

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Lucía Soledad Sarti

EL TRABAJADOR DE SALUD Y EL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Percepción de la violencia en al relación personal de salud-paciente desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios (Síndrome de Burn Out) del servicio de emergencias del sub sector público de la Provincia de Buenos Aires (Hospital Dr. Alberto Balestrini) y su impacto en la salud mental de los trabajadores

2018

Citar como: Sarti, L. S. (2018). El trabajador de salud y el paciente en los servicios de emergencias: percepción de la violencia en al relación personal de salud-paciente desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios (Síndrome de Burn Out) del servicio de emergencias del sub sector público de la Provincia de Buenos Aires (Hospital Dr. Alberto Balestrini) y su impacto en la salud mental de los trabajadores. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

Descripción 5.....

- Problema de investigación y relevancia clínico-sanitaria
- Marco teórico-conceptual y empírico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Objetivos de investigación 14.....

- Objetivo general
- Objetivo específico
- Hipótesis de estudio
- Plan general de la investigación, población, metodología y plan de trabajo.

Método de recolección de datos 20.....

DESARROLLO

Plan de trabajo 22.....

RESULTADOS

CONCLUSIONES

Impacto potencial 28.....

Datos complementarios 31.....

Anexo A: MBI, Inventario de Bournout de Maslach 33.....

AnexoB: Percepción de la violencia en los contextos de salud.Paravic y cols 35

BIBLIOGRAFÍA 35.....

1. TITULO COMPLETO: El trabajador de la salud y el paciente en los servicios de emergencias: Percepción de la violencia en la relación personal de la salud - paciente desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Alberto Balestrini y su impacto en la salud mental de los trabajadores (Síndrome de Burn Out).

2. TITULO ABREVIADO: Percepción de la violencia en la relación personal de la salud - paciente desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Alberto Balestrini y su impacto en la salud mental de los trabajadores.

3. RESUMEN:

La violencia, por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce, se ha convertido en un problema de salud pública de importante relevancia. En tanto fenómeno de gran alcance, se puede manifestar en todos los contextos donde se desenvuelve el ser humano y uno de éstos es el ámbito laboral.

Diversos estudios en la temática de la violencia que afecta a los espacios laborales concluyen que precisamente los lugares de trabajo y las ocupaciones orientadas al cuidado de la salud tienen un mayor riesgo de hechos violentos que otros.

La violencia contra los profesionales sanitarios y el síndrome de desgaste profesional que afecta de forma creciente a los profesionales sanitarios, al propio sistema asistencial y, por ende, a los pacientes, usuarios de los servicios sanitarios, aparecen interrelacionados.

Cuando con frecuencia, se evidencia el discurso de pacientes con agresividad contenida o violencia manifiesta, los mismos refieren que el desencadenante de su estado ha sido la percepción de un trato deshumanizado e indigno. La despersonalización, fruto del desgaste profesional, incrementa el riesgo de agresiones contra el personal sanitario, y el ambiente hostil contra el personal sanitario incrementa el estrés y el desgaste profesional.

Esta propuesta de investigación tiene especial importancia por tratarse de un estudio cuyo objetivo es identificar las distintas percepciones de la violencia en la relación personal de salud - paciente tanto desde la perspectiva de los trabajadores y como de los usuarios de un Servicio de Emergencias de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires.

4. PALABRAS CLAVE

Palabra clave 1: Violencia

Palabra clave 2: Trabajadores de salud

Palabras clave 3: Emergencias

Palabras clave 4: Usuarios

Descripción técnica

1. Problema de investigación y relevancia clínico-sanitaria

La violencia, por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce, se ha convertido en un problema de salud pública de importante relevancia. En tanto fenómeno de gran alcance, se puede manifestar en todos los contextos donde se desenvuelve el ser humano y uno de éstos es el ámbito laboral.

En el año 2006, un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) plantea que la violencia en el trabajo en los últimos años ha aumentado en todo el mundo, alcanzando en algunos países niveles de epidemia. (CHAPPELL y DI MARTINO, 2006).

Refiere el informe que, tradicionalmente, la atención se ha centrado en la violencia física, pero cada vez se reconoce más el impacto y el daño que causa la violencia psicológica, y la perpetrada mediante la repetición de un comportamiento inaceptable, tal como el acoso sexual, la intimidación o la coacción. Advierte también que los costos de la violencia en el lugar de trabajo son enormes y pueden causar pérdidas millonarias debido a causas como el ausentismo o las licencias médicas.

Diversos estudios en la temática de la violencia que afecta a los espacios laborales concluyen que precisamente los lugares de trabajo y las ocupaciones orientadas al cuidado de la salud tienen un mayor riesgo de hechos violentos que otros. Se reconoce en estas investigaciones que la violencia en el lugar de trabajo en el sector salud es universal, generando un alto grado de estrés, lo que también puede instar a comportamientos violentos, y en las que se evidencia que el personal de emergencias tienen mayor riesgo a ser víctimas de hechos agresivos, el que especialmente corresponde a violencia de tipo psicológico (CIE, 2002; Sánchez, 2002).

Por otro lado, se ha identificado que más de la mitad del personal de salud no sólo han sido víctimas de hechos de violencia, sino que también han pasado a ser agresores cuando

han abusado de pacientes o colegas (CIE, 2002; Sánchez y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003; Letelier y Valenzuela, 2002).

Es decir que la violencia laboral alcanza tanto a quienes brindan la atención como a quienes la reciben, es decir, los usuarios. En este sentido, se convierte en la principal amenaza a la calidad de las prestaciones de salud y la atmósfera de cuidado que debiera existir en los establecimientos de salud.

Es por eso que la violencia que afecta al profesional de la salud tiene una doble consecuencia ciertamente negativa: por un lado afecta la vida de este profesional y, por el otro, puede afectar el tipo de servicios de salud prestados, es decir, la repercusión se pudiera extender a la calidad de los cuidados de salud otorgados a los pacientes, resultando en efectos deletéreos para la relación entre el trabajador de la salud y los pacientes.

Esta propuesta de investigación tiene especial importancia por tratarse de un estudio cuyo objetivo es identificar las distintas percepciones de la violencia en la relación personal de salud - paciente tanto desde la perspectiva de los trabajadores y como de los usuarios de un Servicio de Emergencias de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires. En este sentido.

Por otro lado, el problema objeto de la presente investigación referido a la violencia en servicios de emergencia se relaciona, entre algunas de las cuestiones, al cambio en el perfil de la población atendida en el ámbito de la salud pública en la Provincia de Buenos Aires.

Si bien a partir de diversos incidentes de violencia registrados en distintos centros de salud de la Provincia de Buenos Aires, se elaboró un protocolo preventivo que comprende la adopción de normas de seguridad, la instalación de botones de pánico en las guardias y el relevamiento y capacitación del personal de seguridad para afrontar de forma unificada los episodios de violencia, se trata de una herramienta que todavía no está funcionando plenamente en todos los hospitales.

Durante los últimos años, al aumento de las demandas de asistencia por parte de la población más carenciada del conurbano bonaerense se suman las demandas de los sectores medios empobrecidos lo cual genera "*inconvenientes relacionados con la calidad de la atención y de las prestaciones*"(DURÉ, 2005: 1).

También vale mencionar la mayor difusión de los derechos de los ciudadanos por parte de diferentes instituciones lo cual genera conciencia de derecho en la población y la búsqueda de espacios en donde demandarlos. Es así que muchas personas encuentran en el hospital público el lugar en donde reclamar el cumplimiento de sus derechos.

Por otro lado, los cambios en la relación médico-paciente gestados en las últimas décadas, que implican el reconocimiento del paciente como sujeto autónomo y partícipe

activo en la toma de decisiones médicas supone "el *pasaje de la <ética de la beneficencia> a la <ética de la autonomía>*". (MUCCI, s/f). De esta manera, el paciente al conocer tanto sus derechos (a la información, al consentimiento, a la confidencialidad) como las obligaciones de los profesionales, "...*procura asumir un rol activo en su propia atención*". (MUCCI, s/f)

Además del aumento de las expectativas de los pacientes en cuanto a información y/o participación, algunas características de la medicina moderna generan una serie de impactos en la relación que se establece entre el médico y el paciente:

-*Aumento en la tecnología, disminuyendo el lado "humano" de la atención.*

-*Aumento en las presiones de tiempo, disminuyendo el tiempo de contacto con el paciente.*

-*Aumento de la especialización, disminuyendo las relaciones de largo plazo con los pacientes*". (NOBLE S.A., 2007:1)

Por último, las nuevas demandas surgidas en la Provincia de Buenos Aires vinculadas al aumento de las problemáticas sociales complejas (situación de calle, abuso de sustancias, patologías mentales, etc.) impacta en la atención desde el sistema público de salud, que se ve sobrepasado en su especificidad y la capacidad de sus instituciones para comprender e intervenir. En este contexto social complejo y heterogéneo emerge un sujeto que no es el esperado por los mandatos profesionales e institucionales tradicionales, poniendo de manifiesto las "*dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos*". (CARBALLEDA: 2008:2)

Este "*sujeto inesperado*" genera incertidumbre en las intervenciones ya que las respuestas típicas de las instituciones fueron construidas desde una lógica ligada a la homogeneidad. Es así que las actuales problemáticas sociales complejas caracterizadas por la gran heterogeneidad de las poblaciones marcan nuevos desafíos a la intervención reclamando respuestas singulares e incluso diversas recorridas institucionales según cada caso en particular (CARBALLEDA: 2008:3).

Desde la perspectiva de los trabajadores de salud, el estrés laboral crónico constituye una agresión continuada a la salud de los profesionales sanitarios que afecta a todos los profesionales, especialmente en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. Como respuesta a esta agresión surge el síndrome de desgaste profesional (SDP) o «*burnout*», el cual afecta a la salud física y mental así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen.

Si bien es muy difícil disponer de información real sobre las agresiones a las personas que trabajan en los servicios sanitarios ya que sólo una pequeña proporción de estas conductas sale a la luz, los sondeos disponibles indican que en torno al 60% del personal sanitario ha sido objeto alguna vez de alguna agresión física o verbal y que el 45% de las agresiones ocurren en urgencias.

Conforme a datos de la Organización Mundial del Trabajo, el 25% de las agresiones en el medio laboral se producen en el entorno sanitario.

La motivación de la violencia en los centros sanitarios difiere significativamente de la de otros lugares de trabajo. La violencia en centros sanitarios procede generalmente de pacientes y, de vez en cuando, de familiares que se sienten frustrados, vulnerables y fuera de control.

Por otro lado, desde la perspectiva del usuario de los establecimientos de salud, la condición de urgencia hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante su asistencia, en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente" (Martínez, 1997).

Al respecto, Jiménez (2000) señala que este paciente sufre cambios emocionales intensos que requieren de reajustes. Estos cambios, para Moro (1999), repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, en la que un medio extraño, con una serie de normas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido.

