las necesidades detectadas en el objeto centro de nuestras acciones preventivas y el referente conceptual con el cual trabajemos.

Las acciones de prevención están, a nuestro juicio, conformadas por tres *modelos de actuación*. Siguiendo una analogía con el desarrollo ontogenético humano podemos llamarles: *custodia*, *entrenamiento* y *educación*. Dicho de otro modo, hay tres modos fundamentales de prevenir (Zas, 1997-2):

1. Cuidar, acompañando a los objetos de nuestra acción preventiva que aún no poseen las capacidades e instrumentos personales para el autocontrol preventivo, para lograr que efectivamente no ocurran las cosas que se quieren evitar. A esto le llamamos **custodiar**.
2. Dotar de las capacidades e instrumentos personales para hacer las cosas sin que se corra el riesgo, o al menos con bajo riesgo, de ocurrencia de lo que se quiere evitar. Esto es **entrenar**.
3. Inculcar estilos de vida que no contemplen como comportamiento, preferiblemente ni como posibilidad, la ocurrencia de lo que se quiere evitar. Esto es en esencia **educar**.

La **custodia** como modelo de actuación preventiva en ámbitos institucionales, se garantizan a través de las medidas de control, las reglamentaciones, la definición de los roles y funciones profesionales. Para realizar las funciones de custodia es fundamental la información, para lo que resulta imprescindible la existencia de dispositivos institucionales que hagan circular la información tanto de los usuarios que reciben el servicio, como de aquellos que lo brindan. En una institución la circulación rápida y reconocida de la información se convierte en el punto de contacto, en el modo de existencia de las relaciones entre los componentes

institucionales. Usualmente la custodia toma la forma de vigilancia sobre las desviaciones de la norma de comportamiento, y esto es solo posible sobre la base de un claro conocimiento de "*como son las cosas*" y de "*como se están comportando*" en un momento dado.

Dentro de la custodia consideramos entonces todas las medidas que se toman en la institución para garantizar que el trabajo se realice en aquellas condiciones que pueden favorecer su máximo de eficacia y eficiencia sin malestar psicológico. Sin embargo, la custodia trasciende la garantía de las condiciones. Entre las peculiaridades de nuestras instituciones podemos señalar con gran importancia la variabilidad institucional. La emergencia cotidiana de situaciones nuevas, de problemas a enfrentar, parece ser un componente de nuestra realidad institucional hoy. De modo que las capacidades e instrumentos instalados pueden resultar insuficientes. La custodia es también el acompañamiento en la búsqueda de las soluciones probables.

Las acciones de la custodia tiene su efecto fundamental a corto plazo, ellas tienen un carácter de control externo y por ende ellas pueden no promover un aprendizaje tendiente al autocontrol, o en el mejor de los casos lograrlo con un costo de tiempo excesivamente largo. Con mucha frecuencia la exigencia a la custodia va disminuyendo en la medida en que aumentan el entrenamiento y la educación. Pero en ese caso la custodia comienza a actuar como una suerte de evaluación particular en un momento determinado de los efectos y el desempeño real de las anteriores.

A diferencia de la custodia, el entrenamiento es un modelo de acción que obtiene sus efectos a mediano y largo plazo, pero son mucho más estables y duraderos que los de la custodia. El **entrenamiento** es un generador de capacidades, de hábitos, por excelencia. Nadie puede evitar algo si no tiene los instrumentos idóneos para hacerlo. Su valor preventivo es evidente. El entrenamiento se realiza siguiendo planes de desarrollo, de capacitación, que por desgracia han

incluido tradicionalmente elementos fundamentales del orden de lo técnico, pero han estado carentes de los aspectos personales, emocionales, volitivos e interpersonales. No obstante el desarrollo verificado en los últimos años en lo que a *entrenamiento de capacidades personales* se refiere, ha creado un espacio propicio para el crecimiento de la gestión a la que hacemos referencia.

El entrenamiento tiene un conjunto de exigencias importantes, que en ocasiones lo convierten en una tarea de mucha dedicación y exigencia. Veamos algunas de ellas circunscritas al ámbito institucional.

En primer lugar no todas las personas miembros de una institución necesitan el mismo entrenamiento. Las posibles diferencias se fundan en aspectos tales como: la experiencia anterior, el tipo de tareas y funciones que realizan, los problemas con que se enfrentan con más frecuencia, etc. Esto significa que los programas de entrenamiento son variados y deben sustentarse en un conocimiento claro y preciso de las necesidades reales de los individuos y grupos que serán entrenados.

En segundo lugar, para entrenar es necesario también saber para qué hay que entrenar y cómo se puede entrenar aquello que queremos entrenar. Para esto es imprescindible un claro conocimiento de los problemas institucionales fundamentales. Pero también supone la existencia de profesionales idóneos para la dirección de toda la gestión de entrenamiento. Así como la custodia necesita de un órgano de control, el entrenamiento necesita un órgano de capacitación.

En tercer lugar, el entrenamiento es necesario a todos los actores de la acción de prevención, tanto los directa como los indirectamente implicados implicados, a los que cumplirán funciones de un tipo o de otro. En este sentido el entrenamiento es complejo en término de sus contenidos y de las modificaciones funcionales que requerirá, por lo que necesita de mucho apoyo institucional.

A nivel macro social la **educación** es el conjunto de las acciones realizadas por una sociedad para inculcar ideas, sentimientos, patrones de comportamiento, acordes a su paradigma sociocultural, cosmovisivo, ideológico e incluso político, para que se conviertan en pautas axiológicas de vida cotidiana, tendencias de crecimiento y desarrollo espiritual, convicciones encaminadas al mantenimiento y mejoramiento del sistema sociopolítico y sociocultural. La educación es, en este sentido, una praxis de referencia claramente determinada por los llamados *intereses de la sociedad*. Los procesos educativos son acciones que se realizan para lograr el ideal de ciudadano.

A nivel institucional es también posible hablar de educación. En primer lugar las instituciones concretas son los instrumentos de la educación. La escuela, en sus diferentes formatos y niveles de existencia, es el instrumento institucional por excelencia de la educación, pero no es el único. Toda institución social que se supedita a la consecución de ciertos ideales sociales, es de suyo un instrumento de la educación.

