

**UNIVERSIDAD
DEL
ACONCAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y
ADMINISTRATIVAS**

**Maestría en
Gerenciamiento de
Sistemas y Servicios de Salud**

**Tesis de Maestría en
Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud**

**“CAPACITACION Y CAMBIO
ACTITUDINAL DEL
RECURSO HUMANO EN SALUD”**

**Una estrategia para mejorar la calidad de vida del paciente
y disminuir costos directos e indirectos en patologías
crónicas – Diabetes -, a través del involucramiento del
Equipo de Salud.**

**Maestrando: Dr. Nelson E. Rodríguez Papini
Director de Tesis: Dr. Enrique Reynals**

Mendoza, marzo de 2001.-

Hoja de Evaluación

Tribunal:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

INDICE:

AGRADECIMIENTOS	pág. 9
RESUMEN	pág. 10
I. INTRODUCCIÓN	pág. 12
II. MARCO TEORICO	pág. 15
II.1. ASPECTO MOTIVACIONAL EN LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD.	pág. 15
II.1.1. Capacitación y Actitudes	pág. 15
II.2. ASPECTOS DE LA CAPACITACIÓN COMO FACTOR DE CAMBIO EN LAS ORGANIZACIONES	pág. 18
II.2.1. Modelos Pedagógicos.	pág. 19
II.2.1.1. Pedagogía de la Transmisión	pág. 20
II.2.1.2. Pedagogía del Adiestramiento	pág. 21
II.2.1.3. Pedagogía de la Problematización	pág. 23
II.2.2. Aspectos formales de la Educación Informal	pág. 26
II.2.3. Objetivos y Estructura de la Organización	pág. 27
II.3. DIFERENTES ESTRATEGIAS SOBRE CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS	pág. 30
II.3.1. Formación	pág. 30
II.3.1.1. Formación e Instrucción	pág. 30
II.3.1.2. Determinación y evaluación de las necesidades	pág. 31
II.3.1.3. Matriz de Necesidades	pág. 32
II.3.1.3.1. Primer cuadrante de la matriz: competencias insuficientes / comportamiento inadaptado	pág. 33
II.3.1.3.2. Segundo cuadrante de la matriz: competencias suficientes / comportamiento inadaptado	pág. 34
II.3.1.3.3. Tercer cuadrante de la matriz: competencias insuficientes / comportamiento adaptado	pág. 34
II.3.1.3.4. Cuarto cuadrante de la matriz: competencias suficientes / comportamiento adaptado	pág. 34
II.3.2. Capacitación Continua	pág. 35
II.3.2.1. Andragogía	pág. 35
II.3.2.1.1. Experiencia y Predisposición.	
Perspectiva de Tiempo:	pág. 35
II.3.2.1.2. Proceso Andragógico	pág. 36

II.3.2.1.3.	Identificación de necesidades, intereses y valores	pág. 37
II.3.3.	Capacitación Permanente en Servicio	pág. 38
II.3.3.1.	El trabajo como Factor Educativo	pág. 39
II.3.3.2.	Educación Permanente en Salud	pág. 41
II.3.3.3.	Propósitos y objetivos de Capacitación en Servicio	pág. 42
II.3.3.4.	Estrategias de Capacitación en Servicio	pág. 42
II.3.3.5.	Capacitadores y Grupos Operativos de Calidad	pág. 44
II.3.3.6.	Modalidades Organizativas de la Capacitación en Servicio	pág. 45
II.3.3.6.1.	Centro Educación Permanente en Servicio	pág. 45
II.3.3.6.2.	Modelo Nuclearizado	pág. 46
II.3.3.6.3.	Modelo Centro-Periferia	pág. 46
II.3.3.7.	Técnicas a emplear por Capacitación en Servicio	pág. 46
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjunto de técnicas con énfasis en análisis de situaciones concretas. <ul style="list-style-type: none"> Estudio de casos Estudio de incidente crítico Proyecciones y Simulaciones Dramatización o juego de roles ▪ Estudios o trabajos dirigidos al ambiente exterior <ul style="list-style-type: none"> Grupos de estudio y reflexión Pasantías ▪ Conjunto de técnicas con énfasis en el estudio y conceptualización. <ul style="list-style-type: none"> Conferencias, entrevistas públicas, mesas redondas Seminarios Módulos, materiales escritos, video-tapes, grabaciones Tutorías ▪ Conjunto de técnicas con énfasis en la acción renovada <ul style="list-style-type: none"> Investigación-acción 	<p>pág. 47</p> <p>pág. 47</p> <p>pág. 47</p> <p>pág. 47</p> <p>pág. 47</p> <p>pág. 47</p> <p>pág. 47</p> <p>pág. 48</p> <p>pág. 48</p> <p>pág. 48</p> <p>pág. 48</p> <p>pág. 49</p> <p>pág. 49</p> <p>pág. 49</p> <p>pág. 50</p> <p>pág. 50</p>

	Grupos de elaboración de proyectos	pág. 50
II.3.3.8.	Programación de Capacitación en Servicio.	pág. 51
II.3.3.9.	Aspectos de Capacitación en Servicio a tener en cuenta.	pág. 52
II.3.3.10.	Importancia de Indicadores de Resultados en Capacitación en Servicio	pág. 52
II.3.3.10.1.	Algunos Indicadores de Capacitación en Servicio.	pág. 53
II.4.	<i>DIABETES MELLITUS COMO PARADIGMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS</i>	pág. 56
II.5.	<i>EL ROL DEL ENFERMERO EN EL EQUIPO DE SALUD. RELACIÓN DEL TEMA CON EL PROBLEMA:</i>	pág. 60
III. PROPUESTA DE TRABAJO		pág. 63
III.1.	<i>IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</i>	Pág. 63
III.2.	<i>HIPÓTESIS</i>	Pág. 65
III.3.	<i>PROPÓSITOS</i>	Pág. 66
III.4.	<i>OBJETIVOS</i>	pág. 66
III.4.1.	Objetivos Generales	pág. 66
III.4.2.	Objetivos Específicos	pág. 67
III. 5.	<i>DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES</i>	pág. 68
III. 5. 1.	Variables de base	pág. 68
III. 5. 2.	Otras Variables a Evaluar	pág. 68
III. 5.3.	Variables de Conocimiento. Línea de Base; Resultados	pág. 69
III. 5. 4.	Variable Actitudinal	pág. 69
III. 6.	<i>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</i>	pág. 69
III. 6.1.	Variables de base	pág. 69
III. 6.2.	Otras variables a evaluar	pág. 72
III. 6.3.	Variables de conocimiento	pág. 73
III. 6. 4.	Variables actitudinales: (variable dependiente)	pág. 74
III. 7.	<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	Pág. 77
III. 8.	<i>UNIVERSO</i>	Pág. 77
III. 9.	<i>MUESTRA</i>	Pág. 78
III.10.	<i>METODOLOGÍA</i>	pág. 79
III. 10. 1.	Cronograma	pág. 79
III. 10. 2.	Procedimientos	pág. 80
III. 10. 2. 1.	Etapa inicial	pág. 79

III. 10. 2. 2.	Segunda etapa	pág. 80
III. 10. 2. 3.	Tercera Etapa Desarrollo de la Investigación	pág. 81
III. 10. 2. 3. 1.	Construcción de la Línea de Base: Aplicación del Instrumento de Medición	pág. 81
III. 10. 2. 3. 2.	Ejecución del Programa de Capacitación	pág. 82
III. 10. 2. 3. 3.	Evaluación de los resultados obtenidos en la variación de la Escala de Medición Actitudinal y Conocimientos, luego de la capacitación realizada	pág. 84
III. 10. 2. 3. 4.	Etapas de recolección de la información	pág. 84
IV. DESARROLLO		pág. 85
IV.1. RESULTADOS OBTENIDOS		pág. 85
IV.1.1.	Conformación de los Grupos de Intervención y de Control	pág. 85
IV.1.2.	Resumen General de Resultados	pág. 86
IV.1.3.	Constitución de los Grupos, según Escolaridad y Título Profesional	pág. 87
IV.1.4.	Variable Involucramiento	pág. 89
IV.1.4.1.	Variable Involucramiento. Resultados Generales	pág. 89
IV.1.4.2.	Involucramiento y Grupos Etarios	pág. 90
IV.1.4.3.	Involucramiento y Sexo	pág. 93
IV.1.4.4.	Involucramiento y Título Profesional	pág. 95
IV.1.4.5.	Involucramiento y Nivel de Instrucción	pág. 96
IV.1.4.6.	Involucramiento y Estado Civil	pág.101
IV.1.4.7.	Involucramiento y Antigüedad en la Profesión	pág.104
IV.1.4.8.	Involucramiento y Situación de Estabilidad Laboral	pág.106
IV.1.4.9.	Involucramiento y Capacitación Previa	pág.108
IV.1.4.10.	Involucramiento y Existencia de un pariente o persona cercana en el afecto con diabetes	pág.109
IV.1.4.11.	Involucramiento y Motivo de Ingreso a la Profesión	pág.112
IV.1.4.12.	Involucramiento y Compensación Laboral	pág.113
IV.1.4.13.	Involucramiento y Comodidad en el Cargo Actual	pág.116
14.4.13	Involucramiento y Retribución Salarial	pág.119
IV.1.5.	Variable Conocimiento	pág.122
IV.1.5.1.	Conocimiento Inicial, Escolaridad y Título	

