

## **HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES**

Ana María Martorella

Fort da- Equipo Interdisciplinario de atención a las Psicopatologías Infanto Juveniles

[artor@intramed.net.ar](mailto:artor@intramed.net.ar)

Interdisciplina. Salud mental. Psicopatologías infanto juveniles. Acompañamiento terapéutico.

Word1. Word2

### **RESUMEN**

Fort da es un Equipo Interdisciplinario de Atención a las Psicopatologías Infanto Juveniles, que surgió como necesidad de un grupo de profesionales de la salud mental, en marzo de 2011. Dicha necesidad se fundó en la ausencia de dispositivos que dieran respuesta a la labor de una psiquiatra infanto juvenil, con desempeño en un hospital interzonal materno infantil; una psicóloga, cumpliendo tareas en una escuela de educación especial; y acompañantes terapéuticos, que requerían aplicar su formación profesional en la tarea clínica supervisada por profesionales experimentados. Así fue que se acordaron las tareas y roles, se asignaron pacientes, se realizaron reuniones semanales de supervisión clínica y ateneos bibliográficos durante el primer año, con el compromiso de investigación y preparación de trabajos para ser presentados en eventos académicos. Se continuó la tarea incorporando talleres para familiares de los pacientes, y actividad coral para los niños y adolescentes asistidos por el equipo. Durante el desarrollo del proyecto, aparecieron obstáculos tales como la ausencia de legislación que contemplara el trabajo de los acompañantes terapéuticos y el valor de sus honorarios, a la vez que se comprobaron beneficios tales como el fortalecimiento del lazos entre los miembros de las familias incluidas, como así también la autonomía en actividades de la vida diaria y mejor desempeño socio pedagógico de los pacientes, cuyos diagnósticos eran TGD y psicosis infantil.

# HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

## INTRODUCCIÓN

La salud mental es un área de la atención en salud que, actualmente, va demostrando mayor complejidad en la necesidad de responder a las características de las psicopatologías en contextos sociales y familiares cada vez más conflictivos y demandantes. Esto es aún más complejo cuando nos referimos a la atención de niños y adolescentes afectados por diferentes diagnósticos de patologías crónicas o de requerimientos terapéuticos a largo plazo, afectando los vínculos familiares, antes y después de la comunicación del diagnóstico y del inicio de los múltiples tratamientos indicados.

Frente a las características propias de padecimientos tales como trastorno generalizado del desarrollo y psicosis infantiles, se observa dificultad parental para la implicancia al problema del hijo, lo cual se va agravando ante la carencia de dispositivos que permitan el encuentro y el reconocimiento de las propias emociones y sentimientos personales, ante esta problemática estigmatizada social y culturalmente. Estos y otros obstáculos llegan a generar agotamiento y fracturas de lazos familiares y comunitarios, junto a pérdida progresiva de la adherencia terapéutica, frente a la acumulación de las frustraciones y de las demandas de los profesionales, con escasa respuesta institucional y de los seguros sociales, además del exceso de tiempo exigido para el cumplimiento de los tratamientos y la dificultad para satisfacer las necesidades del hijo en cuestión, de los otros miembros de la familia y las propias.

Tampoco debemos olvidar la necesidad de contención profesional, entre los propios miembros del equipo interdisciplinario interviniente en estos casos, cuya cronicidad y escasos avances terapéuticos provocan empantanamientos y desvalorización de la propia tarea. Es por eso que resultan útiles las reuniones semanales con supervisión de casos por los profesionales de cabecera, psiquiatra y psicóloga, junto a la investigación bibliográfica sobre los diferentes diagnósticos. A esto debe sumarse la investigación clínica periódica de la tarea, a modo de descubrir los cambios promovidos en el paciente a través de las diferentes estrategias implementadas, y ordenarlas sistemáticamente para ser compartidas en eventos académicos, lo cual redundará en autoaprendizaje y gratificación profesional.

Otro obstáculo observado en estos años, ha sido la ausencia de colegiación y nomenclatura arancelaria del rol profesional del acompañante terapéutico, por lo cual se dedicó un párrafo aparte a investigar su origen y su definición, con el objeto de otorgarle valor a su formación y su desempeño, teniendo en cuenta el imaginario colectivo tanto de familiares de los pacientes como de los mismos profesionales de la salud mental y otras especialidades sanitarias, y de los seguros sociales.

Como en todo grupo de trabajo, se requiere definir objetivos, y para ello es fundamental elaborar estrategias de gestión de calidad. La instalación de la Gestión Clínica implica, al mismo tiempo y necesariamente, un nuevo paradigma que se fundamenta en la responsabilidad social de

## **HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES**

asegurar un sistema sanitario de calidad, que sólo es posible desde la fuerte participación, por derecho, de sus profesionales, tanto a nivel estratégico como operativo, ya que son ellos, a través de sus decisiones y de lo que ofrecen, los determinantes fundamentales y finales de la calidad de la organización y del sistema.

La gestión del cambio es un movimiento cultural y se puede implementar a través de la aplicación de técnicas organizativas y de gestión. El cambio no se impone, sino que se construye a través de la comunicación y el aprendizaje compartido, teniendo en cuenta a los clientes, tanto internos como externos, destinatarios del proceso.

Desde su creación en marzo de 2011, este es el modelo estratégico implementado en "Fort da", Equipo de Trabajo Interdisciplinario de Atención Clínica Infanto Juvenil, integrado, inicialmente, por cinco acompañantes terapéuticos, y una psicóloga, quien coordinaba la tarea junto a una médica psiquiatra infanto juvenil. Este trabajo surge del análisis de los datos observados en su accionar, a partir de la autoevaluación de la tarea clínica asistencial y de los grupos de reflexión de familiares de los pacientes asistidos, junto a la producción investigativa y académica, y se comprueban los resultados demostrables de evolución favorable de los casos, y la necesidad de incorporación de otras disciplinas complementarias (psicomotricidad, logopedia, musicoterapia, terapia ocupacional, etc.).

Los cambios en salud se producen básicamente por modificaciones en la tecnología o en el entorno. La presión en general viene desde afuera de la organización, pero la fuerza para cambiar tiene que generarse desde adentro. Sabiendo también que somos partes del afuera. Si no se perciben los motivos no se cambia. Si no se está motivado tampoco. Los procesos de cambio parten de los valores, a partir del análisis de lo que se debe cambiar, ya sean los procesos y / o los modelos de organización y gestión.

Todo se inicia a partir de la comunicación. Los lenguajes, mensajes y canales son específicos y se diseñan a partir del cuadro de situación. La comunicación también se planifica. Se construye con el tiempo, desde las actitudes, aptitudes, el conocimiento, la humanización y la ética, revisando la organización, los procesos y las relaciones humanas. Se comienza construyendo una visión compartida.

Cuando hablamos de equipo de trabajo interdisciplinario en salud mental, se deben tener en cuenta diferentes marcos teóricos relacionados con este accionar como son la gestión de dicho equipo, los roles de sus integrantes y su interacción interdisciplinaria. Por lo tanto pasaremos a revisar dichos conceptos.

### **Herramientas de la Gestión Clínica**

1- La PLANIFICACION

2- La gestión de la INFORMACION y la COMUNICACION

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

3- La gestión de la CALIDAD

4- La EVALUACION DE LA TECNOLOGIA SANITARIA

5- La gestión por PROCESOS y la gestión por RESULTADOS

6- La gestión DE LOS GASTOS Y LOS COSTOS.

7-La gestión del PRODUCTO y los RECURSOS

8- Herramientas para El LIDERAZGO, la gestión de los PROBLEMAS, la NEGOCIACION y la gestión DEL CAMBIO

ABORDAJE A LAS PERSPECTIVAS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LOS SERVICIOS.

- LA PRODUCCION Y LA CALIDAD
- LA PRESUPUESTARIA
- LA FORMACION Y EL APRENDIZAJE
- LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO E INTERNO

La elaboración de este proyecto ha requerido la utilización de pensamiento analítico basado en la experiencia, la capacitación y los conocimientos necesarios para llevar a cabo la función de liderazgo y gestión; junto a la información recolectada de la observación de funcionamiento de la institución y de la experiencia profesional personal.

La Conducción de este proyecto se funda en una planificación, coordinación, motivación, control y evaluación pertinentes a las necesidades de servicio y de la institución dentro del marco legal, ministerial y de las normativas internacionales de categorización del ejercicio del oficio médico y psicológico en un contexto globalizado.

Así mismo, la función administrativa que le corresponde a la gestión se basa en la aplicación de esas normas y leyes. Esta función institucional es ejercida en diferentes dimensiones interrelacionadas (estrategias económico financieras, clínica, profesional, etc.), desde diferentes perspectivas (ej. *Producción y calidad, formación-aprendizaje, e investigación*).

La **investigación** es una habilidad innata, con la que se viene equipados para permitirnos descubrir el mundo al que debemos adaptarnos, mediante la *asimilación* en nuestros procesos de *aprendizaje* (Piaget, *Teoría Psicogenética*). La cultura determina su desarrollo junto con los factores ambientales que la facilitarán ante los estados de necesidad (*desequilibrio*).

La gestión clínica, comprendida como proceso de profundización de cambios organizativos y culturales, está marcada por la descentralización de decisiones técnicas, administrativas, del gasto y de la producción, cuyos responsables son los servicios institucionales. Entonces, el profesional sanitario debe involucrarse en el diseño organizativo (objetivo) lo cual procura incorporarlo como macro y micro gestor en un modelo mancomunado y articulado para evitar conflictos de intereses (ej. Grupos Balint).

## **HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES**

A tal fin, se propone una iniciativa de producción de información que requiere una utilización adecuada de la misma (ej. Publicaciones científicas, educación médica continua, mejor calidad de prestación de servicio).

Si el modelo de gobierno clínico propone una visión de objetivos institucionales, que acuerden con los objetivos de la institución, el mismo requiere de un proceso de confluencia de lógica asistencial y de gestión, que no se base en una estrategia economicista; que articule y equilibre la gestión de recursos, la producción asistencial, la satisfacción de la comunidad y los trabajadores, la responsabilidad del rol en la red política de la organización y del sistema de salud.

El rol de liderazgo y gestión debe abrir y poner todos los temas a consideración con la participación de sus actores. El presente proyecto, se basa en la gestión del cambio tecnológico y contextual, sometido a presiones externas y cambios internos del organismo.

Para ponerlo en práctica, se debe motivar a los actores a través de acciones que le ofrezcan satisfacción y gratificación a partir de la creatividad (sublimación del trabajo con el sufrimiento psíquico de los pacientes), como recurso básico en un ambiente regido por condiciones políticoeconómicas y condiciones de infraestructura reales, favoreciendo las relaciones interpersonales (grupos Balint) y el reconocimiento de los valores profesionales (ej. eventos académicos, publicaciones científicas, rol docente, pasantías, etc.), que le permitan insertarse en carreras institucionales a través de jerarquizaciones y lugar de prestigio académico y profesional.

