

**HelpAge
International**

*personas mayores
protagonistas*

Guía de Capacitación de Trabajo en Equipo Interdisciplinario, Coordinación y Continuidad de Cuidados en las Personas Adultas Mayores Rurales



PRO-VIDA PERÚ
“POR EL BIENESTAR DEL
ADULTO MAYOR”

PERÚ

DICIEMBRE 2010

Este trabajo se ha realizado con autorización y supervisión
del Ministerio de Salud



Los Recursos Humanos
NO son la parte más
importante de la
organización

Los Recursos
Humanos SON la
organización

PRO-VIDA PERÚ

“POR EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR”

Jr. Morona 667—Breña

Lima 5—Perú

Telefax: 51-1-3323173

Correo Electrónico: providaperu@infonegocio.net.pe

HELPAGE INTERNATIONAL

Tiene como misión de trabajar en red con sus organizaciones para asegurar que la gente en todo el mundo entienda la contribución de las personas adultas mayores a la sociedad y garantizar sus derechos a salud, servicios sociales, seguridad económica y física.

PRO-VIDA PERÚ

“POR EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR”

Contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores, promoviendo el cambio de una cultura social asistencialista hacia una cultura participativa que brinde oportunidades a la persona adulta mayor y permita capitalizar sus conocimientos y experiencias a favor de una sociedad más equitativa.

Proyecto

“HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO RURAL EN SALUD”

Módulo:

Capacitación de Trabajo en Equipo Interdisciplinario, Coordinación y Continuidad en el Cuidado en las Personas Adultas Mayores de Sectores Rurales

Responsable:

Dra. Blanca Flor Deacon Castillo

Equipo:

Fernando Aguirre Salinas

María Adams Triveño

Juan Gonzales Castillo

Edición y Revisión

Rocío Morante Osos



Contenido

Prólogo	5
Fundamentación.	6
Primera etapa: De grupo a Equipo	9
El Grupo	9
De Grupo a Equipo	15
Trabajar en Equipo Interdisciplinario	17
Equipo Interdisciplinario en Gerontología	21
Segunda Etapa: Coordinación Interdisciplinaria.	24
Confianza en los equipos de trabajo	24
Coordinación para el trabajo en equipo	25
Tercera Etapa: La Continuidad en la Atención	27
Métodos	28
Resultados.....	28
Anexos: Lecturas Complementarias	35
El Grupo	36
La Dinámica del Grupo Satisfecho vs. El Grupo Frustrado	39
La Comunicación en el Grupo.....	44
Taller: Trabajo en Equipo, Coordinación y Continuidad de Cuidados en las PAMs Rurales	46
Referencias Bibliográficas.	55

El trabajo en equipo:
Elemento clave para la
mejora continua



Estimado (a) lector (a):

El incremento de la población de mayor edad en el Perú a una velocidad moderada (9.1% de la población total—INEI, 2008) genera un mayor número de usuarios que acuden a los centros de salud pública con enfermedades agudas y crónicas, que se convierten en problemas complejos de salud, muchas veces difíciles de atender sin previa formación, ya que su manejo requiere de instrumentos propios de la geriatría y gerontología, de normas específicas y de una labor **interdisciplinaria** de su salud.

La atención a la salud de las personas adultas mayores es un ámbito extraordinariamente dinámico y cambiante, tanto en lo referente a sus necesidades como a los requerimientos profesionales de tipo físico, psicológico, social y espiritual.

La presente Guía está diseñada como un material de consulta y capacitación para el personal de los Centros de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) con la finalidad de **promover e impulsar acciones de trabajo en equipo interdisciplinario** dirigidas a mejorar las coordinaciones intra e interinstitucionales que favorezcan la continuidad en los cuidados de las personas adultas mayores, comprendiendo la perspectiva de los usuarios, sus necesidades de información, educación así como los elementos de su contexto cultural que pueden ser a veces barreras para la adopción de nuevas conductas y estilos de vida saludables.

La estrategia metodológica basada en técnicas participativas saberes previos, organizadores gráficos, mapa conceptual con apoyo audiovisual, grupos de discusión y evaluación de entrada y salida ha sido aplicada en un taller desarrollado en Ica y Piura con 80 profesionales de salud y administrativos, representantes de 16 centros y postas de salud de Piura y 11 de Ica. Ellos manifestaron su necesidad de capacitación previa para trabajar en equipo interdisciplinario, que les permita superar las continuas barreras en la comunicación interpersonal y ahorrar tiempo con coordinaciones oportunas y efectivas en un ambiente laboral caracterizado por la sobrecarga en la atención de usuarios.

¡QUE LA GUÍA SEA UNA BUENA COMPAÑÍA!

Fundamentación

El espacio gerontológico está abierto a los saberes de múltiples disciplinas con el objetivo de conocer cómo envejece el ser humano como ser bio-psicosocial, los desafíos que se presentan en el proceso y las diferentes propuestas de trabajo articulado, por lo que se hace necesario construir espacios que permitan visualizar el trabajo con la persona adulta mayor desde una óptica interdisciplinaria.

El **Trabajo en Equipo** es una **competencia clave** a la hora de asumir nuevos retos acordes al cambio en el **enfoque de salud que en la actualidad está más centrado en la comunidad saludable que sólo en la persona saludable**.

Normalmente los integrantes de un equipo desean y valoran ser aceptados por el grupo, encontrar seguridad, ser reconocidos por sus cualidades y capacidad de trabajo; sin embargo, en la práctica encontramos serias dificultades en las interacciones de los grupos, falta de entendimiento mutuo, de comunicación efectiva, sobrecarga laboral, predominio de intereses individuales sobre los grupales que desgastan al grupo, lo “enferman”, lo que lleva a la distancia entre sus miembros con inercia de resultados efectivos o al retiro progresivo de sus integrantes lo que debilita aún más la consecución de objetivos en desmedro del usuario que espera una mejor atención a su salud.

La **Coordinación y Continuidad en los cuidados son dos eslabones básicos para una atención de calidad en salud** que están estrechamente relacionados con el trabajo interdisciplinario favoreciendo la generación de nuevos conocimientos, la investigación e incluso permiten llevar adelante proyectos de mayor magnitud.

Si bien la coordinación y dirección son funciones destacadas e importantes no son efectivas sin la colaboración y continuidad en el trabajo de equipo, no puede existir la una sin la otra. Cada miembro del equipo ocupa una posición y ejerce funciones dentro del mismo que están en relación con su profesión o competencia, experiencia, tiempo que lleva en el servicio, personalidad, actitudes para trabajar en equipo, edad y sexo.

Las tareas ejecutadas por cada uno favorecerán o interferirán el alcanzar el objetivo: el tratamiento y la rehabilitación del paciente con la calidad que se espera.

Ad portas de completar la primera década del siglo XXI, se hace impostergable que la población adulta mayor, particularmente la de zonas rurales tenga acceso a una atención con calidad y calidez, de la que si son beneficiarios en la actualidad un mayor número de Personas Adultas Mayores (PAM) de zona urbana y urbano / marginal, de esta manera pretendemos ir superando las desiguales transferencias de capacidades del personal de salud que labora en sectores rurales y reconociendo los méritos de su trabajo en situación de desventaja, teniendo en cuenta que una institución alcanzará altos niveles de calidad en su gestión si promueve y desarrolla el trabajo en equipo como una competencia clave a la hora de asumir nuevas responsabilidades en el ámbito laboral.

¿Trabajar en equipo interdisciplinario, tarea sencilla o compleja?

¿Algunos de estos casos le resultan conocidos?

1. “Cada uno quiere sobresalir, prevalecen los intereses personales o de cada profesión sobre los intereses grupales, la idea es bloquear, no hay intención de mejorar el sistema”: CONFLICTO DE INTERESES
2. “Unos cuantos trabajan y los demás intervienen casi al final.....para criticar”: AGRUPADOS EN BANDOS
3. “Las propuestas se postergan...se archivan”: NO HAY PRESUPUESTO
4. “Prevalecen las ideas del Jefe”: LIDER AUTOCRÁTICO
5. “No se le da un cariz técnico al trabajo interdisciplinario”: FALTA DE FORMACIÓN INTERDISCIPLINARIA
6. “El jefe pasa a ser miembro del equipo” Si siente que el nuevo Jefe lo supera se pone “con el pie en alto” para traerse abajo otras iniciativas: CAMBIO DE ROLES
7. “Políticamente no les conviene los cambios”. Se busca un Jefe “castrador” con una postura reactiva: INTERFERENCIAS EXTERNAS

La lista de barreras en el trabajo de grupo puede ser muy extensa, seguro que usted recordará varios casos que han terminado perjudicando al usuario y mermando la calidad y calidez en la atención, impidiendo que un **grupo** evolucione a **equipo** y menos aún que se convierta en un **equipo interdisciplinario**.

La Guía está diseñada en tres etapas para el aprendizaje autodirigido y/o como parte de un programa organizado de educación continua.

Primera Etapa: De Grupo a Equipo

El ser humano forma parte de grupos desde su nacimiento, sin embargo a muchos les cuesta ir evolucionando como miembros efectivos en un grupo. Conoceremos y/o recordaremos el proceso de evolución de un grupo, cómo fortalecerlo hasta llegar a ser equipo y cómo se interrelacionan sus miembros para funcionar como un equipo interdisciplinario. El aplicar estrategias de trabajo en equipo toma en cuenta una serie de habilidades, actitudes y conocimientos que van construyendo la confianza entre sus miembros, estableciendo roles para una labor orientada a las metas.

El quehacer interdisciplinario requiere de la motivación, la participación y también del consenso activo de distintos profesionales interactuantes en un determinado medio institucional.

Segunda Etapa: La Coordinación Interdisciplinaria

Un eslabón clave en el trabajo efectivo en salud son las coordinaciones intrainstitucionales que permitirán resultados favorables en las coordinaciones interinstitucionales. Se consideran desde la preparación, negociación, ejecución hasta la evaluación del proceso. donde las redes sólidas que establezcan sus miembros permitan alcanzar mayores niveles de satisfacción, al tener en cuenta que el abordaje gerontológico es fundamentalmente interdisciplinario.

Tercera Etapa : La Continuidad en la atención

Se constituye en una demanda continua de las personas mayores cuando acuden a un centro de salud. El ingresar al consultorio y encontrarse con un personal ya conocido (médico, enfermera, la técnica de salud u otros miembros del equipo) cubre su necesidad de seguridad y aumenta su confianza en un personal que conoce parte de su historia clínica y de su historia personal. La comunicación “cara a cara” entre el usuario adulto mayor y “su” médico o enfermera es crucial, permite establecer la relación de confianza y discreción, elementos indispensables para que el usuario pueda tomar decisiones de manera informada.

Revisaremos juntos cada etapa...



“Trabajar en Grupo constituye un autentico reto... Favorecer la participación, el consenso y la eficiencia... Exige competencia y voluntad”

Primera etapa: De grupo a Equipo

El Grupo

Los estudiosos de todos los tiempos han hablado siempre de los grupos humanos. Desde la antigüedad greco-romana, pasando por el renacimiento e iluminismo hasta nuestra era espacial y computarizada, los filósofos y científicos han tratado de explicar por qué el ser humano se agrupa, cuáles son las leyes de esos grupos y cómo evolucionan en el tiempo, pero es a partir de 1930 con las investigaciones de laboratorio sobre el fenómeno grupal desarrolladas en las teorías de Kurt Lewin se presenta una fundamentación teórica, lógica y estructurada sobre los grupos.

¿Qué es y qué no es un grupo?

¿Cómo evoluciona?

¿Hay crisis en los grupos?

¿Hay “enfermedades” en los grupos?

¿Cómo mantener a un grupo cohesionado?

¿De qué forma resolver los conflictos grupales?

¿Cómo llegar a ser un equipo?

¿Y para convertirnos en un equipo interdisciplinario?

Estas y otras interrogantes formuladas a los participantes al Taller y planteadas por ellos mismos, que reconocen en su totalidad que el trabajo en grupo lo vienen desarrollando como miembros de grupo o como responsables de grupos multidisciplinarios, desde sus experiencias personales más que de una formación académica, la que nos lleva a presentar un análisis del proceso de evolución del grupo y cómo éste se convierte en equipo para avanzar hasta la interdisciplinariedad.

El material que presentamos a continuación está basado en la técnica del “mutilado o del espacio en blanco” donde se trabajan simultáneamente el lenguaje gráfico y el lenguaje escrito que nos orientan a encontrar las palabras que integran ambos lenguajes, a su vez que nos facilita la retención de conceptos básicos, primero para trabajar en grupo y luego cómo llegar de grupo a equipo.

“Todo equipo es un grupo,
pero no todo grupo es un
equipo.”



Empezaremos completando el gráfico con las palabras que describen las situaciones con mayor precisión. Si tiene dificultad al resolver los ejercicios puede encontrar la respuesta correcta en la sección Anexos.