Entonces el hospital, junto con ofrecer atención sanitaria, se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el que la multiplicidad de personas, con diferentes roles, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes (Valenzuela, 1995), las que pueden predisponer a hechos agresivos o violentos.

El paciente se somete al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas.

Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo de tipo despersonalizado (Iceta, 1996; Goic, 2000). Esto estaría asociado a lo que Jiménez y cols. (1990) llaman una relación asimétrica y jerárquica entre los dispensadores de cuidados y los pacientes.

Los pacientes, receptores de los servicios sanitarios, pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones, que vulneran sus derechos y los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos usuarios.

Se puede afirmar que la violencia contra los profesionales sanitarios y el síndrome de desgaste profesional se han convertido en un problema de salud pública, que afecta de forma creciente a los profesionales sanitarios, al propio sistema asistencial y, por ende, a los pacientes, usuarios de los servicios sanitarios, por lo que ambos factores aparecen interrelacionados.

Cuando con frecuencia, se evidencia el discurso de pacientes quejados, en ocasiones con agresividad contenida o violencia manifiesta, los mismos refieren que el desencadenante de su estado ha sido la percepción de un trato deshumanizado e indigno. La despersonalización, fruto del desgaste profesional, incrementa el riesgo de agresiones contra el personal sanitario, y el ambiente hostil contra el personal sanitario incrementa el estrés y el desgaste profesional.

En este sentido, el profesional entra en una situación de alto riesgo, pudiendo presentar una distorsión significativa en su manera de percibir las amenazas y los agravios, reales o imaginarios, y reaccionar con estrategias disfuncionales para defenderse de estas percepciones.

Se producen entonces cambios muy negativos de las actitudes profesionales: progresivamente se desvaloriza la relación médico-paciente y se sustituye por el distanciamiento emocional. Esto propicia que se responda con irritabilidad y cinismo ante las demandas de los pacientes y de la organización sanitaria.

El trato despersonalizado a los pacientes y a sus familiares elimina la mayor fuente de satisfacción de las profesiones asociadas a las relaciones de ayuda, lo que refuerza respuestas violentas por parte de los usuarios.

2. Marco teórico-conceptual y empírico: La violencia ha aumentado significativamente en los últimos años, afectando a toda la población; sin respetar edad, raza, condición socioeconómica, educación, religión, género y lugar. Este señalamiento da cuenta de lo extendido del problema, no obstante cabe resaltar que afecta a los distintos grupos poblacionales de un modo diferente, existiendo unos más vulnerables que otros. Como el propósito de visualizar esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1996, publicó un informe, en el que anuncia que la violencia se ha convertido en un problema de salud pública de proporciones epidémicas, cuyo análisis debe partir de la base de considerarlo impredecible y, por lo tanto, prevenible.

La detección, atención y prevención de hechos de violencia, encuentra una primera barrera que es social, dada en muchos casos, por la relación entre agresores y agredidos que suele ser tan cercana, que los hechos pueden no denunciarse y por ende no registrarse.

La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un "arriba" y un "abajo", reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios.

Esta investigación se propone estudiar un tipo de violencia específica: la violencia laboral. El término "violencia" circunscrito al lugar de trabajo, Chapell y Di Martino lo definen

como: "cualquier incidente en el cual un empleado es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público".

No sólo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del trabajador sino también la que se infringe a través de un comportamiento repetitivo que gradualmente daña la integridad psicológica del afectado y que puede llegar a tener repercusiones de mayor cuantía que la violencia física.

La violencia laboral produce consecuencias físicas y psíquicas en sus víctimas, alterando tanto su rendimiento como su integridad social. Este estado de vulnerabilidad e inseguridad se refleja en cuadros de ansiedad, irritabilidad, tensión, depresión, desgano, abulia, incapacidad para concentrarse, dolor de cabeza, fatiga crónica, además de enfermedades de origen psicosomático. Este estado de salud puede repercutir en la productividad del/la trabajador/a: reducción de la calidad de su trabajo, ausentismo, abandono físico y estético, desvalorización, accidentes en el manejo de materiales o instrumental, entre otros. Además, en algunas situaciones, esta desmotivación laboral puede ser llevada por la víctima a su hogar y a su vida social, replegándose cada vez más en el ámbito privado y automarginándose de la participación activa y por lo tanto, afectando a toda la comunidad.

En lo que refiere a las consecuencias psíquicas de la violencia laboral, merece una consideración especial la definición de burnout o desgaste laboral, en función de que no pertenece ya a las condiciones laborales sino que será justamente el resultado (negativo) de la incidencia de éstas en la subjetividad de los trabajadores.

Dicho fenómeno describe la situación que resulta cuando un sujeto ya no puede afrontar su trabajo según sus deseos y necesidades. En esta circunstancia la relación hombre-trabajo se bloquea y surge el sufrimiento que puede tomar distintas formas, según el tipo de tarea laboral.

El síndrome de burnout: extenuación emocional, cinismo y pérdida de eficacia laboral – denominado 'karoshi' o 'muerte súbita' en Japón– está ligado específicamente a la sobrecarga y desmoralización que sobreviene cuando se descrece de poder vencer los obstáculos y las inequidades.

Estas características fueron descritas por primera vez en 1973 por Herbert Freudenberger –psicólogo clínico norteamericano– a partir de observar cambios en los trabajadores de la salud que, al cabo del tiempo, perdían su idealismo y su simpatía hacia los pacientes, manifestaban estados de fatiga, frustración, deterioro y pérdida de interés por la actividad laboral, expresados a través de quejas somáticas, retracción, cinismo, la sensación de sentirse mentalmente exhaustos, con cefaleas, problemas gastrointestinales, ansiedad, dificultad para concentrarse y depresión.

En la década del '80 diferentes autores elaboraron otras definiciones, siendo la de Maslach y Jackson la más consolidada. Estos autores consideran al síndrome de burnout como "una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico que se caracteriza por cansancio físico y/o psicológico, conocido como agotamiento emocional,

despersonalización y sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales en las labores habituales" (VALDEZ, Op. Cit.: 4). En la actualidad se concibe al burnout como "una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también en individuales y sociales" (VALDEZ, Op. Cit.: 4). Constituye una patología derivada del estrés laboral crónico producto de la gradual y continuada exposición a los estresores existentes en el medio que rodean al trabajador. Los agentes estresores pueden tener su origen en el entorno social, laboral y en el propio sujeto.

Según Pascual Valdez, el síndrome de Burnout se define, de acuerdo a los trabajos de Maslach y Jackson, según tres componentes esenciales:

1. Cansancio Emocional: es el elemento central del síndrome y se caracteriza por una creciente sensación de agotamiento en el trabajo.
2. Despersonalización: consta de una serie de actitudes de aislamiento, adoptadas por el sujeto a fin de protegerse del agotamiento.
3. Falta de realización personal: constituye un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, al considerar que las demandas exceden su capacidad (autoevaluación negativa). Puede redoblar sus esfuerzos o surgir el efecto contrario.

"Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el cansancio emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la auto evaluación negativa. El síndrome de Burnout o de agotamiento profesional se considera un proceso continuo y los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir." (VALDEZ, Op. Cit.: 10)

Se considera que el stress laboral incide directamente en la satisfacción del trabajador y en su percepción de la calidad de vida en el trabajo. Este desgaste, que ocurre cuando el desafío laboral no está balanceado por satisfacciones internas, queda a veces escondido y disfrazado. Esta respuesta que surge entonces cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento supone, para el trabajador, una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los usuarios.

En esta situación, se desarrollan sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional, y ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento.

Debido a las características de su desempeño laboral, los profesionales y trabajadores sanitarios están particularmente expuestos a sufrir desgaste laboral ó de padecer el Síndrome de Burnout por su relación de ayuda constante y directa con otras personas,

soportando una sobrecarga de trabajo continua, y normalmente, manteniendo expectativas y gran dedicación en su trabajo. Se constata, por otra parte, que estos profesionales se comportarán frente a los usuarios en la misma medida en que perciben que son tratados por la organización en que trabajan (Cabeza, 1998).

Desde la perspectiva de los usuarios del sistema de salud, diversos autores identifican aspectos o preocupaciones que aparecen esenciales en los pacientes expuestos a alguna enfermedad, entre éstos se encuentran: la consideración por sus valores, adecuada comunicación y educación, respeto y consideración, cuidados integrados, apoyo emocional, alivio de miedos, ansiedades (Delblanco, 1992), trato amable, un clima de confianza y adecuada disposición (Sáez, 1995). Se reconocen además aquellos atributos negativos que son identificados en el personal de salud, tales como: agresividad y mal carácter, descuido, indiferencia y falta de compromiso (Manccini, 1992).

Para Ferreira (1997), el usuario adopta el "rol de paciente" aceptando pasivamente la atención, lo que podría conducir a no manifestar su desagrado a ciertas actitudes y comportamientos, por miedo a represalias posteriores, lo que contribuiría considerablemente a la no identificación de actos violentos de parte de los prestadores durante la atención que recibe.

Campos (1997) y Costa (1996), en Brasil, concluyen que existen importantes diferencias en el trato y por ende en el respeto a los derechos de los pacientes según la clase social a la que éstos pertenecen, favoreciendo aquellos que se encuentran en mejores estratos socioeconómicos, presentándose esta situación comúnmente en los sistemas de atención pública de salud. Este hallazgo es compartido en un trabajo realizado también en Brasil por Pereira (2000), el que concluye que existe relación estrecha entre factores dependientes del paciente, los que determinan la atención y trato brindado de parte de los funcionarios en los servicios públicos de salud, entre los que se encuentran: la pobreza y bajo nivel educacional. Las personas que responden a este perfil, señala el autor, no poseen un capital lingüístico para negociar con los profesionales de salud y exigir una buena atención en salud.

La relación entre los prestadores de atención y el paciente receptor de los servicios influye en estos últimos. Este aspecto se ha considerado como el área que provoca más estrés en los pacientes, especialmente en la interacción que se gesta con el médico y las enfermeras. Esta es la conclusión de un estudio aplicado en un hospital chileno a pacientes previos a ser intervenidos quirúrgicamente, en los que la indiferencia en el trato y la falta de atención representaron factores provocadores de altos niveles de estrés en los pacientes (Roa, 1995). En esta misma investigación la satisfacción de necesidades de eliminación, vesical e intestinal, eran factores que representaban alto grado de estrés en los pacientes al tener que depender de los funcionarios de salud para satisfacerlas adecuadamente.

Otros estudios encontrados abordan la dimensión y características de las relaciones establecidas entre prestadores y usuarios de los servicios, pero enfocados en la temática de satisfacción usuaria y evaluación de la atención en salud, que de una forma indirecta se relacionan muchas veces con el fenómeno en estudio.