Estos procesos de cambio, que necesitan de herramientas y valores (contenidos actitudinales), se constituyen a través de la comunicación (códigos) y el aprendizaje compartido (ej. Trabajo interdisciplinario, investigaciones clínicas, publicaciones científicas grupales).

Debemos entender que la comunicación basada en códigos se manifiesta a través del lenguaje verbal, mensajes y canales específicos para cada cuadro de situación, por lo cual también debe ser planificada.

Para tal fin, el líder del proyecto debe poseer capacidades naturales y adquiridas que le permitan ser aceptado como guía, proponiendo actitudes participativas y masa crítica con objetivos comunes (ej. Investigaciones grupales y presentaciones en eventos científico académicos y publicaciones nacionales e internacionales).

Nuestra labor halla su fundamentación en las recomendaciones internacionales sobre la Educación Médica Continua en relación a los contenidos (conceptuales, procedimentales y actitudinales) requeridos para alcanzar las competencias adecuadas para la clínica asistencial, tareas de investigación clínica y bibliográfica, y la docencia. No se deben descuidar los factores y condicionamientos que intervienen en el ambiente laboral que a su vez influyen el desarrollo

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

y aplicación de dichas competencias, las cuales son indispensables para garantizar la calidad de prestación de servicio en el sistema sanitario centrado en el usuario (paciente).

Más que destacable es el objetivo propuesto basado en la adquisición de **competencias que favorezcan el cuidado de la salud**, además del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Este es otro de los puntos importantes e innovadores relacionados con el **rol de la Psiquiatría en la prevención**, incluidos en las normas internacionales que establecen los objetivos de su enseñanza.

Al definir la **Competencia**, es importante destacar que en cada definición existen supuestos previos diferentes con los que cada autor opera, lo que provoca que el resultado conceptual sea distinto, y, como expresara Le Boterf, *el concepto de competencia actual posee un atractivo singular, la dificultad de definirlo crece con la necesidad de utilizarlo*, de manera que, como destaca este autor, más que un concepto operativo es un concepto en vía de fabricación.

- Conjunto estabilizado de saberes y saber-hacer, de conductas tipo, de procedimientos estándares, de tipo de razonamiento, que se pueden poner en práctica sin nuevo aprendizaje.* (Montmollin, 1984).
- La capacidad individual para aprender actividades que requieran una planificación, ejecución y control autónomos.* (Federación alemana de empresarios de ingeniería, 1985).
- Capacidad de usar el conocimiento y las destrezas relacionadas con productos y procesos y, por consiguiente, de actuar eficazmente para alcanzar un objetivo.* (Hayes, 1985).
- La aplicación de las destrezas, conocimientos y actitudes a las tareas o combinaciones de tareas conforme a los niveles exigidos en condiciones operativas.* (Prescott, 1985).

### Clima laboral

1. "Conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influyen en el comportamiento de las personas que la forman" (Forehand y Gilmer, 1964).
2. "Los efectos subjetivos, percibidos del sistema formal, el estilo informal de los administradores y de los otros factores ambientales importantes sobre actitudes, creencias, valores y motivación de las personas que trabajan en una organización dada" (Litwin y Stringer, 1968).
3. "Representa las percepciones que el individuo tiene de la organización para la cual trabaja y la opinión que se haya formado en términos de autonomía, estructuras, recompensas." (Dessler, 1979 y 1993).
4. Expresión de las percepciones que los trabajadores tienen respecto de sus experiencias y situación individual en la institución en que desempeñan.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

5. El comportamiento de los trabajadores no es sólo resultante de los factores organizacionales, sino que depende, en buena medida, de sus actividades cotidianas e interacciones cotidianas, así como de un conjunto de experiencias que afectan su posición y actuación dentro de la organización.

Entre las nuevas tendencias en la atención médica debemos hacer hincapié en la *necesidad de focalizar las inversiones en los procesos preventivos*, mientras que, entre las nuevas tendencias en la atención médica, se destacan:

- Impacto creciente de las nuevas tecnologías
- *Fusión de instituciones*
- Tercerización de los procesos
- *Alianzas estratégicas - **Redes***
- *Regionalización y mundialización de las actividades*

### Factores que inciden en la crisis actual del Sistema de Salud

- Ineficacia, baja productividad y/o indiferencia.
- Falta de transparencia en la gestión.
- Modelos obsoletos de relación entre las instituciones, sus proveedores y sus usuarios.
- Obstáculos burocráticos a nivel administrativo.
- Progresivo aumento de los costos de los insumos, las instalaciones y el equipamiento.
- **FALTA DE PROCEDIMIENTOS**
  - *Claros, simples y precisos*
  - *Conocidos, comprendidos y aceptados*
  - *Competentes y aplicables*
- *Crisis de valores.*

### Atención médica y Calidad

- Ética
- Equidad
- Eficiencia
- Solidaridad
- Universalidad

### **Desafíos en calidad**

**Eficacia:** Es la capacidad en el logro de los objetivos.

**Efectividad:** Es la capacidad de definir objetivos adecuados a las necesidades internas y externas. Sostenibilidad a través del tiempo.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

**Eficiencia:** Es la capacidad de lograr los objetivos minimizando el empleo de los recursos.

**Equidad:** Combatir las diferencias de salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas.

Es habitual cuando se habla de calidad en salud, diferenciar tres términos, aunque constituyan aspectos complementarios de una misma realidad, esto es:

***calidad técnica***, como eficacia objetiva y depende del estado del arte de la práctica médica (hacer lo correcto correctamente)

***calidad percibida***, como aquella que percibe el usuario. Es subjetiva y suele estar influenciada por las condiciones socioeconómicas del usuario, así como por razones culturales y religiosas.

***calidad total***, como conjunto de principios y actividades dirigidas a que toda la organización, desde la Dirección hasta el trabajador menos calificado, participe en el proceso de mejora continua de la calidad.

Calidad Técnica

- *Comités de H CI, Infecciones, farmacia, ética, etc.*
- *Auditoría Interna*
- *Protocolización*

Calidad Percibida

- *Encuestas de Satisfacción*
- *Gestión de Quejas y Reclamos*
- *Señalética, recepción, Información a familiares*
- *Presupuesto y costos*
- *Protocolos – Medicina Basada en la evidencia*
- *GRD (Grupos Relacionados por Dignóstico)*

Gestión por Resultados

Un **Resultado** se define como el efecto o impacto directo, intencionado o no, positivo y/o negativo de una intervención, de un proyecto, de una política o de un programa.

**Elementos**

- Enfocarse en los resultados que se desean – no en los insumos -.
- Establecer metas claras y concretas.
- Construir una cadena lógica que muestre los resultados deseados a diferentes niveles.
- Usar indicadores de monitoreo para mejorar la implementación.
- Usar la evidencia de evaluaciones para mejorar la toma de decisiones.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Enfoque en:

- insumos;
- actividades realizadas;
- productos;
- resultados obtenidos.

### Instrumentos para la Gestión por Resultados

1. Planificación estratégica
2. Una cadena lógica de resultados
3. El seguimiento
4. La evaluación

Este “**conocimiento**” se usa para tomar decisiones e identificar **buenas prácticas** que **mejoren las políticas y la gestión de las intervenciones/proyectos** de manera de incrementar los **beneficios a los usuarios y la efectividad de la asistencia sanitaria**.

## GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

El enfoque sistémico

El enfoque estratégico

El liderazgo institucional

### **Enfoque sistémico**

**Estructura:** Se refiere a todos los recursos humanos, materiales y financieros de la atención médica y de la forma en que se organizan.

**Procesos:** Es la forma en que los elementos de la estructura interactúan para la prestación del servicio. Serie de actividades y acciones que de manera coordinada se realizan durante la prestación de un servicio y dan contenido a la atención.

**Resultados:** Producto final del proceso. Impacto sobre la calidad.

En cada caso definir indicadores válidos y definir estándares aceptados para compararlos.

1. **Procesos de realización:** procesos *relacionados con el usuario*.
2. **Procesos de la Alta Dirección:** planificación, provisión de recursos, revisión por la Dirección.
3. **Procesos de soporte:** *formación, mantenimiento*.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

### Enfoque estratégico

- Pone énfasis no sólo en los aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento sino que observa a la institución, es decir, al sistema en estudio, dentro de su contexto histórico, cultural, socio político y económico.
- La función de conducción es el eje central y distintivo del enfoque estratégico.
- Analiza la institución y su *contexto*
- Hace énfasis en la conducción y el *liderazgo transformador*
- Admite la existencia de diversos cursos de acción frente a los problemas y la necesidad de la búsqueda de *soluciones compartidas*
- Importa el corto plazo tanto como el mediano y el largo plazo
- Destaca la estrategia de un *sistema de información para la decisión*
- Apoya la *auto-evaluación*
- Destaca la *capacitación permanente*
- Utiliza estándares, *normas y protocolos* de acuerdo a las prioridades y su evaluación hasta *alcanzar la excelencia* deseada

### Liderazgo institucional

- ❖ La conducción del establecimiento es quien debe lograr la complementariedad de los recursos ejerciendo un "liderazgo democrático transformador"
- ❖ Centrado en la capacidad de lograr transferir y compartir ese liderazgo a los distintos niveles de decisión del establecimiento (***rol docente***).

El liderazgo democrático es transformador de un equipo de trabajo que identifica necesidades y acciones posibles y actúa de acuerdo a un compromiso institucional para la calidad.

### Los cuatro principios de garantía de calidad

- ⊙ La garantía de calidad se orienta a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y la comunidad que sirve.
- ⊙ La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- ⊙ La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- ⊙ La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y mejora de la calidad.

### Principios de la calidad

- Organización enfocada al *usuario*.
- Liderazgo.
- *Compromiso del personal*.
- Enfoque basado en procesos.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

- Enfoque sistémico para la gestión.
- Mejora continua.
- Enfoque basado en *información confiable* para la toma de decisiones.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.

### DECISIONES CENTRADAS EN EL PACIENTE

Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad expresada por el paciente y a sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones.

- a - INFORMACIÓN DE CALIDAD CONTRASTADA RESPETANDO LA PLURALIDAD DE LAS FUENTES.
- b - RESPETO A LOS VALORES Y A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE INFORMADO.
- c - RELACION MEDICO-PACIENTE BASADA EN EL RESPETO Y LA CONFIANZA MUTUA.
- d - FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA PROFESIONALES.
- e - DEMOCRATIZACION FORMAL DE LAS DECISIONES SANITARIAS.
- f - RECONOCIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE PACIENTES COMO AGENTES DE LA POLÍTICA SANITARIA.
- g - MEJORA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE SUS DERECHOS BÁSICOS.
- h - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS PACIENTES.