A. Un grupo no es:

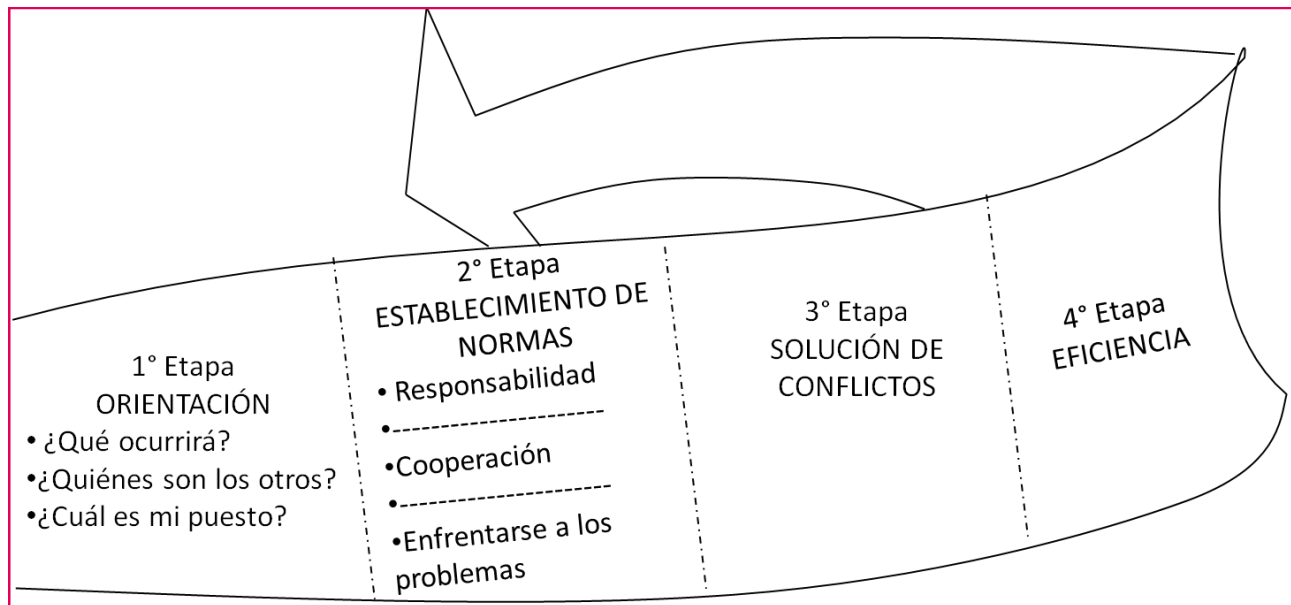
Una de individuos.	Una.....	Un.....

B. Un grupo es:

Un Conjunto de que.....directamente con una compartida	
--	--

C. Evolución de un grupo

El grupo es algo..... Todo grupo	
--	--



La evolución de un grupo genera dificultades dentro del proceso y en las circunstancias que lo rodean. Entre las dificultades internas que impiden el normal desenvolvimiento del grupo tenemos:

- **Resistencia al Cambio:** Kurt Lewin (1948) afirmaba que toda acción ejercida sobre un grupo para modificar sus propias normas, provoca la aparición de fuerzas que neutralizan los efectos de esa presión. Es mejor tratar de disminuir las fuerzas que se oponen a la modificación que luchar contra ella.

¿Qué hacer? Mientras más se deje a un grupo auto-expresarse más fácil es la aceptación de un cambio. Todo cambio libremente debatido y aceptado en grupo con la finalidad de poner en práctica un proyecto es más aceptado que el cambio impuesto autocráticamente sin discusión grupal previa.

- **Inestabilidad emocional:** Las personas con inestabilidad emocional (descontrol de emociones, de procesos afectivos, de mecanismos de defensa, pensamiento reactivo, etc.) obstaculizan el desenvolvimiento del grupo, causan continuas crisis, dificultades en la comunicación, suspicacias sentimentales y crean un ambiente de inseguridad y malestar grupal.
- **Falta de cohesión grupal:** Motiva la desorganización y la paulatina desaparición del grupo.
- **Falta de claridad en los objetivos:** Un grupo con tareas no clarificadas, improvisadas, camina “a ciegas”, echa a mano de procesos afectivos superficiales para superar las crisis y termina por el retiro progresivo de sus miembros.

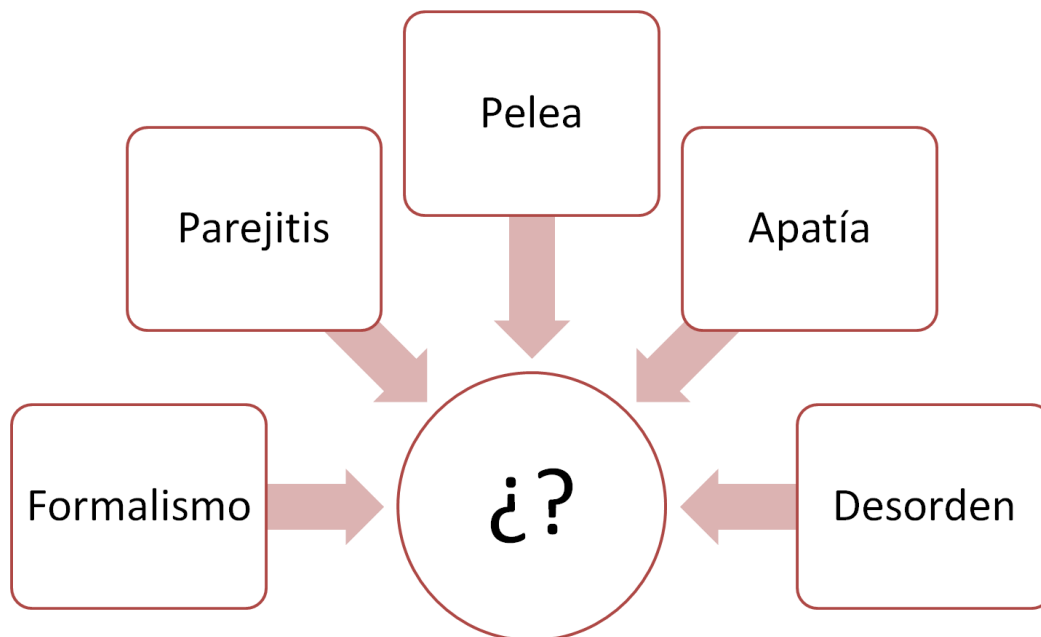
- Incomunicación en el Grupo : La comunicación grupal es la base para que un grupo desarrolle. Carl Rogers (1970) planteó 3 cualidades fundamentales para establecer una comunicación grupal efectiva:

- ⇒ Congruencia: Entre lo que se dice y lo que se hace.
- ⇒ Aceptación: De cada miembro de grupo tal como es (tolerancia a la diversidad).
- ⇒ Empatía: Capacidad para entender los pensamientos y sentimientos ajenos (“ponerse en el lugar de la otra persona”).

Otras veces no funciona por desconocimiento de las técnicas de grupos o por falta de un orientador que lo dinamice. Se dice entonces que el grupo está enfermo.

Las enfermedades más comunes son:

- Parejitis: Cada cual habla con su vecino o sólo con el que considera más afín a sus ideas.
- Pelea: Los componentes se dividen en bandos que luchan entre sí.
- Formalismo: Se reducen a ejercer los papeles de Secretario, moderador, Tesorero.
- Apatía: Solo alguno trabaja, los demás se limitan a escuchar.
- Desorden: Nadie escucha, todos hablan a la vez. No se llega a nada.



D. Características que favorecen la Cohesión Grupal (el grado en que los miembros se sienten motivados a permanecer en el grupo)

1. Las personas

Son....., necesitan conocerse.



2. Objetivos

“Un grupo queda definido por sus objetivos, lo orientan, lo dinamizan.”

Deben ser y explicados.
Deben ser compartidos por todos.



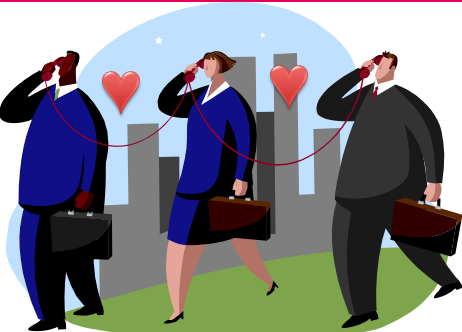
3. Pertenencia: Identidad con el grupo

“Estar o no estar en el grupo.”

Es una vivencia.....
Si no se da, no se forma el grupo.



4. Interacción

Las personas dialogan entre si. Se comunican. Entre las personas surgen relaciones y	
--	--

5. Roles

Cada persona desempeña un y una en el grupo. Los hay que favorecen la buena marcha o que la.....	
--	---

Los nombrados roles en el mejor de los casos siguen un curso de **complementariedad y cooperación**, lo cual supone la aceptación de las distintas formas y estilos para confluir en el desarrollo de los objetivos propuestos.

Pero también pueden suscitarse situaciones de **rivalidad y competencia** que paralizan la producción grupal y pueden determinar la “muerte” del proyecto grupal.

6. Normas

En todo grupo hay unas normas explícitas e implícitas. Para que funcionen bien deben acordarse por	
--	--

De Grupo a Equipo

DIFERENCIAS ENTRE GRUPO Y EQUIPO DE TRABAJO	
GRUPO DE TRABAJO	EQUIPO DE TRABAJO
Liderazgo individualizado	Liderazgo compartido.
Responsabilidad individual	Responsabilidad individual y compartida
La formación de un grupo ocurre a partir de su creación o instalación.	La formación de un equipo es un proceso de desarrollo.
Su acción se enmarca dentro de los objetivos generales de la organización.	Dentro de los objetivos generales se auto-asignan propósitos y metas específicas. Sus resultados se evalúan como producto del esfuerzo conjunto.
El trabajo colectivo se considera como algo inevitable, en ocasiones como “un mal necesario”.	El trabajo colectivo se observa como una oportunidad y se disfruta.
Se centra en la tarea	Se centra en la tarea y en el soporte socioemocional de sus miembros.
No reconoce las diferencias de valores, juicios e incompetencias entre sus miembros.	Se reconoce e incorpora las diferencias, la diversidad como una adquisición o capital de equipo.
Los conflictos se evaden o se “resuelven” por imposición.	Los conflictos se resuelven por medio de una confrontación productiva.

Una alta cohesión grupal suscita compromiso y entusiasmo en las acciones, asistencia a las reuniones, satisfacción y felicidad en los logros, tristeza en los fracasos y creatividad en las soluciones a los conflictos.

Las variables relacionadas con la cohesión permiten que un **grupo evolucione a ser un equipo**.

- Cohesión e interacción (Lott y Lott 1991): Los miembros de grupo cohesionados interactúan más entre sí en cantidad y calidad.
- Cohesión e influencia social (Schachter y Back 1970): Cuando los miembros se sienten identificados con su grupo, tienden más fácilmente a comportarse según las normas del grupo y a mantener unidad entre sus miembros.
- Cohesión y productividad (Van Zelst 1982): El rendimiento y el logro de objetivos genera satisfacción entre los integrantes e incrementa su sentido de pertenencia.



“En la solución de problemas no hay grandes
personajes:

HAY GRANDES EQUIPOS”

Una alta cohesión grupal suscita compromiso y entusiasmo en las acciones, asistencia a las reuniones, satisfacción y felicidad en los logros, tristeza en los fracasos y creatividad en las soluciones a los conflictos.

Trabajar en Equipo Interdisciplinario

El quehacer interdisciplinario requiere de la motivación, la participación y el consenso activo de distintos profesionales interactuantes en un determinado medio institucional.

La interdisciplina tiene que ver con aperturas conceptuales y perceptuales relacionadas con vínculos y emociones más que con voluntades. Se juegan no sólo identidades profesionales sino también personales.

Se habla de interdisciplina con mucha ligereza, allí donde no está presente el “inter”.

En general, cuando se habla de este tema es necesario empezar a decir qué no es la interdisciplina:

- No es la suma de varias disciplinas;
- No es el tratamiento de un paciente de manera simultánea por varios profesionales;
- No se trata de un profesional que aborda su objeto de estudio apelando a otras disciplinas además de la propia.

Con el objeto de superar estas dificultades resulta oportuno que los distintos aportes o intervenciones profesionales den cuenta de su marco referencial y de los efectos buscados; de esta manera se trabaja con un predominio de los sistemas solidarios (objetivos grupales) sobre los sistemas de intereses (objetivos individuales) dándose un viraje en la construcción de la cultura del equipo.

Sería ingenuo suponer que un trabajo interdisciplinario sea impuesto por la vía de la norma, si esto sucede, se generan “productos” de corte tecnocrático y sin “calidez”, a pesar de que cuentan con un pretendido barniz de “cientificidad”.

El trabajo interdisciplinario supone una definición ideológica por parte de los integrantes y también de la autoridad institucional en la que se referencian, requiere de tiempos imprescindibles para la integración progresiva entre distintos saberes y métodos, inaugurando espacios, en ocasiones inéditos, para la deliberación y concertación ideológica y metodológica.

I. Dificultades para alcanzar un trabajo interdisciplinario

Se consideran dos niveles de dificultades:

- Los provenientes de las disciplinas: Los obstáculos surgen cuando cada disciplina se considera como una “isla académica”, o bien, cuando la formación disciplinar es atomista, positivista; la visión de la realidad, reduccionista y el interés, totalizador, enemigo epistemológico de la interdisciplina.

Las pretensiones de hegemonía sostenidas desde distintas profesiones (los llamados esquemas hegemónicos) generan resistencia por parte de las demás profesiones o bien acatamientos pasivos que también perjudican el crecimiento grupal.