En este sentido, esta propuesta de investigación debe ser el puntapié para establecer planes de acción que incrementen la comunicación entre trabajadores de salud y usuarios para identificar áreas de riesgo y de mejora, planificar y realizar los cambios organizativos imprescindibles. Especial atención se ha de dar a las políticas incentificadoras, la equidad y la justicia en la distribución de cargas laborales y de recursos, el incremento de autonomía y responsabilidad de los profesionales y el reconocimiento social y laboral del trabajo realizado.

Al mismo tiempo es necesario invertir en la formación específica de los profesionales y deben potenciarse los factores de protección, reforzando el optimismo y la autoestima y dotándolos de técnicas de autocontrol y gestión del estrés. No podemos olvidar la necesidad de dotar al sistema de recursos para la detección y gestión de trabajadores con factores psicológicos y psicopatológicos que los hagan especialmente vulnerables.

Por otro lado, la investigación permitirá rescatar la perspectiva de los usuarios, ubicando al equipo de salud con un papel trascendental en la promoción de los ambientes de trabajo libres de violencia, facilitando el logro de un alto nivel de bienestar en los usuarios. En este aspecto es importante considerar las situaciones que el usuario percibe como violentas, para permitir al equipo de salud intervenir previniendo su aparición. De esta forma debe trabajarse por ambientes saludables que consideren las relaciones humanas positivas, un ambiente físico en buenas condiciones, el respeto de los derechos en salud de los usuarios y eliminar la violencia que genera enfermedad.

3. Objetivos

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar la percepción de violencia en la relación personal de la salud- paciente desde la perspectiva de los usuarios y los trabajadores del servicio de emergencia del Hospital Balestrini y su impacto en la salud mental de los trabajadores.

Objetivos específicos

- Reconocer variables asociadas a la percepción de violencia tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los trabajadores de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini, tales como: el tipo de conductas violentas percibidas, los horarios, las situaciones, las intensidades en las que se presentan, las respuestas de afrontamiento, los agentes agresores y los factores que predisponen a estos hechos.

-Identificar indicadores de desgaste laboral (Burn out) en los trabajadores de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini vinculados con la presencia o no de episodios de violencia laboral así como con el tipo de violencia y los agentes agresores.

-Establecer relaciones entre la calidad de la relación trabajador de salud- paciente percibida por los usuarios y los episodios de violencia externa sobre el trabajador.

Hipótesis de estudio

H1. Existen variables significativas asociadas a la mayor o menor percepción de la violencia tales como: el tipo de conductas violentas percibidas, los horarios, las situaciones, las intensidades en las que se presentan, las respuestas de afrontamiento, los agentes agresores y los factores que predisponen a estos hechos.

H2. A mayor exposición en episodios de violencia laboral, mayor presencia de indicadores de desgaste laboral en los trabajadores.

H3. A mayor calidad de la relación trabajador de la salud-paciente percibida, menor incidencia de episodios de violencia externa sobre el trabajador.

4. Plan general de la investigación, población, metodología y plan de trabajo

4.1. Plan general de la investigación

Tipo de estudio: La presente investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio descriptivo transversal, que aborda el fenómeno en el lugar de su ocurrencia.

4.2. Población

Población objetivo (criterios de elegibilidad) Universo: Trabajadores de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini (profesionales). Usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini, elegidos al azar de la lista de ingreso diaria.

Población de estudio (criterios de inclusión, exclusión y eliminación):

– *Criterios de inclusión.* Usuarios y trabajadores que acepten participar en la investigación.

Usuarios y trabajadores que no posean problemas de salud mental preexistentes.

Trabajadores con más de dos años de experiencia en la guardia general del hospital.

– *Criterios de exclusión:* Usuarios y trabajadores que no acepten participar en la investigación, usuarios y trabajadores que posean problemas de salud mental preexistentes.

Unidad de análisis:

Usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini.
Trabajador de Salud del Servicio de emergencias del Hospital Balestrini (profesionales)

Selección y tamaño de la muestra (detalle si existe riesgo de sesgo de selección si correspondiera)

La totalidad de los trabajadores del servicio de Emergencias del Hospital Balestrini. Número estimado a la fecha: 150

Usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini, elegidos al azar de la lista de ingreso diaria. Número estimado a la fecha: 100 usuarios por guardia de 24 hs. El método de selección de esta parte de la muestra será aleatorio.

En tanto la participación en esta investigación es optativa y el grupo de personas que está siendo estudiado cuenta con control sobre la posibilidad de participar, corresponde señalar que el muestreo puede resultar afectado por un sesgo de Auto-selección.

4.3. Metodología

Definición operativa de las variables principales y secundarias

Variable Principal

-**Percepción de violencia:** presencia o ausencia.

Variables Secundarias

-**Tipo de conductas violentas percibidas:** Las mismas se clasificarán, según la naturaleza de la violencia.

- *Violencia Física:* La OMS define violencia física, como: "empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluye palizas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos". (OMS, En "Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. 2002").

- *Violencia Sexual:* Se denomina así al tipo de violencia que incluye, todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima.(OMS. 2007).

- *Violencia Psíquica:* La OMS también formula su propia definición para violencia psicológica: "uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que puede dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, intimidación, atropello, acoso y amenazas".

Horarios: Se clasificará en:

- Diurno, que corresponde a la franja horaria de guardia de 8hs a 14hs.
- Vespertino que corresponder a la franja horaria de 14hs a 24 hs.
- Nocturno que corresponde a la franja horaria de guardia de 24 hs a 8hs.
- Ningún Horario en especial

Las situaciones: Esta variable se define como aquellas situaciones en las que se presentaron las conductas violentas.

- Quando se solicita Atención
- Quando se realizan tratamientos o procedimientos
- Otras situaciones

Las intensidades en las que se presentan: Alta, Moderada, Baja.

Las respuestas de afrontamiento:

- Acepta Pasivamente
- Se defiende verbalmente.
- Se defiende mediante la fuerza física.
- Negocia la solución del conflicto.
- Informa a la jefatura.
- Huye.

Los agentes agresores: Las formas de violencia pueden agruparse según el modo en el que actúa el agresor:

Violencia activa, que se refiere a todos aquellos comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que provoca daño a una persona que se encuentra en desventaja en las relaciones de poder.

Violencia pasiva o de omisión, que se refiere a la violencia de la indiferencia, la negligencia, el abandono y la falta de solidaridad.

Esta clasificación tiene sus fuentes en el trabajo: "Barudy, J.; Larraín, S. y Perrone, R. Dinámica de la violencia. En: Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.2000."

Factores predisponentes a la violencia:

En los *factores* provenientes del agresor se encuentran; la edad, sexo (reconocen que el sexo masculino es más proclive a presentar conductas violentas), experiencias previas de maltrato, uso de drogas, salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

Entre los *factores* o características que pueden asociarse con ser víctima de actos violentos se encuentran; apariencia, estado de salud, edad, experiencias de maltrato previo, sexo, personalidad y temperamento, actitudes y expectativas. La primera impresión y apariencia son

importantes en cualquier relación, ya que pueden determinar el tono de la relación y establecer las características del encuentro.

Burn out: Presencia o Ausencia.

La presencia o Ausencia de Burn Out se establece a partir de la valoración de los ítems: Agotamiento Emocional (AE): alto, bajo, moderado, Despersonalización (D): alto, bajo y moderado y Realización Personal (RP): alto, bajo, moderado. Valores altos en los ítems Agotamiento Emocional y Despersonalización y valores bajos en el ítem Realización Personal son indicadores de la presencia de Burn Out o desgaste laboral.

Calidad de la relación trabajador de la salud-paciente: Esta variable incluirá la determinación del modelo de relación trabajador de la salud-paciente de acuerdo a los siguientes modelos:

Modelo paternalista: En él la interacción del médico y el paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso enfermizo, y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor. Por lo tanto, el médico da al paciente una información ya seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor.

Modelo informativo: El objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento médico. Llevado hasta el extremo, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información médica relevante en relación con su enfermedad y las actitudes terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores.

Modelo interpretativo: El objetivo de la relación del médico y el paciente en este modelo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir, de entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus

valores. El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible y ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores.

Modelo deliberativo: El objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarle posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.

Por otro lado, la satisfacción del paciente en la relación trabajador de salud-paciente se evaluará mediante una adaptación del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9). El análisis del cuestionario permitirá relevar 3 dimensiones: Satisfacción, Comunicación, Accesibilidad.

Métodos de recolección de datos:

El tipo de indagación que llevamos a cabo es un estudio de tipo exploratorio, descriptivo transversal.

Los instrumentos de recolección de datos para la obtención de la información son:

-Encuesta anónima "Percepción de violencia en los contextos de salud", elaborada por Paravic y cols. (2000), adaptada al contexto hospitalario y teniendo como referencia la operacionalización de las variables descripta para indagar: el tipo de conductas violentas percibidas, los horarios, las situaciones, las intensidades en las que se presentan, las respuestas de afrontamiento, los agentes agresores y los factores que predisponen a estos hechos.

- MBI (*Inventario de Burnout de Maslach*). Se trata de la encuesta más frecuentemente utilizada para evaluar burnout ideada en 1981 por la psicóloga norteamericana Cristina Maslach y constituye un instrumento cuantitativo para medir y comparar la intensidad de este síndrome, valorando el respeto por los trabajadores por parte de los superiores, entre pares y con los otros profesionales; la orientación de los incentivos materiales y simbólicos, la consideración personal, la calidez del trato, el soporte afectivo e institucional, etc. Se utilizará la adaptación del mismo al

castellano. Si bien se considera que el MBI se muestra insuficiente para la realización de un diagnóstico exhaustivo y completo del síndrome, es, sin embargo, la herramienta más utilizada para su estimación psicométrica. Este instrumento evalúa en qué grado están afectadas en el individuo las dimensiones que lo componen, es decir, la existencia de sintomatología que da lugar a identificar su presencia, pero sin aludir a las posibles causas ni a cuáles son los factores sobre los que hay que incidir para actuar de modo preventivos.

- *Entrevista semiestructurada administrada a los trabajadores y diseñada para triangular los siguientes datos:* a) Indicadores de desgaste laboral MBI (*Inventario de Burnout de Maslach*), b) Presencia o ausencia de episodios de violencia laboral.

Entrevista semiestructurada administrada a usuarios y diseñada para triangular los siguientes datos: a) Calidad de la relación trabajador de salud- paciente percibida. Este aspecto se medirá mediante una adaptación del instrumento PDRQ de 9 preguntas. Se trata de una herramienta objetiva, validada y fácilmente aplicable que evalúa la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente, b) Episodios de violencia externa.

Las entrevistas se analizarán en base a la selección de fragmentos discursivos significativos, que serán agrupados conformando distintas categorías para el análisis.

Se prevé capacitación en la utilización de software Atlas ti para cumplir con este objetivo para lo cual se buscará asesoramiento pertinente.

Los cuestionarios serán analizados en una base de datos diseñada para tal fin que nos permitirá analizar frecuencias, prevalencias e identificar opiniones significativas según objetivos planteados.