	Profesional	pág.122
IV.1.5.2.	Conocimiento y Antigüedad Laboral	pág.124
IV.2.	<i>PERÍODO DE OBSERVACIÓN EN TERRENO, POST-CAPACITACIÓN</i>	pág.127
IV.2.1.	Evaluación del Grupo de Intervención	pág.127
IV.2.1.1.	Ítem “Determinación de tirillas para dosaje de glucosa en sangre	pág.127
IV.2.1.2.	Ítem “Actividades educativas sistemáticas impartidas”	pág.128
IV.2.1.3.	Ítem “Pacientes con turno diferidos, gestionados por los enfermeros”	pág.128
IV.2.1.4.	Ítem “Pacientes con Factores de Riesgo Detectados y derivados para consulta”	pág.129
IV.2.1.5.	Ítem “Familiares de Pacientes diabéticos detectados, motivados y derivados para consulta”	pág.130
IV.2.1.6.	Ítem “Entrevistas a informantes clave realizadas”	pág.130
IV.2.2.	Evaluación del Grupo de Control	pág.131
V.	CONCLUSIONES	pág.132
VI.	COMENTARIOS	pág.140
VII .	PROPUESTAS	pág.154
VIII .	BIBLIOGRAFÍA	pág.156
IX .	ANEXOS	pág.159

AGRADECIMIENTOS:

- A mi Director de Tesis, *Dr. Enrique Reynals*, de quien me enorgullezco por ser su amigo.
- A los Sres. Directores de los Centros de Salud N° 17, *Dra. M. Cristina Caselles*; N° 25, *Dr. Italo Sgró*; N° 136 *Dra. Teresita Cafferata* y del Hospital H. E. Gailhac, *Dra. Gladys Pollicino* y su Subdirector, *Dr. Alberto Gatica*, por su apertura mental, generosa predisposición y colaboración para realizar este trabajo.
- A la futura Lic. en Enfermería, *Srta. Marta Miller*, por su continuo y entusiasta apoyo, en todo momento, haciendo propio lo de éste, su amigo.
- A la futura Lic. en Enfermería, *Sra. Olga de Tamborini*, por toda su ayuda e involucramiento en esta tarea desarrollada, ayuda sin la cual no hubiese podido realizarse.
- A la Lic., *María Isabel Porras*, por su asesoramiento siempre desinteresado, que me permite caminar con luz por senderos oscuros.
- A la Lic., *María Rosa Torres*, quien me dio el manto de tranquilidad, cuando me temblaba el pulso.
- A la Lic. Stella Hom, por haberme apoyado y ayudado con el aporte de material y bibliografía fundamental para este trabajo.
- A todos los pacientes, míos y ajenos, diabéticos o no; a todos aquellos que sufren algún mal y que además –por si fuera poco- reciben nuestro trato cotidiano.
- A mi familia, fundamentalmente a mis hijos *M. Virginia, Gabriel, Santiago y Clarisa*, por ser copartícipes de todo esto, ya que el tiempo dedicado a esta Tesis se los he sacado precisamente a ellos
- Y especialmente a mi esposa, *Silvia*, quien piensa, me asesora, me ayuda a ordenarme, y fundamentalmente siente desde mi misma identidad.

Nelson Rodríguez Papini

Marzo, 2.001

....pocos días previos a la finalización de este trabajo, la enfermera “*C.O.*” quien trabaja en un efector que participó en esta investigación, entró en mi consultorio muy preocupada. Llevaba un ejemplar del “Suplemento Salud” del Diario Uno de Mendoza, dedicado al Síndrome de Bournout. Me miró a los ojos y me dijo: -“ *Dr., yo padezco de esto*”.

Mi respuesta simplemente fue: “*...me lo imaginaba hacía meses, pues la Escala se lo había detectado*”.

RESUMEN:

La finalidad de esta Tesis fue investigar la influencia de la Capacitación sobre el grado de Involucramiento con la tarea por el personal.

Para la referida finalidad se emplearon dos métodos de capacitación, que presentan diferencias metodológicas importantes: el tradicional, centrado en clases magistrales exclusivas (*Método de Pedagogía de la Transmisión y aisladamente de la Metodología del Adiestramiento*) y otro de *Educación Permanente*, con reforzamiento de actitudes periódicas en la tarea, fortaleciendo el proceso “reflexión-acción”, a través de la *Pedagogía de la Problematización*. La etapa de la Planificación demandó 5 (cinco) meses de trabajo.

Se trabajó con parte del personal del Equipo de Salud, específicamente de Enfermería, pertenecientes a tres Centros de Salud y un Hospital, del Área Departamental de Salud de Las Heras.

Se eligió un modelo de Enfermedad Crónica que constituye un problema de Salud Pública, la Diabetes Mellitus, en la que a través del cambio actitudinal en el personal de Salud, es posible asumir cambios en la dinámica sanitaria que generen un positivo impacto sobre el perfil epidemiológico que actualmente presenta esta patología.

Se debió construir un instrumento de medición de la actitud involucramiento. Para esto se confeccionó una escala a propósito que se utilizó para el estudio, basado en la metodología aconsejada por Lickert. Esta etapa demandó aproximadamente 3 (tres) meses de trabajo.

Se conformaron dos grupos, uno denominado de *Intervención*, integrado por el personal de tres Centros de Salud, y un segundo denominado de *Control*, integrado por el personal del Hospital H. E. Gailhac. Todos tuvieron la característica de contar con Consultorio Externo y tener actividades de Educación de la Especialidad Diabetes. El primero recibió Educación Permanente y Capacitación en Servicio, impartida por el investigador, quien desarrolló una estrategia de “Facilitador - Supervisor”, con generación de grupos Operativos y de Reflexión; también en este grupo se contó con la participación local del personal. La modalidad Organizativa en el grupo de *Intervención* se constituyó en un “Modelo Centro Periferia”. Las técnicas consistieron en clases Conferencias y la elaboración de material didáctico para ambos grupos. En el de *Intervención*, además se realizaron entrevistas a pacientes y presentación de casos clínicos. Todo estuvo organizado por módulos temáticos. Esta etapa demandó 2 (dos) meses de trabajo aproximadamente.

Paralelamente se analizó la relación entre el Involucramiento tanto Inicial como Final, con diferentes variables relativas a cada una de las personas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, título) y al ámbito laboral (antigüedad, comodidad, percepción de recompensa laboral, importancia asignada a la remuneración, motivo de ingreso a la profesión, entrenamiento o capacitación previa en la temática).

Posteriormente se desarrolló un período de observación de ambos grupos, donde se verificó el cumplimiento de ítems seleccionados específicamente, a modo de validación cruzada con el puntaje de la Escala de valoración, obtenido post Capacitación. Este período que duró entre 6 (seis) y 7 (siete) meses pretendió verificar la sustentabilidad en el tiempo de los posibles cambios en las actitudes observadas tras la Capacitación impartida.

El resultado demostró concluyentemente que la Capacitación mejoró el nivel de involucramiento en todo el personal. No obstante se produjo una diferencia significativa a favor del método de Educación Permanente con refuerzos continuos, tanto en el nivel final de involucramiento alcanzado, como en la mayor persistencia en el tiempo en las actitudes asumidas por el personal, lo que permite vislumbrar una herramienta útil para intentar transformar la realidad epidemiológica actual. Por el contrario, el resultado desaconseja continuar con la metodología tradicional empleada hasta la fecha, ya que no se observan cambios sustentables en el tiempo.