La institución sanitaria, como organización (empresa) productora de servicios de salud, obtiene unos resultados por medio de los múltiples procesos que desarrolla como sistema abierto, dentro de otro sistema mayor que lo contiene; esto es como nodo de la red de servicios de cuidados de la salud de un determinado sistema de salud. Siguiendo el tradicional esquema de Donabedian (Gráfico 1), un servicio sanitario puede describirse del siguiente modo:

Para comprender la realidad de una institución sanitaria se requiere una definición racional y homogénea de su producción. Definición absolutamente necesaria para la realización de las siguientes actividades básicas de gestión en salud:

- Estructuración de la oferta de servicios que brinda la institución, componente básico de la misión;
- Aplicación de la contabilidad analítica, para la obtención de costos de producción;
- **Medición del desempeño (performance) de la organización, para el monitoreo de los valores presentes en la misión y las metas presentes en la planificación y los compromisos de gestión;**

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

- **Medición del impacto de las actividades sanitarias en términos de calidad de vida de la población asistida.**

Para poder avanzar en este esquema básico de gestión, la corriente de salida de todo sistema sanitario puede caracterizarse de dos modos:

- 1) El **output**, esto es, el resultado en términos de **producción**: qué produce y cuánto produce
- 2) El **outcome**, esto es el resultado en términos de **desempeño (performance)** en **relación a su misión**; para valorar el desempeño hospitalario es necesario **analizar la incidencia de su actividad en relación a:**
- 3) **La calidad de vida y la satisfacción de los pacientes (evolución clínico terapéutica, respuesta terapéutica en plazos por ej. 6 meses a 1 año según datos registrados en la HC).**
- 4) El resultado económico

**El resultado de su actividad puede abordarse desde tres perspectivas:**

- 1.- **Perspectiva del paciente:** el **resultado propiamente dicho (outcome)**, tanto como **variación del estado de salud** en términos de **variación de la calidad de vida**, como **satisfacción de las expectativas del paciente**. Es la **utilidad social**.
- 2.- **Perspectiva de los procesos sanitarios:** la **definición de la producción final (output)** como **resultado de las distintas actividades** ejecutadas por la organización, tanto en la **atención de los pacientes** como en los **procesos de docencia e investigación**. El **"producto hospitalario"**, tanto desde el punto de vista clínico como administrativo.
- 3.- **Perspectiva económica:** el resultado económico o **utilidad**.

Tradicionalmente el único instrumento que se utiliza en las instituciones sanitarias para la valoración del outcome es la encuesta de satisfacción, aunque tampoco está muy difundida la práctica de conocer la satisfacción por la calidad percibida de la atención. Los instrumentos que intentan medir la variación en la calidad de vida de los pacientes están mucho menos difundidos.

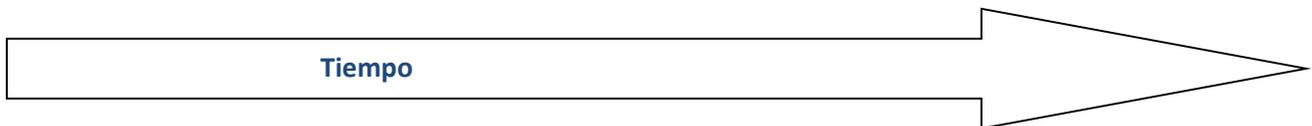
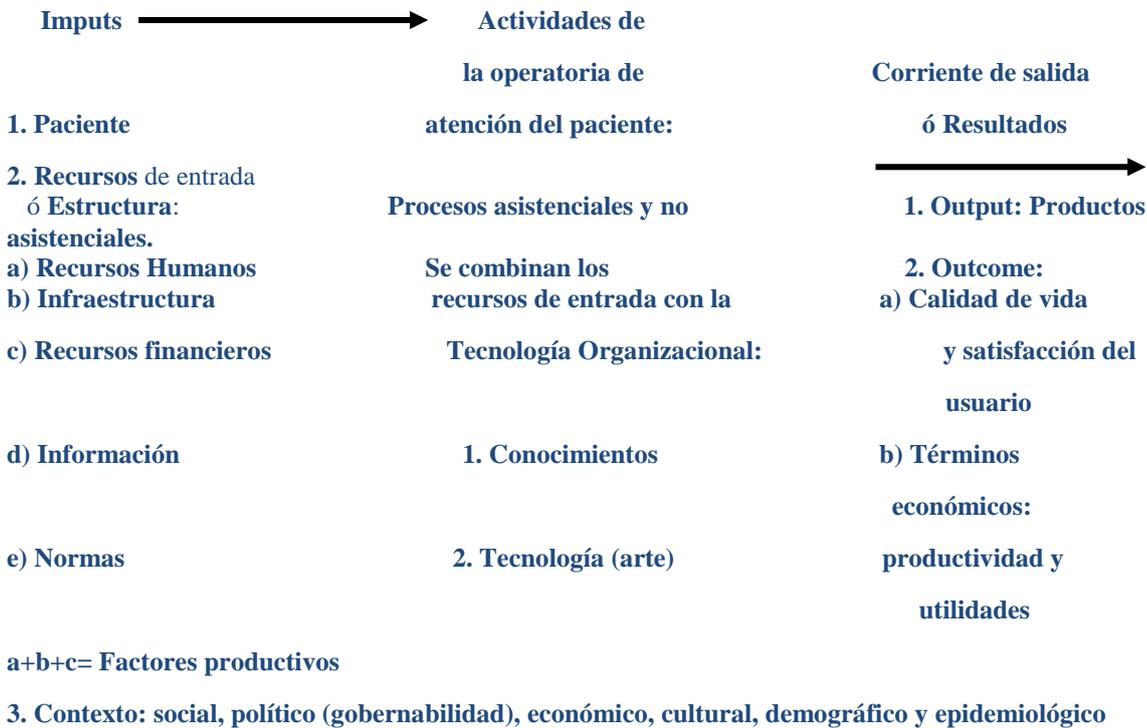
La **diversidad de pacientes asistidos** está dada por:

- 1) La **gravedad de la enfermedad**
- 2) El **pronóstico**
- 3) La **dificultad en el tratamiento**
- 4) La **necesidad de actuación médica**
- 5) El **consumo de recursos**

# HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Gráfico 1

## Corriente de entrada



El concepto de "complejidad de la casuística" parece muy sencillo a primera vista. Sin embargo, existen dos visiones muy distintas del mismo concepto:

- 1) **Visión clínica:** la de los **profesionales** que asisten a los pacientes, particularmente los médicos
- 2) **Visión administrativa:** la de los directivos de hospitales y los responsables de la administración sanitaria

La **interdisciplinariedad** consiste en la búsqueda sistemática de integración de las teorías, métodos, instrumentos, y, en general, fórmulas de acción científica de diferentes disciplinas. La complejidad de la realidad demanda que sea abordada por distintas disciplinas simultáneamente. El equipo interdisciplinario se presenta como un intento de dar solución a diversas problemáticas que se manifiestan en el trabajo con niños y adolescentes en el campo de la salud mental. Uno de los principales obstáculos es la falta de diálogo e intercambios entre

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

los distintos profesionales, lo cual conlleva a un saber y una práctica restringidos y fragmentados. Otras de las dificultades son los intereses gremiales dentro de cada disciplina, la multiplicación de lenguajes especializados y la proliferación de metodologías ultraespecíficas.

### La interdisciplina en el mundo posmoderno

Es importante, hoy más que nunca, pensar lo interdisciplinario como respuesta a nuevas problemáticas que surgen en distintos ámbitos y en distintas escalas. En un mundo cada vez más fragmentado e individualista, proponer lo interdisciplinario es proponer un dialogo, es abrirse a lo grupal, a lo cooperativo y solidario que en el grupo pueden surgir. La interdisciplina puede intentar dar respuesta a los problemas, que plantea una sociedad fragmentada, donde la desigualdad y la exclusión crecen constantemente.

En los servicios de salud, las demandas son cada vez más complejas, siendo limitadas las soluciones que una sola disciplina puede ofrecer.

### La complejidad de la realidad

Mendilaharsu (1998) plantea que "es imprescindible la concurrencia de múltiples saberes para interrogar problemas complejos".

La producción del equipo interdisciplinario no aspira a lograr un conocimiento total, sino a la emergencia de nuevos planos del conocimiento, entre las distintas disciplinas, partiendo de la diversidad.

Para Morin (1976-1988), "La complejidad es, a primera vista, un fenómeno cuantitativo: allí donde hay un enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones. Pero comprende también lo aleatorio, las incertidumbres e indeterminaciones, ya sea en los límites de nuestro entendimiento, ya sea inscrita en los fenómenos. Desde el paradigma de la complejidad los fenómenos humanos se conciben como multifacéticos y en continua transformación a través de los procesos de interacción con el entorno".

Es esa forma de entender la realidad como un fenómeno complejo, la que nos lleva a buscar nuevas formas de acercarnos a la misma. En los últimos años, se han producido cambios vertiginosos en nuestra sociedad, el avance de la ciencia y la tecnología así como nuevas formas de relacionarse y diversas producciones subjetivas. Esos mismos sujetos, con problemáticas complejas, son los que buscan una respuesta en los profesionales, respuesta que ha de ser también compleja.

La especialización, si bien implica avances en los conocimientos de los fenómenos, puede llevar a una visión fragmentada de los mismos, por eso es necesario el diálogo entre disciplinas, para comprender a los fenómenos en su complejidad. Es importante que cada integrante no pierda

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

su particularidad y pueda hacer su aporte, en una relación horizontal con el resto de los miembros.

Ponce de León propone algunos puntos fundamentales para comprender el trabajo del equipo interdisciplinario:

- La conformación del equipo: Es el momento en que se crea el grupo. Es importante la orientación teórica de los miembros, así como sus personalidades e intereses personales, así como su posicionamiento moral frente a las problemáticas a abordar. Se requiere la elección de un proyecto en común.
- Creación de un esquema referencial común: Este se irá delimitando, en el curso de las reuniones, y se irá traduciendo en la manera de actuar y pensar de los integrantes. Debe ser plástico y flexible, permeable a las modificaciones, dependiendo de la realidad y cambio en las problemáticas.
- Capacidad de descentramiento: De cada uno de los miembros del grupo, reconociendo las limitaciones de la propia disciplina y los aportes que el resto puede hacer. También implica reconocer las limitaciones del equipo.
- Reflexión acerca del funcionamiento grupal: es necesario para evitar caer en la idealización e ilusiones grupales de completud.
- Mantenimiento de la especificidad de cada disciplina: Así, como el rol específico de cada profesional.

La autora también reflexiona acerca de los efectos terapéuticos intra- grupal del equipo: La puesta en palabras de las distintas problemáticas, a la cual los profesionales intentan dar una respuesta, colabora en la simbolización e historización de cada tratamiento. El grupo funciona como sostén del propio profesional.