- Las que provienen de los profesionales que ejercen dichas disciplinas: cuando cada profesional piensa y cree que el cuerpo de conocimientos de su propia disciplina es el que más eficazmente explica el problema, lo que deriva en discrepancias y antagonismos explicativos a partir de la definición de los problemas que realiza cada integrante del grupo. Muchas veces los profesionales se resisten y atrincheran en sus saberes previos para tranquilizarse ante la irrupción de lo nuevo, así surge un conjunto de hábitos y representaciones que conspiran contra la superación de los límites territoriales de cada ciencia.

La actual formación de grado de los profesionales en su mayoría desconoce el trabajo interdisciplinario, impidiendo de ese modo posibilidades de abordaje creativas y por sobre todo “necesarias” para satisfacer demandas de los beneficiarios de los servicios.

En todo proceso grupal el ejercicio de la crítica siempre anticipada por la respectiva autocrítica, permite el afianzamiento del grupo y no se emparenta con actitudes de ataque y defensa que consueñan con el afianzamiento a ultranza de posiciones individualistas y reduccionistas, las que a su vez ocultan el temor “por lo nuevo...”.

2. Condiciones que facilitan el paso del trabajo multidisciplinario al trabajo interdisciplinario

- La toma de conciencia de los propios prejuicios, ideologías, creencias.
- Desarrollar una autocrítica de los lugares de poder y de los lugares de verdad absoluta que ilusionamos.
- Renunciar al uso del saber como poder para desarrollar la capacidad de creación.
- Revisar distintas variables, desde las histórico personales hasta las institucionales y las identificaciones con los propios modelos formativos que nos han convencido de que el propio conocimiento es el que realmente vale.
- Flexibilizar los límites. Recordemos que los límites entre las disciplinas no están prefijados. Están en continuo replanteo porque el conocimiento va cambiando.
- Tener actitudes y miradas descentradas reconociendo que la verdad de los conocimientos es parcial, provisoria.
- Tolerancia por la incertidumbre, la indefinición, la actitud descentrada sobre el problema a tratar y respecto de los propios conceptos y marcos teóricos.
- Animarse a trascender los límites
- La tarea interdisciplinaria supone un alto grado de democratización que se ve dificultada porque los participantes actúan en medio de relaciones jerárquicas que instauran solidaridades y oposiciones específicas.
- El trabajo en equipo implica repensar la territorialidad de nuestra práctica.

- Respetar las áreas de competencia de cada uno de los expertos.
- Puede haber cooperación aunque existan disidencias.
- No trabajar en compartimentos separados sino formando una red y construir entre todos un saber compartido.
- Instrumentar la cooperación entre los integrantes del equipo para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar a los alumnos.
- Crear espacios que se constituyen en zonas virtuales de negociación. Pactos provisorios y parciales (Consenso restringido).

La definición interdisciplinaria del equipo establece de un modo explícito una diferencia con el quehacer multidisciplinario, entendido este como la mera sumatoria voluntaria o involuntaria de profesiones en un espacio común, pero sin una clara definición e identificación de roles.



“Las personas que forman parte de un equipo con actitud positiva son agentes de cambio y están comprometidos con su institución y con el logro de sus objetivos”

TEORIA	MULTIDISCIPLINA	INTERDISCIPLINA
VISION DE LA REALIDAD	Simple, unívoca, atomista. Aislada de toda demanda social.	Totalidad estructurada y estructurante. Compleja, contradictoria.
MODELO EXPLICATIVO	Específico	Busca un “plus”
DISCIPLINA	No se afecta, ni transfiere saberes.	Se modifican, se transforman las disciplinas involucradas.
PUNTO DE PARTIDA	La disciplina (Positivismo)	Los problemas; las demandas sociales.
OBJETIVOS	Superespecialización. Búsqueda de un saber total.	Búsqueda de convergencia de los problemas. Desilusión del mito de dominio.
FRONTERAS	Rígidas.	Se flexibilizan.
CONOCIMIENTO	Fragmentado en áreas “Reproducción” de conocimientos.	Integración y producción de conocimientos.

PRÁCTICA	MULTIDISCIPLINA	INTERDISCIPLINA
FUNCIONAMIENTO	Compartimentos estancos. “islas” académicas. Aislamiento y dogmatismo. Desarticulación entre teoría y práctica.	Disciplina estructurada e identificada. Autonomía de las disciplinas Intercambio de instrumentos, métodos y técnicas. Cooperación entre sus integrantes.
FRECUENCIA	Encuentros ocasionales.	Requiere proceso. Requiere continuidad Intencionalidad.

Siguiendo el aporte de las modernas escuelas de aprendizaje, en el acceso al conocimiento interdisciplinario se plantean momentos alternativos de **integración** caracterizados por encuentros, seguidos por otros de **diferenciación**, buscando amalgamar lo conocido con lo no conocido, lo monodisciplinario con lo aportado por las otras disciplinas.

Los saberes construyen realidades. forman parte de la construcción del mundo. Son empíricos. El saber no basta para poder hacer. La integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas sino de los miembros del equipo.

Equipo Interdisciplinario en Gerontología

El trabajo con personas adultas mayores demanda una visión integral e integradora, la que únicamente puede ser asumida por un equipo interdisciplinario.

La sociedad contemporánea ha ido marginando a la persona adulta mayor , le ha ido diciendo cuanto NO puede hacer y le ha callado cuanto SI puede hacer.

El viejo, así acorralado en un cerco de limitaciones, se ha visto, se ha sentido marginado por los demás y ha terminado marginándose él mismo, creyendo en los predicados de las convenciones, los mitos y los tabúes sociales que pregonan su impotencia, su inutilidad, su incapacidad, su soledad, su miseria... Nada de eso es verdadero en una vejez normal y, cuando hay enfermedad la persona mayor puede rehabilitarse, readaptarse, reeducarse y aprender para la utilidad, la placidez y la satisfacción del resto de sus días.

¿Cuál es la normalidad del viejo capaz para continuar realizándose?

El ideal sería partir de la individualidad, tomar caso por caso, si aceptamos que no hay vejez, sino viejos. Pero, como ese casuismo es utópico para la mayoría, acudirá entonces a la evolución científica de los promedios estudiados y confirmados por la experiencia. Se suman a la individualidad (en este perfil) la actitud involucionista y nostálgica y la acentuación de los rasgos de personalidad.

Las Personas Adultas Mayores enfermas

La disminución del vigor físico en brazos y piernas torna a la persona mayor vacilante al andar, la disminución de la agudeza visual y auditiva los hace difíciles y penosos en el contacto con el ambiente; el déficit en su memoria de fijación lo aíslan de las personas que lo rodean. Física y socialmente el anciano se va aislando, psíquicamente se siente un ser inútil. Tanto el aislamiento como el sentimiento de su inutilidad son muy dolorosos y difícilmente aceptables y por lo tanto la persona mayor cae en acciones de protesta y crítica hacia un presente que le trae demasiadas frustraciones y muy pocas satisfacciones

Frente a este panorama las reacciones pueden ir desde el temor y el dogmatismo de quienes no aceptan sus opiniones, la rigidez en su comportamiento hasta la desconfianza.

Las limitaciones físicas son las más evidentes pero las limitaciones psicológicas son los sufrimientos más profundos para el enfermo: la dependencia económica, el ser incapaz de atender su propia subsistencia, la dificultad para relacionarse con familiares y amigos, el sentimiento de dependencia de los demás (vestirse, moverse, levantarse, acostarse, asearse, convivir, comunicarse, etc)

Una nueva situación

- Modificación de hábitos: Asumir su condición de enfermo;
- Aislamiento del enfermo: Separación de amigos, conocidos y de la familia.

El trabajo profesional con ancianos —que en muchos casos implican enfermedad, discapacidad, pobreza y muerte— **conlleva inevitablemente** un deterioro y resentimiento de los recursos humanos, cuyos efectos, pueden ser anticipados o compensados mediante acciones organizadas de capacitación, supervisión y contención.

1. La Capacitación supone la búsqueda simultánea de un mejor desarrollo de la asistencia, la docencia y la investigación a ser desplegada desde sectores operativos, rompiendo con la disociación planteada entre algunos que saben y planifican y otros que no saben y cumplen. De este modo, el saber se renueva con la interpretación y análisis de lo ejecutado prácticamente en la interdisciplinariedad.
2. La Supervisión debe ser entendida como un monitoreo conjunto entre los distintos niveles, orientado a la detección y remoción de los obstáculos que traban las tareas de campo con interacciones múltiples.
3. La Contención supera aspectos del estrés laboral en el trabajo con ancianos que en la mayoría de las veces supone situaciones críticas, aceptando que luego de un “primer tiempo de reacción” producto de la recepción de estímulos lesivos, aparece un “segundo tiempo de elaboración” predominantemente cultural.

La conformación de estos equipos en los distintos niveles, favorece entre sus integrantes los objetivos de: identidad, pertenencia y ejecución, generando espacios de encuentro interdisciplinario no sólo para discutir las tareas rutinarias, sino para recuperar la humanización de la salud a través de los distintos actores implicados.

El instrumento más apto para dar respuesta efectiva a dichos requerimientos, es el equipo interdisciplinario, por sus activas funciones facilitadoras y multiplicadoras de efectos concretos y también simbólicos, en los entramados institucionales y comunitarios .

La capacitación en este terrero implica un desarrollo simultáneo de tres componentes: asistencia, docencia e investigación. El conocimiento se actualiza, se analiza e interpreta en el crisol de la interdisciplina.

La supervisión es el monitoreo conjunto de los diferentes niveles, asumiendo con objetividad que en las personas adultas mayores se presentan situaciones que no siguen un devenir lineal, sino interacciones múltiples, a veces muy complejas y conflictivas que hay que detectar para ir removiendo los obstáculos que interfieren en el trabajo efectivo.

La contención relacionada con la tensión laboral que implica el trabajo con ancianos que padecen enfermedades crónicas o agudas y las situaciones críticas que se derivan. La participación de todos los integrantes del equipo cobra suma importancia para el sostenimiento de un espacio donde sea posible “objetivar” una serie de situaciones y estados que fueron vividos “subjetivamente”

La conformación de estos equipos, en los distintos niveles, favorece entre sus integrantes los objetivos de: identidad, pertenencia y ejecutividad, y, como estrategia, confronta con las formas veladas o encubiertas de la violentación institucional, que en sobradas ocasiones perjudican a ejecutores y destinatarios de acciones, subvirtiendo, incluso, sus orientaciones éticas.

La preservación de todos los aspectos nombrados no supone algo anecdótico, apendicular ni mucho menos un “lujo” con respecto al resto de los quehaceres profesionales por el contrario debe tomarse como una “obligación” la generación y preservación de espacios sistemáticos de encuentro interdisciplinario y no solo para discutir las tareas rutinarias, sino para recuperar la “humanidad” de los distintos actores implicados.

El sentimiento de responsabilidad individual, que en ocasiones troca en “culpa” y desasosiego ante lo que se vive como incumplimiento de las funciones, que sienten muchos profesionales del campo gerontológico, al no poder encauzar otras respuestas en la actual época de “ajuste económico”, solo puede exorcizado en el crisol del proceso grupal instituyente y creativo.

Únicamente en un ámbito mediatizado por el quehacer interdisciplinario puede insertarse una propuesta de abordaje gerontológico que implique el uso de recursos innovadores; la accesibilidad, efectividad y racionalidad en la instrumentación de las metodologías, y una auténtica programación, basada en las legítimas necesidades de los ancianos, en reemplazo de las meras exigencias del mercado.

Segunda Etapa: Coordinación Interdisciplinaria

Confianza en los equipos de trabajo

Para que un equipo funcione es esencial que al coordinarse para lograr los objetivos, exista confianza entre sus miembros (competencia, responsabilidad y honestidad).

Los resultados satisfactorios que vaya alcanzando el equipo aumenta la confianza del equipo. Es necesario que los integrantes se reconozcan las habilidades mutuamente y que las responsabilidades asignadas se relacionen con dichas habilidades.

Sin embargo tendremos en cuenta que por diversas razones cometemos errores y esto pone a prueba la confianza y empezamos a desconfiar. Ante las dificultades técnicas, operativas o personales, es necesario una conversación de confianza, es decir, enfrentar las dificultades y realizar las críticas y sugerencias permanentes.

Ej. Entregué un informe de contabilidad a mi equipo el día 10 del mes X y uno de mis compañeros me dice que está atrasado y se molesta. Para mí el informe no está atrasado por que acordamos que lo entregaría a principios de cada mes. Para mí el día 10 corresponde a principios de cada mes, para mi compañero está fuera de plazo después de los 5 primeros días. Sino hay una conversación donde se aclare este tipo de satisfacción se empieza a sembrar la desconfianza entre ambos. Si se aclara el malentendido y el informe continúa llegando retrasado, la desconfianza crece y luego mi compañero ya no me pedirá más informes, se lo solicitará a otra persona porque desconfía del tiempo en que lo entregaré.