Se realizarán para ambos tipos de instrumentos pruebas piloto que nos permita modificar y corregir antes de abordar el universo seleccionado.

Los becarios y su director académico no realizarán sus tareas en un territorio común, sin embargo, se propiciarán los medios y las condiciones para propiciar una interacción permanente.

Se plantea realizar reuniones periódicas de planificación semanal y metas mensuales para llegar a los objetivos propuestos en el análisis de resultados parciales y definir el estado de la investigación.

Se prevé ir construyendo de modo continuo la redacción y sistematización del proceso de modo de garantizar un producto de calidad al momento de los informes de avance de la propuesta.

Los objetivos específicos y sus metodologías propias serán realizadas en simultáneo garantizando las necesidades específicas de capacitación para que la oportunidad de la beca garantice un avance en el desarrollo de herramientas de investigación en salud, ya que se considera de gran valor la existencia de profesionales analíticos y reflexivos en el

ámbito de la salud mental dada la compleja situación de salud de la población local y de sus determinantes.

Por otro lado, se sugiere además recurrir a asesoramientos metodológicos y-o lecturas críticas de profesionales reconocidos en la temática a aborda.

En cuánto al riesgo de ocurrencia de sesgos en esta etapa de la investigación, en tanto se los cuestionarios administrados son anónimos, no podemos conocer la causa de la no respuesta a algunos ítems o la no realización de alguno de ellos - salvo expresa mención por escrito-; o por qué aparecen respuestas con varias puntuaciones a la misma pregunta (que son neutralizadas para que no produzcan variaciones sesgadas); no pudiéndose establecer si los participante no han entendido la pregunta o simplemente no la han querido contestar, o no han respondido correctamente.

4.4. Plan de trabajo

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Conocer variables asociadas a la percepción de violencia tanto desde la perspectiva de los usuarios como de losabajadores, tales como: el tipo de conductas violentas percibidas, los horarios, las situaciones, las intensidades en las que se presentan, las respuestas de afrontamiento, los agentes agresores y los factores que predisponen a estos hechos.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	PRODUCTOS ESPERADOS
Realizar reunión del equipo de trabajo (directores, becarios) de modo de transferir y compartir conocimiento sobre el estado del proyecto, sus objetivos, actividades y metas, y aquellas consideraciones de índole administrativas que estarán bajo la	Coordinadores de Reunión (DIRECTOR ACADEMICO y DIRECTOR EJECUTIVO)	Asignación de tareas

responsabilidad individual de cada becario.		
Adaptación de la encuesta anónima "Percepción de violencia en los contextos de salud", elaborada por Paravic y cols. (2000), adaptada al contexto hospitalario.	Adaptadores (BECARIO PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA, CIRUJANO EMERGENCIAS)	Encuesta "Percepción de violencia en los contextos de salud" adaptada.
Diseño de formato de base de datos	Diseñadores (CIRUJANO EMERGENCIAS, PSIQUIATRA)	Base de datos para variables identificadas en la encuesta "Percepción de violencia en los contextos de salud"
Administración de la encuesta "Percepción de violencia en los contextos de salud", elaborada por Paravic y cols. (2000), adaptada al contexto hospitalario.	Encuestadores (TODOS LOS BECARIOS)	150 Encuestas Administradas
Carga de datos	Data entry (3 BECARIOS)	Base de datos completa
Reunión de Equipo / Asesoría metodológica de análisis de resultados	Coordinador (DIRECTOR EJECUTIVO) Asesor metodológico (DIRECTOR ACADEMICO)	Asesoría metodológica Transferencia de conocimientos
Análisis de la de la información obtenida.	Coordinador (DIRECTOR ACADEMICO) Analistas (TODOS LOS BECARIOS)	Información de la encuesta analizada

OBJETIVO ESPECIFICO 2:

Identificar indicadores de desgaste laboral (Burn out) en los trabajadores de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini vinculados con la presencia o no de episodios de violencia laboral así como con el tipo de violencia y los agentes agresores.

ACTIVIDADES	ROL	PRODUCTOS ESPERADOS
Realizar reunión del equipo de trabajo (directores, becarios) de modo de transferir y compartir conocimiento sobre este objetivo específico.	Coordinadores de Reunión (DIRECTOR ACADEMICO y DIRECTOR EJECUTIVO)	Asignación de tareas
Diseño de formato de base de datos para Cuestionario MBI	Diseñadores (CIRUJANO EMERGENCIAS, PSIQUIATRA)	Base de datos para variables identificadas en Cuestionario MBI
Administración del Cuestionario MBI	Encuestadores (TODOS LOS BECARIOS)	150 Cuestionarios Administrados
Carga de datos	Data entry (3 BECARIOS)	Base de datos completa
Reunión de Equipo / Asesoría metodológica de análisis de resultados	Coordinador Reunión (DIRECTOR EJECUTIVO) Asesor metodológico (DIRECTOR ACADEMICO)	Asesoría metodológica Transferencia de conocimientos
Análisis de la de la información obtenida.	Coordinador (DIRECTOR	Información del Cuestionario de Maslach analizada

	ACADEMICO)	
	Analistas (TODOS LOS BECARIOS)	
Diseño de entrevista semiestructurada dirigida a trabajadores.	Diseñadores (TODOS LOS BECARIOS)	Entrevista Semiestructurada
Prueba piloto de instrumento	Entrevistadores (TODOS LOS BECARIOS)	Prueba Piloto
Modificación del instrumento	Analistas (TODOS LOS BECARIOS)	Instrumento modificado
Reunión de Equipo / Asesoría metodológica de análisis de resultados	Coordinador Reunión (DIRECTOR EJECUTIVO) Asesor metodológico (DIRECTOR ACADEMICO)	Asesoría metodológica Transferencia de conocimientos
Correlacionar datos obtenidos en ambos instrumentos (MBI y entrevista semiestructurada)	Coordinador (DIRECTOR ACADEMICO) Analistas (TODOS LOS BECARIOS)	Datos correlacionados

OBJETIVO3:

Establecer relaciones entre la calidad de la relación trabajador de salud- paciente percibida por los usuarios y los episodios de violencia externa sobre el trabajador.

ACTIVIDADES	ROL	PRODUCTOS ESPERADOS
Realizar reunión del equipo de trabajo (directores, becarios) de modo de transferir y compartir conocimiento sobre este objetivo específico.	Coordinadores de Reunión (DIRECTOR ACADEMICO y DIRECTOR EJECUTIVO)	Asignación de tareas
Adaptación del cuestionario PDRQ de 9 preguntas.	Adaptadores (BECARIO PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA, CIRUJANO EMERGENCIAS)	Cuestionario PDRQ de 9 preguntas.
Diseño de formato de base de datos para cuestionario PDRQ de 9 preguntas.	Diseñadores (CIRUJANO EMERGENCIAS, PSIQUIATRA)	Base de datos para variables identificadas en Cuestionario PDRQ de 9 preguntas.
Administración del cuestionario PDRQ de 9 preguntas.	Encuestadores (TODOS LOS BECARIOS)	100 Cuestionarios Administrados
Carga de datos	Data entry (3 BECARIOS)	Base de datos completa
Reunión de Equipo / Asesoría metodológica de análisis de resultados	Coordinador Reunión (DIRECTOR EJECUTIVO) Asesor metodológico (DIRECTOR ACADEMICO)	Asesoría metodológica Transferencia de conocimientos

Análisis de la de la información obtenida.	<p>Coordinador (DIRECTOR ACADEMICO)</p> <p>Analistas (TODOS LOS BECARIOS)</p>	<p>Información del Cuestionario de 9 preguntas.</p>
Diseño de entrevista semiestructurada dirigida a usuarios.	<p>Diseñadores (TODOS LOS BECARIOS)</p>	<p>Entrevista Semiestructurada</p>
Prueba piloto de instrumento	<p>Entrevistadores (TODOS LOS BECARIOS)</p>	<p>Prueba Piloto</p>
Modificación del instrumento	<p>Analistas (TODOS LOS BECARIOS)</p>	<p>Instrumento modificado</p>
Reunión de Equipo / Asesoría metodológica de análisis de resultados	<p>Coordinador Reunión (DIRECTOR EJECUTIVO)</p> <p>Asesor metodológico (DIRECTOR ACADEMICO)</p>	<p>Asesoría metodológica</p> <p>Transferencia de conocimientos</p>
Correlacionar datos obtenidos en ambos instrumentos (PDRQ de 9 preguntas y Entrevista semiestructurada)	<p>Coordinador (DIRECTOR ACADEMICO)</p> <p>Analistas (TODOS LOS BECARIOS)</p>	<p>Datos correlacionados</p>

RESULTADOS:

Esta investigación incluye información preliminar obtenida a partir de un abordaje exploratorio y transversal en el Hospital Dr. Alberto Balestrini que a través de encuestas anónimas de elaboración propia junto a cuestionarios estandarizados permitieron conocer algunos datos parciales sobre la percepción de la violencia en la relación personal sanitario - usuario desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios y su impacto en la salud mental de los trabajadores (Síndrome de Burnout) los Servicios de Emergencia de los efectores públicos de atención de la salud de la Provincia de Buenos Aires.

En lo que concierne a los aspectos éticos del estudio, se ha presentado el estudio a los trabajadores, a las autoridades del área, al Comité de Docencia, y se ha comunicado por escrito y verbalmente tanto los fundamentos y objetivos del mismo como las solicitudes de información, aclarando debidamente en cada ocasión que el cuestionario y las entrevistas eran anónimos.

Hasta el momento, solo se han instrumentados las herramientas de relevamiento de las variables descriptas en el Servicio de Emergencia del Hospital Balestrini por lo que se trata de información parcial, si bien, se estima como meta que esta misma tarea se haga extensiva a otros servicios de la Provincia de Buenos Aires para que este estudio adquiera características multicéntricas que reflejen con mayor validez y confiabilidad el fenómeno descripto.

Resultados de la Entrevista anónima "Percepción de violencia en los contextos de salud"

Con respecto a la entrevista anónima "Percepción de violencia en los contextos de salud", adaptada al contexto hospitalario y teniendo como referencia la operacionalización de las variables descriptas, la población encuestada hasta el momento está conformada por:

- 35 profesionales médicos y licenciados pertenecientes al Servicios de Emergencias del Hospital Alberto Balestrini (18 hombres y 17 mujeres): 5 residentes de clínica médica, 5 cirujanos generales (1 mujer), 5 emergentólogos, 2 psicólogos, 5 médicos anesestesiólogos, 3 traumatólogos, 2 trabajadores sociales y 8 médicos que no especificaron su especialidad (entre ellos 4 mujeres); de entre 28 y 57 años, con un promedio de edad de 37 años (uno de ellos no especificó la edad); con un promedio de entre 2 y 6 años de trabajo en el Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini. 27 de ellos

informan tener otro trabajo (entre ellos 3 médicas) y 8 no (entre ellos 2 médicas); uno solo de ellos ha tenido licencias por enfermedad, con un máximo de 50 días sin trabajar en el último año (2 sin especificar) y un promedio de 15 días sin trabajar; ninguno informa padecer enfermedades físicas o psíquicas crónicas; dedican entre 10hs y 98hs semanales a no trabajar (5 sin especificar), con un promedio de 65hs semanales dedicadas al ocio (se entiende que sólo han considerado los días del fin de semana y de descanso, y 4 no lo han especificado).