Nuevos emergentes del trabajo en equipo:

- ✓ Adecuación a la complejidad: El accionar en varias dimensiones del fenómeno permite abarcar la problemática de una manera más favorable, permite tener una visión más clara de la situación y dar respuestas simultáneas favoreciendo la resolución de las mismas.
- ✓ Múltiples escuchas e interpretaciones de las situaciones: Una misma realidad puede tener diferentes lecturas. El trabajo en equipo permite comunicar esas diferentes lecturas permitiendo una comprensión más abarcativa.
- ✓ Elaboración de estrategias terapéuticas: El equipo funciona como una red, donde se elaboran acciones terapéuticas específicas a cada situación.
- ✓ Creación de una certeza operativa: En el equipo se pone en juego la "capacidad humana de acordar, objetivar en el seno de un colectivo, construyendo una determinada versión de la realidad" (Najmanovich, 1998).

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

- ✓ Ampliación de la oferta terapéutica: El equipo ofrece una mayor cantidad de recursos terapéuticos.

Stolkiner, en "Atención primaria de la salud e interdisciplina", refiere que trabajar interdisciplinariamente significa posicionarse epistemológicamente frente a la ciencia, no como un mero reflejo de un objeto real. Significa reconocer la historicidad y relatividad de los objetos, así como de las distintas disciplinas que los estudian. Esta construcción de los saberes disciplinarios no es un proceso lineal de causalidad, sino una cuestión compleja.

Se trata de un método de trabajo, pero también de un marco conceptual que intenta fundamentar esa labor epistemológicamente.

La interdisciplina es un posicionamiento en el cual se reconoce la incompletud de cada disciplina. Se centra en los problemas y en el entrecruzamiento de saberes que cada campo aporta. Tiene en cuenta la multireferencialidad teórica y las corrientes de saberes subterráneos, que atraviesan las distintas disciplinas. Este tipo de actividad requiere de la cooperación de los sujetos para la construcción de un espacio nuevo, que intenta dar respuestas a los distintos problemas que el equipo se plantea.

La construcción de un marco conceptual supone un conjunto de representaciones en común, y una cuidadosa delimitación de los roles y de los análisis del fenómeno.

Por otro, también Stolkiner, ha publicado en EL CAMPO Psi (1999), que se puede pensar el equipo interdisciplinario en torno a dos tareas:

- La investigación y producción de nuevos conocimientos
- La labor terapéutica

Ambas se encuentran muchas veces yuxtapuestas y relacionadas. Se investiga a partir de las acciones terapéuticas y los casos concretos en los que trabaja el equipo y, a la vez, esos nuevos conocimientos producidos afectan a las prácticas que se realizan con los sujetos en tratamiento.

El análisis del equipo interdisciplinario y sus prácticas se puede hacer en varios niveles:

- ✚ Un nivel epistemológico: El cual hace que sea necesario pensar las prácticas científicas y de las distintas teorías, no como meras reproducciones de la realidad, sino como construcciones históricamente situadas, con métodos y objetos contruidos por los sujetos que hacen ciencia. Implica también pensar la relación entre las distintas disciplinas, su desarrollo y sus controversias, así como también el fenómeno de la hiperespecialización.
- ✚ Un segundo nivel metodológico: Esta cuestión es importante no sólo en la investigación, sino también en las prácticas terapéuticas. Es imprescindible la planificación y programación de la forma en que el equipo trabajara. Es imprescindible realizar una construcción conceptual del problema, donde los distintos saberes pueden aportar su enfoque. Las

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, deben ser pensados como momentos de trabajo.

Otros niveles de análisis:

- El análisis del equipo como un grupo: El equipo interdisciplinario es un grupo, por lo tanto va a estar sujeto a distintos fenómenos referentes a estos. Al tratarse de distintos saberes disciplinares, las cuestiones de poder se encontraran necesariamente presentes.
- En lo individual: Participar, en este tipo de trabajo, implica realizar distintas renunciaciones, entre ellas la primera es dejar de considerar la propia disciplina como suficiente para el análisis y solución del problema.

Sin embargo, no debemos entender la interdisciplinariedad en un sentido formalista de relación mecánica de disciplinas, sino que debe entenderse como trabajo creativo y productivo de la realidad natural o social, dinámica y compleja.

El desarrollo de la ciencia y el avance en la producción de conocimientos ha llevado a una especialización cada vez mayor de los distintos conocimientos. Así es que existen cada vez mayor cantidad de disciplinas y profesionales. Para evitar una visión fragmentaria y reduccionista del ser humano, se crea el equipo interdisciplinario, permitiendo la comprensión de los sujetos en su totalidad biosociocultural. El equipo es un espacio donde los distintos profesionales pueden aportar sus conocimientos y contribuir a la búsqueda de soluciones frente a las problemáticas que se presentan.

Para llegar a sus objetivos y metas, el equipo debe tener distintas características (Pizarro AgUllar):

1. Cooperación
2. Comunicación
3. Pertenencia al grupo
4. Interacción
5. Valores y normas
6. Decisión y consenso
7. La moral
8. El liderazgo
9. La cohesión

1. Cooperación

Es una actitud y una forma de actuar de los distintos sujetos que integran el equipo. Esta característica es necesaria tanto para la comunicación interna como externa. Implica trabajar

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

con el otro. Brindar algo de sí para la construcción de lo grupal y la formación de nuevos conocimientos y prácticas.

### 2. Comunicación

Es crucial para el intercambio de ideas y conocimientos. A través de la misma se puede lograr una retroalimentación. Permite realizar aportes y enriquecerse con las contribuciones del resto de los miembros. Puede ser:

- a. Formal
- b. Informal
- c. Descendente
- d. Ascendente
- e. Horizontal

- a. La comunicación formal es la que se realiza en las reuniones programadas.
- b. La comunicación informal se produce a través de conversaciones en otros ámbitos o entre los miembros individuales del equipo.
- c. La comunicación descendente se da cuando procede de los niveles superiores a las bases,
- d. La ascendente se da a la inversa, de las bases a los niveles superiores.
- e. La comunicación horizontal se establece entre personas que se ubican en un mismo nivel jerárquico.

La comunicación presenta una serie de limitaciones, entre las que tenemos:

- ✓ La diferencia en el nivel educativo entre los miembros del grupo.
- ✓ La incorporación o salida de éstos, la personalidad de los mismos.
- ✓ La ideología, la introducción de nuevos procedimientos, entre los componentes del grupo, las tensiones y la diferencia social entre el emisor y el receptor.

### 3. Pertenencia al grupo

Se refiere a la cohesión y confianza de los miembros con respecto al grupo, también referido a la afinidad y coordinación para el logro de las metas propuestas.

### 4. Interacción

Es la relación intersubjetiva entre dar y recibir. Actúan tres elementos importantes:

- a. Las relaciones de los individuos entre sí. La importancia reside en la solidaridad entre los miembros.
- b. Las funciones ejercidas por los mismos. Es importante valorizar la diferencia de roles y labor de cada profesional.
- c. Las normas comunes. surgen en cada grupo, son acuerdos implícitos y explícitos, a los cuales los miembros adhieren para pertenecer al mismo.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

### 5. Los valores y normas

En los valores y normas están implicadas cuestiones ideológicas de cada miembro del grupo. Algunos de estos deben coincidir, para que se pueda dar la formación del grupo.

### 6. Decisión y consenso

Para la toma de decisiones, es fundamental una democracia en la cual se tengan en cuenta todas las opiniones de los miembros. La reflexión, el compromiso y la responsabilidad son características fundamentales para poder realizar un juicio crítico a la hora de decidir.

### 7. La moral

Es de suma importancia, más cuando los resultados de la toma de decisiones y labor terapéutica implican a sujetos.

### 8. El liderazgo

Se refiere a una característica de uno de los miembros del grupo, referidas a cuestiones de poder, autoridad, coordinación, prestigio.

Se dan tres tipos de mando

- a. Líder autocrático: Impone sus decisiones al resto del grupo y es directivo
- b. Laissez faire: Toma una actitud pasiva con respecto a los otros líderes. Se limita a dar información.
- c. Democrático: Funciona como un coordinador. Las decisiones se toman democráticamente. Posee una relación horizontal con el resto del grupo.

### 9. La cohesión del grupo

En el grupo funcionan diferentes fuerzas, algunas tienden a la unión y otras a la separación y diferenciación. Las primeras tienen que ser superiores que las segundas, para que el grupo no se disuelva.

Cuando se trata de determinar las funciones y roles del **Acompañante Terapéutico (AT)**, primero debemos definirlo, y para ello, al ser un dispositivo de creación reciente, debemos aclarar si corresponde o no a aquello que el inconsciente colectivo fantasea como sus acciones y tareas.

- ✚ Un agente auxiliar dentro del campo de la salud mental
- ✚ Un agente resocializador.
- ✚ Un mediador entre el terapeuta y el acompañado.
- ✚ Una pieza fundamental dentro del equipo terapéutico.

El Acompañante Terapéutico es un agente de salud formado en conocimientos básicos de Psicopatología, con conceptos generales de Psicología. El Acompañante Terapéutico está entrenado para contener a pacientes crónicos y agudos, en un nivel vivencial, no interpretativo

## **HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES**

y para el cual debe poner el cuerpo y constituir una presencia receptiva, cálida y confiable. El Acompañante Terapéutico acompaña al paciente en sus crisis y diferentes fases del proceso.

### **METODOLOGÍA**

Nos propusimos no renunciar al psicoanálisis, ni al registro que va teniendo la lectura del contexto social que nos circunda, y dónde la experiencia nos llevó a ampliarnos en otros campos, como la antropología, desde la psiquiatría, la psicología y la neurología.

Ha sido nuestro deseo el articularlos, de manera tal que estos intereses interactúen y den forma a nuestras ideas, y, por lo tanto, a la práctica, con la perspectiva de consecución de lo más saludable, dentro de una situación crítica.

Lo valorable de este tema es quitar el "exclusivismo" del trabajo individual (del uno a uno con el paciente), para ayudar en el terreno de la salud, desde el abordaje familiar-educacional y de los lazos sociales. No hay práctica sin proyecto terapéutico.

La necesidad de debatir proyectos terapéuticos interdisciplinarios se presenta diariamente como urgente, debido al sufrimiento que acosa a los que demandan ayuda.

Es por eso, que decidimos implementar nuestros objetivos en función de marcos teóricos conocidos y de las experiencias previas propias y de otros autores. Para tal fin, analizamos el resultado de nuestro accionar, en el primer trienio, según los roles definidos en el trabajo interdisciplinario; el marco legal; los obstáculos clínicos y burocráticos; la asignación horaria asistencial y no asistencial; las avances observados en los pacientes a partir de las intervenciones profesionales; los debilidades y fortalezas de los talleres para familiares, las supervisiones y los ateneos; la producción investigativa y académica, y docente. Todo ello evaluado según el nuevo paradigma de Gestión de Calidad en Salud Mental, focalizado a la psicopatología infanto juvenil, privilegiando el trabajo interdisciplinario con familias –sujetos y sus sufrimientos.