Para que exista una conversación de confianza primero debe explicitarse, dejar en claro el contexto en el que se da, es decir, el ámbito del trabajo (no personal) y se debe aclarar la intención de respeto mutuo. Esto ayuda a crear una disposición de apertura a conversar y a mejorar las relaciones, evitando que la persona confunda la crítica laboral con la personal y se sienta “atacada” generando un clima de distancia y desconfianza.

“Las personas que forman parte de un equipo con actitud positiva son agentes de cambio y están comprometidos con su institución y con el logro de sus objetivos”

Coordinación para el trabajo en equipo

Una vez que hemos desarrollado y aprendido la importancia de la confianza como base para funcionar con otros, nos enfocamos en la coordinación efectiva de los equipos.

Aquí nuevamente debemos desarrollar habilidades comunicativas, principalmente en hacer cumplir promesas o compromisos.

Las promesas pueden ser una oferta o bien una respuesta a un pedido que alguien nos hace. Con un “te prometo” estamos diciendo que llevaremos a cabo una acción para alguien en el futuro.

No necesitamos decir la palabra “te prometo” para que exista una promesa, muchas veces prometemos de manera implícita. Ej. Cuando nos dicen ¿Vamos a hacer el informe mañana? y contestamos “ya”, estamos prometiendo que haremos juntos el informe mañana. Si no lo hacemos la otra persona se sentirá defraudada porque no cumplimos con nuestra promesa.

Pueda que para nosotros no haya sido una promesa y estemos esperando un llamado o una confirmación de que efectivamente haremos el informe. Estas son la mayoría de las veces las causas de malos entendidos y descoordinaciones.

Una promesa se hace estableciendo las condiciones de satisfacción para :

- Lo que se debe hacer
- Donde se debe hacer
- Cuándo se debe hacer
- Y quien estará a cargo de lo prometido.

Esto sucede en un trasfondo de confianza y a partir de la comprensión mutua de las promesas que dos personas pueden hacerse entre sí. Ej.: Supongamos que tenemos un taller de mecánica

y llega un taxista con la caja de cambios rota. Yo prometo reparar la falla en una semana. Si se lo entrego en buenas condiciones pero con un mes de atraso indica que no me estoy haciendo cargo de mi cliente ya que su auto es su herramienta de trabajo y mi atraso implica un costo muy alto para él. Lo mismo sucede si le entrego en el tiempo acordado o antes con la caja de cambios arreglada pero con el sistema eléctrico malogrado, o si se lo entrego en buen estado, a tiempo, pero a las 2 semanas se vuelve a descomponer. En todos estos casos no me hago cargo de la preocupación de mi cliente, que es la posibilidad de usar su auto como fuente de trabajo estable. Cuando hacemos una promesa le estamos diciendo a otra persona que somos capaces de cumplir las condiciones. Si nuestra situación cambia, necesitamos hacernos cargo de la otra persona y hacerle saber que ya no podemos cumplir las condiciones y cancelamos o anulamos nuestra promesa.

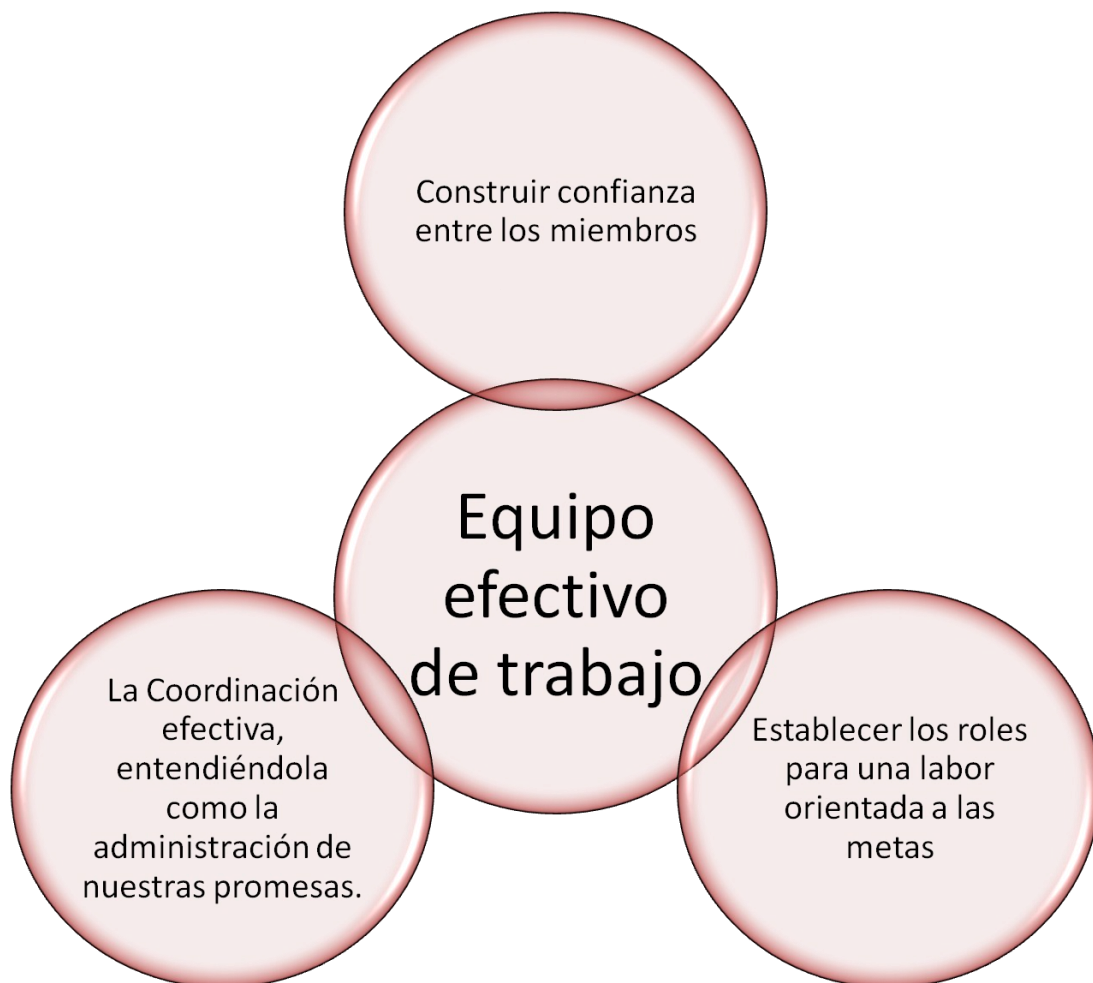


Lo que también podemos hacer es cancelar nuestra promesa original y hacer una nueva. Las promesas no son fijas. Cuando las tomamos en serio, aceptamos que cambiar una de ellas tendrá consecuencias para esa persona.

En la COORDINACIÓN aparecen 4 etapas que están presentes cada vez que prometemos :

- La Preparación que consiste en escuchar a nuestro cliente o miembro de grupo para elaborar nuestra oferta o bien recibir un pedido.
- La Negociación donde se acuerdan las condiciones de satisfacción para ambas partes.
- La Ejecución que es el período en el que se lleva a cabo la promesa.
- La Evaluación es la etapa final donde el cliente o miembro de grupo declara su satisfacción o insatisfacción respecto de lo que se hizo.

Para un trabajo efectivo en equipo es necesario:



Tercera Etapa: La Continuidad en la Atención

La continuidad y coordinación en el cuidado son atribuciones generalmente asignadas al personal médico e influyen en la calidad de la atención.

Donahedian describe la Continuidad como la ausencia de interrupción en el cuidado requerido y el mantenimiento de la relación médico-paciente entre secuencias sucesivas del cuidado médico.

Un aspecto fundamental de Continuidad es la preservación de la información acerca de investigaciones pasadas, evaluaciones y decisiones, y el uso de éstos en la administración actual. La coordinación involucra compartir tal información entre los miembros del equipo para alcanzar un esquema coherente en la atención.

La Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud (JCAHO) define esta función como relacionar las necesidades del paciente al nivel y tipo apropiados de los servicios médicos, de salud y sociales.

Los indicadores de Salud de la Biblioteca Nacional de la JCAHO definen la continuidad como el grado al cual el cuidado del paciente es coordinado entre el equipo de salud, la institución y el tiempo disponible.

En 1997 de una muestra de 123 indicadores de cuidado de calidad, 87 incluyeron un componente de continuidad representativo.

La continuidad y la coordinación en el cuidado son particularmente importantes para pacientes adultos mayores porque son susceptibles de tener pluripatología, los cuales pueden ser tratados por varios especialistas. La complejidad de las condiciones múltiples en el tratamiento simultáneamente requiere de una coordinación explícita en el cuidado.

Los indicadores de la calidad en el cuidado en esta guía se enfocan en el dominio de la continuidad descritos por Meijer y Vermeij:

- Conservando la continuidad en el cuidado desde la perspectiva del paciente.
- Conservando la continuidad y cooperación entre el equipo interdisciplinario.

Varios estudios e investigaciones coinciden en que la continuidad en el cuidado tiene que ver con el médico general. Muchos estudios han demostrado una asociación entre la continuidad del binomio médico-paciente y una mejor satisfacción del paciente; cada vez menos ingresos por emergencia y una alta frecuencia de orientación; mejor uso del tiempo y menos uso de recursos y un mejor cuidado preventivo. La mayoría de estos estudios evaluaron los niveles de continuidad entre paciente y médicos generales. Existe una investigación inadecuada de si el cuidado de los médicos especialistas podrían también constituir la continuidad. Además, no todos los estudios de continuidad ofrecen beneficios.

Otra literatura ha enfocado la continuidad provista por administradores no-clínicos. Comúnmente, estos “administradores” son asistentes sociales o enfermeras. Muchos estudios de poblaciones específicas de pacientes han encontrado que estos administradores han reducido costos y, algunos estudios han encontrado que generan mejores resultados clínicos.

Sin embargo, otros estudios con estos administradores no han mostrado resultados óptimos. Entonces, la serie de indicadores de calidad propuestos en esta monografía se enfoca en el médico del paciente, no necesariamente en el médico general.

Más allá, los indicadores propuestos se enfocan en los componentes de continuidad y coordinación, más que en la infraestructura donde tienen lugar estas prácticas. Esta posición es reforzada por una revisión de intervenciones encontradas por los sistemas de aviso, protocolos de prevención, equipos multidisciplinarios y organización regional que no mejoraron la continuidad en el cuidado. Como una explicación de esta ausencia de intervenciones en el impacto de la continuidad, los autores que en cada uno de estos programas se enfocaron en la organización del sistema o infraestructura del cuidado más que en los proveedores (o sea, médicos, enfermeras, etc.) o pacientes y, no aplicaron métodos específicos para asegurar la continuidad en las operaciones del día a día.

Dentro de los indicadores de calidad ACOVE, los cuales cubren 21 condiciones específicas, dos diferentes tipos de coordinación de los indicadores de cuidado pueden ser concebidos: aquellos que están basados en el paciente tienen una combinación de condiciones de salud y aquellos que no poseen condición alguna. Los primeros pueden incluir indicadores que apuntan a los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus, o a los pacientes con deterioro cognitivo y depresión; estos indicadores están incluidos en los artículos de condición específica como las especificaciones que señalan la frecuencia en el seguimiento requerido por las condiciones específicas (por ejemplo, la continuidad después de un nuevo diagnóstico de depresión). Los indicadores incluidos en este módulo enfocan temas generales en la continuidad y coordinación del cuidado que pueden aplicarse independientes al diagnóstico.

Métodos

Los métodos para desarrollar estos indicadores de calidad, incluyeron una revisión de la literatura médica y consideraciones de un panel de expertos. Para la continuidad y la coordinación en el cuidado, la revisión de literatura identificó 4480 títulos, de los cuales resúmenes y artículos fueron identificados como relevantes para este reporte. Basados en la literatura y experiencia de los autores, 15 indicadores potenciales de calidad fueron propuestos.

Resultados

De los 15 indicadores potenciales de calidad, 13 fueron considerados como válidos por el panel de expertos (un panel de expertos es una reunión dedicada a la puesta en común y actualización de un tema concreto, fijado con antelación a la reunión del panel), uno fue combinado por el panel como un indicador aceptado y uno no fue aceptado. La evidencia sostiene que cada uno de los indicadores fue revisado para ser válido mediante un proceso del panel de expertos como se describe a continuación.

INDICADOR DE CALIDAD N° 1: Identificación de la fuente de cuidado

TODOS los adultos mayores en riesgo, deben ser capaces de identificar a un proveedor o a un clínico al que ellos podrían llamar cuando necesiten atención médica, o deberían conocer el número telefónico u otro mecanismo por el cual ellos puedan obtener este servicio **PORQUE** la identificación de la procedencia (o fuente) de cuidado usual facilita la atención médica a tiempo y la continuidad del cuidado.

SUSTENTO: El acceso a una fuente identificable de atención médica ha sido demostrado en estudios de observación para ser asociados con resultados clínicos mejorados y una reducción en el uso inapropiado de la sala de emergencias. El acceso a la atención es ampliamente visto como un factor esencial en brindar un servicio médico de calidad para las personas vulnerables.

Existen varias definiciones de lo qué es un “proveedor usual (o regular)” o de una “fuente de continuidad en el cuidado”, y algunos estudios han demostrado que no hay diferencia entre varios métodos para definir el acceso a la atención. En este indicador de calidad, igualamos la identificación de un médico específico responsable del cuidado del paciente con tener un lugar frecuente de atención médica.

