

Consideración de algunas variables personales y organizacionales en la praxis de los equipos de salud para el potenciamiento de la calidad de los servicios prestados al usuario en centros hospitalarios

Consideration of some personal and organizational variables in the praxis of health teams for the enhancement of the quality of the services provided to the user in hospital centers

Gina Pérez Sánchez De Loria¹

RESUMEN

El artículo es una breve reseña del libro del mismo nombre que actualmente se encuentra en su etapa final de redacción.

La propuesta y revisión teórico bibliográfica que se desarrolló tiene su origen en la Psicología de la Salud que tiene como uno de sus objetivos conocer el estado y las condiciones experimentadas por los enfermos en el ámbito hospitalario, así como las fuentes de problema en la relación médico paciente.

Pero también desde la Psicología Cognitiva, se propone el estudio de algunas variables personales como es la importancia del tipo de Estructura Cognitiva, junto al bienestar subjetivo, la formación en valores y la calidad humana, y también se identifican variables organizacionales que se consideran vitales para la comprensión y el potenciamiento del trabajo que desempeñan los equipos de salud y que impactan en la calidad de atención que brindan a los usuarios, incorporando de esta manera la necesidad del aporte de la Psicología Organizacional a este tipo de análisis.

En síntesis, el artículo presenta un panorama general de aquellos factores que de una u otra manera deben ser considerados en el estudio sobre la praxis con que los equipos de salud encaran su trabajo y presenta una propuesta final que tendría que ser revisada por los profesionales en esta área.

1 Psicóloga Universidad Católica Boliviana La Paz-Bolivia. Magister en Psicología de la Salud por la Universidad de Concepción Chile. Docente Emérito. Universidad Mayor de San Andrés. Correo electrónico.: ginacynthia@hotmail.com

PALABRAS CLAVE

Variables personales y organizacionales, praxis equipos salud, potenciamiento, calidad servicios, usuarios, centros hospitalarios

ABSTRACT

The article is a brief review of the book of the same name that is currently in its final stage of writing.

The theoretical proposal and bibliographical revision that was developed has its origin in the Psychology of Health that has as one of its objectives to know the state and the conditions experienced by the patients in the hospital environment, as well as the sources of problem in the medical relation patient.

But also from Cognitive Psychology, we propose the study of some personal variables such as the importance of the type of Cognitive Structure, together with subjective well-being, training in values and human quality, and also identify organizational variables that are considered vital for the understanding and the empowerment of the work carried out by health teams and that impact on the quality of care provided to users, thus incorporating the need for the contribution of Organizational Psychology to this type of analysis.

In summary, the article presents an overview of those factors that in one way or another must be considered in the analysis of the praxis with which the health teams face their work and presents a final proposal that must be assumed by the professionals in this area.

KEY WORDS

Personal and organizational variables, praxis health teams, empowerment, quality services, users, hospital centers

RESUMO

O artigo é uma breve revisão do livro do mesmo nome que está atualmente em sua fase final de escrita.

A proposta teórica e a revisão bibliográfica que foi desenvolvida tem sua origem na Psicologia da Saúde que tem como um dos seus objetivos conhecer o estado e as condições experimentadas pelos pacientes no ambiente hospitalar, bem como as fontes de problema na relação médica relacionamento paciente.

Mas também da Psicologia Cognitiva, propomos o estudo de algumas variáveis pessoais, como a importância do tipo de Estrutura Cognitiva, juntamente com o bem-estar subjetivo, treinamento em valores e qualidade humana e também identifica variáveis organizacionais consideradas vitais para o entendimento e o empoderamento do trabalho realizado pelos grupos de saúde e o impacto sobre a qualidade dos cuidados prestados aos usuários, incorporando assim a necessidade do contributo da Psicologia Organizacional para esse tipo de análise.

Em resumo, o artigo apresenta uma visão geral dos fatores que, de uma forma ou de outra, devem ser considerados na análise da práxis com a qual as equipes de saúde enfrentam seu trabalho e apresenta uma proposta final que deve ser assumida pelos profissionais nessa área.

PALAVRAS CHAVE

Variáveis pessoais e organizacionais, equipes de saúde de praxis, capacitação, serviços de qualidade, usuários, centros hospitalares

I. Justificación

En la actualidad es muy frecuente escuchar quejas de los usuarios del área de salud que asisten a centros hospitalarios, por la mala calidad de los servicios recibidos de parte de los equipos que están a cargo de la atención al paciente.