Con el objeto de demostrar los beneficios del trabajo interdisciplinario, se ha realizado el análisis de las causas y resultados del problema que plantearía la ausencia de dicha modalidad de trabajo. (Gráfico 2).

El problema estratégico surge, por lo tanto, de la resultante del diagnóstico de los factores externos e internos, o la combinación de determinadas amenazas y oportunidades con las fortalezas y debilidades que resultan del análisis estratégico, tanto del entorno como de la propia organización.

Entre los factores externos se incluyen el nivel socioeconómico-cultural, normativas ministeriales, ley actual de salud mental, factores demográficos y geográficos. Mientras tanto, los factores

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

internos se refieren a la carga horaria de la función y las competencias de los profesionales, la infraestructura, etc.

Aquí también, se debe tener en cuenta la combinación de amenazas y oportunidades. Entre las amenazas se pueden contar huelgas, sistema informático ausente o insuficiente, medidas institucionales arbitrarias, privilegios personales, licencias por enfermedad, etc.; a la vez que, entre las oportunidades, se pueden enumerar el deseo de superación profesional, oferta de becas profesionales para pasantías y/ o proyectos de investigación, publicaciones científicas, etc..

Así, el problema estratégico ha podido ser analizado según sus fortalezas y debilidades (metodología de análisis **FODA**) para construir acciones.

Se ha analizado dicha problemática teniendo en cuenta las siguientes prioridades:

- 1.- Calidad y cantidad de prestaciones a los pacientes
- 2.- Normativas internacionales de categorización de instituciones según las competencias de los profesionales en formación y capacitación permanente.

Se fundamenta dicha selección de prioridades en criterios basados en:

- Eficacia: determinada por los resultados, efectos o beneficios en condiciones ideales (ej. Universidades de Melbourne, Toronto, Pisa) basados en la formación de líderes.
- Efectividad: basada en resultados conseguidos en condiciones reales de la tarea clínica asistencial personal y de profesionales de otras instituciones.
- Eficiencia: logro a menos coste de aquello que la sociedad valora más.
- Equidad: Recibir igual atención sanitaria para iguales necesidades de salud, independientemente de factores socioeconómicos; distribuir; incluir; dar primero a quién más lo necesita.

Todos estos criterios deben ser liberados de influencias subjetivas para determinar grados de urgencia, gravedad y tendencias (ej. Modas diagnósticas y psicofarmacológicas).

Antes de continuar analizando las desventajas de la ausencia de trabajo interdisciplinario, es necesario establecer una terminología común para su clara comprensión.

### **Problema**

*La distancia existente entre una situación dada y una situación deseada, considerada por alguien como óptima, constituye un problema. Ejemplo: "Precariedad en la atención de la salud en enfermos crónicos". De esta manera el problema está constituido por una dimensión objetiva (la referencia a la situación dada) y una dimensión subjetiva (el patrón de deseabilidad establecido por el sujeto). Los problemas son siempre problemas para alguien. Por consiguiente, éstos serán contruidos de manera diferente por los distintos actores en el marco de la situación particular de cada uno de ellos.*

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

### Descriptor

Los descriptores son enunciados que hacen referencia a situaciones cotejables que manifiestan y corroboran la existencia del problema focal, especificando dimensiones del mismo.

### Variable

Concepto que representa un aspecto de la realidad analizada y que puede asumir distintos valores. En un sentido estricto, dicho concepto debe ser definido de manera tal que sea susceptible de medición para establecer el valor que asume en un caso particular<sup>4</sup>. Ejemplo: "desnutrición infantil". Cuando se lo expresa en términos de problema es porque se considera que el valor con el que se presenta la variable no es el deseable.

### Hipótesis explicativa

Afirmación conjetural sobre la relación de causalidad existente entre dos o más variables. Ejemplo: "la dieta insuficiente e inadecuada en los hogares de extrema pobreza genera un incremento en los casos de desnutrición infantil severa".

### El "mapeo" de cadenas causales.

El propósito de esta fase es **expandir las redes causales, incorporando nuevos problemas y relaciones**, a efectos de **ampliar el modelo explicativo**.

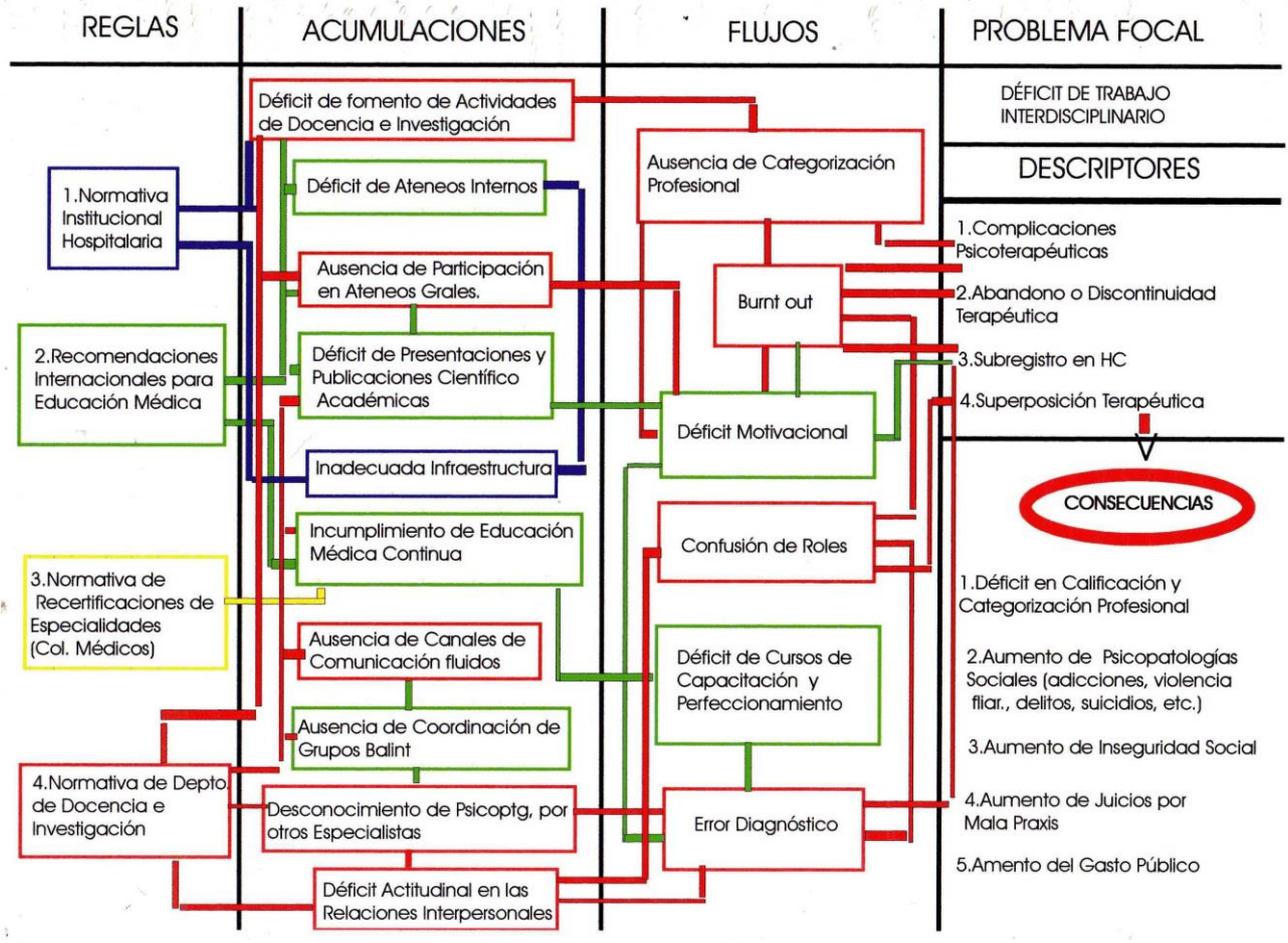
- **Reglas:** son aquellas que determinan el marco de actuación. Aquellas variables que condicionan el marco de actuación, es decir, dan identidad al problema y definen el campo de lo posible. No se trata sólo de normas, sino que además de las reglas de derecho, deben tenerse en cuenta costumbre o reglas implícitas que, si bien no constituyen normativa, funcionan como reglas de hecho.
- **Acumulaciones:** dan cuenta de las capacidades y/o incapacidades. Aquellas variables que dan cuenta de las capacidades o incapacidades estructurales de producción, que pueden ser tanto del sistema como de los actores que intervienen, etc.; tanto en el campo político, como en el económico, social, etc.
- **Flujos:** son aquellas variables que reflejan hechos puntuales. Variables que enuncian hechos puntuales o coyunturales, que reflejan acciones o situaciones que, en principio, son transitorias y de hacerse permanentes devienen en incapacidades estructurales transformándose en acumulaciones.

### La organización de la exploración

El propósito de esta fase es **organizar la búsqueda de información necesaria para corroborar la existencia del problema y fundamentar la hipótesis del modelo explicativo**.

# HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Gráfico 2



## Análisis del espacio de gobernabilidad: el control de las variables

El propósito de esta fase es **analizar el espacio de gobernabilidad del proyecto**, a efectos de orientar la definición de los frentes de ataque del proyecto que se realizará en el paso siguiente:

- **Variables Condición:** son aquellas que se encuentran fuera de control del grupo que gestiona el plan. Aquellos aspectos de la realidad diagnosticada que resultan relevantes para la descripción y explicación del fenómeno, pero que el grupo evalúa que no podrán ser modificados desde el plan. Sin embargo, estarán condicionando permanentemente el desarrollo del mismo. Estas variables conforman lo que en el análisis de Carlos Matus se conoce como el campo III, "fuera de control". En este se agrupan las variables que, si bien condicionan la situación que se está analizando, no pueden ser modificadas con las acciones formuladas desde el PE dado que se originan en otros ámbitos, otras reglas, producto de otros procesos y relacionadas con otros actores
- **Variables Instrumentos:** son aquellas que se encuentran bajo control total del grupo de gestión del plan. aquellos aspectos que el grupo evalúa que está a su alcance modificar para

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

alcanzar los fines del plan. Es decir, pueden servir como instrumentos para la transformación de la situación inicial. Se puede distinguir dos tipos de variables instrumento: aquellas que están bajo control total del grupo de gestión del plan –las variables instrumento en sentido estricto- y aquellas sobre las que el proyecto puede llegar a incidir, pero no están bajo su exclusivo gobierno. A estas últimas se las denominan **variables de control compartido**. Las variables instrumentos, clasificadas según control total o control compartido conforman los campos I y II del flujograma respectivamente.