La relación entre el Involucramiento y las denominadas variables investigadas en este estudio, permiten junto al análisis anterior, acercar elementos para quienes desde el nivel Gerencial de las Instituciones y los Sistemas de Salud tienen la responsabilidad de asignar y administrar los recursos.

Un párrafo final, merece la consideración del denominado “Síndrome del Quemado Laboral” (Burnout), que aparentemente afecta a las plantas del personal de Salud, en una magnitud que no puede ser soslayada, y por el contrario, requiere encarar una política activa específica para el tema.

I. INTRODUCCIÓN:

“Algo anda mal en un país, cuando el 50 % de los recursos se destinan a las últimas semanas de la enfermedad, solo para prolongar por algunas horas una muerte inevitable.”¹

La asignación de los recursos destinados al Sector Salud, representa un desafío constante para quienes los administran.

El gerenciamiento de los Servicios de Salud, aunque es sometido a una aparente transformación, solo se limita a realizar cambios en la infraestructura.

Aún se encuentra instalada la cultura del método curativo, sin encarar un profundo enfoque de la Promoción y Prevención que modifique la referida cultura hacia la Salud. La humanización de los Servicios de todo el Sistema, es solo declamada, sin incorporar como eje central la satisfacción de los usuarios.

En la Gestión del Sistema de Salud, por parte del Estado –aunque no únicamente-, las transformaciones administrativas se limitan a modificar de algún modo los organigramas, no previendo ningún cambio de tipo profundo, funcional o estructural.

En la gestión de recursos humanos, persiste la idea de la productividad sin esfuerzo. Los conceptos de calidad y desarrollo son aún incipientes, sin una integración psico-sociocultural a la realidad circundante, que transforme al individuo, al grupo laboral y al sistema administrativo vigente, hacia un modo de realización personal y de auténtico beneficio social.

La estructura destinada a la Gestión Administrativa de los Servicios de Salud, es un rezago ante las mejores intenciones de ofrecer atención óptima y humanitaria.

La evolución de las Instituciones de Salud muestran que se ha tratado de proporcionar atención a casi toda la población para obtener resultados de cantidad, -etapa histórica ya concluida-. Debe iniciarse un cambio trascendente que, en breve plazo, ofrezca la *calidad* y una forma de trato humanizado, ante el constante reclamo de los usuarios y de quienes brindan los servicios.

El referido reclamo de los usuarios de los servicios públicos se resume en dos aspectos:

¹ Ribjergardeen, M. Ministra de Salud de Dinamarca. Revista Salud Mundial. Portada. O.P.S. Abril de 1.985.

buen trato y eficiencia.² Los enfermos no saben lo que es superfluo o lo que es un trastorno funcional, solo quieren sentirse mejor. Les alcanza con que les digan cuál es su afección, en forma clara y qué les va a ocurrir.³ Esta necesidad de respuesta, requiere previamente de una actitud de comprensión y contención por parte de los integrantes del Equipo de Salud.

La incorporación y participación de recursos humanos adecuadamente entrenados, es crucial para la satisfactoria concreción de los objetivos previstos y la ejecución de las tareas destinadas a mejorar la calidad, tanto en el nivel estratégico y gerencial, como en los niveles tácticos y operativos. Para que un Programa alcance el impacto deseado, es necesario que desde el Gerente, Jefe o Director, hasta el puesto de menor jerarquía en la planta de personal, conozcan en detalle la información indispensable para la ejecución de la tarea propia y la del Equipo.⁴

Por otra parte, en un marco de necesidades *prácticamente infinitas* y con recursos *siempre* limitados, escasos o insuficientes, es de vital importancia la adecuada planificación, diseño de estrategias, priorización de objetivos, evaluación de costos – beneficios, etc., para brindar la prestación de servicios más adecuada a las necesidades de la población y más eficiente desde el punto de vista del que financia.

Por lo expuesto, se considera que el proceso de cambio a operar en los Servicios de Salud *es urgente*, con criterios de eficiencia y equidad, en el cual los recursos humanos desempeñan un rol central.

Se sabe que una tercera parte de la población no tiene acceso a las prestaciones de los Servicios de Salud. A ello se suma la observación de frecuentes deficiencias en la calidad de las actividades y a veces hasta una creciente deshumanización en la relación de los servicios con la comunidad. Las deficiencias referidas se traducen en las elevadas tasas de mortalidad infantil que registran muchos países, en la alta prevalencia de enfermedades potencialmente prevenibles y en la muerte de miles de mujeres jóvenes, cuyas causas son atribuibles a la atención del embarazo, parto y puerperio.

El escenario epidemiológico que se observa en la actualidad, se ve empeorado con el

² Domínguez Márquez, Octaviano. “Los Servicios de Salud”. Paper de avance. Maestría en Gestión de Instituciones y Servicios de Salud. 2º Año - U.D.A. Mendoza. Ciclo lectivo 1.999.

³ Baré, Gerardo. “El Desafío de La Medicina Ambulatoria”. Pág 14. Biblioteca Médica Aventis. Bs As. 2000

⁴ Solórzano, X. Bamberger, M. Y Hurtado M. (Editores) (1997) “La Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Poblaciones Pobres en América Latina”. Capítulo 5. *Manejo de Recursos Humanos*. pág. 46. *Problemas de Gerencia*. Washington, DC: O.P.S., División de Salud y Desarrollo Humano/Programa de Políticas Públicas y Salud, e Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial (IDE-BM)

enfrentamiento producido con el desarrollo del conocimiento en todos los campos, lo cual incide directamente en la transformación del modelo tecnológico, elevando, en algunos casos de forma significativa los costos de atención, si no existe una adecuada planificación y reordenamiento.

Lo descripto precedentemente, sucede en el marco de Políticas y Programas de ajuste estructural dirigidos prioritariamente al equilibrio macroeconómico, en detrimento del gasto en los sectores sociales. En consecuencia, en la mayoría de los países las partidas presupuestarias para Salud se han estancado o han decrecido, incrementando las insuficiencias preexistentes en los servicios y reduciendo los salarios reales de los trabajadores de instituciones públicas de salud.⁵

Es por ello, que el desafío de asignar los recursos adecuadamente implica responder a los criterios de eficacia y eficiencia, pero con especial énfasis en el criterio de efectividad.

La inclusión del criterio de efectividad requiere necesariamente la capacitación permanente de los recursos humanos, ya que constituyen los factores fundamentales del cambio en el ámbito de la Salud. Lo expresado cobra mayor importancia si se introduce, como ya mencionamos, el criterio de “calidad de la atención”.

En otro orden, se asiste a un proceso de envejecimiento de la población argentina, con aumento de la expectativa de vida y a un proceso de transición epidemiológica, que plantea la necesidad de contemplar un incremento en la cobertura de la población de mayor edad y de aquella consecuentemente afectada por el aumento en la prevalencia de patologías crónico-degenerativas, propias de países que han alcanzado algún nivel de desarrollo socioeconómico y una transformación en sus estilos de vida. Esta situación demandará cada vez mayor cantidad de servicios y prestaciones dirigidas a la reparación y/o la prevención terciaria. Esta prevención siempre es de alto costo y con resultados difíciles de evaluar, aunque siempre con menoscabo en la calidad de vida de los afectados.

⁵ Recursos Humanos y Sistemas Locales de Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSS/SILOS-31. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 99.- Cap.II- “...el contexto general del Proceso” págs. 7., O.P.S. Oficina Sanitaria Panamericana, OMS, 1.994

II. MARCO TEORICO:

II.1. El Aspecto Motivacional en los Recursos Humanos de Salud.

II.1.1. La Capacitación y las Actitudes:

Como ya se ha hecho referencia en la Introducción del presente trabajo, la obtención de los mejores resultados en la dinámica ejecutiva de la estructura sanitaria es un objetivo de significativa importancia. Para ello se requiere de un proceso de cambio hacia el interior del Sistema de Salud, que incluye *la capacitación permanente de los recursos humanos*, tanto en aspectos técnico-científicos de complejidad heterogénea y específicas de cada ámbito, como en la gestión de Calidad de los Servicios.

El logro del cambio expresado, supone actitudes especiales y adecuadas por parte de los miembros de los Equipos de Salud, que van más allá de la simple idoneidad, siendo aspectos vinculados y concernientes al desempeño de las personas.