La praxis en salud en distintos países del mundo y también en Bolivia, se ha caracterizado por mantener y desplegar una excesiva rigidez cartesiana, que dio lugar al establecimiento del modelo biomédico bajo el cual se formaron generaciones de equipos de salud que fueron estructurando su sistema cognitivo en función de concepciones puntuales sobre lo que es la enfermedad, el desempeño del médico, el personal de salud y el paciente, que han dado lugar al establecimiento de servicios asistenciales deshumanizantes en todo el sentido de la palabra.

A menudo como diría Perales, A. (2008), existe de parte del equipo de salud la violación de los derechos del paciente en tanto se le brinda información médica incompleta, no se aplica o se aplica deficientemente el consentimiento informado, no siempre se respeta la confidencialidad de sus datos y su privacidad, la consulta hospitalaria es de insuficiente duración y de menor calidad. También desde este autor están frecuentemente presentes, los reclamos de la comunidad hacia la profesión médica, reclamos que tienen que ver con acusaciones de malos tratos a las personas y mercantilismo exagerado en el sistema de atención de salud, que paradójicamente y en su mayoría ofrece hospitales con servicios y equipos insuficientes. Pese a este panorama sombrío, estamos ante un nueva mirada de la ciencia con un enfoque bio psico social, que nos lleva a indagar desde la psicología de la salud, cuáles son los factores que determinan que los equipos de salud mantengan este tipo de tratos impersonales y automatiza-

dos que de pronto atentan contra la salud del propio paciente. Tal vez sea importante hacer un análisis de las variables personales y organizacionales que probablemente están presentes en cada miembro de estos equipos y en los entornos hospitalarios, que nos lleven no sólo a la comprensión de ciertas actitudes y comportamientos adversos, sino también nos sirvan de sustento teórico metodológico para proponer cambios trascendentales en las políticas públicas en torno a la salud y nos permitan brindar aportes puntuales desde la psicología, que potencien a dichos equipos desde lo humano y la calidad de los servicios que beneficiarán a los pacientes y usuarios.

II. Objetivo general

Identificación y comprensión de aquellas variables personales y organizacionales que de una u otra manera pueden afectar el desempeño de las personas que conforman los equipos de salud, con el fin de entregar lineamientos que muestren el camino hacia una mejora de la calidad de los servicios a los usuarios.

III. Fundamentación teórica referencial

La investigación tiene como primer referente a la Psicología de la Salud que es un conjunto de contribuciones específicas educacionales, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y mantención de la salud, a la prevención y el tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas, y al análisis y mejoramiento del sistema de atención de salud y de las políticas de salud (Barra, E. 2003).

Otro referente importante para este análisis, es la Psicología Cognitiva que estudia los procesos superiores lógicos del

ser humano, entre los que se destacan la percepción, el lenguaje, el pensamiento, las representaciones mentales junto a las imágenes y esquemas mentales, la experiencia y la conciencia a partir de los cuales la persona va construyendo su estar en el mundo. La psicología cognitiva puede definirse como “la rama de la psicología que intenta proporcionar una explicación científica de cómo el cerebro lleva a cabo funciones mentales complejas como la visión, la memoria, el lenguaje y el pensamiento entre otros procesos importantes” (Parkin, A.J. 1999) .

IV. Problemática planteada desde la psicología de la salud

La problemática que se pretende analizar en esta revisión teórica, tiene que ver con la ausencia de estudios que determinen, identifiquen y propongan de manera integral cómo encarar el tema de la calidad de los servicios de salud hacia los usuarios. Se espera que a partir del análisis de cada una de las variables personales y organizacionales que pueden incidir en la forma en que los equipos de salud trabajan con el paciente se puedan dar respuestas a esta problemática.

Se menciona “equipos de salud” porque en la actualidad se considera que el médico ya no es el único que brinda atención a los individuos que asisten a los centros de salud, también participan otros profesionales cuya relación con el paciente, puede ser tan intersubjetiva y humana como la del médico. A raíz de este nuevo planteamiento, diversos autores proponen que deberíamos referirnos a una relación *equipo de salud – paciente*, abandonando el término anterior. Pero como el que consulta no siempre es un enfermo, es decir un paciente, es más indicado referirnos a la relación *equipo de salud -usuario* (Manzini, J. 2008).

De acuerdo con Martí, M. (2009), la relación equipo de salud – usuario surge en busca de un objetivo en común y es la remisión terapéutica de la enfermedad o dolencia. En esta relación, además de todos los integrantes del equipo de salud y el paciente, también participan sus familiares, allegados o representantes legales. De este vínculo, surgen los derechos y deberes de ambas partes.