INDICADOR DE CALIDAD N° 2: Seguimiento en la medicación en el paciente ambulatorio

Si un paciente ambulatorio, adulto mayor vulnerable ha empezado una nueva prescripción médica, y él o ella tiene las visitas de control de su médico, **ENTONCES** el reporte de las visitas de control deben informar lo siguiente :

- Que la medicina está siendo tomada.
- Que el médico preguntó acerca de la medicina (por ejemplo, sus efectos colaterales, o adherencia o disponibilidad), o
- Que no se ha tomado la medicina porque no era necesario o porque fue cambiada.

PORQUE las medicinas ingeridas recientemente deben ser monitoreadas para mejorar su aceptación e identificar a las que nunca fueron tomadas.

SUSTENTO: Aunque no hay pruebas clínicas que hayan evaluado si la revisión de la reciente medicación influya en los resultados de pacientes mejorados; el seguimiento representa un componente en la coordinación del cuidado.

El seguimiento en los medicamentos es particularmente importante porque las medicinas que no se toman después de haber sido recetadas, representan oportunidades terapéuticas perdidas. Las complejidades del servicio de atención médica imponen obstáculos para el inicio de y adherencia a nuevas medicinas (por ejemplo, las restricciones). Algunos pacientes puede que no hayan empezado con nuevas medicinas hasta su nueva visita a su proveedor de salud. Estudios de observación han mostrado que la adherencia a la medicina es mejor si el proveedor le da una nueva cita de control y si la relación médico-paciente es sólida.

INDICADOR DE CALIDAD N° 3: La continuidad de la medicación entre los médicos.

Si un adulto mayor en riesgo está a cargo de dos o más médicos de consulta externa, y uno de esos galenos ha prescrito una nueva medicación o un cambio en ésta (término de la medicina o cambio en la dosis), **ENTONCES** las anotaciones posteriores hechas por el médico que no receta deben reconocer el cambio de la medicina **PORQUE** el conocimiento del médico sobre la medicación del paciente, incluyendo medicinas ya empezadas o cambiadas por otros médicos, es crítico para evitar interacción medicamentosa y errores en la receta.

SUSTENTO: Sólo si los médicos están seguros de todas las medicinas recetadas para ancianos en riesgo, inclusive aquellas prescritas por otros para el mismo paciente, pueden formular un régimen en la medicación para evitar duplicación de medicinas, interacciones adversas, y errores. Además, tal conocimiento ayuda a los médicos a minimizar la complejidad de la medicación, lo que permite mejorar la aceptación de la medicina por parte del paciente.

No hay pruebas clínicas documentadas entre proveedores. Un estudio retrospectivo muestra que los errores en la medicación aumentaron en el paciente externo cuánto más recetas tenía.

Semejantes errores pueden ocurrir cuando los médicos carecen de un conocimiento exacto del régimen medicamentoso del paciente. Uno de los principios de la geriatría, es que el médico debe estar seguro del régimen completo de medicinas del paciente y que los médicos deben averiguar acerca de las medicaciones que fueron recetadas por otros colegas o compradas sin receta en farmacia. “Medicación prescrita” como se especifica en este indicador excluye a los laxantes, vitaminas, suplementos alimenticios y otras medicinas compradas sin receta.

INDICADOR DE CALIDAD N° 4: Justificación para una Junta Médica

Si un paciente anciano de consulta externa es enviado a un especialista, **ENTONCES** la razón para una junta médica debe ser justificada en el comentario del especialista **PORQUE** así la orden para la Junta Médica será más útil al paciente y al médico que lo envió; los especialistas deben estar seguros del por qué de esta junta.

SUSTENTO: No hay pruebas que hayan evaluado una intervención para mejorar la comunicación de las razones para la Junta Médica. Sin embargo, una encuesta de médicos evaluando el proceso de la Junta Médica de pacientes internados, reveló que el error del consultor sobre la razón de la Junta era una razón común para los médicos consultados para declarar una Junta Médica inefectiva. Una comunicación efectiva de la razón para una Junta Médica requiere una comunicación entre el médico referente y el consultor. Una comunicación clara y concisa acerca de la razón de la Junta Médica así como aspectos esenciales del caso está prescrito por la Asociación Médica Americana y los textos sobre cuidados básicos.

Una encuesta de estudio de médicos generales y consultores (especialistas) apoya la importancia de especificar la razón para la Junta Médica. En esta encuesta, todos los médicos generales y el 94 % de los consultores acordaron que la Hoja de Referencia debe incluir un informe del problema; y un 88 % de médicos generales y un 94 % de consultores coincidieron en que la Hoja de Referencia debe incluir las expectativas del médico general de la Referencia.

INDICADOR DE CALIDAD N° 5: Recomendaciones del Consultor al Médico de la referencia

Si un paciente externo, adulto mayor en riesgo es enviado a un consultor y posteriormente, visita a su médico referente después de la visita al consultor, **ENTONCES** las anotaciones del seguimiento del médico referente deben documentar las recomendaciones del consultor; o la historia médica debe incluir las anotaciones del consultor, en 6 semanas o a la visita de control, lo cual es más tarde, **PORQUE** los médicos de la referencia deben estar seguros de las recomendaciones del consultor para implementar o seguir tratamientos y evitar errores e interacciones adversas de la medicina.

SUSTENTO: No hay pruebas clínicas identificadas de los resultados de la comunicación entre el consultor y el médico de la referencia. Sin embargo, el estudio sobre la efectividad de las consultas del paciente internado reveló que la pobre comunicación de hallazgos y recomendaciones estaba asociada con las percepciones de los médicos referentes sobre Juntas Médicas poco útiles.

La Asociación Médica Americana manda a que “el médico-consultor debe aconsejar al médico de la referencia sobre los resultados del examen del médico-consultor y recomendaciones relacionadas al manejo del caso”. Una encuesta de médicos generales y consultores británicos apoyan esta posición: del 97% al 99% de médicos estuvieron de acuerdo en que la correspondencia escrita del médico-consultor al médico de la referencia debe incluir una apreciación del problema y un plan para manejarlo.

INDICADOR DE CALIDAD N° 6: Seguimiento en los exámenes de diagnóstico en el paciente externo

Si la historia clínica del paciente externo documenta que un examen de diagnóstico fue solicitado para un adulto mayor en riesgo, **ENTONCES** la historia médica en la visita de control debe documentar uno de los siguientes aspectos :

- El resultado del examen, o
- Que el examen no era necesario o la razón del por qué no se hizo, o
- Que el examen está todavía pendiente.

PORQUE los exámenes de diagnóstico deben ser seguidos para mejorar el cuidado, y los procedimientos solicitados que no se hacen pueden representar diagnósticos u oportunidades terapéuticas perdidas.

SUSTENTO: A pesar de que no existen pruebas que hayan mostrado que el seguimiento de exámenes clínicos no hechos en pacientes recuperados, los resultados de los exámenes deben ser del conocimiento del médico para tener una mejoría en la salud del paciente. Para muchos pacientes, las complejidades de la atención médica crean barreras para lograr hacerse estos procedimientos.

Los pacientes externos a menudo olvidan las recomendaciones para ser sometidos a los procedimientos. Mientras que no hay una cuantificación que haya sido hecha sobre los procedimientos no hechos en el paciente externo, un estudio encontró que muchos de ellos recomendados durante un internamiento del paciente nunca se hicieron después del alta del hospital.

INDICADOR DE CALIDAD N° 7: Seguimiento de la medicina después del alta

Si un adulto mayor vulnerable es dado de alta de un hospital a su casa, y él o ella recibió o una prescripción médica o un cambio en la medicación (término de la medicación o cambio en la dosis) previa a su alta, **ENTONCES** la historia clínica del paciente externo debe confirmar el cambio de medicación dentro de las 6 semanas del alta **PORQUE** el conocimiento de las medicinas iniciadas o cambiadas en el hospital es necesario para continuar tratamiento empezados en el hospital y para evitar errores de prescripción médica e interacciones medicamentosas después del alta.

SUSTENTO: No hay pruebas de los efectos de las medicinas después del alta. Sin embargo, los pacientes probablemente tengan sus medicaciones cambiadas durante una hospitalización. Un estudio de observación mostró que 1.5 de las nuevas medicinas fueron iniciadas por paciente durante la hospitalización, y 28% de las medicinas de rutina fueron canceladas en el momento del alta. Otro estudio de observación mostró que a la semana del alta, 72% de los adultos mayores estuvieron tomando incorrectamente por lo menos una de las medicinas empezada durante su internamiento, y 32% de las medicinas no fueron tomadas en su totalidad. Una encuesta culpó a la calidad de comunicación en el momento del alta como contribuyendo a una pronta readmisión al hospital, sin embargo, este estudio no deduce que la continuidad de la medicina sea la causa.

INDICADOR DE CALIDAD N° 8: Continuidad de los Resultados de Exámenes entre los Centros de Cuidado

Si un adulto mayor vulnerable es dado de alta de un hospital a su casa o a un sanatorio particular, y la forma de transferencia o epicrisis indica que el resultado de un examen está pendiente **ENTONCES** la historia clínica del paciente externo o de la clínica debe incluir el resultado de la prueba dentro de las 6 semanas de su alta **PORQUE** los resultados de los exámenes pueden tener importantes efectos para el cuidado del paciente.

SUSTENTO: Los resultados de las pruebas del laboratorio, de Patología o Radiología con frecuencia tienen efectos directos en el cuidado clínico, y tales resultados se pueden perder en el camino del hospital a la casa del paciente o a la clínica (o casa de reposo). Muchas medidas de acción NLHI se enfocan en los resultados de las pruebas desde el hospital al lugar donde vive el paciente externo (3). Por dos razones, este indicador de calidad limita las pruebas por las que la documentación de seguimiento es solicitada sólo a aquellas pendientes en las anotaciones del médico o del resumen del alta :

1. No existe un método confiable para identificar todas las pruebas pendientes en el momento del alta del paciente, y
2. Las pruebas pendientes probablemente tienen importancia clínica.

El intervalo de seis semanas entre el alta y el paciente ambulatorio (o casa de reposo) permite que los resultados de los exámenes sean completados, para que así el resultado sea comunicado, y esta documentación sea usada si es necesario en la próxima cita del paciente.

INDICADOR DE CALIDAD N° 9: Visitas médicas y citas después del internamiento del paciente

Si un adulto mayor en riesgo es dado de alta de un hospital a su casa o a un sanatorio particular y la historia clínica específica tener una cita de control con un médico o seguir un tratamiento (por ejemplo, de terapia física, o de radiación oncológica), ENTONCES en la historia clínica se debe justificar la visita del médico o tratamiento que tenga lugar o que se postergue o que no sea necesario PORQUE las visitas del galeno y tratamientos después del alta facilitan el seguimiento en el cuidado del paciente interno y la continuación del tratamiento.

SUSTENTO: Los pacientes son programados por citas después de su alta del hospital para estabilizarlos; para monitorear terapias iniciadas durante su internamiento; evaluar o tratar nuevos problemas detectados durante su hospitalización, o continuar con el tratamiento empezado durante el internamiento. De un estudio de 211 pacientes ancianos delicados salidos del hospital se observó que sólo el 39% seguía con el médico de su familia dentro de las 6 semanas de su alta; mientras que el 65% tuvieron citas en una unidad de cuidados geriátricos, y 81% asistió a una clínica de psicología para gerontes. El acuerdo con estas visitas de control fue mejorado por la coordinación entre la sala de pacientes internos y la oficina o unidad de pacientes externos, y se redujo el trámite del alta. No existen resultados relativos a la salud en este estudio de observación.

INDICADOR DE CALIDAD N° 10: El seguimiento después del alta del hospital

Si un adulto mayor vulnerable es dado de alta de un hospital a su casa y sobrevive por lo menos 4 semanas después del alta, ENTONCES él o ella debe tener una cita de control o un contacto telefónico dentro de las 6 semanas de su alta Y las anotaciones del médico en su historia clínica deben hacer de conocimiento de su reciente internamiento PORQUE el seguimiento con un proveedor de la salud después de su alta, es necesario para el manejo del proceso de su enfermedad que sugirió su internamiento y para examinar las medicinas; modalidades de tratamiento y resultados de pruebas pendientes.

SUSTENTO: No hay prueba que haya evaluado resultados clínicos de seguimiento aislado del hospital. Sin embargo, ancianos vulnerables dados de alta de un hospital a sus casas -probablemente- necesiten continuar con un médico por una o más de las siguientes razones:

- Revisión del proceso de la enfermedad por la que ellos fueron hospitalizados.
- Revisión de las medicinas u otros tratamientos iniciados durante su internamiento.
- Revisión de los cambios de la medicina u otros regímenes de tratamiento hechos durante la hospitalización.
- Seguimiento de los resultados de laboratorio y otras pruebas que estuvieron pendientes al momento del alta.