- **Variables de control compartido:** son aquellas sobre las que el grupo tiene cierta capacidad de incidencia pero también dependen de otros actores.

Si se incorporara este análisis de gobernabilidad a la graficación, el flujograma explicativo constaría de 9 cuadrantes que derivarían del cruce entre la clasificación en *reglas, acumulaciones y flujos* y la gobernabilidad *variables bajo control total, variables bajo control compartido y variables fuera de control*. (Gráficos 3, 4, 5, 6,7).

Sin embargo, hay problemas que si bien hoy constituyen variables condición, no se descarta que en el futuro se pueda ejercer cierta influencia sobre ellos, si se construyen ciertas condiciones. Con relación a variables condición de este tipo y a variables de control compartido, es necesario **identificar los actores que ejercen control o influencia sobre ellas y analizar qué tipo de recursos de poder ponen en juego**.

Gráfico 3

3) Déficit en el trabajo interdisciplinario				
VARIABLES	INDICADORES	FUENTES	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES PLAZOS
AUSENCIA DE CATEGORIZACIÓN PROFESIONAL	1 Error Diagnóstico	1.HC	1.CV	1.Ministerio de Salud
	2 Abandono Terapéutico	2.Relatos de Filiars. de pacientes	2.Llamados a Concurso	2.Dirección de Htal. 3.Jefatura de Servicio
CONFUSIÓN DE ROLES	3 Burnt out	3.Equipos Escolares	3.Entrevistas a Filiars de Pacientes	4.Profesionales
	4 Ausencia de Concursos Abiertos		4. Legajos en Of. de Personal 5.Auditorías de HC	
CONFUSIÓN DE ROLES	1 Error Diagnóstico	1.HC	1.HC	1. Profesionales de Salud Mental
	2 Abandono Terapéutico	2.Relatos de Filiars. de pacientes	2. Entrevistas a Equipos Escolares	2.Dirección de Htal. 3.Jefatura de Servicio
CONFUSIÓN DE ROLES	3 Complicaciones Terapéuticas	3.Equipos Escolares	3. Entrevistas a Filiars de Pacientes	4.Ministerio de Salud
	4 Burnt out			
CONFUSIÓN DE ROLES	5 Ausencia de Concursos Abiertos			

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Gráfico 4

*Déficit en el trabajo interdisciplinario*

VARIABLES	INDICADORES	FUENTES	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES PLAZOS
<b>BURN OUT</b>	1. Falla Actitud en Vínculo con el Paciente y su Fliar.	1. Equipos Escolares	1. -HC	1. Profesionales de Salud Mental
	2. Subregistro en HC	2. Fliars. De Paciente	2. Entrevistas a Equipos Escolares	2. Dirección de Htal.
	3. Abandono de Pacientes	3. HC	3. Entrevistas a Fliars de Pacientes	3. Jefatura de Servicio
	4. Incomunicación Interdisciplinaria		4. Estadísticas de Turnos 5. Licencias por Enfermedad	4. Ministerio de Salud

Gráfico 5

*Déficit en el trabajo interdisciplinario*

VARIABLES	INDICADORES	FUENTES	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES PLAZOS
<b>DÉFICIT DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>	1. Déficit de Publicaciones	1. Quejas de Profesionales	1. Recolección de Información on line	1. Depto. Docencia e Investigación
	2. Déficit de Eventos Científico Académicos	2. Experiencia Personal	2. Registros Bibliográficos y Hemerotecas	2. Jefatura de Salud Mental
	3. Déficit en Participación en Ateneos Grales.		3. HC	3. Dirección del Htal.
	4. Déficit en Participación en Eventos Científico Académicos			4. Ministerio de Salud
	5. Ausencia de Trabajos Grupales			
	6. Déficit de Proyectos de Investigación Científica			
	7. Déficit de Actividades Docentes			
	8. Déficit de Convenios de Extensión Universitaria			
	9. Déficit de Profesionales con Carrera Docente			
	10. Ausencia de HC Protocolizada			

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Gráfico 6

<i>Déficit en el trabajo interdisciplinario</i>				
VARIABLES	INDICADORES	FUENTES	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES PLAZOS
<b>INADECUADA INFRAESTRUCTURA</b>	1.Escasa Superficie del Consultorio de Salud Mental	1.Quejas de Profesionales 2.Observación Personal	1.Pericia Catastral	1.Ministerio de Salud 2.Dirección del Htal.
<b>INCUMPLIMIENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA</b>	1.Déficit de Actividad Docente 2.Ausencia de Cursos de Formación Continua 3.Déficit de Actividades Científico Académicas 4.Ausencia de Publicaciones Científicas Grupales 5.Ausencia de Pasantías Nacionales e Internacionales 6.Ausencia de Participación en Becas de Investigación y Pasantías en el Exterior 7.Ausencia de Convenios de Extensión Universitaria	1.Observación Personal 2.Información de otros Profesionales	1.Información On line 2.Información en web del Ministerio de Salud 3.Deptos. Cátedras Universitarias	1.Depto. Docencia e Investigación 2.Jefatrua de Salud Mental 3.Dirección del Htal. 4.Ministerio de Salud 5.Universidades Públicas Nacionales

Gráfico 7

<i>Déficit en el trabajo interdisciplinario</i>				
VARIABLES	INDICADORES	FUENTES	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES PLAZOS
<b>AUSENCIA DE COORDINACIÓN DE GRUPOS BALINT</b>	1.Asencia de Convocatoria 2.Incomunicación entre Profesionales y Especialidades 3.Error Diagnóstico 4.Desconocimiento de Incumbencias de las Especialidades 5.Desconocimiento de Contenidos Conceptuales y Procedimentales de las Disciplinas Psi. 6.Abandono Terapéutico	1.Observación Personal 2.Información aportada por otros Profesionales	1.HC 2.Coordinación Dinámica de Grupos	1.Depto. Docencia e Investigación 2.Jefatrua de Salud Mental 3.Dirección del Htal. 4.Ministerio de Salud 5.Servicio Social

Por lo tanto las consecuencias del ***déficit en el trabajo interdisciplinario, se han visto resueltas por objetivos específicos tales como:***

- Desarrollo de actividades de investigación clínica de casos complejos, compartidos con otras especialidades médicas.
- Investigación bibliográfica de casos.
- Historias Clínicas protocolizadas que faciliten las derivaciones e intervenciones interdisciplinarias.
- Comunicación fluida entre profesionales de las diferentes disciplinas.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Para tal fin, se han definido las **metas** como los resultados esperados a partir de la ejecución de las estrategias propuestas en cada frente de ataque, según el objetivo general determinado para cada situación problema diagnosticada. (Gráfico 8).

En nuestro equipo de trabajo, se han tenido en cuenta aquellas que deriven del trabajo interdisciplinario:

- a. Acreditación profesional por consenso de CV de antecedentes formativos, de especialización y laborales, junto a evaluación de competencias clínico asistenciales, investigativas y docentes.
- b. Categorización institucional según normativas internacionales.
- c. Educación Profesional Continua.
- d. Control de demandas judiciales por mala praxis.
- e. Regulación del gasto (de los profesionales y de los usuarios).
- f. Repercusión en la seguridad social.

Con el objeto de cumplimentar los objetivos y metas propuestas en relación al trabajo interdisciplinario, se propusieron **líneas de acción** pertinentes. (Gráfico 8).

De acuerdo a lo expresado en la fundamentación del presente proyecto, se deben centrar las **estrategias** en el resultado deseado en relación a la salud mental del paciente, para lo cual el prestador del servicio deberá contar con las condiciones necesarias para tal fin. (Gráfico 8). Entre dichos requisitos se observa la gran influencia del clima laboral en la calidad del servicio prestado.

### **Clima laboral: burnt out**

#### Abordaje

1. *Indagar las percepciones* de los trabajadores acerca de la institución y el lugar que ocupan en ella, así como las relaciones entre ellos y con la comunidad.
2. *Detectar situaciones problemáticas* que se deriven del análisis de estos aspectos y sus posibles causas.
3. Generar acciones para *superar las situaciones problemáticas*, con la participación y el compromiso de los trabajadores del equipo.
4. Propiciar la *evaluación continua* y sostenida en el tiempo que aporte una mirada crítica de los procesos intra-institucionales.
5. Propiciar y acompañar instancias de capacitación.
6. Brindar asistencia técnica para la planificación de distintas actividades (cursos, jornadas de actualización, etc.).
7. Diseñar estrategias de intervención que contribuyan a mejorar la comunicación interna. Entonces, ha llegado el momento de determinar las **actividades a desarrollar**.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

En la propuesta de actividades, se deben fundamentar las mismas a partir del **proceso de gestión** centrado en el **paciente** (cliente), para poder establecer los **frentes de ataque**.

Gestión por Procesos: Es el empleo de un conjunto de conceptos, prácticas, técnicas y herramientas para lograr la implementación, el mantenimiento y la mejora de la efectividad y eficiencia de los procesos de la organización.

Son sus objetivos:

- ✚ Incrementar la eficacia
- ✚ Reducir los costos
- ✚ Mejorar la calidad
- ✚ Acortar los tiempos

Y son sus beneficios:

- ❖ Mejor detección, coordinación y determinación de prioridades de las oportunidades de mejora
- ❖ Obtención de resultados mejorados, coherentes y predecibles
- ❖ Reducción de los costos y de los tiempos de producción de resultados mediante el uso eficaz de los recursos.

Y permite:

- Definir sistemáticamente las actividades necesarias para lograr un resultado deseado.
- Establecer responsabilidades y obligaciones claras para la gestión de las actividades (*Responsables de proceso*)
- Identificar las interfases de las actividades críticas así como analizar y medir su capacidad para cumplir con los diferentes tipos de objetivos de proceso.
- Centrar los esfuerzos en la gestión de los factores claves
- (insumos, métodos, personas, documentos, equipos, infraestructura)

### Características de un Proceso

- ✓ **Capacidad**: es la medida del caudal de salida del proceso (se mide en unidades de output por unidades de tiempo).
- ✓ **Eficiencia**: es la medida que relaciona el valor de las salidas con respecto al valor de las entradas.
- ✓ **Efectividad**: mide las salidas reales respecto a las salidas planificadas.
- ✓ **Flexibilidad**: es una medida del tiempo preciso para cambiar el proceso, de forma que pueda producir otra salida y/o pueda usar un conjunto distinto de entradas.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

### Características de Procesos bien administrados

- Poseen un responsable (dueño del proceso)
- Poseen límites bien definidos (alcance del proceso)
- Interacciones y responsabilidades internas bien definidas
- Procedimientos documentados.
- Controles de evaluación y retroalimentación cercanos al punto en el cual se ejecuta la actividad.
- Medidas de evaluación y objetivos relacionados con el cliente.
- Duración del ciclo conocida y acotada.