Desde esta perspectiva, nos interesa ahondar en el tipo de servicios que ofrecen estos equipos de salud buscando identificar aquellos factores personales y organizacionales que no permiten que la calidez y buen trato humano estén presentes en el trabajo que realizan, tal vez porque los mismos profesionales que los conforman, se encuentran ante la imposibilidad de identificar estos factores y/o resolver sus propios conflictos personales, sociales, familiares o laborales al interior de las organizaciones de salud, a los que como seres humanos también están expuestos. La presente revisión teórica, pretende aproximarnos al estudio de estos factores con la finalidad de otorgar todas las herramientas posibles que puedan ayudar a que estos equipos desarrollen inicialmente su propio bienestar subjetivo que a su vez se plasme en un mejor desempeño laboral y trato al paciente.

V. Variables personales

Cada uno de los miembros del equipo de salud, más allá de ser un profesional en el área, es un ser humano con una configuración genética específica, una historia de vida marcada por un estilo de crianza particular y un sistema valórico determinado por el núcleo familiar, junto a un tipo de educación y cultura propios, aspectos que van configurando una estructura cognitiva y un tipo de procesamiento de información absolutamente particular que con el paso del tiempo se va consolidando dando lugar a una forma única de ser y estar en el mundo.

En este sentido, se realiza a continuación, un análisis de la importancia del tipo de estructura cognitiva a nivel de pensamiento, junto a la consideración de ciertas características de formación humana que debieran ser parte de un perfil profesional genérico para los equipos de salud.

1.- Importancia de estudiar aspectos inherentes a la estructura cognitiva y de pensamiento de los miembros que conforman los equipos de salud para comprender su comportamiento

La manera en cómo las personas desarrollan su esquema cognitivo y procesan la información, requiere de un análisis fundamental para la comprensión de cómo viven y se desempeñan en el día a día, y en la forma en que afrontan sus retos personales y profesionales.

En este sentido debemos mencionar que los paradigmas de la ciencia fueron dando los lineamientos de cómo pensar y qué pensar del ser humano y de la vida misma. Así el modelo cartesiano marcó un rumbo de pensamiento centrado en el hombre máquina separado de su mente, en tanto el nuevo paradigma de la ciencia plantea un modelo biopsicosocial integrador reconociendo que ese ser humano es un todo dinámico digno de ser analizado desde la óptica de un pensamiento mucho más amplio y enriquecedor.

La forma en cómo pensamos perfila nuestras actitudes y nuestro comportamiento, y al mismo tiempo será un factor determinante para la proyección que se le da a la existencia y a la relación con las otras personas.

Pensamiento de acuerdo con Mayer, R. (1983) es un proceso dirigido que permite resolver problemas. En otras palabras, pensar es lo que pasa en la mente de un sujeto cuando resuelve un problema, esto

es, la actividad que mueve al individuo (o trata de moverlo) a través de una serie de etapas o pasos de un estado dado a uno deseado.

Tipos de Pensamiento

La literatura científica se enfoca en identificar muchos tipos de pensamiento, sin embargo para los fines de este artículo nos centraremos en el pensamiento convergente, vs pensamiento divergente.

Pensamiento Convergente

El pensamiento convergente suele optar por una sola solución para cada problema, de manera que toda la información ha de ordenarse y colocarse de forma correcta para conseguir inferir la solución. Personas así se adecúan con facilidad al tipo de trabajo que exige el aparato laboral, sin poner en tela de juicio su orientación intelectual y pedagógica.

El pensamiento convergente es cerrado, se limita a lo ya aprendido de manera direccionada a un tipo de respuesta, frecuentemente por lo tanto es un pensamiento reproductivo, carente de iniciativa para proponer nuevas formas de encarar los problemas y de afrontar situaciones conflictivas.

Pensamiento Creativo y Divergente de Guilford, J. (1986)

Este tipo de pensamiento ensancha el horizonte de la persona que lo posee, porque cuando debe enfrentarse a un problema, encuentra no una sino múltiples opciones para resolverlo, son opciones creativas que lo proyectan a nuevas formas de encarar situaciones complicadas.

El pensamiento divergente propicia una estructura cognitiva flexible y abierta siempre a nuevas posibilidades de encarar la vida, el trabajo y todo conflicto suscitado a lo largo de la existencia.

La producción divergente hace referencia a la capacidad para generar alternativas lógicas a partir de una información dada, cuya importancia se evalúa en función de la variedad, cantidad y relevancia de la producción a partir de la misma fuente (Romo, M. 1987).