Una prueba al azar demostró que un programa de planificación del alta y las visitas de control a domicilio a las 2, 6, 12 y 24 semanas posteriores al alta (por enfermeras con mucha experiencia) dieron como resultado pocas readmisiones y disminuyeron los costos de readmisión. Sin embargo, la prueba no mostró diferencias entre intervención y grupos de control en las visitas de cuidados intensivos posteriores al alta, status funcional, depresión o satisfacción del paciente. Otra prueba al azar sobre una educación amplia y una intervención de seguimiento para pacientes con fallas en el corazón también revelaron una disminución de internamientos. Porque una intervención basada en el apoyo del hogar está más allá de la práctica comunitaria; este indicador requiere un seguimiento personal o vía telefónica con un médico más que un programa de seguimiento del hogar. Un estudio de un grupo de pacientes en riesgo encontró que un 46% no había recibido seguimiento después de un mes de haber salido de alta.

La medida de acción NLHI en el seguimiento de la hospitalización requiere un establecimiento ambulatorio para el seguimiento después del alta para pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedad de isquemia al corazón; falla congestiva del corazón; enfermedad de obstrucción crónica pulmonar, u osteoartritis. No hay un marco de tiempo en el indicador de ellos. Este indicador de calidad se extiende a la población pertinente para incluir a los adultos mayores vulnerables, porque las condiciones NLHI son predominantes en esta población y las razones arriba mencionadas se aplican a los adultos mayores en riesgo.

INDICADORES DE CALIDAD N° 11 y 12: Transferir la Historia Clínica

Si un adulto mayor en riesgo es transferido entre las salas de emergencia o entre los ambientes de cuidados intensivos, **ENTONCES** la historia clínica en estas salas debe incluir la historia médica de la transferencia a este tipo de sala o se debe hacer de conocimiento de la transferencia de tales historias clínicas.

Si un adulto mayor vulnerable es dado de alta de un hospital a casa o a un sanatorio particular, **ENTONCES** debe existir una epicrisis dentro de las 6 semanas posteriores a su alta, **PORQUE** la continuidad de información sobre su estado clínico facilita el tratamiento de pacientes después de una transferencia.

SUSTENTO: No hay pruebas clínicas identificadas que hayan evaluado el efecto de preservación de la información médica en estas salas. Sin embargo, pacientes transferidos entre hospitales y, entre hospitales y clínicas a menudo son incapaces de comunicar elementos importantes a sus historias médicas, y esta información es esencial para proporcionar una atención médica adecuada. Un libro de texto de un sanatorio particular sugiere que la información transferida de éste al hospital debe incluir hojas con la cara del paciente, órdenes, notas sobre su progreso, resultados de laboratorio e información sobre instrucciones de avance. Los reglamentos estatales y locales requieren la pronta transferencia de los datos clínicos entre los sanatorios particulares y hospitales. De igual manera, el Tratado Médico de Emergencia y el Acta de Labor Activa, un estatuto federal antidumping, requiere la transferencia completa de la historia clínica entre salas de emergencia. Sin embargo, estos reglamentos pueden no ser completamente efectivos. Un estudio de transferencias de pacientes de clínica a dos salas de emergencia en el Medio Oeste reveló que el 10% carecía de historia clínica documentada.

ANEXOS

Lecturas complementarias

EL GRUPO

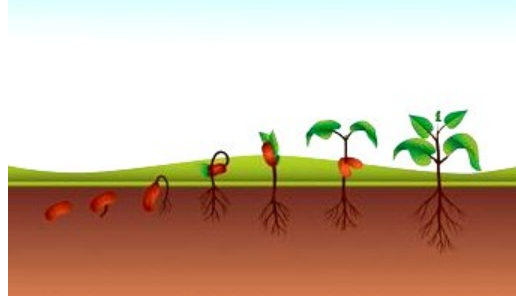
A. Un grupo no es:

		
Una suma de individuos.	Una multitud.	Un auditorio.

B. Un Grupo es:

Un Conjunto de personas que interactúan directamente con una finalidad compartida por todos	
---	---

C. Evolución de un grupo

El grupo es algo vivo. Todo grupo evoluciona.	
---	--

D. Características que favorecen la Cohesión Grupal (el grado en que los miembros se sienten motivados a permanecer en el grupo)

1. Las personas

Son **diferentes**, necesitan conocerse.



2. Objetivos

“Un grupo queda definido por sus objetivos, lo orientan, lo dinamizan.”

Deben ser **claros** y explicados. Deben ser compartidos por todos.



3. Pertenencia: Identidad con el grupo

“Estar o no estar en el grupo.”

Es una vivencia **personal**.
Si no se da, no se forma el grupo.



4. Interacción

Las personas dialogan entre si. Se comunican.

Entre las personas surgen relaciones y **sentimientos**.



5. Roles

Cada persona desempeña un **rol** y una **función** en el grupo.

Los hay que favorecen la buena marcha o que la **obstaculizan**.



6. Normas

En todo grupo hay unas normas explícitas e implícitas.

Para que funcionen bien deben acordarse por **consenso**.



LA DINÁMICA DEL GRUPO SATISFECHO vs. EL GRUPO FRUSTRADO

El grupo es una realidad viva, todos participan para dar o para recibir.

Cuando las labores transcurren con eficiencia en el grupo, su buen funcionamiento se atribuye a todos sus miembros pero, en particular, a su Coordinador, se piensa que de los Jefes depende el bienestar del equipo, pero en la vida de los grupos no todo camina como esperamos, hay dificultades y disentimientos y se da un fenómeno muy particular: todos sienten el malestar y todos quieren librarse de él y se difunde en el ambiente un difuso sentimiento de culpa donde nadie reconoce su parte.

El malestar aumenta y el deseo de superarlo también aumenta, es natural en estos casos la tendencia a buscar quién cargue con la culpa de todos (“chivo expiatorio”).

Cuanto más elevada es la posición de una persona dentro de un grupo y tiene mayores responsabilidades, está también sujeta a ser señalada como “chivo expiatorio”, por lo tanto, los jefes son los primeros en ser cargados con las culpas del grupo; los demás miembros lo serán en la medida de sus responsabilidades y de la solidaridad afectiva con el jefe.

Es interesante comprobar cómo la función del jefe se encuentra sujeta a que sea considerado como una persona excepcional “divinizada” en los momentos de euforia del grupo o como una persona vil cargado de culpas que debe ser sacrificado.

Cuanto más débiles o inferiores se sienten los miembros del grupo tanto mayor es la tendencia de estar en los extremos en la relación con la Jefatura y querer ver en ellos los requisitos para salvar al grupo y liberarlos de su sentimiento de culpa, cargándole con todas ellas o atribuyéndoles el mérito de su buen funcionamiento. Las dos tendencias disminuyen su intensidad en la medida que se acortan las distancias entre la posición de los jefes y la de sus subalternos. Los miembros que reaccionan frente a los jefes ya sea para adularlos, ensalzarlos o para denigrarlos y rebajarlos, denotan sentimiento de inferioridad profundo, falta de confianza en sí mismos. La intensidad de estas reacciones disminuye a medida que crece la confianza y la aceptación personal.

En un equipo de trabajo es esperado que se presenten tensiones y conflictos, por ello la tendencia a encontrar chivos expiatorios, optándose por dos caminos para disminuir las tensiones: la agresividad o la adaptación creadora.

La agresividad debilita la vida del grupo, disminuye su eficacia y la satisfacción de las necesidades e intereses personales.

La agresividad interna puede estar dirigida contra el jefe, contra algunos miembros del grupo, contra todo el grupo o contra otros grupos. Esta situación genera tensión, perjudica la salud al querer resolver solo los problemas del grupo, otros caen en el desaliento y desinterés casi total por el grupo, el prestigio de los miembros se pierde y el grupo entra en crisis.

La adaptación creadora es la más acertada y positiva actitud de un grupo para disminuir las tensiones y conflictos. Se parte de una realidad : en todo grupo existe tensión y ansiedad, la reunión de varias personas con objetivos comunes es ya un potencial de energía y de tensión. Si la tensión aumenta demasiado es señal de que la energía está poco usada en tareas constructivas y satisfactorias para el bien común. De aquí el valor de la participación de todos en las actividades grupales y la importancia de la terapéutica en los casos de ansiedad.

Estilos de Jefatura
Los Jefes autocráticos
Los Jefes reactivos o quejumbrosos
Los Jefes permisivos “dejar hacer, dejar pasar”
Los Jefes Democráticos
Los Jefes Paternales o Maternales
Los Jefes Autosuficientes o vanidosos
Los Jefes Inseguros

1. Los Jefes autocráticos : Están dotados de cualidades de decisión, mando y seguridad personal, por lo tanto, tienen la tendencia de no aceptar sugerencias de los otros miembros del grupo, no sienten la necesidad de las reuniones y cuando las realizan acaban por imponer sus opiniones y dar órdenes sin escuchar a sus subordinados. Por lo tanto, son pocos los miembros del “equipo” que se atreven a darle alguna sugerencia o a dirigirle la palabra en las reuniones, los demás lo consideran “el experto” que todo lo previene.

Las actitudes frente a un Jefe autocrático pueden ser de rebeldía y agresión o de sumisión y desaliento, tanto los unos como los otros viven en continua tensión, aun cuando los primeros tiene mayor facilidad de aliviarla con sus reacciones, mientras los segundos las descargan contra ellos mismos.

2. Los Jefes reactivos o quejumbrosos: Tiene siempre motivos de queja que se expresan en tono de lamentación : se sacrifican solos y son modelos de interés por el trabajo. Son desconfiados, tímidos y no inspiran simpatía ni entusiasmo a sus colaboradores.

Generalmente no se fijan en los aspectos positivos de su “equipo” ni estimulan sus esfuerzos, ni tampoco aprecian a los miembros entusiastas por su tendencia al pesimismo.

3. Los Jefes permisivos “dejar hacer, dejar pasar”: Son aquellos que evitan los problemas, consideran que “todo está bien hecho”. A veces dan la impresión de que confían más en sus subordinados que en sí mismos con su manera de ser descuidada y bonachona.

Los miembros del grupo se relacionan mutuamente de manera laxa y sin mayor compromiso. En las reuniones todos hablan, dan su parecer pero no se aprovechan las sugerencias dadas. El nivel de trabajo es bajo, a no ser que entre los miembros del grupo surjan otros que tengan dotes de mando y prestigio para hacer que sus colegas aumenten su rendimiento.

4. Los Jefes Democráticos :Opinan que el trabajo debe realizarse con la participación voluntarias de todos los miembros aunque al comienzo se consigan pocos resultados.

Cuentan con la aceptación de casi todo el equipo porque toma en cuenta opiniones, actitudes e intereses de todos los miembros del equipo.

Cuando surgen divergencias no deciden nada sin escuchar a sus subordinados. En lugar de mandar prefieren atraer al grupo con su ejemplo y entusiasmo.

Son los jefes que valoran las reuniones de equipo y siempre consideran un tiempo bien invertido en escuchar las opiniones acerca del trabajo y del equipo mismo. Tienen habilidad para aprovechar las sugerencias que les dan y profundizan los puntos de vista del equipo, descubriendo los puntos comunes.

Con los Jefes que poseen estas cualidades los subordinados se sienten cada vez más adultos y responsables, sienten que son tratados como personas con temperamento, historia y valores propios.

5. Los Jefes Paternales o Maternales: Además de las cualidades de los democráticos para conducir y coordinar el equipo, estos jefes se mantienen muy alertas con los problemas afectivos de sus colaboradores. Tienen facilidad para conocer sus sentimientos y aceptan que los expresen aunque sean negativos, hostiles, de cólera o de miedo. Gastan mucho tiempo en escuchar y perjudican un poco el trabajo en grupo.

Son los jefes que tiene un mejor conocimiento de si mismos y de los otros, por lo tanto, no se sorprenden con los problemas de los miembros del equipo.

Los jefes paternales ayudan a la persona pero no la mantienen en el infantilismo. Su lema es ayudar a ayudarse, por esta razón las personas a su cargo crecen, adquieren madurez y van dependiendo cada vez menos de él. Es decir, el equipo se transforma en un equipo de adultos. Sin embargo, corre el peligro de infantilizar a algunos de los miembros del equipo si no cae en cuenta de tal actitud.

6. Los Jefes Autosuficientes o vanidosos: Se distinguen de los autocráticos porque no demuestran mucho interés en que el equipo rinda en su trabajo. Se preocupan mucho más por las apariencias en su posición de jefes. Lo que cuenta para ellos son sus títulos, sus derechos, su dignidad.

Normalmente simpatizan con aquellos que los “alaban”. Un equipo con jefes de estas características tienden a dividirse en 2 grupos: aduladores y críticos.

7. Los Jefes Inseguros: Son los que cambian de actitud y de decisión con facilidad. Ordinariamente son muy inseguros afectivamente. Sus relaciones con sus subalternos se reducen a actitudes de apoyo a su inseguridad y a los sentimientos de antipatía de una parte del equipo. Cualquier cosa que les sucede dentro del grupo los afecta demasiado y les suscita el recelo de perder prestigio y autoridad.

Cuando tienen algún conflicto piden apoyo a sus simpatizantes apoyo, consuelo y sugerencias sobre las actitudes y decisiones que deben tomar, resultando que las sugerencias no siempre son las más acertadas. Al crecer las dificultades no dudan en suscitar contradicciones dentro del equipo para aliviar sus tensiones.

Al conocerlos mejor los miembros tratan de precaverse y de este modo evitar quedar envueltos en su inseguridad.