La educación obviamente es una acción preventiva a mediano y sobre todo a largo plazo. Pero quizás lo más importante a señalar es que es aquí, en el modelo de acción educativa donde se realiza la esencia más humanista y perspectiva de la prevención. Creo que hay razones suficientes para aceptar que el tipo de relación que se establece entre los agentes de prevención en funciones educativas y los supuestos participantes en las acciones de prevención, no tiende por sus características a facilitar la emergencia y desarrollo de lo esencial: el desarrollo de un modo de vida responsable, autónomo, comprometido con el bienestar general del ser humano, convirtiéndose en una certeza existencial.

Este enfoque y modo de pensar preventivo puede ser el primer elemento organizador y sistematizador de las intervenciones del psicólogo de la salud en las diversas áreas de la gestión institucional. Así como mismo sabemos preparar a un paciente portador de una enfermedad crónica para asumir una actitud positiva

ante su enfermedad, para hacer uso eficiente de sus recursos y mecanismos personales, de sus redes de apoyo social, y con ello mejorar su calidad de vida y prevenir futuras complicaciones, así mismo podemos enseñar y acompañar a los gestores de los diversos procesos institucionales a cómo seleccionar, cómo informar mejor, cómo capacitar, cómo y qué habilidades formar, qué hay que prever, cómo organizar mejor.

Esto implicaría no solo una traslación automática de la concepción de prevención a las instituciones, sino una verdadera integración y apropiación del concepto preventivo a la institución. Estaríamos hablando entonces de una concepción de **prevención institucional** como fundamento general de las prácticas del psicólogo de la salud, en cualquier institución donde quiera realizar su trabajo, y esta sería sin dudas una importante contribución al trabajo de la gestión institucional.

La prevención institucional.

*Queda, en este sentido, evidentemente, una gran tarea por realizar
en el desarrollo de la psicología.
En rigor, este desarrollo apenas ha comenzado
y es muy reciente.*

JOSÉ BLEGER

La prevención institucional como concepto sería “una resultante del conjunto de acciones mancomunadas por diversas especialidades encaminadas en todo un proceso para desarrollar mejores condiciones de salud en el personal que labora en las instituciones, en el contexto de su vida cotidiana institucional” (Zas, 2002-3, p. 258).

Intentemos algunas precisiones, en términos más pragmáticos, de esta conceptualización:

1. Al hablar de prevención institucional tenemos que considerar al menos dos niveles didácticos de comprensión de este proceso: un nivel sería el relativo a las acciones encaminadas al logro de una subjetividad institucional sana y el otro nivel sería el relativo a las acciones encaminadas a garantizar las condiciones objetivas que favorecen y sostienen la subjetividad de la institución.

Esta diferenciación es esencial a la hora de entender y precisar el objeto de estudio y la metodología que se emplearía por las diversas ramas del conocimiento que estarían implicadas en la realización de acciones de prevención institucional, me explico mejor, el objeto de trabajo de los profesionales de la psicología estaría bien diferenciado del de los órganos de dirección, las tareas a asumir serían diversas y diferentes, y el nivel de responsabilidad también. La resultante y la integración de las distintas disciplinas y de los diferentes grupos institucionales que intervendrían en este proceso constituirían los programas específicos y bien particulares de prevención institucional que se realicen en las instituciones. El abordaje de esta tarea sería interdisciplinario y prospectivamente transdisciplinario.

2. Sería necesario entonces definir qué tipo de acciones se realizarían encaminadas a estudiar y prevenir una subjetividad institucional sana y qué tipo de acciones que garantizaran las condiciones objetivas que sostienen la subjetividad de la institución, así como también la definición de sus implicaciones e integraciones mutuas.

Emprender acciones de prevención institucional implicaría aplicar consecuentemente:

- un concepto de institución.
- un concepto de salud.
- un conocimiento y estudio específico de la institución objeto de nuestras acciones de prevención

El concepto de institución que se trabaje va a depender del enfoque teórico al cual nos adscribimos. Comparto entender la institución en el sentido de una organización que tiene un cierto grado de permanencia en algún campo o sector específico de la actividad humana, que supone un cuerpo directivo, con un establecimiento físico de alguna índole, que cumple un fin socialmente reconocido, y donde se producen toda una serie de fenómenos humanos y subjetivos en relación con la estructura, la dinámica, funciones y objetivos de la institución. (Bleger, 1994)

Si asumimos este concepto, debemos plantearnos que las instituciones tienen un modo de organizarse, y esto las convierte por ende en organizaciones. Institución también puede definirse “como organización, en el sentido de una disposición jerárquica de funciones que se realizan generalmente dentro de un edificio, área o espacio delimitado” (Bleger, 1975, p. 98).

Para entender la prevención en las instituciones tenemos entonces que entender la institución como:

- Un espacio físico concreto.
- Un espacio organizacional y una entidad portadora de normas y reglamentaciones.
- Se ocupa de una tarea reconocida por la sociedad.
- Integrada por personas que se organizan en grupos y determinan a través de sus vínculos la existencia de una dinámica particular que va conformando una “subjetividad” que determina e incide en el funcionamiento y cumplimiento de la tarea para la que fue creada.

- Existe en una sociedad concreta que determina sus funciones y su sostenimiento económico.

Siendo consecuentes con una aplicación del concepto de salud que señala...“en el mundo de hoy, son requisitos básicos de la posibilidad de desarrollo de las personas y de las comunidades. El respeto a la dignidad de la persona, la valoración de su inteligencia, de sus capacidades y de su potencialidad para contribuir al bien común. La eliminación de todas las formas de discriminación...La importancia de los estilos de vida como posibilidad de elección individual...El derecho a vivir en un mundo sin violencia, libre de riesgos evitables resultados de la contaminación ambiental, el acceso a un trabajo productivo donde, en alguna medida, exista posibilidad de creación y de decisión del individuo, son también condiciones fundamentales para la salud” (Carta de Santiago, 1996), si realizamos prevención institucional es porque queremos obtener una “institución saludable”, es porque queremos colaborar en la gestión de lograr una institución cuyo funcionamiento brinda todas las posibilidades para que el hombre y los grupos humanos que en ella existen, sean sanos, sean plenos, y puedan desarrollar al máximo sus capacidades, instituciones sanas con trabajadores sanos. Una institución saludable enseña a resolver los problemas que se presentan y aprende a resolver los propios por lo que le aportan sus miembros, brindando la posibilidad de un fluir emocional positivo de los mismos en la implementación de la organización de su trabajo y garantizando una comunicación adecuada entre los diferentes niveles de dirección-subordinación.