- 15 enfermeras (entre ellas 2 supervisoras) y 6 instrumentadoras del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini; de entre 21 y 40 años, con un promedio de edad de 30 años; con entre 2 y 7 años de trabajo en el Servicio de Emergencias del Hospital y un promedio de 9 años en la profesión; 18 de ellas tienen otro trabajo y solo 3 informan no tenerlo; 2 de ellas han pedido licencia por enfermedad y han estado hasta 15 días con un promedio de 7 días sin trabajar en el último año; una informa tener enfermedad crónica; dedicar entre 16hs y 80hs a no trabajar en la semana (5 sin especificar), con un promedio de 48hs semanales (se comprende que han considerado sólo el fin de semana, y 5 no han especificado).
- 16 administrativos del Área de Admisión del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini; de entre 23 y 36 años, con un promedio de edad de 27 años; con entre 1 y 5 años de trabajo en el Servicio de Emergencias del Hospital. Todos los entrevistados eran novatos en la tarea y no contaban con otro trabajo. 10 de ellos han pedido licencia por enfermedad y han estado hasta 30 días con un promedio de 15 días sin trabajar en el último año; 6 de ellos informan tener enfermedades de salud mental de carácter crónico; dedicar entre 10hs y 30hs a no trabajar en la semana, con un promedio de 48 hs semanales (se comprende que han considerado sólo el fin de semana, y 5 no han especificado).
- 45 usuarios de los Servicios de Emergencia del Hospital Balestrini de entre 25 y 66 años, con un promedio de edad de 45 años.

En cuanto al tipo de conductas violentas percibidas un 29% de los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini refirió haber sufrido violencia de tipo física, 45% de tipo psíquica y un 6 % de tipo sexual.

Por otro lado, los trabajadores del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini dijeron sufrir en un 35 % de los casos violencia física, un 85 % violencia psíquica y ninguno dijo haber sufrido violencia sexual por parte de los usuarios.

En este sentido, la violencia psíquica cobra gran relevancia en el contexto laboral estudiado.

Las relaciones humanas muchas veces tienen componentes que cuesta decodificar. Sin embargo, hay formas de vinculación que pueden llevar al desgaste y la destrucción. Si bien en la actualidad el tema de la violencia se ha instalado socialmente en todas sus formas, estos resultados evidencian que la violencia no quede circunscrita a la llamada violencia física. Muchas veces nos quedamos con las imágenes extremas y tremendas de golpes físicos, que dejan una clara huella en el cuerpo. Pero pocas veces consideramos otros tipos de violencia que dejan marcas, aparentemente no visibles pero sostenidas en el tiempo.

Este estudio, evidencia de forma preliminar que estas marcas se instalan en el plano emocional y se manifiestan en el modo de vinculación con el otro. Es por este motivo que tienden a repetirse si no se hacen conscientes.

Tanto los usuarios como el personal sanitario del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini dijeron que los episodios de violencia prevalecieron en el horario nocturno, que corresponde a la franja horaria de guardia de 24 hs a 8hs (85 % en el caso de los trabajadores y un 70 % en el caso de los usuarios).

Los usuarios relataron que las conductas violentas del personal sanitario se presentaron en un 65 % cuando se solicita atención y en menor medida (35 %) cuando se realizan tratamientos o procedimientos. Este resultado, nos lleva a inferir que existen serias fallas en los sistemas de admisión del usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini.

Los trabajadores refirieron que las conductas violentas de parte de usuarios se presentaron en porcentajes similares tanto al realizarles tratamientos o procedimientos (47 %) como al solicitar atención (53 %).

Las intensidades en las que se presentaron los episodios de violencia fueron de tipo moderada (45 % en el caso del personal sanitario y 36 % en el caso de los usuarios) y alta (55% en el caso del personal sanitario y 54% en caso de los usuarios) tanto para los usuarios como para los profesionales. En ocasiones puntuales, estos episodios presentaron una intensidad baja. La prevalencia de grados de intensidades significativos de violencia supone una exposición insidiosa a vínculos violentos en la relación personal sanitario-usuarios.

Las respuestas de afrontamiento de los usuarios frente a respuestas hostiles del personal sanitario fueron en primer lugar aceptar pasivamente y en segundo lugar defenderse verbalmente. La defensa mediante la fuerza física aparece en un muy bajo porcentaje, una vez agotadas las primeras estrategias de afrontamiento. En ninguno de los casos se intentó la negociación de la solución del conflicto, si bien

se informó a la Jefatura o autoridades de turno de forma personal. Algunos usuarios (25 %) refirieron huir frente a estas situaciones desistiendo de la atención de su salud.

Las respuestas del personal sanitario fueron, en primer lugar, defenderse verbalmente y en segundo caso informar a la jefatura o autoridades de turno. En escasos casos, se utilizó la defensa mediante la fuerza física, la huida o la negociación de la solución del conflicto.

Los usuarios dicen haber sufrido en su mayoría (70 %) violencia pasiva o de omisión (indiferencia, la negligencia, el abandono y la falta de solidaridad) de parte del personal sanitario del Servicio de Emergencias. Por el contrario, el personal sanitario refiere haber sufrido violencia activa en 68 % de los casos (comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que provoca daño a una persona).

Estos indicadores refuerzan la hipótesis de que los usuarios sienten que no se los reconoce como sujetos en la relación de atención sanitaria de este Servicio de Emergencias mientras los trabajadores se ven expuestos a episodios de violencia manifiesta, lo cual se transforma en un escenario propicio para alimentar toda una serie de mecanismos defensivos tendientes al trato objetivante de estos mismos usuarios.

En los factores provenientes del agresor, se encuentra que el personal sanitario ha sufrido hechos de violencia de parte de usuarios que abarcan el gradiente etario que va de entre 17 a los 40 años, predominantemente de sexo masculino, con abuso de drogas y problemáticas de salud mental.

Por otro lado, los usuarios identifican que se han sentido agredidos por parte de trabajadores que se encuentran en extremos etarios (de 35 años a 70 años), sin predominio de sexo (la proporción fue similar entre trabajadoras y trabajadores) con características de lo que refieren como "temperamento hostil" y actitudes despersonalizadas frente a sus expectativas de cuidado.

Los usuarios han señalado que predomina el modelo paternalista en el vínculo con el personal sanitario (80 %). El modelo informativo aparece en escasas oportunidades (20%) es decir que el usuario no recibe toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee. Y en ningún caso establecieron una relación personal sanitario-paciente atravesada por el modelo interpretativo por lo que podemos inferir que no hubo consideración del personal sanitario por los valores del usuario al momento de vincularse.

Con respecto a la valoración de los usuarios de la relación personal sanitario-usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Balestrini, tanto las dimensiones de satisfacción, comunicación, y accesibilidad arrojaron valores bajos, dando cuenta de una calidad insuficiente y escasa en la dinámica del vínculo.

En este sentido, los usuarios refirieron que esta baja satisfacción motivo en ocasiones reacciones violentas y de queja insistente con el personal sanitario de Emergencias.

Por otro lado, el personal sanitario del Hospital Balestrini refiere sentirse poco valorados por los usuarios del Servicio de Emergencias.

Resultados del Test de Maslach Burnout Inventor (MBI)

En cuanto a la percepción que tiene el conjunto de trabajadores del sector encuestados a través de MBI con respecto al ítem Agotamiento Emocional (AE) surge que el mismo expresa un alto a moderado índice de burnout (55% y 23% respectivamente), con lo que un 73% del total de los encuestados se sitúan en estos rangos, lo cual los convierte en indicadores de una presencia significativamente alta de desgaste laboral.

Por su parte, el ítem Despersonalización (D), aunque en un rango algo menor, presenta también un alto a moderado nivel de burnout: un 68% (que surge del 48% bajo+ el 20% con un nivel moderado)

Mientras que la valoración del ítem correspondiente a la Realización Personal (RP) se muestra en un nivel bajo, lo cual es un indicador altamente significativo de Burnout en un 70% de los encuestados, conformado por un 40% con un nivel alto, un 30% con un moderado nivel y sólo un tercio con bajo nivel de burnout.

El 75 % de los trabajadores vincularon este desgaste mental al trato hostil y agresivo por parte de los usuarios infiriendo sentimientos de malestar laboral que se derivan del desequilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas.

IMPACTO POTENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

“Debió notarse mi inquietud, porque la primera noche una enfermera me dio un comprimido que ingenuamente tomé. Al día siguiente estuve somnoliento y enojado sin saber por qué, durante todo el día. Cuando, por la noche, nuevamente me dieron la pastilla, pregunté de qué se trataba y la enfermera me contestó: Lo ignoro. Mientras tanto, esperaba el examen del funcionamiento del marcapaso para que se me diera el alta hospitalaria; pero, por dificultades de coordinación, eso no se pudo realizar el día martes y amenazaba prolongarse en forma indefinida sin razones claras que lo justificaran. Por lo que el día miércoles hice saber (vía Asia y María) que, o me daban el alta o me iba sin ella. Me dieron el alta y me fui a mi casa en el que se convirtió en uno de los días más felices de mi vida. Aquí terminan las anécdotas, contadas así y en retrospectiva, algunas parecen graciosas. Desde la cama donde las viví, no me hicieron ninguna gracia. (...)” *Visión desde la cama del paciente. MARIO TESTA*

Con respecto al impacto de este estudio, consideramos que el mismo abre la posibilidad de un debate amplio entre trabajadores y gestores, para intercambiar sobre las ideas, las acciones y las políticas que abordan los resortes de la llamada calidad de vida profesional y su vinculación con la calidad de atención centrada tanto en el usuario como en el personal sanitario.

A pesar de que los resultados obtenidos, son acercamientos preliminares a la problemática objeto de la monografía, es esperable que el mismo arroje pautas y elementos de orientación sobre los que puedan basarse actividades y dispositivos tendientes a promover y sostener un ambiente propicio de bienestar laboral, al tiempo que permitan detectar con anticipación aquellos gérmenes de violencia externa e interna que conllevarían al sufrimiento, el estancamiento y el abroquelamiento en prácticas rígidas, fragmentadas y deshumanizadas de la atención y la realización profesional en salud, con efectos deletéreos en la

relaciones entre los usuarios de salud y los trabajadores de los Servicios de Emergencia de la Provincia de Buenos Aires.

Así, en términos de prevención de situaciones de dificultad y de vulnerabilidad laboral, entendemos que la perspectiva clínica clásica y habitual de enfoque individual posee una potencia limitada, puesto que significa que la prevención ha fallado y pasamos a identificar los escenarios de tensión mediante el diagnóstico y tratamiento de los daños a nivel subjetivo y singular.