Jiménez, C. (2000) menciona las siguientes características del pensamiento creativo o divergente:

- 1.-Habilidad para pensar en las cosas holísticamente para pasar después a comprender sus partes.
- 2.-Impulso natural a explorar ideas
- 3.-Desafío o reto ante lo convencional.
- 4.- Independencia de pensamiento.

De acuerdo con Álvarez, E. (2010) el pensamiento divergente es aquel que elabora criterios de originalidad, inventiva y flexibilidad. A partir de este tipo de pensamiento se puede analizar un problema desde distintos ángulos, lo que permite pensar en distintas posibilidades de solución.

Cual la diferencia a nivel actitudinal y conductual de tener en nuestra estructura cognitiva un pensamiento convergente o divergente?

Al margen de ser profesionales en el área de salud, es importante analizar la proyección de cada uno de estos tipos de pensamiento en la vida del ser humano.

Un tipo de pensamiento convergente limitará de manera significativa el horizonte cognitivo, por tanto los comportamientos serán reproductivos, repetitivos, automatizados y responderán solo a cánones establecidos. La persona con este tipo de pensamiento tendrá esquemas rígidos que no le permitirán fácilmente fluir ante circunstancias inesperadas y adaptarse a los cambios o situaciones no aprendidas en el pasado.

Si analizamos al personal de salud con este tipo de estructura de pensamiento comprenderemos porqué se comporta de manera mecánica y automatizada respondiendo a modelos aprendidos que aunque no tengan vigencia para cierto tipo de circunstancias o problemáticas de salud, los mantienen como la única alternativa digna de ser considerada en la atención a usuarios.

Si el personal de salud con un tipo de pensamiento convergente, se formó además bajo el modelo biomédico es frecuente que se comporte de manera rígida y autoritaria, muy cerca a actitudes deshumanizantes propias del paradigma que concibe al enfermo como una máquina de relojería a la que hay que componer con ciertas técnicas sin considerar a la persona que está detrás de esta enfermedad ni sus circunstancias.

Este tipo de pensamiento es el equivalente a lo que en el referente de las Ciencias de la Complejidad serían los sistemas lineales.

Los sistemas lineales son aquellos enmarcados dentro de una filosofía de la ciencia basada en el determinismo, absolutismo, que tratan de encajar a la persona en un modelo que por siglos llevó al ser humano a una manera de ver la vida desde el punto de vista de un pensamiento cerrado, a partir del cual no existen alternativas de visión y afrontamiento de los problemas que no sean los ya estipulados.

A partir de ello, se estructuran también esquemas cerrados que no dan lugar a una visión amplia de la vida y el entorno de la persona. Son sistemas cognitivos basados en el modelo cartesiano causal de la ciencia que se desarrollan a partir de una conciencia de fragmentación de la propia persona desconociendo que ésta es un ser que debe ser considerado desde la unificación de los aspectos que lo representan como ser humano.

Este tipo de sistema cognitivo no permite el acceso a nuevas formas de encarar los problemas sociales y humanos, y si este tipo de pensamiento lo analizamos desde el enfoque de salud, percibiremos que los miembros del equipo que se manejan bajo este tipo de estructura cognitiva, serán profesionales maquinas que abordarán su trabajo desde un encuadre biomédico aprendido sin visualizar nuevas alternativas de tratamiento y manejo del paciente y su familia.

Por el contrario, el pensamiento divergente amplía ese horizonte cognitivo permitiéndole a la persona tener altos grados de flexibilidad y con ello un gran potencial empático de formas de ver y experimentar los problemas de la vida y sus soluciones. En términos de complejidad, este tipo de pensamiento tendría que ver con sistemas no lineales.

El tipo de pensamiento divergente, es no lineal, y amplifica el horizonte de quien lo posee porque no lo enmarca en actitudes y comportamientos que alejan de la comprensión del otro, que en este caso puede ser el paciente. Es el tipo de pensamiento esperado para ser desarrollado en los equipos de salud.

La no linealidad en los sistemas complejos y en el pensamiento divergente hace referencia a que todo problema tiene más de una solución posible y se enfoca en procesos no deterministas emergentes y auto organizativos y desde esta perspectiva articulamos con los planteamientos de la Psicología Cognitiva. Este tipo de sistemas tienen que ver básicamente con una ruptura y superación de esquemas fortalecidos a través del tiempo, si éstos no benefician a la persona que los posee y a su entorno inmediato.