“La gestión no puede enquistarse en la reducción de gastos: hay que formar y desarrollar, descubrir y potenciar nuestras competencias, motivar y comprometer, exigir y cuidar, abrir entornos a la creatividad...”(Ordóñez, 1996, p. 133). Esta frase no la escribió un psicólogo de la salud, ni se refiere directamente a la salud, sin embargo encierra algunos de los elementos que hemos planteado

hasta el momento como indicadores de salud institucional. La frase fue escrita por un especialista de recursos humanos. Diferentes especialistas conocen a dónde quieren llegar, y quieren llegar a obtener resultados muy similares, las motivaciones pueden ser diferentes, los encuadres de trabajo también, un gerente querrá más eficiencia con trabajadores satisfechos, un psicólogo pensará más satisfacción y más salud, además integrar y saber comunicar y demostrar esa integración probable que es todo un reto a lograr.

Pudiéramos pensar en algunos indicadores de “insalubridad institucional” solo a modo de ejemplo:

- Prevalencia de grupos de trabajadores portadores de diferentes tipos de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles.
- Presencia de conductas nocivas (tabaquismo, abuso de bebidas alcohólicas, sedentarismo, etc.).
- Presencia de indicadores de afectación de la salud mental tales como el síndrome del burnout, elevada vulnerabilidad al estrés y otros.
(Estos indicadores por ejemplo a veces se traducen en alta prevalencia de los certificados médicos en el personal de la institución, ausencias sistemáticas, etc.)
- Dificultades de organización institucional y de la organización de los diferentes grupos institucionales, así como de la organización del trabajo, que afectan la estabilidad emocional de los trabajadores e inciden en la aparición de desmotivación laboral.
- Dificultades de comunicación entre los diferentes niveles de dirección – subordinación, carencia de informaciones.
- Poca estabilidad del personal en el centro.

Por supuesto que nos estamos refiriendo a un imaginario ideal a obtener. La prevención institucional estaría dirigida entonces:

- A diagnosticar de manera inicial el comportamiento de sus indicadores de insalubridad.
- Elaborar programas de prevención que accionen sobre los indicadores detectados.
- Integrar cada una de las acciones que se vayan realizando en un todo coherente y dialéctico que permita un resultado satisfactorio.

¿Cómo pudiera implementarse en la práctica este tipo de concepción?

Existirían, una serie de etapas a cumplirse:

1. Diagnóstico del estado en que se encuentran los procesos organizativos institucionales. Diagnóstico organizacional.
2. Estudio epidemiológico de la población que labora en la institución. diagnóstico epidemiológico.
3. Detección a partir de los datos anteriores de los indicadores de insalubridad institucional.
4. Desglose de los problemas de salud detectados y su distribución en los grupos institucionales.
5. Estudio de las necesidades particulares de los diferentes grupos institucionales.
6. Elaboración de los programas de prevención generales y particulares para los problemas de salud detectados en la institución.
7. Ejecución y evaluación de los programas propuestos.
8. Retroalimentación de la efectividad a través de los indicadores de calidad asistencial y de la realización de diagnósticos evolutivos.

Coexistirían estructuralmente etapas de diagnóstico, de intervención y de evaluación de resultados, que se van interrelacionando unas con otras y que van integrando las diversas aristas de los elementos que se necesitan tener en cuenta

para la presencia de una institución saludable. Elaborar los programas preventivos es fundamental, estos darían la verdadera especificidad de los objetivos a cumplir.

El resultado fundamental sería que la prevención sobre la institución formara parte de la ideología institucional, estuviera presente como un tipo de pensamiento y abordaje por parte de los directivos y de los trabajadores. Es un imaginario ideal a obtener, pero no un imposible. Es una filosofía de trabajo, un encuadre teórico que puede servir como referente para pensar la inserción del psicólogo de la salud en el ámbito institucional, aportando una mirada diferente a la que pueden aportar otros especialistas y que sin dudas enriquecería el fin último de las gestiones institucionales.

Por su complejidad recalco, las acciones preventivas institucionales le competen a un grupo de especialistas, solo así pueden ser comprendidas y ejecutables. Deben tener una dirección coherente y no ser la sumatoria de las partes de las diversas especialidades que pueden dedicarse a este importante trabajo. Requieren de un plan de acción para que no se convierta en un caos desprofesionalizado.

Un camino a recorrer para el posicionamiento.

*Lo que se logra con demasiada facilidad,
sin grandes preocupaciones,
esquivándose los planteamientos verdaderos,
no perdura en letras ni en arte".*

ALEJO CARPENTIER

Continuando la frase de Carpentier diríamos que "no perdura en letras ni en arte", ni en las ciencias, por eso no podemos pensar que con reconocer que podemos brindar un aporte que permita un vínculo teórico-conceptual entre la

psicología de la salud y la gestión institucional, ya estamos apropiados de la tarea. Habría que seguir profundizando e identificando otros vínculos de esta naturaleza que aún no hemos elaborado y tendríamos que fortalecer definitivamente el vínculo pragmático al menos en dos niveles de aplicación: .

- Un nivel de aplicación del modelo preventivo a la gestión institucional como uno de los principios de trabajo a desarrollar y transmitir a los gestores.
- Un nivel de incorporación a las tareas aisladas que se vayan demandando y se puedan ir acometiendo aplicando en su diseño entre otros elementos, la integración del modelo preventivo y del resto de los elementos del esquema referencial con que contamos.

Para la psicología de la salud, emprender y formar parte de esta tarea se convierte en un verdadero objeto de trabajo en el interno de las instituciones. La psicología de la salud se ha ido vinculando con la epidemiología, la educación para la salud, la medicina del trabajo a través de diversos modos y en diferentes áreas del saber. Debe irse vinculando a los directores de recursos humanos, a los especialistas en *marketing*, a los administradores y gerentes. Solo en las prácticas institucionales se encontrarían los nuevos modos de intervincularse todas estas disciplinas.