Si bien no debe desestimarse su abordaje específico en casos puntuales de conflicto, el análisis no debe centrarse en las supuestas características, debilidades estructurales o funcionales del individuo que pudieran revelar una hipotética propensión o una cierta falta de resistencia a las situaciones de stress.

En esta línea entendemos, se pueden encuadrar medidas de promoción y prevención de la salud de los trabajadores en tres niveles distintos y complementarios de actuación.

Por otro lado, podemos implementar actividades de corte fundamentalmente "organizativas"; que fomenten o propicien las "interacciones" entre los trabajadores de salud y los usuarios para mejorar la calidad de atención.

Los desarrollos de esta propuesta podrían resultar de utilidad para la promoción de políticas incentivadoras, con especial énfasis en la equidad y la justicia en la distribución de cargas laborales y de recursos, el incremento de autonomía y responsabilidad de los profesionales y el reconocimiento social y laboral del trabajo realizado, siguiendo los lineamientos del Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Emergencias Hospitalarias promovido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con especial énfasis en la incentivación de políticas públicas basadas en la equidad y la justicia, el incremento de autonomía y responsabilidad de los trabajadores sanitarios y el reconocimiento social y laboral del trabajo realizado.

Por otro lado, la **Gestión de Calidad Total** es la forma de gestión de la organización centrada en la Calidad, basada en la participación de los miembros, apunta al éxito a largo plazo a través de la satisfacción de los usuarios y a proporcionar beneficios para todos los miembros de la organización y de la sociedad.

La *calidad percibida* implicaría satisfacer las expectativas de los usuarios, la *calidad técnica* determina la capacidad del servicio para resolver los problemas o necesidades de los usuarios, definidos por los profesionales a través del grado en que el proceso se ajusta a lo que se considera buena práctica en cada momento y la *calidad de gestión* se refiere al uso

más eficiente de los recursos disponibles dentro de los límites marcados por las autoridades o terceros pagadores.

Los desarrollos presentados constituyen un diagnóstico de situación inicial que podría promover como meta final la evaluación de Calidad Total de los Servicios de Emergencia en la Provincia de Buenos Aires como herramienta estratégica para alcanzar: un alto nivel de excelencia del personal sanitario profesional y no profesional, el uso eficiente de los recursos, mínimo riesgos para el usuario, alto grado de satisfacción por parte del usuario y un impacto final en la salud, atendiendo a expectativas explícitas, respondiendo a criterios de idoneidad máxima y produciendo consecuencias o resultados de excelencia.

✓ *Nivel organizativo:*

Capacitar sectorialmente a quienes tengan puestos jerárquicos en los Servicios de Emergencias acerca de estilos participativos de conducción de personal que promuevan el diálogo y fomenten climas laborales favorables.

- Identificar las situaciones psicosociales que promueven el bienestar entre los trabajadores/as y su relación con los usuarios.
- Implementar actividades que sostengan la integración de una visión conjunta entre los objetivos de la organización y los percibidos por los trabajadores/as.
- Promover el mantenimiento del trabajo en equipo.
- Alimentar las oportunidades de capacitación continua y desarrollo del trabajo en los Servicios de Emergencia que mejoren los recursos instrumentales así como la competencia psicosocial.
- Apuntalar el establecimiento de líneas claras de responsabilidad.
 Mantener conjuntamente con los trabajadores/as el diseño óptimo de las competencias, funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral, evitando ambigüedades y conflictos de roles.
- Conservar el establecimiento de objetivos claros para cada función.
- Sostener el equilibrio entre las demandas en lo referente a la carga de trabajo y la adecuada oferta de atención.
- Preservar las redes de comunicación entre usuarios y trabajadores de la salud.
- Fomentar la colaboración permanente en la organización en detrimento de las lógicas organizacionales competitivas.
- Fortalecer los dispositivos de soporte para proteger tanto a los trabajadores como a los usuarios de las situaciones de violencia.
- Mantener los recursos materiales y simbólicos adecuados para conseguir los objetivos del trabajo y contribuir a la misión y visión institucional, promoviendo lazos cada vez más estrechos con la comunidad en la que se inserta.

Mejorar la formación continua del recurso humano con las características y perfil de médico emergentólogo como de aquellos trabajadores que desempeñen su tarea en los Servicios de emergencias, que les permitan desarrollar en forma efectiva las responsabilidades y actividades propias de su puesto específico, a la vez, que le permitan afrontar de forma eficaz episodios de violencia.

La capacitación no reemplaza una gratificación dineraria no otorgada por lo que debe ser significativa y funcional para los trabajadores de los Servicios de Emergencias, alentada por motivaciones intrínsecas.

Fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión interdisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana y con la relación personal sanitario-usuarios en los Servicios de Emergencias para facilitar el desarrollo de normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud, promoviendo el uso del conocimiento científico y el desarrollo tecnológico a favor de estilos de atención comprometidos con la preservación y el cuidado de la relación personal sanitario-usuario y el bienestar colectivo en ambientes laborales de salud.

Delinear indicadores que permitan cuantificar la calidad percibida relacionada con la atención en el Servicio de Emergencias para identificar debilidades y fortalezas.

- Realizar periódicamente controles de calidad de los Servicios de Emergencias de la Provincia de Buenos Aires que resulten en una medición del nivel actual de la calidad de los servicios para promover acciones para modificar favorablemente ese nivel, con énfasis en la reducción de episodios de violencia entre usuarios y trabajadores.

✓ *Nivel inter-personal:*

- Apuntalar los vínculos entre los trabajadores/as y usuarios evitando el aislamiento y la despersonalización.
- Respaldar las estrategias de colaboración y cooperación grupal entre los trabajadores/as, con los otros sectores y con los usuarios de los Servicios de Emergencia.
- Sustentar los dispositivos de apoyo para discutir la relación con el trabajo entre los trabajadores, los diferentes sectores y las autoridades.
- Consolidar los ejes participativos de discusión de casos de violencia para lograr la correcta valoración intra e inter-profesional.
- Favorecer un estilo de atención de la salud que ayude a entender más ampliamente el delicado equilibrio del estado de salud/enfermedad y su impacto en el ser

humano y el entorno; para proporcionar elementos que ayuden a interpretar de una manera diferente la salud y el fenómeno de enfermar.

✓ *Nivel individual:*

Apoyo con actividades de orientación profesional al inicio del trabajo.

Fortalecimiento de los recursos personales, manejo de la ansiedad y de protección subjetiva para afrontar el estrés o desgaste laboral en situaciones inevitables de relación con los usuarios.

Colaborar con los trabajadores en la identificación, discriminación y resolución de problemas.

Preservar el manejo del equilibrio y la disociación instrumental entre la (sobre) implicación y la indiferencia con relación a la tarea y al usuario.

Ofrecer dispositivos de apoyo y supervisión profesional a la tarea individual.

Sostener el valor de los recursos o habilidades comunicativas y de negociación para la resolución de los problemas y la transmisión de información al usuario.

Acentuar el reconocimiento personal y colectivo de las actividades adecuadamente finalizadas.

Favorecer mecanismos para establecer una adecuada relación entre el médico y el usuario a través de la aplicación de sus principios: la Autonomía, la Beneficencia, la No Maleficencia y la Justicia;

Complementariamente, como elementos útiles para proteger y promover la salud del trabajador, sería interesante la inclusión de algunas prácticas:

Incorporar e implementar periódicamente recursos y técnicas de monitoreo y evaluación de la tarea, y de autoevaluación de los trabajadores/as para detectar y reestructurar situaciones de violencia laboral que pueden devenir problemáticas.

Fomentar y apuntalar las habilidades de gestión del tiempo, de delegación y de solución de problemas que sostengan la motivación y el sentido del buen desempeño en el trabajo.

Aprender e incluir en los ámbitos de trabajo técnicas de relajación psicofísica para que el trabajador/a esté en mejores condiciones de afrontamiento y recuperación de energía y satisfacción en la actividad laboral.

Con base en el presente estudio y en los antecedentes de trabajo colectivo en el área laboral desde la perspectiva preventiva y promocional y en tanto uno de los ejes prioritarios de la Provincia de Buenos Aires es la seguridad en los Servicios de emergencias del Subsector Público, es recomendable construir y programar espacios de reflexión periódicos sobre la práctica (encuentros, talleres, jornadas científicas y de actualización) acordados y previstos institucionalmente a partir del consenso con el staff del hospital para lograr, como describimos inicialmente:

1. Desestigmatizar los aspectos emocionales de la tarea, el burnout, estrés o desgaste laboral como problemas de un sujeto para entenderlos como parte y emergente del trabajo en el contexto institucional y social en que ocurre, teniendo en consideración que el Síndrome de Burnout describe una situación en que el trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables a pesar de poner en juego todos sus recursos personales.

2. Procesar colectivamente las experiencias de los trabajadores/as para reactivar la valoración intersubjetiva de la labor y la motivación, sosteniendo e incrementando la posibilidad de disfrutar de la tarea desde la ética del cuidado, tanto del usuario y la población, como de los mismos trabajadores/as.

3. Convocar a la participación de los propios trabajadores/as y autoridades en la conformación de un dispositivo transversal de abordaje de la violencia laboral en función de la detección, control, sostenimiento y/o mejoramiento de las condiciones psicosociales e institucionales de trabajo.

4. Generar conocimiento factible de ser aplicado en la resolución de problemas vinculados a la seguridad de los trabajadores en los Servicios de Emergencias hospitalarias del Subsector Público de la Provincia de Buenos Aires.

5. Promover una cultura institucional de la Calidad con el objetivo provocar un cambio de actitud en los trabajadores, que los incite a pensar continuamente en cómo mejorar la calidad en cualquier aspecto concerniente a su trabajo.

6- Crear la figura del Ombudsman de la organización para desempeñar el papel de mediador y definir el comportamiento del o de los acusados de actos de violencia. Este mediador también estaría habilitado en situaciones de baja satisfacción en la relación trabajador de la salud-usuario, evitando la litigiosidad debida e indebida.

CONCLUSIONES

Donde nace la violencia

“Cerrar los ojos no va a cambiar nada. Nada va a desaparecer simplemente por no ver lo que está pasando. De hecho, las cosas serán aún peor la próxima vez que los abras. Sólo un cobarde cierra los ojos. Cerrar los ojos y taparse los oídos no va a hacer que el tiempo se detenga. Si dejas que tu dolor se transforme en ira, nunca desaparecerá”

Existen varias razones para considerar absolutamente imprescindible llevar a cabo una reflexión en torno a los aspectos psíquicos involucrados en la actividad laboral.

Pese a que ha sido un tema presente en todo el recorrido de las tradiciones que comprende la llamada Psicología de las Organizaciones, ello no impide volver a hacer preguntas en dicho ámbito, lo cual conllevaría nuevos alcances y reposicionamientos conceptuales múltiples ante nuevas problemáticas.