Por ser inherentes al ser humano, las propiedades de la complejidad son clave para dar una explicación cabal de comporta-

mientos cotidianos. Es difícil entender de un modo lineal el humor y la creatividad, porque en ellos son definitorias la impredecibilidad y la ambigüedad. (Munné, 2004).

Desde la terminología de las Ciencias de la Complejidad, esta nueva forma de encarar la ciencia correspondería a sistemas cognitivos no lineales, caracterizados por su perspectiva multidimensional, creativa, holística que no encierra la praxis profesional en conceptos deterministas del ser humano empobrecido y despersonalizado, más bien reconoce al mismo como un ser integrado por lo físico, lo cognitivo, lo afectivo y lo comportamental, dándole una nueva proyección, una visión abierta, que se traducirá en empatía.

Desde esta nueva perspectiva, en el ámbito biopsicosocial la salud y la enfermedad del paciente alcanzan una dimensión mucho más amplia porque se conceptualiza al mismo como un ser integral en todos sus aspectos.

Los miembros del personal de salud que son formados en este enfoque tienen una mirada totalmente distinta de lo que significa el paciente, y es esta mirada con un sistema cognitivo no lineal, divergente, la que debemos propiciar, formar y desarrollar en los equipos de salud.

2.- Importancia del bienestar subjetivo

El Bienestar subjetivo es la evaluación que las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral ; y otra afectiva relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas, que mediante una compleja interacción generan en el individuo percepciones que abarcan un espectro de vivencias que transitan desde la agonía hasta el éxtasis. (Díaz, G. 2001).

El concepto de bienestar subjetivo es vital en cada miembro del personal de salud. En la medida en que el “yo” se siente bien con lo que es, con lo que hace en todas las esferas de su existencia, en esa misma medida tendrá la posibilidad y capacidad de brindarse al otro y por tanto de generar empatía.

En este punto es importante recalcar que todos los que somos parte del quehacer de la salud, debemos considerar este aspecto de manera particular y puntual. Sentimos satisfacción con la vida, con lo que hacemos, con quienes somos? ; hasta dónde hemos logrado construir un cierto grado de equilibrio emocional y una paz y tranquilidad con nosotros mismos? Gozamos de al menos cierto bienestar subjetivo? Esta es una pregunta desde mi perspectiva de psicóloga, muy importante, porque la respuesta a esta interrogante seguramente me dará las pautas que a su vez me direccionarán a la comprensión de mis actitudes actuales: cómo yo pienso, cómo siento y cómo me comporto.

Hay una gran probabilidad de saber que si puedo afrontar los problemas de mi vida con una mirada amplia, con cierto grado de satisfacción con lo que soy y con lo que hago diariamente, entonces mi desempeño laboral tendrá buenas posibilidades de ser óptimo y de calidad porque no estoy enfrentado conmigo mismo como persona.

Por el contrario, si no tengo bienestar subjetivo, no siento que estoy satisfecho con quien soy y con lo que hago, mi desempeño laboral puede verse disminuido en su calidad. De ahí la necesidad de que los miembros del equipo de salud, sean personas felices, gozosas, tranquilas, con una actitud positiva frente a la vida, porque esto de una u otra manera impactará en la calidad de los servicios hacia el usuario.

3. Importancia de la ética como aspecto que garantice la formación de la calidad humana

Las distintas circunstancias de la vida colocan a todo ser humano en situaciones en las que deberá probar su integridad personal. Esta integridad tiene que ver con la ética y el sistema de valores que guían el rumbo de su actuación en la vida. Porqué necesitamos profesionales que tengan ética y valores humanos? porque la presencia de estos valores, determinará su calidad humana y la forma cómo se desempeñen en los contextos de salud.

A menudo, se prioriza el conocimiento por sobre los valores y la calidad humana; sin embargo, los valores y la ética en miembros del equipo de salud puede ser definitiva, su falta puede impactar de manera negativa y por tanto iatrogénica en un usuario, o su presencia, puede tener un efecto terapéutico importante, mucho más que la intervención especializada.