Desde el punto de vista operativo el psicólogo de la salud en el momento de vincularse a un trabajo de gestión institucional al menos debe evaluar tres premisas iniciales:

- ¿Está dispuesta la institución, o tiene el suficiente nivel de tolerancia institucional para someterse a los nuevos cambios que implicaría pensar y ejecutar estos programas, o al menos, intentar iniciar este proceso? Esta es la premisa de la aprobación, al menos de la aprobación inicial, pues las nuevas propuestas de cambios irán haciendo aparecer nuevas resistencias a los cambios.

- ¿Cuáles son las condiciones existentes en la institución para iniciar la aplicación de alguna de las tareas de gestión institucional? Esta es la premisa de la objetividad, es decir saber con qué y con quiénes contamos para empezar. Tendríamos que conocer y reconocer los momentos en que podemos empezar a trabajar, los grupos institucionales que estarían en mejores condiciones para emprender el trabajo, el nivel de preparación técnico-profesional con que se cuenta para ejecutar las acciones, etc.
- ¿Cuáles son las particularidades que distinguirían el tipo y el modo de realizar la inserción del trabajo psicológico en la institución de que se trate? Esta es la premisa de la especificidad.

Luego cada especialidad tendría que ir definiendo sin competitividad el rol a asumir. El grupo de especialistas que se dediquen a este trabajo en una institución deben hacerlo en un clima de cooperación, de mutuo respeto profesional, de tolerancia y de integración.

Para la psicología, la inclusión en las diversas áreas de trabajo de la gestión institucional y de la integración de una perspectiva de prevención institucional, se convierte también en un reto epistemológico, toda una tarea perspectiva. Pudiéramos plantearnos como tesis de discusión y análisis las siguientes:

- El principal nivel de actuación del profesional de la psicología estaría implicado en las acciones encaminadas al logro de una subjetividad institucional sana. El nivel de las acciones encaminadas a garantizar las condiciones objetivas que favorecen y sostienen la subjetividad de la institución, sería para nosotros un nivel de referencia para la comprensión de los fenómenos que a nivel subjetivo aparecen, y un nivel donde podríamos sugerir y aportar, pero no intervenir.
- Metodológicamente las concepciones sobre lo grupal y lo institucional, son un referente imprescindible en el abordaje por parte de la psicología de este tipo de prácticas. Las concepciones desarrolladas en el campo de la psicología de la salud y en las experiencias de promoción y educación para la salud, son

también referentes necesarios a tener en cuenta. Los aportes y conocimientos que se han ido generando en el desarrollo del *marketing*, las nuevas concepciones sobre gestión de recursos humanos, gestión de calidad, gestión de capacitación (entre las más importantes) resultan imprescindibles.

- La observación, las entrevistas grupales, las encuestas, los grupos con diferentes modalidades técnicas, la consejería, las supervisiones a grupos institucionales podrían ser entre otras algunas de las técnicas que pudieran utilizarse.

Discutir estas tesis debe hacerse siguiendo un análisis que se base en los siguientes principios:

1. Por una parte debiéramos revisar cuáles han sido en el nivel epistemológico y teórico-conceptual las problemáticas centrales más discutidas, en base a las cuales en el espacio pragmático se han utilizado los diversos tipos de procedimientos y técnicas en el trabajo institucional. Conceptos tales como institución, grupo dispositivos, ámbitos, poder, se agolpan en estas lecturas. Dinámica de grupos, grupos operativos, grupos Balint son entre muchas algunas de las técnicas empleadas. Diagnóstico institucional, intervención, consejería, asesoramiento, algunas de las acciones y momentos de todo un proceso de trabajo en el interno de las instituciones.
2. Por otra parte ir identificando e integrando lo que pudiera resultar útil de lo aportado por las diversas corrientes institucionalistas y por la psicología organizacional, para la ejecución práctica de las acciones institucionales de acuerdo a nuestras condiciones reales actuales en las instituciones, siguiendo como principio que "al nivel de la prácticas, en el espacio de la pragmática existen posibilidades variadas que pueden ser explotadas sin riesgo de modificaciones esenciales a los modelos teóricos. Supone sí un cambio de

actitud del profesional: pasar de un estilo de predominio de lo teórico-conceptual a lo teórico-praxológico. (Calviño , 2000, Pág. 110)

3. Una integración pragmática al interno de la ciencia psicológica y un análisis multirreferencial para la comprensión del complejo campo institucional, serían de inicio los principios básicos para el abordaje por parte de la psicología de la salud de las tareas de gestión institucional que pudiera ir asumiendo.

“La multirreferencialidad postula una heterogeneidad profunda de perspectivas que pueden rearticularse y contribuir a una comprensión, a una inteligibilidad de campos de estudio u objetos complejos. Es una respuesta a la complejidad de los fenómenos humanos que intenta su comprensión mediante un acercamiento holístico, utilizando diferentes ópticas y lenguajes disciplinarios a los que es necesario distinguir y también combinar sin reducir”. (Souto, M., 1996).

La lectura plural que estamos en condiciones de realizar los psicólogos para abordar este tipo de trabajo, debe provenir de la psicología de la salud, de la psicología laboral, la sociología, la administración en salud, la epidemiología, gestión de recursos humanos, gestión de procesos institucionales, marketing. A esto debe añadirse una integración praxiológica proveniente de la psicología institucional (Bleger, 1994), el sociopsicoanálisis (Mendel, 1973), el análisis institucional (Lourau, 1993-Guattari, Lourau, Lapassade, 1981) y la psicología organizacional.

La aplicación de estos principios es una tarea que sería imposible abarcar íntegramente en este trabajo, pero que se convierte de hecho en una necesaria e imprescindible tarea a asumir por los psicólogos que tienen intenciones de realizar este tipo de prácticas.

Las tesis iniciales que hemos planteado, así como los principios generales que deben sustentarnos de acuerdo al modo en que pensamos la psicología, forman un

indiscutible fundamento dentro del Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO) que debemos ir elaborando como sustento de las prácticas de una psicología de la salud vinculada a la gestión institucional. Entre otros elementos cuya inclusión y análisis serían necesarios estarían (Zas, 1997-2):

I. La definición del concepto de institución en cuanto a:

- la dimensión del concepto.
- los intervínculos entre el concepto de institución y el concepto de grupo.
- los intervínculos con las diversas modalidades y particularidades de la gestión institucional.