En los referidos desempeños y actitudes intervienen múltiples factores de orden personal - psicológico, social, familiar, laboral, etc.: *en definitiva de tipo motivacional*.

Aceptando que los motivos de las personas son absolutamente personales, en su génesis, tipo y características, debe plantearse la posibilidad de que los mismos afloren y de estimularlos, es decir de *incentivarlos*. *La Capacitación puede ser uno de los instrumentos destinados a este fin*.

Las actividades de capacitación destinadas al conjunto de los recursos humanos del Primer Nivel de Atención, realizadas por el Ministerio de Salud de la Provincia, desde hace poco más de una década, han sido realizadas a través de acciones consistentes en el dictado de clases magistrales sobre diferentes temáticas, con algunas actividades prácticas de

entrenamiento. No tuvieron un diseño y organización de actividades en forma sistemática, seguimiento en la práctica y evaluación de resultados. Las actividades referidas han estado enmarcadas en el Método Pedagógico histórico, denominado de la Transmisión. Una excepción de lo referido anteriormente, ha sido la capacitación realizada en el área Materno Infantil, a través del PROMIN, con la cual se operó un significativo proceso de intervención, llevado a cabo hasta 1.999, con otro modelo metodológico y operativo: la Educación Permanente en Servicio, con esbozos de actividades pedagógicas basadas en la Problematización (actualmente interrumpido).

El seguimiento y la evaluación de resultados son aspectos que se consideran fundamentales en la Capacitación, no habiendo sido encarados hasta el momento en los efectores del Sector Público de Salud.

*Para poder concretar mejor los aspectos descriptos, se requiere de acciones que promuevan el **cambio de actitud** por parte del personal, como sujetos activos en el proceso de cambio requerido.*

Se considera actitudes, al “conjunto de componentes que constituyen reacciones en general, que devienen de una representación y evaluación mental de diversos aspectos del mundo social”⁶. “Se forman a través de los procesos básicos de aprendizaje, luego están fuertemente afectadas por el condicionamiento operante y continuamente reforzado por los padres, maestros o amigos”⁷. A lo precedentemente desarrollado, cabría agregar: “...así como por el sistema socio-económico y político”.

La modificación de actitudes requiere de un planteo teórico profundo del tema, con la implementación de estrategias educativas dirigidas a la incorporación de conocimientos teóricos y prácticos sobre diferentes temáticas, reconociendo el valor de la propia experiencia, con reforzamiento de actitudes y evaluación periódica, dado que los cambios actitudinales logrados inicialmente tienden a abandonarse en el tiempo, si no se realiza un reforzamiento en las prácticas cotidianas.

⁶ Judd et al. 1.991. Citado por Barón Robert. A, en “Psicología”, Tema “Aptitudes”. Prentice Hall & Hispanoamericana, 1.996, 3° Edición.

⁷ Baron, Robert A. “Psicología”. México: Prentice Hall & Hispanoamericana, 1.996, 3° Edición.

No obstante, surge la duda sobre si la Capacitación es por sí misma, un instrumento suficiente para transformar actitudes. Esta duda también puede estar centrada en la existencia o no de ciertas características en los individuos, relacionadas con ciertas actitudes; es decir si existen algunos rasgos o perfiles que permitan predecir cierta tendencia de las actitudes positivas, en este caso el involucramiento.

En los últimos años, se ha observado un creciente interés acerca de la influencia del factor *realización personal, gratificación y motivación*, sobre el desempeño y rendimiento laboral. Si esta misma aseveración se expresa en sentido negativo, podría formularse la pregunta: ¿cuánto menoscaba la producción o la “calidad laboral individual”, el sentimiento de frustración, agotamiento o estrés emocional?. Algunos autores denominan el fenómeno mencionado, como “el quemado laboral?” (Síndrome de Burnout).

Para este último, se dispone de un instrumento, la Encuesta de Maslach⁸ a modo de *escala de valoración*, en la forma de frecuencias e ítems que integran el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI), para medir la presencia o intensidad del *Síndrome de Burnout*.

Sin embargo, *no se cuenta con un instrumento que pueda medir a escala, la actitud involucramiento que se busca medir en el personal de salud en este trabajo de investigación, y diseñado especialmente para Enfermería.*

Un antecedente digno de mención sobre la observación de actitudes y el posible cambio de ella, fue el Estudio en el pueblo de Burlington, Canadá, realizado a comienzos de la década del 70, sobre la “Atención Profesional de Enfermería”. En él se demostró la importancia de la participación de los Enfermeros en la organización y mantenimiento de los servicios de cuidados del Primer Nivel de Atención a nivel profesional. Este estudio evidenció que, mediante una correcta motivación y entrenamiento, los resultados de los indicadores de salud de la población fueron muy satisfactorios. Además, la evaluación de los casos de aquellas patologías seleccionadas, en comparación con los atendidos por equipos tradicionales de atención, constituídos por Médicos y Enfermeras, arrojaron valores exactamente iguales entre ambos grupos⁹. Obviamente, *este desempeño laboral profesional, se produjo conjuntamente con un aumento del grado de satisfacción laboral del personal interviniente, junto a un aumento de su autoestima.*

⁸ Judd et al. 1.991

⁹ White y col. – “Investigaciones sobre Servicios de Salud, Una Antología.”. *El Estudio Aleatorio de Burlington sobre la Atención Profesional de Enfermería O.P.S.*, pág. 633.

II.2. Aspectos de la Capacitación como factor de cambio en las Organizaciones:

Si se hace una analogía, recurriendo a los autores que profundizan sobre la Educación en la Empresa, en su prólogo, Alberto Gore cita “.....*el aprendizaje no es un momento ni una técnica: es una actitud, una cultura, una predisposición crítica que alimenta la reflexión que ilumina la acción*”.

La mayor parte de las veces, la práctica profesional que se realiza en los Hospitales o en los diversos Centros de Salud, le deja al personal poco o ningún tiempo libre para la reflexión sobre la misma, para realimentarse con nuevas fuentes de información o intercambiar experiencias. Por ello las prácticas pedagógicas destinadas a la formación de recursos humanos se ven con frecuencia libradas a la acción ocasional y discontinua, o bien a la reproducción de procesos formativos anteriores. Esta situación cuestiona la propia práctica y su eficacia.

Es común escuchar que la verdadera formación es aquella que promueve el desarrollo personal, profesional y social de los sujetos, así como la autonomía de pensamiento y acción. Existe suficiente consenso al respecto, y para alcanzar esa finalidad se plantea la necesidad de que los trabajadores tengan dominio de su ciencia y de su técnica, actúen con iniciativa propia y de manera reflexiva. Se ha acordado también, que la formación debe estimular el compromiso social con la salud de la población, la responsabilidad ética hacia la tarea, y la participación institucional. *Los propósitos mencionados requieren de la realización de una tarea de Capacitación que desarrolle un comportamiento solidario y transformador, un sólido conocimiento profesional, y una actitud reflexiva frente a la propia práctica.*

No obstante, una rápida visión de las actividades de capacitación de recursos humanos en Salud, muestra una importante ruptura entre los objetivos mencionados y las prácticas formadoras.

Sin desconocer los factores estructurales determinantes y las condiciones objetivas de trabajo que determinan la práctica del personal, es claro que existe un gran espacio de intervención pedagógica que aún no ha sido lo suficientemente explorado. Al menos debe aspirarse a que dichas intervenciones no contribuyan a reforzar aquellos condicionantes contextuales.

Es necesario explicitar claramente que:

- Toda práctica pedagógica se asienta, de manera consciente o inconsciente, en determinados supuestos, respecto del significado que tiene enseñar y aprender.
- Toda acción pedagógica supone la opción -implícita o explícita- de un determinado modelo de enseñanza - aprendizaje.
- Toda práctica de capacitación produce ciertos efectos, algunos de ellos explícitamente buscados y otros implícitos, muchas veces no previstos o deseados.

Es necesario terminar con el espontaneismo, el mecanicismo y la falta de conciencia en la acción, y disminuir de ese modo las contradicciones entre las finalidades proclamadas y las prácticas.

II.2.1. Los Modelos Pedagógicos.