### Concepto de Cliente o usuario

Es toda aquella persona o actividad que recibe y servicio o producto Se dividen en: interno y externo.

Cliente interno: Es aquel que, dentro de la empresa, recibe de otro u otros algún producto, documento, etc., que él debe seguir procesando o utilizando para alguna de sus tareas. Por ejemplo, el acompañante terapéutico provee una información sobre la dinámica familiar que el psiquiatra debe tener en cuenta a la hora de realizar indicaciones de administración psicofarmacológica.

### *Elementos de un proceso*

- Definición.
- Alcance (Límites del Proceso).
- Responsable del proceso.
- Destinatarios y objetivos.
- Componentes (Elementos, recursos, actividades).

### *Indicadores*

- Equipo de mejora

*Destinatario del Proceso:* Son las personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto y quienes van a exigir un funcionamiento correcto y aporte de valor añadido. Es imprescindible tenerlos claramente definidos, pudiendo ser ciudadanos, pacientes, familiares, profesionales de otros servicios o instituciones, otro nivel asistencial, otras organizaciones, etc. La razón última del proceso es satisfacer las necesidades y expectativas de los destinatarios.

### Subprocesos

- Los procesos en que puede descomponerse un proceso de rango superior
- Los subprocesos se descomponen en actividades.

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

### Actividades

- ❖ Son las actividades concretas que deben realizarse en cada proceso o subproceso.
- ❖ Deben estar justificadas sobre la base de la evidencia posible, y, en caso de no existir, se basarán en consensos, recomendaciones de expertos, etc.

### Equipo de mejora del proceso:

- ✓ Liderazgo por el gestor o persona por él designada
- ✓ Formado por las personas más representativas y cualificadas directamente involucradas
- ✓ Dependiendo de la complejidad, puede haber varios equipos a la vez.

### Clasificación de los procesos

1. Estratégicos o de Gestión
2. Claves u Operativos
3. De Soporte o de apoyo

#### 1. Procesos estratégicos

- Son aquellos que gestionan la relación de la organización con el entorno.
- Aportan referencias y guías para desarrollar los procesos clave u operativos.
- Fijan los objetivos, pautas y guías del resto de los procesos.
- Gestionan la forma que se toman decisiones sobre planificación y mejoras de la organización.
- Son necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización.
- Incluyen: Planificación estratégica, docencia, comunicación, investigación encuestas, etc.

2. Procesos clave: son aquellos que guardan relación directa con los clientes, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de estos, o aquellos que consumen una parte muy importante de los recursos de la organización. Componen el saber hacer de la organización.

3. Procesos soporte: son aquellos que proporcionan recursos o apoyo a los procesos clave para que estos cumplan adecuadamente sus objetivos. En general, aquí se encuentran la mayor parte de los procesos internos de la organización. Son los sistemas de información y comunicación, la gestión de recursos humanos, finanzas, contabilidad, historización del equipo, etc.

### Definición de los **Frentes de Ataque**

Un posible frente de ataque es una variable que, por su posición en el modelo explicativo, constituye un nudo crítico, en relación con el que se presume que, cualquier alteración positiva en él, desataría procesos de transformación que impactarían en un número considerable de

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

problemas relevantes. Tales procesos posibilitarán, de manera directa o indirecta, revertir el problema focal. Un nudo crítico de esta naturaleza debe ser una variable que, o bien está bajo control total del actor que llevará adelante el plan, o bien éste puede ejercer cierta influencia sobre ella. De otra manera sería imposible tomarla como un centro práctico de acción.

*Toda variable instrumento -en sentido estricto- o de control compartido, ubicada en aquellos trayectos causales que el grupo juzga decisivos, es un posible **frente de ataque**, siempre que cualquier alteración positiva en ella impacte de manera efectiva en un número importante de variables relacionadas y esto contribuya, directamente e indirectamente, a revertir los descriptores del problema focal.*

### La formulación de las apuestas estratégicas

El propósito de esta fase es **formular las apuestas estratégicas que darán lugar a la confección del Plan para alcanzar la situación objetivo.**

La apuesta estratégica representa la afirmación que se hace respecto de la posibilidad de cambiar la connotación negativa del frente de ataque, por una situación positiva que impacte en el problema focal, revirtiéndolo.

Así, tendría que poder definirse la situación o estado en que se desea encontrar un aspecto de la realidad en la que se interviene con el proyecto, y dicha situación futura debería constituirse en una guía para la transformación de la situación que da origen a la intervención se realiza sobre las causas elegidas como Frentes de Ataque (FA) identificados, y en primera instancia, las Apuestas Estratégicas pueden realizarse positivizando los mismos. (Gráfico 8).

Gráfico 8

OBJETIVO GENERAL	VECTOR DESCRIPTIVO DE RESULTADOS	APUESTAS ESTRATÉGICAS	VECTOR DE RESULTADOS DE FRENTE DE ATAQUE
3. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO FRECUENTE.	<p>a. Desarrollo de actividades de investigación clínica y bibliográfica de casos complejos compartidos con otras especialidades médicas, educativas, etc.</p> <p>b. HC protocolizada para derivaciones e intervenciones interdisciplinarias.</p> <p>c. Comunicación fluida entre profesionales de diferentes especialidades médicas, educativas, etc.</p>	<p>a. Presentación de casos compartidos en Mesas Redondas, Simposios, etc. y publicaciones</p> <p>b. Coordinación de Grupos Balint.</p> <p>c. Inclusión del Depto. De Estadísticas en tareas de investigación clínica interdisciplinaria.</p> <p>d. Convenios de Extensión Universitaria con Cátedra de Psiquiatría y Depto. de Pedagogía Médica (UNLP).</p> <p>e. Inversión de carga horaria de las funciones en tareas asistenciales, de investigación y docencia.</p>	<p>a. Categorización profesional por consenso de CV y evaluación de competencias clínico asistenciales, investigativas y docentes.</p> <p>b. Categorización institucional según normativas internacionales.</p> <p>c. Educación Médica Continua</p> <p>d. Mecanismos de control de juicios por mala praxis.</p> <p>e. Repercusión en seguridad social (violencia familiar y social, adicciones, suicidios, criminalidad, etc.).</p> <p>f. Regulación del gasto público.</p>

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

La autoevaluación del rendimiento y resultados de la tarea propuesta por este Equipo de trabajo, ha requerido la implementación de un **sistema de monitoreo y/o control del proyecto**.

El mismo se lleva a cabo mediante la medición de:

1. Cantidad y calidad de trabajos de investigación clínica y bibliográfica que se produzcan anualmente por los agentes que se desempeñan en este equipo. De acuerdo a esta propuesta, el número de trabajos de investigación será directamente proporcional al número de profesionales que tienen función en el mismo. Se ha permitido la participación nominal, en todos los trabajos, a aquellos profesionales que han demostrado grado equitativo de compromiso ético laboral y profesional en la tarea investigativa
2. Cantidad y calidad de asistencia y participaciones grupales e individuales en eventos científico académicos.
3. Cantidad y calidad de publicaciones grupales e individuales que se realicen a nivel nacional e internacional.
4. Cantidad y calidad de actividades docentes realizadas por los agentes miembros del equipo, las cuales son evaluadas por los asistentes a través de encuestas anónimas al final del ciclo. A su vez, se puede evaluar a través del número de asistentes convocados a dichas actividades.
5. Cantidad de becas académicas obtenidas por los integrantes del equipo de trabajo por comisiones.
6. Revisión de las HC protocolizadas al final de cada año para constatar su efectividad y necesidad de adaptación a las consultas psicopatológicas contextualizadas.

Para el logro de una autoevaluación del trabajo realizado en los primeros 3 años, desde la creación de este equipo interdisciplinario, se han tenido en cuenta la carga horaria asistencial empleada por cada profesional y aquella destinada a las supervisiones clínicas, los ateneos bibliográficos, los talleres con las familias, como así también la carga horaria aplicada a tareas investigativas y docentes.

### RESULTADOS

Cuando se habla de producción en Gestión de Calidad en Salud Mental y de sus resultados, debemos dedicarnos a medirlos cuantitativamente, a partir de los datos cualitativos obtenidos de la labor profesional. Dicha labor profesional incluye tarea clínica asistencial, producción académica y función docente.

El equipo interdisciplinario, inicialmente, estuvo integrado por una médica psiquiatra especialista en niños y adolescentes, una psicóloga y tres acompañantes terapéuticos con y sin experiencia clínica previa, quienes, a su vez, cursaban la carrera de Psicología en nivel avanzado. (Tabla 1).

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

En los años siguientes, se sumaron otros profesionales, entre ellos una psicomotricista, como así también una música directora de coros.

Tabla 1

AÑO	PSIQUIATRA	PSICOLOGA	AT
2011	1	1	3
2012	1	2	4
2013	1	2	5

En relación a la tarea *clínica asistencial*, el equipo de trabajo Fort da, desde su fundación en marzo de 2011, ha asistido un número variable de pacientes. Dicha labor se ha visto influenciada notablemente por el reconocimiento o no por parte de las obras sociales al rol del acompañante terapéutico, por no estar incluido en el nomenclador de la sanidad; y el tipo de respuesta protectora ofrecida por los Centros de Protección a los Derechos del Niño dependientes del Servicio Zonal Municipal, encargado de investigar los casos de familias en riesgo e informar a los Juzgados de Familia y Menores acerca de las problemáticas planteadas. Así, cuando las Obras Sociales no responden a los honorarios del acompañamiento terapéutico, los pacientes no pueden ser ingresados o se ha debido suspender el servicio profesional ante la omisión de pago de honorarios que la familia no alcanza a afrontar. Por otro lado, ante las situaciones de riesgo para los pacientes, por dificultades familiares para la contención y protección de los mismos, o por su intolerancia e incomprensión de las dificultades mentales de los menores a su cargo, los acompañamientos han debido ser interrumpidos al ponerse en peligro los mismos profesionales o por exceder su responsabilidad laboral. (Tabla 2).

De la actividad clínica asistencial se deriva la supervisión interdisciplinaria de cada uno de los casos tratados, sea por los acompañantes terapéuticos como por la médica psiquiatra infanto juvenil, en forma compartida. (Tabla 3).

Tabla 2

AÑO	SUPERVISIONES	GRUPOS FAMILIARES	FUNCIÓN CLÍNICA	INVESTIGACIÓN	DOCENTE	ARTÍSTICA
2011	36 semanas		8 pacientes	3		
	108 horas		1928 horas	120 horas		
2012	38 semanas	10 meses	5 pacientes	3	1	
	114 horas	20 horas	1895 horas	120 horas	2 horas	
2013	38 semanas	10 meses	5 pacientes	3		8 meses
	114 horas	20 horas	1435 horas	120 horas		16 horas

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Tabla 3

AÑO	PSIQUIATRA	AT
2011	88 horas	1840 hs
2012	55 horas	1840 hs
2013	55 horas	1380 hs

Mientras tanto, esta labor profesional motivó la *investigación clínica científica* de los diferentes casos, y los resultados clínicos evolutivos observados a partir de las intervenciones realizadas, de lo cual surgieron diversas producciones académicas que fueron presentadas en diferentes eventos, sea en formato poster, publicaciones en la web o en disertaciones en congresos de psiquiatría y de salud mental. (Tabla 4).