II. La estrategia general de trabajo institucional.

- El encuadre de la tarea: el problema de la implicación y de la demanda.
- Los principios metodológicos de las prácticas institucionales:

1. El principio de la investigación-acción: El principio de la investigación-acción (Ardoino, 1981; Barros, Batista, 1987), permite traspasar los clásicos límites teóricos-investigativos. Partiendo de ciertos presupuestos teóricos, en nuestros diagnósticos e intervenciones institucionales vamos modificando el curso de la investigación, y no nos quedamos fijados a hipótesis únicas protocolizadas estrictamente como estamos habituados a hacer.

2. El principio diagnóstico-interventivo: El principio diagnóstico-interventivo adquiere en este ámbito particular de trabajo sus especificidades. "Toda decisión de observar algo, de formular una pregunta o de reunirse con alguien constituye una intervención en el proceso organizacional existente". (Schen, 1990, p. 138). "La premisa correcta es que todos los actos del consultor de procesos... constituyen una intervención" (Schen, 1990, p. 139). Esto no contradice la existencia y la necesidad de momentos predominantemente diagnósticos e interventivos.

3.

Sin lugar a dudas debemos emprender un camino de formación para abordar este tipo de reto que estamos lanzando, un camino de acción y de vinculación a las demandas que pueden hacernos o a las que podemos ir acudiendo aun sin ser llamados, solo demostrando que podemos, y que lo hacemos, sería la senda que marcaría el desarrollo de una verdadera integración del trabajo del psicólogo a las nuevas necesidades que van surgiendo en el trabajo de la gestión institucional.

Los psicólogos de la salud podemos y debemos vincularnos a las disímiles tareas que se van imponiendo en la gestión institucional, sería uno de nuestros más grandes aportes al mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo de muchos trabajadores, de la atención en salud y al mejoramiento de la calidad de cualquier tipo de servicio que se le preste a la población. Sería una contribución más, un posicionamiento más, no solo por ocupar un espacio profesional que nos fortalezca como disciplina, sino simplemente porque podemos y debemos colaborar con un mundo mejor, con un mundo donde se encuentre en cada paso más felicidad y desarrollo del potencial humano.

A modo de epílogo: esbozando una respuesta.

Habíamos planteado un ejercicio profesional al inicio del capítulo vinculado con algunas de las problemáticas de gestión que podemos encontrar en cualquier institución. La respuesta que les presentamos no es la única respuesta, es una de las que se pudieran dar siendo consecuentes con el encuadre de trabajo que se ha ido proponiendo en este capítulo y con el principio de que "...El esquema de referencia de un autor no se estructura solo como una organización conceptual, sino que se sustenta en un fundamento motivacional, de experiencias vividas". (Pichón-Riviére, 1985, p. 7)

Vamos a repetir la situación para que no tenga que voltear las páginas: el jefe de una unidad de cuidados intensivos nos plantea:

La gestión de servicios sanitarios, parte de la idea de dar la mayor rentabilidad a los recursos disponibles; desde este punto de vista, las estrategias, se orientan a una planificación basada en la presupuestación, organización y utilización eficiente de los recursos materiales en las unidades de gasto de los servicios sanitarios... (Duque del Río, 2000, p. 109).

¿Podiera usted ayudarme, o participar conmigo en esta investigación? ¿Cómo podríamos cooperar juntos?

Si nos interesa insertar nuestro trabajo en la gestión institucional, esta sería una gran oportunidad, de inicio identificaríamos que nos encontramos ante una **demanda institucional**, con condiciones iniciales para su realización dadas por la necesidad sentida de una tarea reconocida por el jefe de una unidad (**premisa de la aprobación**), tendríamos que evaluar posteriormente las condiciones reales que existen para el acometimiento de la tarea (**premisa de la objetividad**) y las condiciones particulares de funcionamiento de ese servicio, sus características distintivas para acometer la tarea (**estilo de dirección, comunicación jefe-subordinado, competencia del personal, motivación ante la tarea, etc.**) conformando con ello la especificidad que como grupo institucional tienen (**premisa de la especificidad**). En base a todos estos elementos realizaríamos el **encuadre de la tarea** a partir del cual estableceríamos nuestro acuerdo o **contrato de trabajo** (modo en que vamos a relacionarnos con la tarea, nivel de implicación, límites, tiempo dedicado en horarios y duración, la forma en que se deben administrar los conocimientos y técnicas, etc.).

Debemos pensar en los modelos de prevención que integraríamos en esta tarea. En la demanda y en nuestra respuesta ante ella estaríamos ejerciendo una

custodia desde el momento que iniciamos un acompañamiento en la búsqueda de las soluciones probables. Partiendo como principio metodológico fundamental del **diagnóstico-interventivo**, en este proceso de búsqueda de soluciones probables vamos realizando un **diagnóstico** dirigido a valorar los indicadores objeto de nuestra intervención, tanto si existen y funcionan de modo deficiente, como si se hace necesario prever su nueva creación, por ejemplo cómo se está administrando el servicio, su organización, cómo está preparado el personal en el proceso de toma de decisiones de la utilización de los recursos de la unidad, qué competencias posee el personal, cuáles serían necesarias desarrollar, cómo se planifica, cómo se prevé, cómo se controlan los recursos. En base a los resultados que se encuentren se diseñaría una **estrategia de intervención**, donde podemos decidir, por ejemplo, emprender un proceso de capacitación y formación con el personal de la unidad donde realicemos un **entrenamiento** de capacidades, de hábitos a adquirir, habilidades, modos de comunicación e información organizacional, nuevas formas de control y organización, formación de un verdadero equipo de trabajo, según sea el caso particular.

Durante todo este proceso podemos utilizar como instrumentos, **entrevistas, observación, grupos focales**, tendríamos que evaluar los programas que se ejecuten y retroalimentar la efectividad obtenida mediante el mejoramiento de los indicadores correspondientes que quedaron establecidos inicialmente.

El debate está abierto: cada uno elabore su respuesta y si no las dan a conocer podríamos elaborar entre todos un cierre que nos permita reiniciar este apasionante camino que estamos transitando.