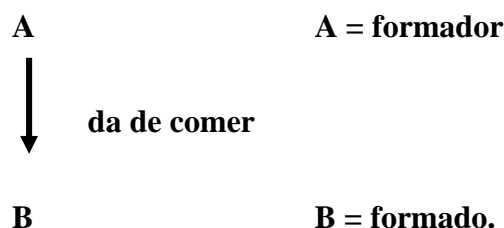
Dentro del variado cuadro contemporáneo, relativo a la teoría y práctica de educación de adultos, la formación profesional y la Capacitación del personal de Salud, se distinguen tres modelos pedagógicos:

- *Pedagogía de la transmisión*
- *Pedagogía del adiestramiento*
- *Pedagogía de la problematización.*

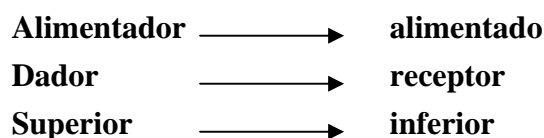
Cada uno de estos modelos históricos, apuntan a distintos fines formativos, y, al confrontarlos, pueden clarificarse sus diferentes aspectos.

II.2.1.1. Pedagogía de la Transmisión:

Este modelo Pedagógico puede simbolizarse como el *modelo de la nutrición*:



Aquí la principal actividad recae en el profesor (**A**), mientras que el trabajador (**B**) es sustancialmente pasivo; su actividad se limita a la copia mental de las informaciones que le son presentadas. Pedagógicamente hablando, **B** tiene un gran número de oportunidades de limitar en forma considerable su actividad. La relación es del tipo:



Este esquema es el más difundido en las instituciones escolares, no se para en los primeros años de la infancia sino también durante la vida adulta. Más allá de las instituciones escolares formales, el modelo tiende a reproducirse y proyectarse en ámbitos formativos no escolares, tales como las instituciones de perfeccionamiento en servicio de trabajadores de Salud, al margen de la experiencia adquirida en el ejercicio laboral. La tendencia a repetir este modelo conocido por ser utilizado en la infancia, resulta adecuado para introducir en la mente un número considerable de informaciones en un corto lapso. Sin embargo, toda opción pedagógica produce diversos efectos no buscados o implícitos y colocan en riesgo cualquier proceso de formación que pretenda modificar cualitativamente las prácticas de trabajo en los Centros de Salud.

La relación que se establece entre docente y enfermeros, técnicos, auxiliares, etc., es de *dependencia*. El resultado que arroja *es el reforzamiento de la pasividad del personal*. Sin

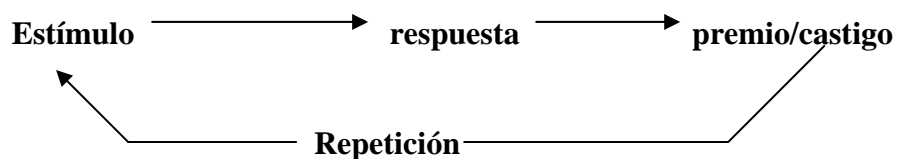
duda la relación que se establece es asimétrica: uno que sabe y otro que sabe menos. *Con este modelo generalmente se ignora lo que “sabe” el personal. La consecuencia es desconocer el saber de la experiencia que el trabajador posee y, por lo tanto, ignorar el propio servicio como fuente de conocimientos y de problemas. Se produce la ruptura entre teoría-práctica.*

El papel del docente queda definido como de autoridad y control. El saber impartido se presenta como incuestionable, y se parte de la ilusión de su neutralidad y eficiencia para enfrentar cualquier problema, institución o agentes.

La enseñanza se efectúa principalmetne a través de la palabra y, en general, se basa en los códigos lingüísticos “elaborados” del docente o de la “ciencia”. Cuando se dirige a trabajadores de escasa formación académica, *es común observar que se ignoran los códigos lingüísticos del “saber práctico”, produciéndose una verdadera fractura en la comunicación.*

II.2.1.2. Pedagogía del Adiestramiento:

Este modelo puede ilustrarse perfectamente con el ejemplo del reflejo condicionado, usado para el adiestramiento en comportamientos mecánicos:



Se trata de un tipo de enseñanza individualizado, *calcado del modelo de entrenamiento industrial, y su objetivo es lograr la eficiencia. En general sigue cuatro pasos:*

- Estudio de la tarea: para ello el trabajador recibe el detalle de lo que hay que hacer, cómo hacer, datos técnicos para saber con qué hacer y a veces informaciones adicionales sobre por qué hacer.

- Demostración de la tarea, que la realiza el instructor. A veces con videos u otros medios.
- Ejecución de la tarea: donde cada aprendiz se ubica en su puesto de trabajo.
- Evaluación de la tarea: Esta en realidad no es una cuarta etapa, sino algo que ocurre permanentemente. El instructor corrige cuando el trabajador yerra, y lo induce a autoevaluarse en cuanto a su práctica, al uso de las herramientas o instrumental. El error es visto como algo negativo que hay que eliminar.

Sin aplicar materiales elaborados y sin respetar cada “paso” de la secuencia, este modelo se aplica con frecuencia en la capacitación en servicio para el personal de Salud. Por ejemplo, dentro del area de Enfermería, es frecuente que los docentes hagan demostraciones de cómo utilizar un determinado reactivo o uso de material, esterilización de materiales, conservación de vacunas, desinfección de ambientes de trabajo, asepsia de heridas, atención a embarazadas, etc., *sin que se explique ni indague sobre el por qué de los mismos.*

Reducida cada práctica a una técnica sin conocimiento de los fundamentos científicos que la justifiquen y sin articulaciones entre sí, el trabajador se ve limitado a repetir cada operación demostrada “hasta adquirir destreza en su manejo”. Al no adueñarse de fundamentos, el trabajador se muestra incompetente para resolver las distintas situaciones que le plantean los servicios, que a diferencia de la máquina, presentan desafíos constantes.

Al igual que el modelo de la transmisión, en éste se refuerza la dependencia del trabajador respecto del profesor, debiendo acudir a él ante cada caso que presente diferencias respecto del ejercicio inicial.

Del mismo modo, la unidad de relación pedagógica es individuo-individuo, rompiendo, aún más abruptamente, la estructura del equipo de trabajo. *Lo intelectual, ligado a la conformación de automatismos, es escasamente estimulado.* La instancia afectiva, ligada a la valoración (premios / castigos) de los comportamientos individuales, es reducida al punto mínimo. *En general el modelo estimula la competencia entre los sujetos. Como enseñanza utilitarista, solo enseña lo mínimamente necesario y no desarrolla la iniciativa y creatividad, sino la precisión y la rapidez.* Asimismo, no comparte la visión del proceso de trabajo como un todo, y mucho menos de la institución donde se realiza y de los destinatarios de la acción.

El proceso de trabajo es fragmentado en tareas aisladas o específicas, la Institución es neutralizada (o, en todo caso se presenta en forma latente bajo las consignas de puntualidad y

eficiencia) y los destinatarios de cada tarea atomizadas, son más las máquinas / instrumental que los pacientes o la comunidad.

La teoría es nula, y la práctica, el campo de la repetición a partir de las consignas recibidas.

Este modelo de entrenamiento se ha extendido a diversos ámbitos educativos, incluyendo las instituciones escolares, tal como lo revela la profusa literatura destinada a la formación de docentes. Alcanzó un desarrollo importante merced al apoyo de los métodos de enseñanza individualizada, instrucción programada y por competencias, y enseñanza por módulos, producidos a partir de la Psicología Conductista. cuya expresión más clara es la obra de Skinner.

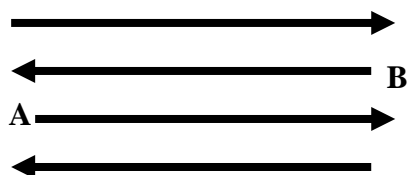
La Metodología del Adiestramiento, útil para ciertos aprendizajes mecánicos tales como desarrollar habilidades motoras (por ejemplo aplicar inyecciones) utilizada como paradigma de todos los procesos de formación de los trabajadores, representa un entrenamiento adaptativo y alienante. Al trabajador le está vedado comprender el proceso, las relaciones de trabajo y el contexto socio institucional, en virtud de estar en contacto exclusivamente con las tareas fragmentadas que debe realizar. Por último, él no es más que la prolongación del instrumental, su relación es sobre todo con él y difusamente con su supervisor al que debe obedecer.