Tipos de Subordinados
Los Subordinados Conformistas
Los Subordinados Contestatarios
Los Subordinados “adultos”
Los Subordinados Independientes
Los subordinados “celadores”
Los Subordinados conciliadores
Los Subordinados celosos
Los Subordinados inmaduros

1. Los Subordinados Conformistas: Son miembros apagados, sin grandes problemas afectivos, se someten a sus jefes con facilidad y ejecutan “al pie de la letra” las tareas encomendadas. Para ellos es más fácil aceptar pasivamente las decisiones y orientaciones de los jefes y el equipo mismo, desenvolviéndose mejor en tareas rutinarias y esquivando el trabajo creativo el que lo ejecutan con deficiencias.
2. Los Subordinados Contestatarios: Reaccionan con agresividad en contra de sus colegas y jefes y están siempre dispuestos a disentir y presentar puntos de vista diferentes o contrarios a los demás. Su agresividad puede manifestarse en forma de burla, ironía o desvalorando al jefe y a sus colegas.

Los contestatarios pueden ser negativistas, que sólo ven y dicen lo que está mal o críticos lúcidos que enfocan tanto los aspectos negativos como los positivos. En este último caso son elementos muy apreciados por los jefes democráticos pero no por los jefes autoritarios.

Si el jefe es autocrático y no permite discrepancias en su punto de vista, las relaciones de los contestatarios aún moderados se hace muy difícil dentro del equipo.

3. Los Subordinados “adultos” Son normalmente los que consiguen resolver mejor sus problemas de relaciones con los jefes, sin violentarse ni crear conflictos que perjudiquen sus tareas. Colaboran con su jefe pero trabajan con su iniciativa personal.

Se sienten al mismo tiempo responsables con los superiores, los pacientes, los colegas, pero hacen sus críticas cuando es necesario.

Los jefes democráticos los consideran los subalternos ideales, los autoritarios los consideran rebeldes y para los permisivos “dejar hacer” son personas demasiado preocupadas en su trabajo.

Su característica principal es la confianza en sí mismos, la seguridad afectiva y la confianza en los demás incluso en sus jefes.

4. Los Subordinados Independientes: Viven casi siempre al margen del “equipo” al que pertenecen, como si el equipo no existiera. Son personas solitarias, aislados, muy cuidadosas, con escasas metas. No crean conflicto con nadie a no ser que se les pida mayor unidad con el grupo.
5. Los Subordinados “celadores”: Son miembros que aparentan interés en los objetivos grupales. Tratan de impresionar a los jefes dándoles información sobre los deslices de los demás. Cuando el jefe acepta tal actitud, redoblan su papel de celadores frente a sus colegas. Son individuos muy inseguros y por eso buscan protección en sus superiores como compensación a sus carencias afectivas de su infancia.
6. Los subordinados conciliadores: Son los más aptos para servir de puente entre los diferentes miembros del equipo. Informan y a la vez piden opiniones a todos. Están pendientes para que no se pierdan las ideas que ellos juzgan aprovechables y lleguen al conocimiento de sus jefes, quienes aprovechan y valoran el servicio como agentes de comunicación dentro del equipo. A diferencia de los “celadores” mantienen buenas relaciones con todo el grupo. Son personas seguras, con facilidad de comunicación y llegan a ejercer las funciones de los jefes.
7. Los Subordinados celosos: Son aquellos que se sienten perjudicados por no ocupar el puesto del Jefe. Hacen el doble juego de parecer sumisos y aceptar la orientación de sus jefes y al mismo tiempo interfieren para que las cosas no salgan bien y se evidencie que no están capacitados para este empleo. Su mayor deseo es ocupar su lugar. Las rivalidades por prestigio, envidia o celos, son los obstáculos que hacen más difícil la cohesión del equipo.
8. Los subordinados inmaduros: Son los que esperan que sus jefes sustituyan a sus padres. Recurren a ellos para todo, piden sus consejos a nivel profesional y afectivo y les hacen confidencias. Su mayor dificultad la experimentan cuando se encuentran un jefe autoritario, un colérico o un democrático se sienten abandonados. Por el contrario frente a un jefe paternal o maternal se sienten protegidos, asumiendo el rol de “menores”. Un jefe maternal advertido podrá ayudarlo mucho si lo saca de su infantilismo y lo estimula para llegar a la madurez.

LA COMUNICACIÓN EN EL GRUPO

Los ejemplos que se han presentado sobre los diferentes tipos de Jefes y de Subordinados tienen por finalidad la de tomar conciencia de las dificultades que pueden surgir en un grupo.

El rendimiento del trabajo grupal depende de que sus miembros estén de acuerdo en cierto número de decisiones y en actuar en conformidad con ellos; para estar de acuerdo el único medio es la COMUNICACIÓN entre todos sus integrantes, especialmente de los jefes con sus colaboradores.

Existen algunos jefes que hacen reuniones, oyen las opiniones de todos los miembros del grupo, se llega a un acuerdo y al final prevalece sólo la decisión del jefe.

Hay otros casos en que el jefe ya conoce la manera de ser de cada uno de sus colaboradores, se acerca a ellos y toma acuerdos individualmente. Estos acuerdos ¿podrán ser aceptados por todos o al menos por la mayoría? ¿Entenderá cada uno el punto de vista del Jefe y este percibirá las reacciones y actitudes de sus colaboradores?

En estas circunstancias, pueden aparecer las dificultades propias de las relaciones entre un jefe autoritario y un subordinado contestatario o dependiente.

Al conocer el perfil personal, las dificultades temperamentales, lo más acertado es evitar interpretarlas negativamente por ambas partes y considerarlas como dificultades inherentes de las relaciones humanas. Es necesario tener la confianza en que ambas partes tienen posibilidades de tomar actitudes que disminuyan los desacuerdos, por lo tanto, se necesita la ayuda de todos los miembros del grupo, evitando la incomprensión, el desprecio y la desconfianza.

Cortar la comunicación entre los miembros de un grupo es siempre un desacierto...la falta de armonía, la incomprensión y desconfianza mutuas no ayudan a disminuir las dificultades, por el contrario las aumentan.

Los subordinados maduros se comunicarán muy bien con un jefe democrático, por el contrario el subordinado inseguro tendrá dificultades de comunicación con el autocrático, El celador preferirá dirigirse a un jefe paternalista mientras que el subordinado maduro preferirá a un jefe democrático. Son tantas las hipótesis que se pueden plantear.

Lo más importante es recordar que la **comunicación efectiva** es indispensable para el buen funcionamiento del grupo, permitiéndole llegar a ser equipo de trabajo. Sus miembros no pueden ilusionarse del progreso del grupo si las relaciones entre unos y otros están con interferencias, se ignoran mutuamente las opiniones u orientaciones y, más aún si no hay un respeto mutuo como personas con posiciones y funciones propias dentro del equipo.

Los problemas personales, principalmente los afectivos y las barreras en la comunicación son los factores que están presentes en los conflictos y por lo mismo debemos recurrir a la reflexión antes de tomar una actitud errada.

Es importante hacer todos los esfuerzos posibles de comunicarnos y esclarecer los “malos entendidos” que hay en la raíz de todas las dificultades. Recordemos que las palabras tienen muchos significados y que basta un equívoco, un tono de voz disonante acompañado de expresiones faciales y corporales de inconformidad... para que ese equívoco suscite una “guerra” cuando no es aclarado a tiempo.

Recordemos que el “secreto” del trabajo en equipo es la COMUNICACIÓN. A mayor número de personas en un equipo se hace más difícil e indispensable la COMUNICACIÓN EFECTIVA que nos prepara para ponernos de acuerdo, tomar decisiones y finalmente ejecutarlas en equipo.

TALLER TRABAJO EN EQUIPO, COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LAS PAMs RURALES

I. OBJETIVOS.

I.1. Objetivo General:

Transferir capacidades y herramientas al personal de salud rural de Piura e Ica que fortalezcan la gestión de coordinación y continuidad en la atención primaria de las PAMR e impulsen la labor del estado (MINSA y MIMDES).

I.2. Objetivos específicos

- Contribuir al desarrollo de habilidades de comunicación sinérgica que favorezcan el trabajo en equipo del personal de salud.
- Desarrollar estrategias de coordinación internas y externas que permitan la continuidad en la atención de salud de las PAMR.

2. RESULTADOS

2.1. Establecimientos de Salud de Zonas Rurales

- Criterio de Inclusión
- Personal de Salud y Administrativo que labora en los Centros de Salud del MINSA ubicados en zonas rurales de:
 - Piura: ubicada 1,100 Km al norte del Perú (Costa)/ 92 msnm en la Red Bajo Piura, Red Morropón Chulucanas, Red Piura y DISA Sullana. El Taller se desarrolló en el Distrito de Catacaos (Biblioteca de la Casa de la Cultura y Municipalidad de Catacaos).
 - Ica: ubicada 205 Km al sur del Perú (Costa) / 97 msnm). El Taller se desarrolló en el Distrito de Chincha Baja (Comedor Popular en refacción).



Establecimiento de Salud	Distrito	Provincia
PS Rinconada Llicuar	Bellavista	Sechura
CS La Legua	Catacaos	Piura
CS Curamori	Curamori	Piura
CS La Arena	La Arena	Piura
CS Sechura	Sechura	Sechura
CS La Unión	La Unión	Piura
CS Vice	Vice	Sechura
CS Catacaos	Catacaos	Piura
CS La Matanza	La Matanza	Morropón
CS Chalaco	Chalaco	Morropón
CS Canchaque	Canchaque	Morropón
CS Micaela Bastidas	Piura	Piura
DIRESA PIURA	Castilla	Piura
CS Máncora	Los Organos	Talara
CS 9 de Octubre	Bellavista	Sullana
CS La Peña-La horca	Querecotillo	Sullana

Establecimiento de Salud	Distrito	Provincia
CS Chíncha Baja	Chíncha Baja	Chíncha
CS Grocio Prado	Chíncha Baja	Chíncha
CS Pueblo Nuevo	Pueblo Nuevo	Chíncha
PS Hoja Redonda	Chíncha Alta	Chíncha
PS Wiracocha	Chíncha Alta	Chíncha
CS San Isidro	Chíncha Baja	Chíncha
PS El Salvador	Pueblo Nuevo	Chíncha
PS Balconcito	Pueblo Nuevo	Chíncha
CS Condorillo	Chíncha Alta	Chíncha
Hospital San José	Chíncha Baja	Chíncha
PS Los Alamos	Chíncha Baja	Chíncha

2.2. Personal de los CSR Participantes

Profesión	Piura		Ica		Total	%
	N	%	N	%	N	
Médicos	15	30.00	8	26.66	23	28.75%
Enfermeras	18	36.00	8	26.66	26	32.50%
Téc. Enferm.	11	22.00	9	30.00	20	25.00%
Odontólogo	00	00.00	3	10.00	03	3.75%
Administrativo	06	12.00	2	6.66	08	10.00%
Totales	50	100.00	30	99.98	80	100.00%

2.3. Seminario del Taller

El Taller desarrollado en una jornada de 3 días, en un horario de 9.00 am a 2.00 pm comprendió el siguiente temario:

- 2.3.1. El Grupo. Etapas de evolución
- 2.3.2. Características que favorecen la cohesión grupal
- 2.3.3. El Grupo Satisfecho vs. El Grupo Frustrado
- 2.3.4. De Grupo a Equipo
- 2.3.5. De Equipo Multidisciplinario a Equipo Interdisciplinario
- 2.3.6. Coordinación en la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores. Etapas.
- 2.3.7. Indicadores de Continuidad en la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores.

2.4. Evaluación de los participantes

2.5. Prueba de Entrada

El Taller se inició con una evaluación basada en preguntas sobre el trabajo interdisciplinario y conceptos básicos sobre la labor de equipo y coordinaciones.

Profesión	Puntaje máximo (*)	Puntaje mínimo	Promedio Grupal
Médicos	14	09	11.00
Enfermeras	13	06	10.12
Téc. Enferm.	10	07	08.44
Odontólogo	11	09	10.33
Administrativo	10	09	09.50
Totales			09.87
Prueba de entrada del Personal de los Centros de Salud de Ica (*) Puntaje en sistema vigesimal de 0 a 20/ Nota aprobatoria mínima 11			

Profesión	Puntaje máximo (*)	Puntaje mínimo	Promedio Grupal
Médicos	13	06	10.54
Enfermeras	13	08	10.76
Téc. Enferm	10	03	06.77
Administrativo	13	07	09.83
Totales			09.47
Prueba de entrada del Personal de los Centros de Salud de Piura (*) Puntaje en sistema vigesimal de 0 a 20/Nota aprobatoria mínima 11			

Los resultados obtenidos en la prueba de ingreso nos indican que el personal de Ica y de Piura obtiene en promedio grupal un puntaje desaprobado (09) siendo el personal de técnicos de enfermería en ambos grupos el que obtiene el menor puntaje.

2.6. Prueba de Salida

Al finalizar el Taller se aplicó la misma prueba de ingreso y los resultados muestran una significativa variación en el puntaje, ascendiendo el promedio grupal en el personal de Ica de 09.87 (nota desaprobatoria en la prueba de entrada) a 15.68 en la segunda evaluación, mientras que el personal de Piura asciende en el promedio grupal de 09.47 (nota desaprobada en la prueba de entrada) a 16.35 en su segunda evaluación.