Por otro lado, la violencia, desde siempre acompañó, con distintos grados de atrocidad, el proceso cultural humano. Pero si algo caracteriza al agente de la violencia como dispositivo, es la negación de toda verdad que cuestione al saber hegemónico.

El saber canalla excluye y cuando puede aniquila al pensamiento opuesto y a quien lo sostiene; el mismo repudio merece lo que aparezca como distinto, o sólo sea extraño.

En este escenario, el trabajo con el personal sanitario y los usuarios de los Servicios de Emergencias del Subsector Público podría residir en promover la conformación de relaciones y vínculos que conformen redes significativas que faciliten la

admisión de una comunidad de intereses, establecida entre sujetos unidos por ligazones y sentimientos comunes que produzcan identificaciones compartidas. Por otro lado, la violencia necesita de un dispositivo sociocultural, cuyo eje es la encerrona trágica; una situación de dos lugares, el victimario, protegido en su pretensión de impunidad, y la víctima desprotegida de todo auxilio. La proliferación de la violencia laboral en las instituciones de salud evidencia la falta de la presencia eficaz de un tercero de apelación que desarme esa encerrona que adquiere diversas formas de expresión.

En este sentido, las intervenciones psicológicas deben permitir institucionalmente desde este lugar de apelación, el advenimiento de una multiplicidad de voces tanto del personal sanitario de los Servicios de Emergencias (y de otros servicios) como de los usuarios, rescatando sus múltiples puntos de vista, tradiciones e intereses exigiendo acciones de traducción y negociación entre miradas diversas para evitar la aparición de la violencia, como evidencia del fracaso de los elementos interpersonales, individuales y organizativos que conforman la complejidad de la relación personal sanitario- usuario.

Se necesitará, entonces, de una inmensa reconstrucción de los mecanismos sociales que dependerá de la promoción de prácticas innovadoras y la proliferación de experiencias alternativas desde el campo psicológico, centradas en el respeto de la singularidad y en un trabajo permanente de producción de subjetividad.

Desde la lógica de la administración y la gestión hospitalaria, la planificación estratégica refuerza la idea de que no existe un espacio PRIVILEGIADO para desencadenar cambios por lo que desde abajo se pueden gestar modificaciones, que no solo cuestionen la relación personal sanitario-usuario sino que ofrezcan planes de mejora para los Servicios de Emergencias del Subsector Público para establecer y aplicar medidas de bienestar social y laboral sólidas, respaldadas por datos probatorios y fiables, basadas, cuando sea posible, sobre los indicadores y patrones existentes, y que abarquen todo el gradiente social e interprofesional. En este sentido, *aunque nada cambie, si uno cambia, todo cambia.*

¿El modo en que somos mirados por otros no es también una temible consecuencia de cómo nos dejamos ver? A medida que las ciencias de la salud crecen inexorablemente como campos disciplinares, paradójicamente se vuelven incapaces de mostrarse más allá de tecnicismos y procedimientos impersonales, que tienden a la objetivación de los usuarios de las organizaciones de salud.

Una relación saludable entre el personal sanitario y los usuarios evita la mayoría de los cuestionamientos del usuario frenando el incremento de las situaciones de violencia, como posibilidad única de la resolución de la conflictividad implícita o manifiesta.

El usuario desea saber: a veces pide informes parciales, a veces solicita detalles y numerosas aclaraciones a sus dudas. Muchos de sus miedos demandan

comprensión y apoyo. En algunos casos incluso necesita la "complicidad" o la prudencia del personal de salud en el informe a sus familiares.

Cada usuario que se presenta con un padecimiento es un individuo, requiere una atención personalizada y supone que ella sea integral, lo cual se dificulta muchas veces de forma significativa en los Servicios de Emergencias por la voracidad de las demandas a las que se ven expuestos los trabajadores de esta área en el Subsector Público.

El usuario está preocupado por su malestar físico, pero también por las posibles consecuencias del accionar del personal sanitario u su omisión. Su mente rechaza o acepta el mal que lo aqueja, no reacciona como quiere, sino como puede y no siempre colaborando con las necesidades de su búsqueda de ayuda.

Un usuario que se ha sentido violentado una vez, tiende a desconfiar del personal sanitario y se halla expuesto al abandono, la angustia y a un futuro dramático. Se rige por el "nunca más" o el "nada más" y su desilusión hacia la vida misma lo lleva a actitudes que todos los días lo deterioran un poco más.

En este sentido, estas reflexiones nos advierten que no somos conscientes, porque no nos enseñaron, cómo nuestra mirada, nuestra postura existencial, es decir nuestro sistema de creencias condiciona necesariamente las posibilidades de realización de otro ser humano.

Si pudiésemos hacer una mirada apreciativa, sin prejuicios, para concentrarnos en las bondades, las virtudes y los valores del otro, sin perder el pensamiento crítico, si lográramos liberarnos de falsas creencias, de proyecciones, que se tratan de lo que el otro piensa que yo pienso sobre él, la realidad así dada nos permitiría abrir nuevas posibilidades para crear nuevas formas de vincularnos.

La necesidad de reformar los servicios hospitalarios y la dificultad para hacerlo reside principalmente, entonces, en las características ideológicas de muchos de los sujetos involucrados en la problemática descrita en este trabajo.

En este sentido, es necesario invertir en la formación específica del personal sanitario para no solo potenciar factores de protección y autocontrol y técnicas de comunicación sino que es necesaria la reconstrucción de todo un sistema de creencias, que desde la base formativa más temprana, propicie relaciones saludables con los usuarios.

Es necesario, indagar y evaluar la formación del personal sanitario de Emergencias para correrla de consignas estereotipadas, reduccionistas, que eliminan problemáticas más singulares y desarrollar prácticas específicas que tiendan a modificar y a reinventar formas de ser.

Por otro lado, rescatar la perspectiva de los usuarios permite ubicar al equipo de salud con un papel trascendental en la promoción de los ambientes de trabajo libres de violencia, facilitando el logro de un alto nivel de bienestar. En este

aspecto, es importante considerar las situaciones que el usuario percibe como violentas, para permitir al equipo de salud intervenir previniendo su aparición.

De esta forma debe trabajarse por ambientes saludables que consideren las relaciones humanas positivas, un ambiente físico en buenas condiciones, el respeto de los derechos en salud de los usuarios y eliminar la violencia que genera enfermedad.

La realidad social en la que se encuentran inmersas las instituciones sanitarias, los modos de vida humanos, individuales y colectivos, evoluciona en el sentido de un progresivo deterioro y se encuentran a menudo definidos por una especie de estandarización de los comportamientos.

Usualmente el personal sanitario es pensado como un sujeto que debería comprometerse a "normativizar" a los sujetos. Aquí se hace presente la dicotomía salud-enfermedad imprimiendo marcas en la forma de pensar los objetivos de las intervenciones, centrando la función una vez más en plano de las prácticas asistenciales con personas "enfermas" desconociendo los aspectos curativos de esa relación.

En todo caso, se trata de una vez más de la idea de un trabajador que actúa como un agente que promueve el repliegue de la subjetividad sobre sí misma, y por lo tanto, de un rechazo de sus vínculos inmediatos con los demás.

Resulta relevante visibilizar estos sentidos enraizados que se les atribuye al rol de los trabajadores de los Servicios de Emergencias, con el objeto de poder reflexionar sistemáticamente antes, durante y después de su capacitación para que la articulación entre el hacer y conocer tiendan a generar cambios superadores.

Desde esta perspectiva, otro de los aportes de la Psicología es devenir en un factor que colabora para realizar algún movimiento que permita un acercamiento a un fenómeno de transformación de prácticas tradicionales, cuestionando la existencia de congelamientos históricos de significación o cristalizaciones de poderes discursivos que promueven vínculos violentos, desde un lugar que permita generar condiciones de posibilidad para reducir la distancia entre la investigación, el conocimiento, la capacitación y la práctica.

La formación en salud contiene arraigos institucionales y discursivos que en la práctica si no se relativizan podrían presentarse como obstáculos a la construcción de conocimiento colectivo y la concreción de una indagación conjunta con el usuario.

Es importante tener en cuenta, entonces, que las distintas disciplinas se sitúan transversalmente en los campos y áreas de la actividad humana y por su misma transversalidad, rompen con la impregnación ligados al paradigma clínico para plantear intervenciones conjuntas en problemas de salud pública que necesitan el surgimiento de conocimiento especializado, producto de aprendizajes basados en la interacción continua entre teoría y experiencias prácticas.

Por otro lado, la normalización y naturalización de una situación de padecimiento redundan en una deshumanización de espacios y de prácticas estrechamente vinculados a la calidad de atención.

En esta línea, es necesario proponer espacios en las organizaciones sanitarias y en los espacios educativos que permitan recuperar la dimensión humana y su impacto sobre la subjetividad en un momento fundante del quehacer profesional, con la creación de espacios horizontales de reflexión conjunta, sobre las propias prácticas y sobre el plano institucional, que involucre a los diferentes sujetos implicados.

Por otro lado, concebir políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo atravesadas por la búsqueda de la reducción de la violencia en la relación personal sanitario-usuario, implica ir más allá de la evaluación de las condiciones de contratación.

Requiere una decisión de apostar por la diversidad y operar como una instancia propicia para incidir en los espacios de información y formación, adaptándolos a los requerimientos de la comunidad y de la salud pública en su conjunto, como una forma de dirigir la atención y sensibilización hacia la satisfacción del usuario y el trato humanizado.

A su vez, dicha sensibilización aún no sería suficiente para producir un cambio y orientar decisiones. Es necesario un cambio en la oferta laboral que considere las demandas de los recursos humanos de salud, en relación a la priorización de su proyecto vital, lo cual implica fortalecer los vínculos entre las instituciones de formación y los espacios sanitarios del subsector público.

La cuestión de la gestión de la organización hospitalaria ha señalado que el factor humano se manifiesta como un factor clave para alcanzar la denominada 'calidad total'.

La calidad total es un sistema de dirección concebido de modo que pueda proporcionar una estructura organizativa flexible, un estilo de dirección participativo, un sistema de motivación perfeccionado, un sistema de comunicación y un sistema de planificación y de control adecuados. Todo incluido en lo que llama una dirección estratégica.

De esta manera se entiende por calidad no sólo el conjunto de características que debe tener un producto –un bien de servicio en este caso– para que sea satisfactorio a quien lo recibe, sino, algo que también debe satisfacer al recurso humano que lo produce, además de a sus directivos.

La actividad laboral que un sujeto desempeña en su puesto de trabajo se encuentra sometida a horarios, a distintos encuentros y obligaciones, o a una gama precisa de "comportamientos esperados y esperables" y en toda tarea sea del tipo que sea, hay una necesaria participación del psiquismo.