Esta Pedagogía contribuye más con el logro de eficiencia técnica en tareas mecánicas específicas, que con la transformación del proceso de trabajo. *En Salud, la utilidad es muy reducida, y focalizada a los aspectos puntuales de ciertas habilidades. Cada paciente es una singularidad y la institución trata con seres humanos. Es más importante la comprensión global y la capacidad de interacción humana que la manipulación de los aparatos.*

II.2.1.3. Pedagogía de la Problematización:

La idea del tercer modelo puede encontrarse en el esquema de la catálisis química. Los alumnos se convierten en el soporte principal de la formación, y en fuente privilegiada de conocimiento. El docente es más un estimulador, orientador y catalizador que un instructor. Esta acción de formación puede entenderse de dos maneras:

B: posee todo dentro de sí, pero lo ignoraba y va a redescubrirlo en una situación mayéutica.



O bien,

B: no tiene ese saber todavía dentro de sí, pero cuenta con la posibilidad, sobre todo si se le facilitan los pasos, de descubrir por sí mismo, a través de la reflexión y la elaboración, el saber que se desea que adquiera.

A este tipo de enseñanza se le reserva el calificativo de “formación en profundidad”. *No se trata de una transmisión de conocimientos que interesa solamente a las áreas intelectuales de la personalidad, sino de una interacción de experiencias entre los sujetos que hace entrar en juego tanto el nivel consciente de sus conocimientos, como la afectividad y la psicología profunda. El fin último perseguido es una modificación profunda de las actitudes ligada a un enriquecimiento en los conocimientos.*

Esta línea pedagógica tiene orígenes muy antiguos, puesto que un principio de ella se encuentra en la mayéutica socrática*. Los tiempos modernos la han visto constituirse a través de diversas corrientes de la pedagogía activa, la pedagogía de diagnóstico, los grupos operativos en el desarrollo de comunidades, las pedagogías participativas, las corrientes contemporáneas de educación de adultos, las corrientes humanistas. En América Latina ha alcanzado una configuración importante en la obra de Paulo Freire.

Las características centrales de esta pedagogía muestran puntos centrales de interés para la formación de los trabajadores de los Servicios de Salud. Su punto de partida es la indagación sobre la práctica, entendida como la acción humana y profesional dentro de un

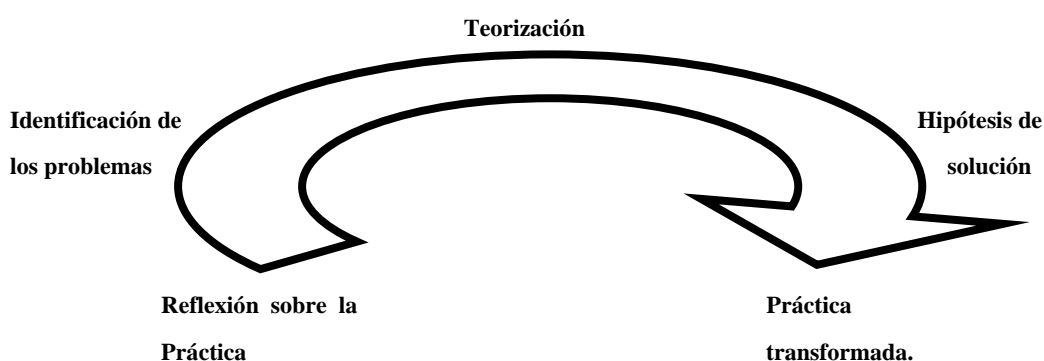
* En la antigüedad la educación estaba más enfocada a la formación general del hombre y del ciudadano (*paideia*) que a la transmisión y al contenido de los conocimientos en el sentido estricto de la palabra. En este contexto, la dialéctica y la mayéutica, practicada por Sócrates en sus famosos diálogos, eran consideradas técnicas capaces de hacer progresar el razonamiento y el conocimiento. Igualmente, Platón y Aristóteles consideraban que la pedagogía debía ponerse al servicio de fines éticos y políticos.

contexto social e institucional. El camino de la indagación es la pregunta, por lo que también se ha dado en llamar “*pedagogía de la pregunta*”: ¿Cómo hago?, ¿Qué dificultad encuentro cuando lo hago? ¿En qué situación lo hago? ¿Por qué lo hago de esta manera?.

El pensar la práctica no debe ser un acto individual, sino colectivo. Esto implica contextualizar *el pensar reuniendo los aportes individuales en el pensamiento del grupo*. El co-pensar cooperativamente y la discusión solidaria lleva a detectar los problemas del Equipo de Trabajo. La identificación de los problemas de la práctica, constituye un punto fundamental. Deben diferenciarse los puntos que son subjetivos (que pertenecen al plano superficial o individual), de los que son objetivos que son los determinantes de la situación del equipo. En este momento, la constante pregunta del docente - orientador debe ayudar al grupo a discriminar unos de otros, para avanzar prioritariamente sobre los segundos..

Una vez detectados los problemas, se avanza en la búsqueda de fuentes de información para comprenderlos y profundizarlos. Este es el momento de la **reflexión teórica**. *En esto, la pedagogía de la problematización se separa radicalmente de las pedagogías que dicotomizan la teoría de la práctica o que ignoran la práctica. La teoría llega, aquí, para iluminar los problemas de la práctica detectadas por el grupo. A través de la reflexión teórica, se elaboran hipótesis de solución al problema. Una vez más la teoría aparece efectivamente comprometida con la solución / transformación de la práctica. Finalmente las hipótesis de solución son probadas en la práctica, verificando su adecuación para la resolución del problema y la modificación de dicha práctica.*

El camino recorrido puede graficarse de la siguiente forma:



Esta línea pedagógica se muestra más fecunda para la transformación efectiva del trabajo y de las instituciones. El diagnóstico inicial está dirigido al compromiso con la modificación de las prácticas y actitudes.

Permite generar nuevos conocimientos puesto que el grupo, al reflexionar, indagar y buscar información apropiada para el problema y el contexto en que actúa, evita la transferencia indiscriminada de “soluciones” generadas en estos contextos y en otros centros de poder, y se mantiene activo. Integra lo individual a lo grupal, institucional y social en la definición de los problemas. Trabaja con lo intelectual y lo afectivo indisolublemente, fortaleciendo el compromiso social y profesional. Desarrolla la conciencia del grupo, contribuyendo a afianzar la identidad de la categoría profesional.

Sin embargo, el enfoque presenta algunos requerimientos y desafíos. Uno de ellos es estimular un ámbito participativo en las instituciones y una buena integración docente / asistencial alrededor de los principios pedagógicos del método. Otro se refiere a la organización de la capacitación como proceso pedagógico continuo y sistemático sobre el conjunto de los conocimientos teóricos y técnicos de un determinado grupo profesional. Esto requiere una programación que, concebida en forma participativa, otorgue un tratamiento específico a dichos conocimientos o contenidos de la enseñanza.

Algunas experiencias realizadas, por no considerar este último aspecto, han variado notablemente su poder formativo, limitándolo a enseñanzas ocasionales o a organizar grupos de reflexión sin llegar a apropiarse de los conocimientos científicos que fundamentan las prácticas y dan autonomía efectiva al trabajador.¹⁰

II.2.2. Aspectos formales de la Educación Informal:

Se consideran en este punto, aquellos que están regidos por pautas explícitas y son reconocidos como condicionantes básicos del flujo de información, tales como la estructura administrativa, los objetivos escritos, las normas y procedimientos, los planes y presupuestos y el sistema de información.

¹⁰ Davini, María C. “Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud” Publicación N° 19. (Buenos Aires, O.P.S.,1.989).

En este sentido la realidad indica que es muy poco frecuente encontrar la correcta resolución de cada uno de estos aspectos en los Centros de Salud y, precariamente en los Hospitales de Mendoza. Quizá se cuente con organigramas que algunos conocen y se localizan en alguna oficina que, algún empleado tal vez frecuente. Los objetivos escritos no están nunca disponibles, y quizás, ni siquiera existan. Es más, no se conocen ni discuten los objetivos de las instituciones de manera tal, que la regla es que la totalidad de los empleados no imaginen cuál es la orientación, ni mucho menos la Visión del efector. *La falla referida comienza habitualmente en los niveles directivos de las Instituciones*, que generalmente no saben ni conocen de Gerenciamiento; en la mayoría de los casos, son designados por ser profesionales con alguna antigüedad ó con determinadas características –derivadas del buen desempeño profesional-, a cargo de funciones de Dirección, sin ninguna estabilidad ni diferencia remunerativa ni escalafonaria.