Bibliografía

- Acevedo, A., Lombardi, J., Contreras, D., Costa, F. (2003) Gestión del servicio de cirugía del hospital del Salvador desde la perspectiva de un centro moderno de manejo de información. Chile. *Revista Chilena de Cirugía*; 55(1):38-45, 2003.
- Adam, G., Harford, N. (1998) *Health on air*. London: Health Unlimited.
- Alarcón, S..M. (2002) Hospital rural de Chamaca un modelo gerencial sostenible. La Paz; s.n; 78 p. Tesis presentada en Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica para obtención del grado de Magister Scientiarum.
- Almirall, P., Mayor, J., Castillo, N., Rodríguez, R., Román, J. (1987) *Manual de Recomendaciones para la evaluación psicológica en trabajadores expuestos a sustancias neurotóxicas*. La Habana:MINSAP. Instituto de Medicina del Trabajo.

- Alonso, A., Swiler, H. (1995) Grupos de apoyo al personal en instituciones con altos niveles de estrés. En: *Psicoterapia de Grupo en la práctica clínica*. México: El Manual Moderno, pp. 169-181.
- Allende, I. (1994) *Paula*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Amaro, M. (1998) Una muerte digna para una vida digna. En: *Cuadernos de Bioética*, vol. IX, no. 36, 4ª. España, pp. 822-824.
- Angerami, V. A. y cols. (1987) *A psicologia no hospital*. Brasil:Traço.
- _____. (1995) Pacientes terminais: um breve esboço. En: *Psicologia Hospitalar. Teoria e prática*. São Paulo:Biblioteca Pioneira de ciências sociais. Psicologia, pp. 99-114.
- _____. (1996-1) *E a psicologia entrou no hospital*. Brasil:Pioneira Psicologia.
- _____. (1996-2) *O doente a psicologia e o hospital*. Brasil:Pioneira Psicologia.
- _____. (1998) *Urgências psicológicas no hospital*. Brasil: Pioneira Psicologia.
- _____. (1999) *Psicologia hospitalar. Teoria e prática*. Brasil:Pioneira Psicologia.
- _____. (2000) *Psicologia da saúde*. Brasil:Pioneira Psicologia.
- Ardoino, J. (1981) La intervención: ¿imaginario del cambio o cambio de lo imaginario? En: *La intervención institucional*. México: Folios, pp. 33-42.
- Asociación Internacional de Psicología Analítica (IAAP) (www.iaap.org)
- Band, A. (1988) Supervisión y contratransferencia. En: *Libro de Resúmenes del II Encuentro Latinoamericano de Psicología y Psicoanálisis*, vol. 2. La Habana.
- Baradell, J.G. (1995) Clinical outcomes and satisfaction of patients of clinical nurse specialists in psychiatric-mental health nursing. *Arch Psychiatry Nurs*, 9(5): 240-50.

- Baremblytt, G. (1982) "Grupos. Teoría y técnica." Ediciones Graal. Río de Janeiro.
- Belson, R. (1994) Diez Reglas infalibles para lograr terapeutas desgastados. En: *Revista Psicologías en Buenos Aires.*, año 3. no. 26, agosto, pp. 18.
- Beltrán, H. J., Trujillo, R. M. (2002) Perfeccionamiento institucional en el sector salud. Proyección del director. *Revista Cubana Salud Pública*. La Habana. 28(1):5-17.
- Bleger, J. (1975) *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- _____. (1985) *Temas de Psicología*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1994) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaria Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales (1997) *Construyendo la equidad: memoria de gestión 1993:1997*. La Paz: MDH.
- Brennan, T.A., Leape, LL., Laird, N. et al (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical practice Study. *N Engl J Med*. 324:370-376.
- Calviño, M. (1998) *Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas*. La Habana: Academia.
- _____. (1999) *Psicología y Marketing. Contribuciones al posicionamiento de la Psicología*. La Habana: Política.
- _____. (2000) *Orientación Psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana: Científico-Técnica.
- Carta de Santiago. (1996) Santiago de Chile. II Conferencia Latinoamericana de Promoción y Educación para la Salud.
- Cuba, O. V. (2003) *Gestión compartida de centros de salud: una experiencia de participación y control social*. La Paz: MSD.
- Chiattonne, H.B.C. e Sebastiani, R.W. (1991) Curso Introductorio em Psicologia Hospitalar. São Paulo: Biblioteca Nêmeton-Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde.

- _____. (1998) *A significação da psicologia no contexto hospitalar*. En: *Psicologia da saúde*. Brasil: Guazzelli Ltda. pp. 73-175.
- _____. (2000) *A Significação da Psicologia no contexto hospitalar*. En: *Psicologia da saúde*. Angerami, V.A. Brasil: Pioneira Psicologia, pp. 73-165.
- Delgado, A., López, L.A., Luna del Castillo, J.D. (1995) Influence of the organizational model on user satisfaction. *Aten Primaria*, 16(6): 314-8, 320-1.
- Duque, E.A., Grau, J. *et al* (2005) La Psicología de la salud en la atención hospitalaria. En: *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara, pp. 295-321.
- Duque del Río, M.C. (2000) Programa de gestión en una UCI. En: *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid, vol. IV, enero/marzo, no.13, pp. 109-120.
- Ecuador. Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. (2000) *La biblioteca virtual en salud*. Quito. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud, 4. enero.
- Encarta 1997. Enciclopedia Microsoft.
- Encarta (2003) *Biblioteca de Consulta Microsoft*. Microsoft Corporation.
- Flores, Z.M. (2000) *Evaluación de desarrollo gerencial de salud del municipio de La Paz*. La Paz; s.n; 146 pp. Tesis presentada en Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica para obtención del grado de *Magister Scientiarum* en Salud Pública.
- Gawande, A.A., Thomas, E.J., Zinner, M.J., Brennan, T.A. (1999) The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 126:66-75.
- Guattari, F., Lourau, R., Lapassade, G. (1981): *La intervención institucional*. México: Folios.
- Gonzalves, P.E., Minderler, J.J., Tompkins, D.L. (1995). A patient satisfaction survey: a basis for changing delivery of services. *Mil Med*, 160(10): 486-8