En 1983, de acuerdo con (Perales, A. 2008), el grupo Darmouth, consensuó los contenidos mínimos para la enseñanza de la bioética en los países de habla inglesa y son los siguientes:

- a) capacidad de identificar los aspectos éticos que surgen en la práctica médica
- b) capacidad para obtener un consentimiento o rechazo válido de los tratamientos
- c) cómo proceder con un paciente incompetente o parcialmente competente para decidir
- d) cómo proceder si un paciente rechaza el tratamiento
- e) capacidad de decidir cuándo es moralmente justificable privar de información a un paciente
- f) capacidad de decidir cuándo es moralmente justificable romper la confidencialidad

- g) conocimiento de los aspectos éticos del cuidado de pacientes con mal pronóstico, incluyendo los enfermos terminales

4. Resonancia emocional o empatía

De acuerdo con Otero, H. (2008), la empatía es la capacidad de sintonizar con las emociones y sentimientos del otro; la capacidad de ponerse en su lugar y saber lo que siente. Entre las habilidades de la empatía están la capacidad de percibir los estados de ánimo de la otra persona, saber "leer" lo que dice su tono de voz, su postura, sus modales. La persona empática se da cuenta de las necesidades afectivas del otro. Reconoce su temor, su angustia, su tristeza.... Quien tiene una relación de empatía, no asume posturas de juez, criticando y enjuiciando las emociones y sentimientos del otro.

Sin embargo, esta capacidad de empatizar con el otro, no es un concepto intelectual, es más bien fruto de un trabajo sostenido de crecimiento individual y del desarrollo de una conciencia que habiendo superado las fronteras del yo, pueda expandirse hacia una conciencia social y no sólo quedarse allí sino ir ampliando la visión hacia una mirada universal en la que el otro, es reconocido por el yo desde lo más profundo de la esencia del ser, en una comprensión dinámica, abarcadora e inclusiva.

La capacidad de resonancia emocional es aquella competencia que nos permite no solo identificar las emociones y sentimientos del otro, sino resonar, vibrar junto con él, aprobarlo, acogerlo. Al igual que la empatía, no significa sentir lo mismo que la otra persona. Solo es necesario demostrar que lo sentido por el otro es legítimo y que lo hemos captado.

5. Importancia de analizar aspectos comunicacionales de parte del equipo de salud, que impactan en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico

En la historia tanto médica como psicológica, el diagnóstico permite al profesional "etiquetar" el cuadro; la etiqueta es más importante que la comprensión de un problema. Esta actitud que consolida el modelo teórico en desmedro de la comprensión del porqué de un problema médico o psicológico determina la calidad de la intervención en ambas disciplinas. Y si la mirada diagnóstica es pobre, la calidad del tratamiento reflejará esa pobreza al mostrar un absoluto desconocimiento de lo que se pretende tratar. De esta manera, en psicología y medicina, los modelos biomédico y mecanicista tuvieron sus consecuencias también en el "tratamiento" La pregunta es: cómo se puede abordar el tratamiento de algo o alguien a quien no se conoce excepto a través de una categoría numérica? Si se concibe de manera fragmentaria al paciente, el trabajo que se despliegue con él desde estas disciplinas, estará sesgado a partir de esa concepción cognitiva, por tanto, operativamente hablando, será muy poco lo que se pueda aportar para el logro de un mayor conocimiento de la persona, del cuadro clínico o de la problemática traducida en forma de enfermedad o de trastorno. (Pérez, G. 2009).

De acuerdo con Girón, M., Begoña, B., y Medina, E. (2002), los pacientes, valoran de forma negativa que el profesional durante la consulta, no los mire, que ante un problema informe poco, que se muestren apurados y realicen indicaciones con rapidez. Aprecian que el profesional muestre entre otras cosas, motivación, interés, trabajo en equipo, empatía, eficiencia, competencia, accesibilidad, viéndose ello reflejado en la escucha atenta, el gesto afectuoso, la palabra oportuna, la exploración física, la información brindada, en

transmitir confianza, mirarlos, en la consideración de su contexto social y familiar y que mantenga un seguimiento de su tratamiento. Esto último, sin duda, permite construir, con más facilidad, una alianza terapéutica que seguramente llevara a mejores resultados.

El lenguaje no verbal también es importante en los aspectos comunicacionales. No solo nos comunicamos a través de palabras, sino que decimos cosas con nuestra mirada, con el tono de la voz, con las ropas que usamos, con nuestra manera de llevar el cabello, con nuestros gestos, con la postura de nuestro cuerpo, con la distancia a la cual estamos de nuestro interlocutor, con la disposición de los asientos y hasta con el silencio. (Otero, H. 2008).

El saludar y presentarse a la persona enferma debe ser señal clara de reconocimiento como ente individual y único. La cortesía y una sonrisa favorecen el acercamiento, confianza y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés, angustia y expectativa, como es la enfermedad. Mirar al interlocutor, establecer un contacto visual con él, es el paso inicial de una efectiva relación interpersonal. El tacto es parte importante del lenguaje, un simple apretón de manos, una palmada en el hombro, pueden calmar y tranquilizar a una persona ansiosa. (Olarte, C.2012).