Tabla 4

AÑO	MESA REDONDA	POSTER	MUNDIAL	REGIONAL	PUBLICACIÓN WEB
2012	2	1		1	
2013	2	1	1		3

A partir de la tarea clínica asistencial, también se desarrolló una presentación comunitaria, en calidad de *tarea docente*, con asistencia masiva de personas involucradas con pacientes con padecimientos del orden de las psicopatologías infanto juveniles, tanto desde lo profesional como de lo familiar, incluidas 5 madres de pacientes asistidos en Fort da.

Foto 1.



## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Foto 2



Durante dicha actividad, se ofreció información acerca de los diagnósticos más comunes en psicopatología infanto juvenil que consultan en Fort da, junto con las indicaciones terapéuticas adecuadas para cada caso, y el rol del acompañante terapéutico según la legislación vigente que avala su función profesional, junto con asesoramiento sobre los derechos terapéuticos reconocidos por la Ley Nacional de Discapacidad.

Cabe destacarse la incorporación de una directora de coros durante el ciclo 2013, con el objeto de favorecer el desarrollo cognitivo y emocional de los pacientes asistidos en Fort da, a través de la *actividad artística* coral. Los encuentros musicales se llevaron a cabo con frecuencia semanal de una hora de duración cada uno, siendo esta actividad registrada en video, con consentimiento informado de los padres, para su difusión. Los resultados positivos y los obstáculos aparecidos, fueron merecedores de un nuevo trabajo de investigación, que ya han sido compartidos en otros eventos académicos. Sus resultados e imágenes pueden encontrarse en <https://www.youtube.com/watch?v=c3y3HpeVBTQ>

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

Foto 3



### CONCLUSIONES

Si sabemos que la **evaluación** es el proceso de aplicación de procedimientos científicos, para recabar y analizar información y evidencias confiables, para medir y juzgar el cumplimiento de las metas y los objetivos propuestos; entonces la **Autoevaluación Participativa** presenta ventajas tales como:

- ⦿ Fortalecer la cooperación y el trabajo en equipo en la búsqueda de resultados.
- ⦿ Generar y reforzar el sentido de pertenencia a la institución y aumentar el compromiso con el trabajo diario.
- ⦿ Acentuar el carácter docente del proceso de evaluación, contribuyendo a mejorar la comprensión por parte del personal de los factores determinantes de la calidad.
- ⦿ Evitar los sentimientos negativos que podrían despertar las actividades de evaluación realizadas por personal ajeno al establecimiento, sin previa preparación interna.
- ⦿ Favorecer la búsqueda de un cambio permanente en la cultura institucional, en donde se privilegia la calidad de la organización.
- ⦿ Facilitar la toma de decisiones en forma participativa.
- ⦿ Posibilitar la planificación de acciones de mejora

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

A modo de síntesis se presentan aquí algunas de las **actividades propuestas** en nuestro proyecto de gestión para el trabajo interdisciplinario en este Equipo dedicado a la atención en Salud Mental Infanto Juvenil.

1. Coordinar el trabajo interdisciplinario con otras especialidades profesionales e interinstitucionales: educación, justicia y sanidad (ej. Ateneos clínicos y bibliográficos).
2. Organizar grupos de contención a padres de niños con dificultades de aprendizaje y de conducta, como así también a los que cursan patologías crónicas psíquicas y/u orgánicas.
3. Ofrecer grupos de reflexión y supervisión clínica para los personales sanitarios que conforman el Equipo: acompañantes terapéuticos, psicólogos, psiquiatras, con el objeto de prevenir el síndrome de burnt out profesional.
4. Metodologías flexibles que propicien la conformación de ámbitos intersectoriales para debatir y consensuar intervenciones factibles, para poder consolidarse el grupo de trabajo (Grupos Balint).
5. Encuestas que pueden considerar: ámbito de trabajo, situación en la institución, interacción con los coordinadores, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, relaciones entre los trabajadores.
6. Realizar autoevaluación permanente cuali y cuantitativa de las prestaciones a través de estrategias pedagógicas tales como ateneos clínicos, trabajos de investigación clínica, estudios de casos, auditorías de Historias Clínicas.
7. La producción científico académica que surja de estas actividades y procesos, para ser presentada en eventos académicos y/o publicada en revistas científicas nacionales e internacionales, o libros; cursos de entrenamiento y capacitación; conferencias y jornadas de formación y perfeccionamiento (generación del hábito de rendir cuentas de la tarea asistencial a través de estas dimensiones de trabajo). **Produce un profundo efecto motivador en las organizaciones, por cuanto en los pliegos de la planificación y transparencia se evitan las peores conductas oportunistas, así como las "ocultas prebendas" para los "hijos" y los "castigos" para los "entendados".**

## REFERENCIAS

1. ARANA, J.; ¿Es posible la interdisciplinariedad? Teoría y práctica. 2001. <http://www.unav.es/gep/PosibleInterdiscip.html>
2. AYDMUNE, Y.; CROCE, F.; GIUDICE, G.; GALACHO, E.; MARTORELLA, A. M.; PÉREZ, A.; Subjetividad y vínculo parental, un abordaje interdisciplinario. Interpsiquis 2014 XV Congreso Virtual de Psiquiatría. Com

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

3. BLAY PUEYO, C.; Evaluación clínica objetiva y estructurada: ECOE. Educación Médica, Volumen I, Número 1, España, Abril-Junio,1998.
4. CANDREVA, A.; MARTORELLA, A M; Análisis comparativo de la asignatura Psiquiatría en las Facultades de Medicina de 7 Universidades nacionales. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría (INTERPSIQUIS 2010)*. publicado en [http://www.psiquiatria.com/articulos/otras\\_areas\\_y\\_enfermedades\\_mentales/otras\\_areas/46395/](http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_areas_y_enfermedades_mentales/otras_areas/46395/)
5. CANDREVA, A.; MARTORELLA, A M; La Psiquiatría en la formación de grado en Universidades extranjeras. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría (INTERPSIQUIS 2010)*. publicado en [http://www.psiquiatria.com/articulos/otras\\_areas\\_y\\_enfermedades\\_mentales/otras\\_areas/46395/http://www.psiquiatria.com/articulos/otras\\_areas\\_y\\_enfermedades\\_mentales/otras\\_areas/46396/](http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_areas_y_enfermedades_mentales/otras_areas/46395/http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_areas_y_enfermedades_mentales/otras_areas/46396/)
6. CANDREVA, A.; MARTORELLA, A M; Competencias de Psiquiatría necesarias para el ejercicio profesional de otras especialidades médicas. *12º Congreso Virtual de Psiquiatría (INTERPSIQUIS 2011)*. publicado en <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/2426> Y <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2426/1/11m3conf350809.pdf> Y [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/50809/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/50809/)
7. CARLINO, Florencia; Capítulo 4: Convenciones técnicas para el diseño de proyectos de evaluación, en La Evaluación educacional- Historias, problemas y propuestas. Colección Carrera Docente. Ed. AIQUE, Buenos Aires, 1999.
8. CAZAU, Pablo; La Enseñanza como proceso. [www.galeón.hispavista.com](http://www.galeón.hispavista.com) 27/10/2002.
9. FALCON, Percy; La Educación Superior en su Punto Crítico. Revista de Educación Médica y desarrollo universitario. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo (Perú), págs. 18-44.
10. GARCÍA, M.; et al. El trabajo en equipo, productividad y calidad de vida en el trabajo. México: Fondo Educativo Interamericano, 1983.
11. JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS; Documentos Conceptuales. Planificación estratégica situacional.
12. MARTINEZ CARRETERO, J.; BLAY PUEYO, C.; Evaluando las competencias de los profesionales sanitarios: dudas, fundamentos y experiencias. Grupo de formación y evaluación de la competencia clínica, Barcelona, 1998.
13. MONTALVO, M.; Curso de Gestión Clínica para decisores de Hospitales de la Provincia de Buenos Aires. ¿Por qué la Gestión Clínica?
14. MORIN, E.; Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa, 1995.
15. MORIN, E.; Sobre la interdisciplinariedad. 2005. [www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar)

## HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES

16. PAOLIO BOLIO, F.; GARCÍA, J.; Las ciencias sociales y la interdisciplina, El surgimiento de las ciencias sociales, 1983.
17. SCHULTZ, KF; GRIMES, D A; Discusión sobre la utilidad de los ajustes para las comparaciones múltiples. Family Health International, 2007.
18. SCURATTI, C.; DAMIANO, E.; Interdisciplinariedad Didáctica. Edit. Adara, La Coruña, 1977.
19. SPADAFORA, S.; OSA, M.; Medición de la Producción, la complejidad y el desempeño hospitalario a través del sistema de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Julio, 2009.
20. SPADAFORA, S.; Gestión Clínica en Hospitales para Decidores. Desarrollo de la planificación anual de actividades en un servicio asistencial. Agosto, 2010.
21. STOLKINER, A.; La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas, 1999, <http://www.campopsi.com/lecturas/stolkiner.htm>
22. STOLKINER, A.; Stolkiner, Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto, 1999, <http://www.campopsi.com/lecturas/stolkiner1.htm>
23. STOLKINER, A.; Equipos interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?), 1999, <http://www.campopsi.com/lecturas/stolkiner2.htm>
24. SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, PCIA. DE BUENOS AIRES; Guía para la creación del Comité de Calidad.
25. SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, CIA. DE BUENOS AIRES; Gestión centrada en el Paciente.
26. SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, PCIA. DE BUENOS AIRES; Gestión Hospitalaria.
27. SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, PCIA. DE BUENOS AIRES; Gestión por Resultados. Un nuevo enfoque en los Modelos de Gestión.
28. SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, CIA. DE BUENOS AIRES; Introducción a la Planificación.
29. SUSACASA, S.; Unidad Curricular en Psiquiatría para los Estudiantes de Medicina. Depto. de Pedagogía Médica, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.
30. TIERNEY, A.; KRAUS, N.; The Ability to Move to a Beat Is Linked to the Consistency of Neural Responses to Sound. *The Journal of Neuroscience* (2013). DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0612-13.2013.
31. TORRES-SANTONE, J.; Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado. Madrid: Morata, 1996..
32. TOSTES VIEIRA, M.; Formulación del Marco Lógico. Junio, 2003.

## **HISTORIA DEL DISPOSITIVO DEL AT Y DE LOS TALLERES FAMILIARES**