- Grau, J., Más, M., Martín, M. (1987) La atención psicológica en los hospitales clínico-quirúrgicos. Apuntes para un taller precongreso, XXI Congreso Interamericano de Psicología, La Habana:Palacio de las Convenciones.
- Grau, J., Cunil, C., Martín, M., Más, M., Duque, A., Zas, B. (1996) La atención psicológica en los hospitales clínico-quirúrgicos. La Habana:Impresiones ligeras. MINSAP.
- Grau, J., Chacón, M. (1999) Desgaste profesional en los equipos de salud: la disección de un mito. *Revista Psicología y Salud*, edición especial, 3. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
- Grogan, S., Conner, M., Willits, D., Norman, P. (1995) Development of a questionnaire to measure patient' s satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract*, 45(399): 525-9.
- Golin, E.R. (1996) El test de la escena en la supervisión y formación profesional: una técnica preciosa (y casi desconocida). En: *Revista de Psicología. Facultad de Psicología Universidad Católica de São Paulo*, no. 3, noviembre. pp. 89-102.
- Gutiérrez, O. (2005) Educación y Entrenamiento Basados en el Concepto de Competencia: Implicaciones para la Acreditación de los Programas de Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 22, número monográfico especial, 253-270.
- Hares, M., Werner, R., (1996) Roteiro de Avaliação Psicológica aplicada ao Hospital Geral. En: *E a psicologia entrou no hospital*. Angerami, V.A. y cols. Brasil:Pioneira Psicologia.
- Hernández, L. (1995) Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana: Trabajo de Terminación de la Maestría en Psicología de la Salud.
- Hernández, E., Grau, J. (2005) *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- INSALUD (1997) *Programa de acogida*. España. INTERNET.
- INSALUD (1997) *Programa de calidad*. España. INTERNET.
- Lele, M., Sheth, J. (1989) *El cliente es la clave*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.

- Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., et al (1991) The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med.* 324:377-384.
- Lourau, R. (1993) Grupos e Institución. En: *Subjetividad y Devenir Social. Lo Grupal 10*. Buenos Aires: Búsqueda de Ayllu, pp. 47-57.
- Llamas, P. C. (1996) ¿Es posible introducir la gestión estratégica de los recursos humanos en el sistema público sanitario? En: *Modelos y experiencias innovadoras en la Gestión de los Recursos Humanos*. Barcelona: Gestión 2000.
- March, J., Prieto, M., Hernán, M. (1992) *La perspectiva de profesionales y usuarios en la prevención y promoción de salud: El marketing como herramienta para aumentar la calidad de servicio en atención primaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Mendel, G. (1973) *Sociopsicoanálisis 2*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Moreno, B., Oliver, C., Pastor, J., Aragoneses, A. (1990) Una teoría y una medida del stress laboral y asistencial. En: *Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia, abril, pp. 291-297
- Moreira, V. (1997) Supervisión en Psicoterapia: un enfoque fenomenológico-existencial. (www.terravista.pt/FerNoronha/1454)
- Munduate, J. L., Barón, D. M. (1993) *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*. Madrid: EUDEMA, S. A.
- Neder, M. (1967) *Psychological Services in Rehabilitation in Basic Services and Equipment for Rehabilitation Centers*. Nueva York: ONU.
- Niño, J. (1996) La Psicología de la prevención en la gestión de la seguridad integrada. En: *Salud Laboral y Ciencias de la Conducta*. España: Fundación MAPFRE Medicina, pp. 71-75.
- OPS. (1992) *Manual de Comunicación Social para programas de salud. Programa de Promoción de la Salud (HPA)*, mayo, Washington D.C.
- OPS (1995) *Libro de lecturas: Manual de Comunicación para Programas de Prevención del uso de Drogas*. Reproducción de Documentos Serie no. 12. HPP/ HPL/ 95.8

- OPS (1996) *Lecturas de Comunicación en Salud*. HPP/HPL/ 96. 5
- Ordóñez, O. M. (1996) Introducción. En: *Modelos y experiencias innovadoras en la Gestión de los Recursos Humanos*. Barcelona:Gestión 2000, pp. 129-135.
- _____. (1996) *Modelos y experiencias innovadoras en la Gestión de los Recursos Humanos*. Barcelona:Gestión 2000.
- Ottawa Charter for Health Promotion*. (1986) Health Promotion, 1.iii - v.
- Pequeño Larousse Ilustrado*. (1950) París: Librería Larousse.
- Perazzo, S. (1986) *Descansem em paz os nossos mortos dentro de mi*. Livraria Francisco Rio de Janeiro: Alves.
- Peretti, J. M. (1997) *Todos somos directores de recursos humanos*. Barcelona:Gestión 2000.
- Phillips, J., Beam, S., Brinker, A., Holquist, C., Honig, P., Lee, LY., Pamer, C. (2001) Retrospective Analysis of Mortalities Associated With Medication Errors. *Am J Health-syst Pharm*. 58:1824-1829.
- Pichón-Rivière, E. (1985) *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Polaino, A. (1990) La pedagogía hospitalaria desde la perspectiva médica. En: *Pedagogía Hospitalaria*. González, J.L., Polaino, A. Madrid:Nancea, S.A..
- Platón (1947) *Diálogos*. Barcelona: Iberia, S.A.
- Programa de desarrollo 2000. Psicología de la Salud*. (1987). La Habana: Ciencias Médicas.
- Programa de garantía de la calidad de la atención médica hospitalaria* (1992). La Habana:MINSAP.
- Quintana, O. (1995) "Calidad en la atención de la salud." Conferencia dictada en el "Curso Internacional de Bioética", Escuela Latinoamericana de Bioética. La Plata, Argentina, septiembre.
- Renaud, L., Caron-Bouchard, M. (1999) *Guía Práctica. Comunicaciones mediáticas para la promoción de la salud*. Canadá:Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Rico, R.R. (1998) *Total Customer Satisfaction*. Buenos Aires: Macchi.
- Rivera, A. (1997) *Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Román, J. H. (2003) Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29(2):103-10
- Sá, M. D., Azevedo, C.D. (2002) Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro; 36(3):507-527, maio-jun.
- Saidón, O. (1991) Instituciones, agentes y teorías en salud mental. En *Revista de Clínica Grupal e Investigación Institucional*. Italia: Centro Internacional de Investigaciones en Psicología Social y Grupal, año I - n.2, pp. 104-111.
- Saint-Exupéry, A. de (1986): *El Principito*. La Habana: Gente Nueva.
- Saturno, P.J. (1995) Methods of user participation in the evaluation and improvement of the quality of health services. *Rev Esp. Salud Pública*, 69(2): 163-75.
- Schen, E. (1990) *Consultoría de procesos. Su papel en el desarrollo organizacional*, vol. 1. México: Addison-Wesley Iberoamericana y Sistemas Técnicos de Edición S.A. de C. V.
- Sebastiani, R.W. (1984) Atendimento Psicológico e ortopedia. En: *Psicologia Hospitalar, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*, Angerami, V.A (org). São Paulo:Traço.
- Sejas, C. E. (2002) Modelo de gestión gerencial y competitividad Hospital Materno Infantil dependiente de la Caja Nacional de Salud, La Paz; s.n; 2002. 112 pp. Tesis presentada en Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica para obtención del grado de Magister Scientiarum en Salud Pública.
- Souto, M. (1996) Acerca de incertidumbres y búsquedas en el campo institucional. En: *Pensando las Instituciones*. Buenos Aires: PAIDÓS, pp: 77-125.