No existen Manuales de Normas y Funciones, ni de Procedimientos en los Centros de Salud. Los planes son ignorados, los presupuestos desconocidos y el sistema de información es muy variable, dependiendo de la complejidad de la organización de la Institución.

II.2.3. Los Objetivos y la Estructura de la Organización:

Una organización es un conjunto de personas que actúa en forma más o menos previsible para lograr ciertos objetivos, algunos de los cuales son compartidos.

La existencia de objetivos y la previsibilidad de la acción son más o menos indispensables para hablar de organización. Casi no puede pensarse en una organización sin la existencia de algún propósito común y de cierta coordinación de las acciones que se desarrollan para alcanzarlos. Para que distintas personas puedan desarrollar en el tiempo acciones complementarias, coordinadas, hace falta que esas acciones sean , al menos en parte, previsible.

La previsibilidad referida, no siempre sucede: las personas no son en todas las oportunidades previsible, ni las organizaciones siempre funcionan.

Cualquiera sea el mecanismo que predomine, para que las acciones de las personas se orienten hacia objetivos comunes, tienen que actuar permitiendo que la gente haga algunas

cosas e impedir que hagan otras. Podría llegarse a afirmar que las organizaciones “condicionan” aprendizajes en función de objetivos.

Si la estructura está conformada para una determinada función pero solo en lo formal; si en realidad no existe la comunidad de objetivos entre todos, o al menos para la mayoría de sus miembros, aquellos no se alcanzarán. Si en una estructura todo el andamiaje está preparado para funcionar en una dirección, pero lo más importante de la misma: sus RRHH – comenzando muchas veces por sus gerentes, jefes o directores- no van en la misma, jamás llegará al destino prefijado.

“La forma en que el edificio está construido, la división del trabajo, las comunicaciones (quienes hablan, con quienes y de qué), las recompensas y las sanciones, las normas escritas y de otro tipo, todo confluye a condicionar el quehacer humano, a volverlo previsible en función de ciertos objetivos. ¿Es posible suponer que tales condicionamientos no tengan influencia en los procesos de aprendizajes y consecuencias educativas?”¹¹ .

En el Sector Salud estatal, en realidad observamos que el Director o el Supervisor o el Jefe de Sección es, muchas veces, el de mayor antigüedad, o el que menos conflicto representa para los niveles jerárquicos que coordinan las tareas, y que a su vez presentan un limitado nivel de compromiso; los cargos jerárquicos por concurso rara vez existen. Si el jefe no se ha hecho al hábito de la capacitación y el entrenamiento permanente como modelo de perfeccionamiento y superación, es muy difícil implementar acciones de capacitación y entrenamiento con un resultado aceptable para sus dirigidos. Esta cultura se transmite como cascada hacia abajo.

Es decir *los objetivos no son siempre compartidos*, no coincidiendo el conjunto con la visión que se tenga de los problemas prioritarios a nivel sanitario, ni con el impacto que producen, ni con la forma de encararlos. Es decir no existe una visión sistémica, ni compartida del conjunto.

Si existiera, de alguna manera, esa “*comunidad de intereses*” ya referida entre los niveles dirigentes, habría que pensar en un tercer elemento tal como es “*¿cómo acepta la gente estos objetivos?*”, *¿cómo los hace suyos?*, *¿de qué manera se apropia de ellos?*. La respuesta racional a los referidos interrogantes, requiere de otras explicaciones basadas en las formas de interacción de los individuos y de ciertas percepciones compartidas del mundo. En este sentido, la comunicación instalada varía en cada organización. Rara vez explicita los objetivos comunes y propios. Estos últimos, generalmente desconocidos, son resistidos

¹¹ Gore, Ernesto. La Educación en la Empresa. Aprendiendo en contextos organizativos. Capítulo 4. Experiencia y Capacitación en las Organizaciones. Págs. 81-91. Ed. Gránica S.A.- 1.996-1.998- Barcelona

con frecuencia por quienes deben ejecutarlos.

Una organización, además de ser un proyecto que puede ser explicado por sus objetivos, es un ámbito de interacción. La mencionada interacción no es arbitraria, sigue ciertas pautas más o menos reconocibles, a la que se denomina “cultura”.

Las organizaciones no son sólo tareas para ejecutar, son también *formas de elegir las cosas para hacer y modos de hacerlas*. Desde el punto de vista de la coherencia interna, **una cultura** es un lenguaje común con categorías conceptuales compartidas; límites, criterios de inclusión y exclusión; poder y estatus, reglas para obtener, mantener y perder poder; recompensas y castigos; definición de conductas acertadas e incorrectas.

En relación a la necesidad de dar respuestas al medio externo, la cultura define un consenso sobre las tareas y funciones primordiales de la organización.

En este aspecto se puede afirmar que, cuando en la *cultura interna* no existen incentivos o estímulos, ni tampoco un sistema de sanciones, en la cual todos reciben la misma retribución, sin importar el desempeño; en la que asumir las jefaturas es una sobrecarga que implica solo mayor grado de responsabilidad impuesta a un empleado o profesional no formado para la función; *que quizás solo ocupe un vacío de necesidad interna de reconocimiento o cuando no, de poder, la tendencia global a la aceptación de los diferentes estímulos al involucramiento, tienden a achatarse, a desincentivarse en general.*

Cuando *la imagen hacia el exterior*, desde los mismos niveles de conducción, confunde los roles principales del efector, transformando a un Centro de Salud en un centro de atención o reparación de la enfermedad, es muy probable que, por el propio imperio de la dinámica, tienda a encerrarse y defenderse en lo que se plantea como “la problemática de la demanda”, no registrando la realidad circundante de su población a cargo, más allá de la cantidad de consultas atendidas, que cada profesional o técnico registró en la planilla diaria.

Para que el resto de la planta del personal pueda visualizar la necesidad de abordar la tarea de Promoción y Prevención, es necesario realizar un notable esfuerzo de comunicación y transferencia. Si se pretende que lo efectúen con compromiso (involucramiento), requerirá a su vez, de un esfuerzo adicional.

II.3. Diferentes Estrategias sobre Capacitación de Recursos Humanos:

II.3.1. Formación:

Cuanto más ambiciosos son los objetivos de mejora de los rendimientos y cuanto más profunda es la transformación buscada, tanto más importante es el papel crítico que desempeñan las capacidades de relación interpersonal para el éxito del cambio.

Ante todo, debe planificarse no solo la cantidad de conocimientos a transferir, sino toda la gama de coordinaciones que la capacitación generará. Esta tarea puede ser a posteriori, pero es preferible que siempre sea simultánea, a modo de referencia y contrarreferencia. Si se acepta el planteo de que, en toda organización, “*todos son clientes de todos*”, lo aconsejable sería crear grupos de trabajo multifuncionales. Esto podría implicar la planificación de actividades grupales: resolución de problemas en grupo, gestión eficaz de reuniones, etc..

Cada proceso de cambio necesita de un ***Plan de Formación***. Un primer esbozo de este plan es elaborado al concluir la fase de movilización, realizado por el equipo del cambio y el servicio de formación de la institución. Este etapa finaliza cuando concluye la etapa de diseño del Plan. Es en el momento referido en el cual se debería seleccionar la opción precisa.¹²

II.3.1.1. Formación e Instrucción:

Cuando se pretende lograr un cambio en cualquier estructura, se provoca una doble

¹² Benoît Grouard/Francis Meston. Estrategia y Gestión competitiva. Reingeniería del Cambio. Diez claves para transformar la empresa. Capítulo 12- Clave 9 “Formar e Instruir”-pás 201-214. Título de la obra original “*enterprise en mouvement*” Traducción de Angels Farlete Maré. Marcombo, Boixareu Editores. Barcelona, 1.995.

evolución en el personal de la institución:

- Por una parte, la definición y el contenido de las tareas y responsabilidades de cada miembro de la organización, son objeto de profundas modificaciones, en la mayoría de los casos. Para asumir esta situación de manera conveniente, necesitan apelar a la adquisición de nuevos conocimientos y capacidades y al aprendizaje de nuevos métodos y técnicas, que necesitan aplicar. *Este es el papel de la formación.*
- Por otra parte, los comportamientos y las actitudes de los empleados sometidos a nuevas realidades y tensiones, deben también evolucionar en armonía con el proceso de cambio. *Los empleados deben aprender a reaccionar de manera diferente, a cuestionarse, a pactar con la ambigüedad ligada al proceso de transformación e incluso a aceptar las nuevas reglas y formas de trabajar.*