De acuerdo con P. Ramírez. C. Muggenburg (2015), la comunicación no verbal tiene que ver con aquellos eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita, corresponden al 70% aproximadamente del lenguaje empleado, por esta razón resulta imprescindible para las enfermeras poseer conocimientos básicos sobre el tema. El personal de enfermería debe tener habilidades no verbales para su práctica diaria. Les permite enfrentar sus propios sentimientos, los del paciente y los de familiares del paciente

Son de suma importancia para establecer una adecuada relación enfermera-paciente, ya que en la relación de ayuda se espera un cambio en la percepción que tienen los pacientes de las enfermeras.

VI. Variables organizacionales

En esta segunda parte de esta revisión y una vez analizadas las Variables Personales en la praxis de los equipos de salud, es importante detallar la importancia de las Variables Organizacionales propias de un contexto de salud, cuya incidencia se menciona con amplitud en la versión libro de este mismo artículo y cuya consideración se pretende puntualizar acá como parte fundamental de este análisis.

VII. Ambientes laborales pertinentes y saludables

Es pertinente preguntarse cuáles son las condiciones de infraestructura física, y el tipo de ambientes donde los equipos de salud prestan servicios al usuario.

Son óptimos para el desarrollo del trabajo, cuentan con instrumental y equipos necesarios para atender al paciente?

Las respuestas a estas preguntas guiarán al investigador hacia la comprensión de cierto tipo de actitudes ligadas a deficiencias de los contextos laborales en salud.

Motivación

Es vital el abordaje del tema motivacional durante el ejercicio de las funciones diarias en los establecimientos sanitarios.

En qué medida los equipos de salud se sienten motivados a realizar el trabajo específico dentro de los centros hospitalarios? Son bien remunerados por ello?

La identificación de las variables motivacionales muy posiblemente podrán faci-

litar la comprensión de actitudes y comportamientos frente a los usuarios en los miembros del equipo de salud.

Clima y fuentes de estrés

Cuál es el ambiente psicológico donde el equipo de salud trabaja cotidianamente. Será importante identificar si existen situaciones o personas que generan tensión en el equipo dentro o fuera de la Unidad.

Si existe calidez y armonía entre directores, mandos medios y personal de planta, este escenario propiciará que la atención al usuario sea de mayor calidad en los servicios.

Grado de satisfacción laboral

El sentirse a gusto con el trabajo realizado es otro factor que debe ser analizado para la comprensión de la praxis de los equipos de salud.

Impacto del trabajo en la vida de los equipos de salud

Es preciso identificar también la manera en que influye en los equipos de salud, la actividad diaria que conlleva enfrentar diferentes tipos de patologías y enfermedades, todo tipo de pacientes y problemáticas con estos y sus familias.

REPERTORIOS DE CONDUCTAS DE AUTO CUIDADO: Cuenta el equipo de salud con un rango amplio de opciones personales actuales de conductas de autocuidado y protección de la salud física y emocional o el personal carece de ellas.

Requerimientos personales

Finalmente será importante preguntar si en los Centros de Salud se van recibiendo demandas manifestadas por miembros del equipo de salud en relación a Capacitación y Apoyo Emocional.

El Impacto de las Variables abordadas, se constituyen en centrales e inherentes al contexto del Desarrollo del Capital Humano en Salud, no sólo desde un punto de vista teórico sino fundamentalmente práctico por cuanto no se puede lograr un Desarrollo del Capital Humano en Salud que ignore aspectos Motivacionales y de Satisfacción Laboral que son el eje alrededor del cual se optimiza la calidad de los servicios; así como también es vital el abordaje de la Capacitación de los Recursos Humanos, el Clima Laboral junto a la identificación de las Fuentes de Estrés, variables ligadas a las anteriores que juntas conforman, el marco referencial a partir del cual pueda proyectarse un óptimo Desarrollo del Capital Humano en los Equipos de Salud.

VIII. Síntesis de la propuesta

Luego de esta breve revisión se pueden visualizar algunos de los factores tanto personales como organizacionales que en mayor o menor medida pueden estar relacionados con el tipo de praxis de los equipos de salud y la calidad de los servicios que se ofrecen a los usuarios. Existen muchos más, sin embargo, al menos los mencionados en este artículo deberían considerarse en la formación humana y académica de las nuevas generaciones en salud que debería ser integral pero prioritariamente ética.