Los profesionales médicos obtienen el mayor puntaje en ambos grupos frente al personal administrativo que obtiene el menor puntaje en ambos grupos.

Profesión	Puntaje máximo (*)	Puntaje Mínimo	Promedio Grupal
Médicos	20	17	18.75
Enfermeras	17	16	16.25
Téc. Enferm	19	10	13.77
Odontólogo	19	15	16.66
Administrativo	13	13	13.00
Totales			15.68
Prueba de salida del Personal de los Centros de Salud de Ica. (*) Puntaje en sistema vigesimal de 0 a 20/ Nota aprobatoria mínima 11			

Profesión	Puntaje máximo (*)	Puntaje Mínimo	Promedio Grupal
Médicos	20	16	17.75
Enfermeras	20	13	16.82
Téc. Enferm	20	09	16.18
Administrativo	19	07	14.66
Totales			16.35
Prueba de salida del Personal de los Centros de Salud de Piura. (*) Puntaje en sistema vigesimal de 0 a 20/ Nota aprobatoria mínima 11			

2.7. Encuesta de Opinión

Al finalizar el Taller los participantes respondieron por escrito a una encuesta anónima de evaluación del Taller. (Ver tabla en página 51).

2.8. Productos

A. El Paso del Trabajo Multidisciplinario al Trabajo Interdisciplinario

Los 7 grupos de trabajo coincidieron en la plenaria en asumir las condiciones que facilitarán el paso de su trabajo a la interdisciplinariedad y acordaron llevarlo a la práctica:

- No trabajar en compartimentos separados sino formando una red y construir entre los integrantes del equipo un saber compartido.
- Flexibilizar los límites . Tener presente que los límites entre las disciplinas no están prefijados. Están en continuo replanteo porque el conocimiento va cambiando
- Renunciar al uso del saber como poder para desarrollar la capacidad de creación
- Desarrollar una autocrítica , revisando distintas variables, desde las histórico personales hasta las institucionales, identificando los propios modelos formativos que nos han convencido que el conocimiento propio es el único que vale.
- Instrumentar la cooperación entre los integrantes del equipo para lograr una mirada ampliada que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar al usuario adulto mayor que acude al CS.

B. Coordinación y Continuidad en el Cuidado de la Salud de las Personas Adultas Mayores

Las instituciones que los participantes han priorizado para coordinaciones interinstitucionales son:

- La Municipalidad Distrital
- La Parroquia
- La Dirección Regional de Salud (DIRESA)

GUÍA DE CAPACITACIÓN

PERSONAL DE LOS CSR CHINCHA-ICA		PERSONAL DE LOS CSR PIURA	
CALIFICACIÓN DEL TALLER		CALIFICACIÓN DEL TALLER	
Excelente	26.32%	Excelente	39.47 %
Muy bueno	68.42%	Muy bueno	57.89 %
Bueno	5.26%	Bueno	2.63 %
Regular	0.00%	Regular	0.00%
Deficiente	0.00%	Deficiente	0.00%
Total	100.00%	Total	100.00%
LO MEJOR DEL TALLER		LO MEJOR DEL TALLER	
Compartir experiencias	5.26%	Ideas claras de la expositora	36.84%
Enfoque del trabajo interdisciplinario	10.53%	Método didáctico	13.16%
Como atender a las PAM	10.53%	Temas claros y precisos	7.89%
Los videos visualizados	5.26%	Comunicación clara a las PAM	5.26%
Trabajo en equipo	57.89%	Los videos, buen material grafico y lúdico	10.53%
Solución de conflictos	5.26%	Trabajo en equipo	23.62%
No opina	5.26%	No opina	2.70%
Total	100.00%	Total	100.00%
LO PEOR DEL TALLER		LO PEOR DEL TALLER	
Falta de coordinación con los CS	21.05%	Incomodidad del ambiente y ruido externo	34.21%
Tiempo limitado	31.58%	Poco tiempo	5.26%
Poca asistencia de los participantes	10.53%	Falta de coordinación	2.63%
Poca participación del grupo	5.26%	Refrigerio	5.26%
No estuve el primer día	10.53%	Todo bueno	13.16%
Todo bien	10.53%	No opina	39.47%
Refrigerio	5.26%	Total	100.00%
No opina	5.26%		
Total	100.00%		
MIS SUGERENCIAS		MIS SUGERENCIAS	
Talleres con mayor frecuencias	42.11%	Continuar con otros talleres afines	60.53%
Poco tiempo para el taller	26.32%	Talleres en menos días y más hrs.	2.63%
Convocatoria directa a participantes	5.26%	Un lugar más apropiado	15.79%
Trabajar en equipo con as PAM	5.26%	Capacitación en gerontología	7.89%
Mejor coordinación	15.79%	Más dinámicas de grupo	2.63%
No opina	5.26%	No opina	10.53%
Total	100.00%	Total	100.00%

Desarrollando un perfil de proyecto en las 4 etapas de la Coordinación:

1. Preparación

- a. Elaboración del proyecto por miembros del equipo interdisciplinario
- b. Sensibilización intrainstitucional del proyecto
- c. Conformación y/o consolidación del Equipo interdisciplinario
- d. Aprobación del Proyecto

2. Negociación

- a. Sensibilización y Socialización del Proyecto
- b. Propuestas y/o sugerencias interinstitucionales
- c. Compromisos

3. Ejecución

- a. Cronograma de actividades

4. Evaluación

- a. Entrevista y/o encuesta de opinión-satisfacción del usuario externo o interno
- b. Reforzar logros y plantear propuestas para mejorar y/o cambiar los aspectos no logrados

C. Guía de Capacitación en Trabajo Interdisciplinario y Coordinación para el Personal de Salud

El producto final del presente Trabajo es la elaboración de una GUÍA DE CAPACITACIÓN EN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO Y DE COORDINACIÓN que pueda ser aplicado prioritariamente para el trabajo con la población adulta mayor y por extensión a otros usuarios de los centros de salud a fin de ir superando el déficit existente en el trabajo de equipo y de coordinación.

3. CONCLUSIONES

- El Taller se desarrolló en un 85% del temario con el personal de los Centros de Salud de Ica por coincidir en uno de los tres días del Taller con un paro de labores del personal de salud lo que dificultó el desplazamiento de los participantes al local asignado para el desarrollo del mismo y la asistencia de todos los participantes designados por los centros de salud, empujándose con un retraso de 90 minutos el primer día y 30 minutos los dos días siguientes.
- El Taller se desarrolló en un 100% del temario con el personal de los Centros de Salud de Piura. La asistencia y puntualidad de todos los participantes designados por sus centros favoreció el desarrollo integral del Taller.
- Ambos grupos mostraron una actitud proactiva, interactiva, motivados con la participación en el Taller, coincidieron en señalar que es la primera vez que reciben una capacitación que desarrolle específicamente el tema de Trabajar en EQUIPO.
- Ambos grupos coinciden en señalar las dificultades que se presentan en el trabajo grupal, reconociendo como una debilidad la labor interdisciplinaria que desarrollan aduciendo que las diferencias provenientes de cada disciplina y de los mismos profesionales que imponen criterios sin llegar a consensos dificulta el trabajo en equipo interdisciplinario. señalando que incluso en su formación profesional no se promueve el trabajo interdisciplinario lo que constituye una desventaja al ingresar a laborar con este déficit.
- Ambos grupos reconocen que las descoordinaciones intrainstitucionales, basadas en trabajos grupales inoperantes interfieren los procesos de producción de los servicios de salud, originando esperas prolongadas, gestiones a destiempo, resultados deficientes que interfieren en la continuidad en los cuidados de salud y por ende en la calidad y calidez de los servicios que brindan a los usuarios que asisten al centro de salud.
- Los participantes recibieron documentación escrita de cada uno de los temas tratados, solicitándonos además imprimir copias de los videos “Trabajo en Equipo. El éxito de la Sinergia” y “Comunicación Asertiva” a fin de proyectarlos en sus respectivos centros de salud con el personal que no participó en el Taller, comprometiéndose 4 de los participantes (dos en Chíncha y dos en Piura) de exponerlos bajo la modalidad de video-forum en sus centros de labor :C.S. Grocio Prado y CS Conderillo de Chíncha Baja y la DIRESA en Castilla- Piura.
- Ambos grupos demandan el seguir trabajando el Tema de Trabajo interdisciplinario en Salud a fin de aplicarlo con mayor efectividad tanto a la población adulta mayor como a los otros grupos etéreos.

- Ambos grupos han planteado su interés en mantener una capacitación virtual de forma permanente en razón de que el desplazamiento para capacitaciones presenciales y la designación del personal para capacitarse por parte de la Jefatura, no permite que todo el personal de salud y menos aún el administrativo tenga las mismas posibilidades de capacitación continua, más aún en el campo gerontológico y geriátrico donde reconocen que su formación es básica e insuficiente.
- El personal de salud capacitado conoce los principios básicos de la comunicación sinérgica y se compromete a aplicarlo y practicarlo en su trabajo de equipo interdisciplinario con los usuarios AMR.
- El personal de salud capacitado tiene herramientas del proceso de coordinación que le permitirá ampliar su red de coordinación interinstitucional con la participación de las PAMR.

4. RECOMENDACIONES

Nos hacemos eco de las sugerencias propuestas por los participantes de continuar la capacitación mediante diferentes módulos



Referencias bibliográficas

1. BEAL, George. Conducción y Acción Dinámica de Grupos. Edit. Kapelusz. Argentina 2000.
2. BIERMAN AS, Magori ES, Jette AM, Splaine M, Wasson JH. Assessing access of first step toward improving the quality of care for very old adults. J Ambul Care Manage. 1998
3. DAVIS, Keith. Comportamiento Humano en el Trabajo . Edic. Mc Graw Hill. USA, 2003
4. DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1995
5. FREEMAN G, Hjortdahl P. What future for continuity care in general practice? BMJ. 1997
6. GIBB, Jack Manual de Dinámica de Grupos. Editorial Humanitas. Argentina. 1998.
7. HJORTDAHL P, LAERUM E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ (Clinical Research). 1992
8. JUNCO GOMEZ, S.T. Dinámica de Grupos. Edit.. USTA. Colombia. 2006
9. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. 1997 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO 1997.
10. PRADA, José. Psicología de Grupos. Indo-American Press Service-Editores. Colombia. 2001
11. SAINT-ARNAUD, I. Participación y Comunicación de Grupos. Edit. Anaya. España 1999
12. SHEKELLE PG, MACLEAN CH, Morton SC, Wenger NS. Assessing the care of vulnerable elders: Methods for developing quality indicators. Ann Intern Med; 2001
13. VAN ACHTERBERG T, STEVENS FC, CREBOLDER H, DEWITTE LP, PHILIPSEN H. Coordination of care: Effects on the continuity and quality of care. Int J Nurs Stud. 1999
14. VELA, J.A. Técnicas y Práctica de las Relaciones Humanas. Indo-American Press Service-Editores. Colombia 2002.
15. WALTON, Donald ¿Sabe Ud. Comunicarse?. Edic. Mc Graw Hill. USA 2003



Proyecto:
**“Herramientas para el
Desarrollo Rural en Salud”**

**HELPAge INTERNACIONAL - PE-
RÚ**

Giovanna Abad - Directora
Telefax (511) 421-1902,
infohaiperu@helpagela.org

**HELPAge INTERNACIONAL –
DESARROLLO REGIONAL
PARA AMÉRICA LATINA**

James Blackburn, Representante Regional
Tel. + 591 2 241 6830 / Fax + 591 2 241 0957
www.helpage.org/es

**HELPAge INTERNACIONAL –
DESARROLLO REGIONAL
PARA AMÉRICA LATINA**

Catherine Dusseau, Supervisora del Proyecto y
Asesor Regional de Salud
Tel. + 591 2 241 6830 / Fax + 591 2 241 0957
www.helpage.org/es

Instituciones participantes

**CENTRO DE ASISTENCIA Y
PROMOCIÓN INTEGRAL DE
SALUD - CAPIs**

Dra. Elizabeth Sánchez – Directora.
Telefax: 51-1-2877390
capisperu@infonegocio.net.pe



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
DEL ENVEJECIMIENTO - CIEN
FACULTAD DE MEDICINA HU-
MANA UNIVERSIDAD PARTI-
CULAR SAN MARTÍN DE PO-
RRÉS**

Dr. José Francisco Parodi – Director.
Teléfono: 51-1-3652300.
Fax: 51-1-4422275
jparodi@terra.com.pe
www.medicina.usmp.edu.pe



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Centro de Investigación
del Envejecimiento - CIEN
Facultad de Medicina Humana

ASOCIACIÓN PROVIDA PERÚ.

Dra. Blanca Deacon – Presidenta.
Telefax: 51-1-3323173
providaperu@infonegocio.net.pe



Con el apoyo de

**HelpAge
International**

personas mayores
protagonistas



**GUÍA DE CAPACITACIÓN DE
TRABAJO EN EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO,
COORDINACIÓN Y
CONTINUIDAD DE CUIDADOS
EN LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES RURALES**

Publicado

Tiraje

28 de Octubre de 2009

Jr. Morona 667— Breña

Lima 5—Perú

Telefax: 51-1-3323173

Correo Electrónico: providaperu@infonegocio.net.pe