- Stel, K., Gertman, P.M., Crescenzi, C. *et al* (1981) Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med.* 304:638-642.
- Suárez, L. (1997) Curso Práctico de Marketing Social. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay". Centro de Perfeccionamiento.
- Tavares, C., Sebastiani, R. W. (1996) Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica. En: *E a psicologia entrou no hospital.* Angerami, V.A. y cols. Brasil: Pioneira Psicologia.
- Taylor, S. (1991) *Health Psychology.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Telles, S. R., Wanderley, K.S. (2000) A importância da supervisão na formação do psicólogo: uma contribuição da teoria winnicotiana. En: *PSIKHÊ. Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU.* São Paulo: v.5, n.1 p.1-80, jan/jun, pp. 19-25.
- Topf, J. (1996) El Grupo Operativo en el sostén del desvalimiento. Seminario Multidisciplinario. Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie" y Ateneo de Psicología Social. Buenos Aires.
- Trapero, M. (1990) Psicología Social y Salud. En *Boletín n.16 del Centro Internacional de Investigaciones en Psicología Social y Grupal.* Italia, pp. 103-106.
- Trucco, B.M. (2002) Ética y calidad en los servicios de salud. *Bol. Cient. Asociación Chilena del Seguro.* Chile; 7(4):36-40, ene.-jun.
- Vanormalingen, P. (1996) *La Gerencia de Calidad en Salud.* Washington: OPS.OMS.
- Waltari, M. (1955) *Sinuhé el egipcio.* México D.F.: Zarco S.A.
- Weingarten, S.R., Stone, E., Green, A. *et al*: (1955) A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med,* 99(6): 590-6.
- Zas, B. (1996) *La Psicología en las instituciones y la Psicología de las instituciones.* Ponencia presentada en las Primeras Jornadas de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

- _____. Martín, M., Rial, N., Grau, J. (1995) *El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario*. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 27, no. 1, pp. 9-24.
- _____. (1997-1) *Informe presentado a la dirección del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" por el Comité de Evaluación de la Satisfacción*. La Habana: Cuba.
- _____. (1997-2) *Prevención Institucional: Experiencias, certezas y angustias*. Tesis para optar por el título de Especialista en Psicología de la Salud. Investigación en detalle ALAPSA. www.geocities.com/alapsacol/detalle/02/marco.htm
- _____. (1998) Yo psicólogo en primera persona (dos talleres y una señal). *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, no.1, vol XX, enero-junio.
- _____. (2002-1) *La satisfacción como indicador de excelencia*. www.psycologia.com
Ubicación: www.psycologia.com/articulos/ar-zasros02.htm#indice
- _____. (2002-2) *La Psicología en las instituciones de salud*. Colaboraciones. www.psicologia-online.com Web de la Clínica de Psicología V. Mars. Valencia. España. Ubicación: www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/index.shtml
- _____. (2002-3) *Prevención en instituciones de salud: una tarea necesaria y poco recordada*. En libro: *Segundo Encuentro Latinoamericano de Psicología Ambiental. Sustentabilidad, comportamiento ambiental y calidad de vida*. Universidad Nacional Autónoma de México. ISBN 970-9337300.pp: 255-277.
- _____. (2004) El Hospital para Nosotros (Propuesta de un manual para el paciente hospitalizado en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras")- *Revista Cubana de Psicología*. Universidad de La Habana, vol.21/no.1/2004
- _____. (2006) *Psicología de la salud y gestión institucional*. En: *Hacer y pensar la psicología*. Asebey, A., Calviño, M. La Habana: Caminos.

MSc. Bárbara Zas Ros (La Habana, 1962)

Licenciada en Psicología-1985. Especialista en Psicología de la Salud-1997. Master en Psicología Clínica-2000. Profesora Auxiliar a tiempo parcial de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Laboró desde 1985 en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", de La Habana, donde se desempeñó como Jefa del Servicio de Psicología del 1993 al 2001 y Presidenta del Comité de Satisfacción del hospital de 1996 al 2001. Fue miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud (1997-2009) y Secretaria del Capítulo Cubano de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

Actualmente es investigadora auxiliar del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Entre los temas de investigación en los que ha trabajado se destacan: aspectos psicológicos del dolor crónico, prevención en salud, prevención institucional, calidad de los servicios de salud, clima y satisfacción laboral, supervisión psicológica y transformación psicosocial comunitaria. Ha impartido numerosos cursos nacionales e internacionales entre ellos en: las Universidades de San Martín de Porras y Cayetano Heredia-Lima, Perú; Universidad de Buenos Aires, Universidad de Córdoba y Primera Escuela de Psicología Social "Enrique Pichón Rivière", Universidad de Mar del Plata, Argentina, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Autónoma de Querétaro, México. Muchos de sus trabajos están publicados en revistas científicas nacionales e internacionales.

Se permite la reproducción parcial o total de éste libro siempre y cuando mantenga el principio ético de citar la autoría de los trabajos y las ideas aquí expuestas.

© Bárbara Zas Ros, 2016.
©Sobre la presente edición:
Editorial ALFEPSI, 2016.
ISBN 978-607-96454-3-4





ISBN: 978-607-96454-3-4



9 786079 645434