La mala calidad de los servicios asistenciales tiene que ver con falta de Políticas y Gestión en Salud desde el Estado, que garanticen otro escenario para la población en su conjunto. Sin embargo los profesionales en esta área, debemos cada uno desde su campo, vislumbrar y comenzar a trabajar en el análisis de posibilidades de solución a ciertos problemas sanitarios.

Este artículo es el primer paso, desde la Psicología de la Salud, pero también desde el aporte de la Psicología Cogniti-

va cuyo estudio para ver el impacto de la estructura cognitiva sobre nuestras vidas es fundamental. De la misma manera, la Psicología Organizacional aplicada a establecimientos de salud puede contribuir a un cambio sustancial tanto para los Centros Hospitalarios como para los equipos de salud y por tanto para los usuarios a quienes están dirigidos estos servicios.

La presente revisión teórica en su formato libro, profundiza aún más cada uno de estos aspectos no sólo de orden personal sino también organizacional que en este artículo apenas son mencionados, y hace un análisis exhaustivo de cómo el trabajo de los equipos difiere abismalmente cuando se trata de un primer nivel o un cuarto nivel de complejidad en las Instituciones sanitarias.

El reto está planteado, todos y cada uno de los actores comprometidos con el área de salud, son los llamados a poner su aporte con el objetivo de no sólo señalar las falencias de los equipos de salud, sino analizar el porqué de sus deficiencias y tal vez su falta de formación integral y humana, reconocer aspectos que posiblemente desde lo organizacional tienen sus repercusiones en el trabajo que realizan, y sobre todo hacer una reingeniería de los Centros Hospitalarios con una nueva visión en la que la Gestión no sea algo improvisado sino más bien responda a Políticas públicas en Salud que tienen un norte al cual dirigirse, para que los usuarios que son los que reciben los servicios, no se vean afectados por infraestructura hospitalaria deficitaria en todo sentido, y una baja calidad en la atención que mella ya en la deshumanización del paciente y su enfermedad.

IX. Discusión

Cada una de las variables tanto Personales como Organizacionales mencionadas en el presente artículo junto a otras

no explicitadas acá, deben ser estudiadas y analizadas desde un ámbito multidisciplinario que considere la importancia del aporte de la Psicología de la Salud y Organizacional, en el momento de hacer Gestión, de manera que su consideración lleve al establecimiento de Políticas en Salud que garanticen un mejor ejercicio de la profesión sanitaria y optimice la praxis de los equipos de salud para el potenciamiento de la calidad de los servicios prestados al usuario en centros hospitalarios.

Referencias bibliográficas

Álvarez, E. (2010) *Creatividad y Pensamiento Divergente- Desafío de la mente o desafío del ambiente*.

Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Chile: Mediterráneo.

Díaz Llanes, Guillermo. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6).

Girón M, Begoña Beviá, Medina E, Talero MS. (2002) Calidad de la relación médico paciente y resultado de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio de grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*. España.

Guilford, J. P. (1986). —La naturaleza de la inteligencia humana. Paidós. Barcelona. España.

Jiménez, C. (2000) *Cerebro Creativo y Lúdico*. Santa Fe de Bogotá, Magisterio, Colombia.

Manzini JL. (2008). Relación medico-paciente. *Diccionario Latinoamericano de bioética— Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, Colombia*.

- Martí ML. (2009) Simposio "Problemas actuales en la relación médico-paciente-familia"- Boletín del consejo académico de ética en medicina. Buenos Aires, Argentina.
- Mayer, R. E. (1983). Pensamiento. resolución de problemas y cognición. Barcelona: Paidós Ibérica, España.
- (Munné F., 2004). El Retorno de la Complejidad y la Nueva Imagen del Ser Humano: Hacia una Psicología Compleja. *Interamerican Journal of Psychology*. Universidad Autónoma de México, México.
- Olarte, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 41-51.
- Otero, H. (2008) Hacia una Comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud, *Revista Habanera de Ciencias Médicas* v.7 n.1 Ciudad de La Habana, Cuba.
- Parkin, A.J. (1999). Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana. p. 3, España.
- Perales, A. (2008). Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioética*, vol. XIV, núm. 1, Universidad de Chile, Chile.
- Pérez, G. (2009). Antecedentes epistemológicos, surgimiento y objetivos de la psicología de la salud en el siglo XXI. *Salud y Desarrollo Psicológico* Vol 1, IIIPP Psicología. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.
- Ramírez. C. Müggenburg (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Coordinación de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.
- Romo, M. (1987). Treinta y cinco años de pensamiento divergente: teoría de la creatividad de Guilford. *Estudios de Psicología* N° 27-28, España.