¿Pero qué sucede cuando la organización del trabajo en el que se desempeña un sujeto es patógena, o sea, dañina para el psiquismo? Lo que sucede es que el

aparato psíquico se protege de ese daño estructurando una serie de mecanismos defensivos.

Este estado de equilibrio inestable entre los factores patógenos provenientes de la organización del trabajo y los procedimientos defensivos elaborados por los trabajadores es lo que configurara el sufrimiento.

El sufrimiento del psiquismo experimentado en el vínculo con el trabajo cotidiano de un sujeto nos permite hacer visible que algo falla, muestra una dolencia que interrumpe la continuidad de la actividad laboral como actividad humana.

Este planteo permite, por otro lado, extender el terreno al que hacen referencias las investigaciones de la Psicología Organizacional y reconducirlo hacia un campo de mayor alcance, a decir, la relación entre las instituciones donde los sujetos trabajan y los aspectos psíquicos que en ellas se ven involucradas.

Si el sufrimiento no está acompañado por una descompensación psicopatológica—por una ruptura del equilibrio psíquico que se manifiesta en la eclosión de una enfermedad mental—es porque parte del personal sanitario despliega contra él ciertas defensas que le permiten controlarlo.

Las investigaciones de los Servicios de Emergencias del Subsector Público deberían desarrollarse a partir de la inversión de la pregunta inicial: ¿cómo hacen estos trabajadores para no volverse locos, a pesar de los requerimientos del trabajo a que se ven confrontados?

Lo enigmático es la “normalidad” en sí misma. Podemos sostener un concepto de “normalidad en el sufrimiento”, en que la normalidad aparece no como el efecto pasivo de un condicionamiento social, de un conformismo o de una interiorización de la dominación social, sino como un resultado conquistado en la lucha contra la desestabilización psíquica provocada por los requerimientos del trabajo.

Si bien estas defensas unen a los trabajadores para minimizar el sufrimiento, paradójicamente pueden ser explotadas por la producción: las estrategias defensivas pueden contribuir a hacer aceptable lo que no debería serlo. Por eso, juegan un papel paradójico, pero capital, en el orden de los resortes subjetivos de la dominación. Puede en ciertos casos estimular la producción de “secretos del oficio”, es decir, entre la tarea prescrita y lo que verdaderamente ejecutan los trabajadores existe un desfasaje sin la cual ninguna producción sería posible.

Además, si estas estrategias defensivas, necesarias para la protección de la salud mental contra los efectos deletéreos del sufrimiento, “funcionan demasiado bien” devienen en una trampa que desensibiliza ante aquello que produce sufrimiento, generando un suerte de “anestesia”, que obstaculiza los esfuerzos para repensar y transformar la relación con el trabajo y con los usuarios.

Cuando estos procedimientos defensivos, además, sirven como base para la construcción de un sistema de valores que llevan a promover la defensa como un fin en sí mismo, ocultando su vocación principal de defensa contra el sufrimiento,

o cuando la defensa se transforma en un objetivo en sí, se trata de una ideología defensiva del oficio, cuyo impacto en las relaciones sociales es altamente problemático.

El tipo de trabajo que es capaz de ofrecer una vía de salida favorable al deseo; es aquel en donde le es confiada al trabajador una parte significativa de la concepción del trabajo porque brinda las condiciones necesarias para la instalación de teatros de sublimación. En cambio, en las tareas de ejecución no hay lugar para negociar la puesta en escena, se limitan los espacios para que se desplieguen las capacidades creadoras o de inventiva de los trabajadores.

Trabajar supone un compromiso en profundidad de la subjetividad y la libertad y a cambio de esta contribución, el sujeto espera una retribución: *el reconocimiento*. En este sentido, si bien la sublimación apunta a resolver conflictos intrapsíquicos, se trata de un proceso individual que tiene la particularidad de culminar en el campo social y exigir el reconocimiento por parte de los pares.

En un primer momento, el reconocimiento no alcanza a la persona que trabaja, sino a su trabajo y su poder simbólico se dirige al hacer y no al ser. En un segundo tiempo, es el sujeto quien puede repatriar este reconocimiento del hacer al registro del ser, como construcción de sí, como logro de sí. Se confiere aquí la pertenencia a una comunidad, a un colectivo, a un oficio estableciéndose una *comunidad de pertenencia* a la organización del trabajo.

El reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de juicios (generados por otros), que se refieren al trabajo realizado en tanto al hacer, más no a la persona. Sin embargo, las consecuencias del reconocimiento del hacer conllevan a una posterior gratificación identitaria.

El lugar capital que ocupa el trabajo en la salud mental es precisamente en tanto se constituye como el medio de aportar una contribución a la sociedad y a cambio obtener este reconocimiento que puede inscribirse en la realización del sujeto.

Esta es la razón principal por la que aquellos que están privados de trabajo sufren una morbilidad psicopatológica: privados del derecho de aportar una contribución a la sociedad, están también privados de la posibilidad de proseguir la construcción de su identidad.

La satisfacción laboral se define entonces como "un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto en tanto respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo"; por lo que se convierte en un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular, imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión del capital humano, y por ende, la mejor calidad de servicios prestados.

Así la calidad es un sistema de pensamiento en que la excelencia rige las decisiones y las actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización y en

todos los niveles, incluidas la dirección que formula la política de gestión y se constituye en impulsora de los cambios y/o garante del sistema.

En este sentido, que exista una planificación de la calidad a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios para desarrollar servicios capaces de satisfacerlos y procesos aptos para producirlos es fundamental; pero también es necesaria para llevarla adelante, la conformación y mantención de una estructura organizativa de los recursos y procesos que puedan procurarla, y desde ya, un control: el aspecto más conocido y visible, pero como vemos, no el único ni el más importante.

Desde estas perspectivas, la mejora o el mantenimiento de la calidad no serán consecuencia exclusiva del control de su producto, sino que la misma es la resultante de un proceso planificado que involucra la participación de los trabajadores y es efecto de su motivación como elemento esencial.

Para avanzar en el esclarecimiento de la problemática descrita en esta monografía, será útil presentar, aunque sea en un apretado bosquejo, otro dispositivo también sociocultural, antitético y en ocasiones vecino, a la violencia.

Introduzco la idea de la ternura como primera estación de sublimación, que habrá de producir dos ordenadores fundamentales para los suministros que le son propios a la relación personal sanitario-usuario.

La ternura supone en primer término la empatía que garantiza el adecuado suministro, esencialmente el abrigo y el cuidado. En segundo término, el miramiento, un mirar con amoroso interés a alguien que, es advertido como sujeto otro, sujeto ajeno. Además es la esencia de un tercer suministro, el **buen trato**, idea que alude a la naturaleza propia del amor, conque es pensada la ternura. Desde este buen trato, que suma a los suministros esenciales de la ternura la eficacia de la palabra, el trabajador sanitario podrá donar su código simbólico a quien se encuentra en una situación de disvalia.

Pronto el usuario también pondrá vocablos audibles en las huellas que han dejado las experiencias de satisfacción. Huellas inscriptas en el aparato psíquico como letras capaces de resonar con la palabra propia y ajena por lo que la aparición de la violencia será un indicador más del fracaso de la ternura.

Los corazones humanos no se unen sólo mediante la armonía. Se unen, más bien, herida con herida. Dolor con dolor. Fragilidad con fragilidad. No existe silencio sin un grito desgarrador, no existe perdón sin que se derrame sangre, no existe aceptación sin pasar por un intenso sentimiento de pérdida. Ésos son los cimientos de la verdadera armonía.

Datos complementarios

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Solicitamos su voluntaria participación para poder llevar a cabo el estudio Dirigido por: Lic. Analia Bertolotto.

Si usted se rehusara a participar de dicho estudio puede hacerlo sin necesidad de expresar las razones de tal decisión.

La Investigación en Salud resulta esencial para la formulación de políticas de mejoramiento de la salud de la población en especial en los países en desarrollo como la Argentina.

El presente estudio identificar las distintas percepciones de la violencia en la relación personal de salud - paciente tanto desde la perspectiva de los trabajadores y como de los usuarios de un Servicio de Emergencias de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires. En este sentido, el punto de innovación del estudio reside en rescatar el punto de vista de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, principal foco de atención en este contexto y que ha sido escasamente abordado.

Dicha investigación que se encuentra avalada por el auspicio del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, continúa los lineamientos propuestos por la Guía de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica en Seres Humanos (BPC) establecidos mediante la Resolución 1490/2007, y ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI).

La información por usted suministrada será tratada en un todo de acuerdo con las leyes y/o regulaciones aplicables, asegurando que los resultados del estudio que se publiquen mantengan en forma confidencial y resguardada su identidad como sujeto participante (a).

En el caso de desempeñarse como funcionario público (b) se asume que sus opiniones poseen carácter declaratorio y son de dominio público. En dicho caso se solicita su consentimiento para que se citen frases en forma literal de las opiniones por usted vertidas.

Para su mayor seguridad le otorgamos un mail de contacto por cualquier duda o inquietud que le suscitase durante el tiempo de desarrollo del estudio.

Desde ya agradecemos su colaboración

Entrevistador:

Doy mi consentimiento para ser entrevistado:

Firma: *Firma:*

Aclaración de la firma: *Firma:*

Documento de Identidad: *Identidad:*

Lugar y Fecha: *Fecha:*

Anexo A *Anexo A*

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y de su nivel de satisfacción en él.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente o el número que considere más adecuado.

0= nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; 6= todos los días.

0 1 2 3 4 5 6

1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.									
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.									
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.									
4.	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.									
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.									
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.									
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.									
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando.									
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.									

10.	Siento que me he hecho más duro con la gente.								
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.								
12.	Me siento con mucha energía en mi trabajo.								
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.								
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.								
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.								
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.								
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.								
18.	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.								
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.								
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.								
21.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.								
22.	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.								

Referencias Bibliográficas:

1. Hajar, M., López, M. y Blanco, J. La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México 1997. *Rev. salud pública México* 1997 39(6): 2-9
2. Organización Mundial de la Salud. Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. 1996 Ginebra, (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).
3. Buinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. La violencia en América Latina y el Caribe: un Marco de Referencia para la Acción. 1999 Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C.
4. Barudy, J.; Larraín, S. y Perrone, R. Dinámica de la violencia. En: *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile. 2000
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra OMS 2002
6. Consejo Internacional de Enfermeras, Instituto de Salud Pública, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. 2002
7. OIT, Organización Internacional del Trabajo, OIT/ICN/OMS/ISP. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, documento de trabajo del Programa conjunto de la
8. OIT/ICN/OMS/ISP sobre la violencia en los lugares de trabajo del sector de salud, Ginebra, 2003.
9. *Violence at work*, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.

10. Cezar Eliene, Palucci Marziale María H. VIOLENCIA EN EL TRABAJO EN UNIDAD DE EMERGENCIA DE HOSPITAL DE BRASIL. [internet] Nure Investigación, nº 25, Noviembre-Diciembre 06 consultado ago. 2009.