Para apoyar a los empleados frente a estos desafíos, es imperativo darles la oportunidad de analizar sus acciones, reacciones y actitudes con el fin de comprender los puntos fuertes y débiles y de poder mejorar. *Esta es la misión fundamental de la instrucción, que consiste, en otras palabras, en instruir al empleado para que adopte las actitudes y comportamientos adecuados al proceso de cambio y a la Visión de la Institución.*

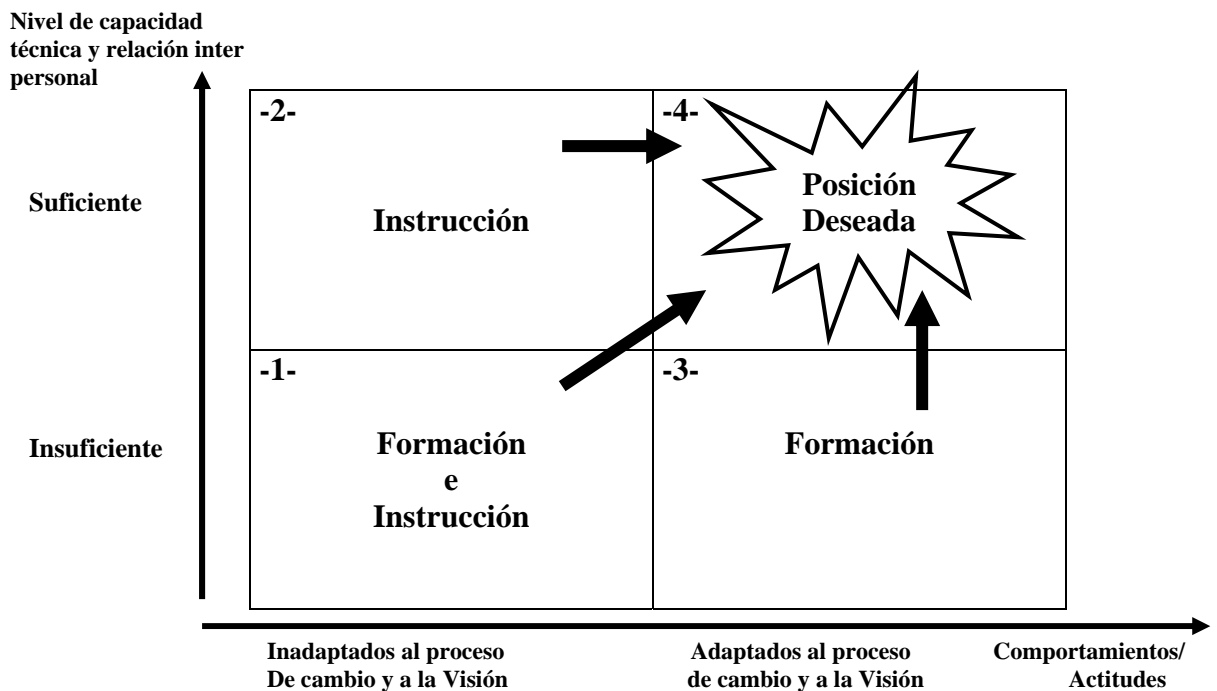
Cuando, en el presente trabajo se hace referencia a Capacitación, se lo realiza como sinónimo de Formación e Instrucción conjuntamente.

II.3.1.2. Determinación y la evaluación de las necesidades:

En el momento de planificar la capacitación, es recomendable realizarla en base a la necesidades que plantea el grupo a capacitar: ¿Cuáles son las necesidades de formación? y ¿cuáles son las necesidades de instrucción?.

Un esquema de orientación, que permite encarar ordenadamente las acciones comprende diseñar un Plan de Formación. Previo a esto, la utilización de la siguiente Matriz de Necesidades ordenará las acciones a seguir, según la situación que presenten los diferentes integrantes de la Institución. Obviamente cada institución comprende la conformación de un sistema en si mismo, vivo, dinámico, al que no pueden aplicarse medidas generales. No obstante, el ordenamiento siguiente dado por la Matriz , permite esquematizar la tarea a desplegar.

II.3.1.3. Matriz de Necesidades:



Es importante aclarar que se designa con el término *Necesidad*, a los faltantes o requirentes de satisfacción por parte del individuo; son carencias, deseos, tendencias o inclinaciones fundamentales en la motivación humana. **De acuerdo a la escala de Maslow**, se puede ascender o descender en los diferentes niveles de necesidades, en forma dinámica tendiendo a estabilizarse en niveles de satisfacción cada vez menos básicos. De manera que si las necesidades de nivel básico e intermedio están satisfechas, se tiende a superar el nivel, se

siente la motivación hacia la satisfacción de las necesidades de niveles superiores. Estas necesidades pueden plantearse en el ámbito laboral, en relación a la institución.

De acuerdo a la *matriz de necesidades* presentada precedentemente, puede visualizarse cual es el grado de requerimientos que se pueden cubrir con la Capacitación. *En el sector Salud, la forma adecuada de trabajar es en Equipo, lo cual plantea el requisito de realizar coordinaciones interpersonales. La situación referida muestra la mayor necesidad de formación técnico-operativa, es decir, de instrucción.*

Por las razones antes expuestas, es que cuando se plantea la posibilidad de Capacitación en Salud, surge rápidamente la necesidad de realizarla en pequeños grupos, dependiendo su número de la temática, el ambiente, el material de apoyo didáctico y de las características del docente. Específicamente para la temática de la presente investigación, lo ideal es la conformación de grupos de cuatro a seis personas, con un máximo de diez. El número reducido de miembros para cada grupo, permite que se produzca interacción, que se facilite la formulación de preguntas, disminuyendo la supuesta sensación de ridículo que puede originar preguntar, dado que minimiza el temor a que se descubra “*cuánto no se*”, que se comente la experiencia, que se confronten métodos, dudas, etc.

II.3.1.3.1. Primer cuadrante de la matriz: competencias insuficientes / comportamiento inadaptado: En el primer cuadrante de la *matriz de necesidades*, el personal no posee las capacidades necesarias para desempeñar adecuadamente sus nuevas funciones y responsabilidades. Estas pueden ser competencias técnicas u operativas, tales como el uso de medios informáticos que desconoce, o bien, la implantación de nuevos procedimientos de gestión que no domina. Las carencias mencionadas son, en general, fácilmente identificables por los directivos o por el propio interesado. Sin embargo, más allá de las capacidades técnicas, ahora el agente debe apelar a capacidades de orden social u organizativo que no ha utilizado, o que apenas ha utilizado hasta el momento. En este caso, los nuevos enfoques suponen trabajar en grupo más regularmente, o delegar mucho más, o incluso ser capaces de identificar las resistencias al cambio y de ayudar a su solución en el Equipo. Por su naturaleza más difusa estas nuevas necesidades pueden ser mucho más difíciles de identificar.

En el caso referido, la lógica indicaría la necesidad de profundizar en la *formación* técnica de los agentes y en la *instrucción* en temas interpersonales y organizativos, lo que permitiría paliar las carencias, una vez que las necesidades de cada individuo son especificadas.

Es probable que la realización de lo especificado para el primer cuadrante, sea más fácil de concretar en el ámbito privado y mucho más difícil de abordar y encuadrar en el estatal. En

este último, el propio empleado asume comportamientos o actitudes inadaptadas al proceso de cambio y/o a la Visión. Por ejemplo, es frecuente encontrar personas con una constante actitud negativa, con oposición a todas las propuestas, o bien distanciamiento de los grupos de trabajo, con muestras de indiferencia a todo acontecimiento; en otras palabras, rehúsa a ver el cambio y sus consecuencias y quiere resistirse a él. Podría preguntarse: ¿se trata de la percepción de una amenaza ligada a una pérdida de responsabilidad potencial.....o se trata de otra cosa?. La solución consistiría en ayudar al empleado a que vea y analice sus actitudes y a que perciba los puntos fuertes, aunque también los débiles, y a definir las acciones de mejora. La *instrucción* respondería a estas necesidades.

II.3.1.3.2. Segundo cuadrante de la matriz: competencias suficientes / comportamiento inadaptado: En este caso el empleado posee las capacidades necesarias, técnicas y de relación social, pero se comporta negativamente frente al proceso de cambio, al cual se resiste, o bien posee un comportamiento incompatible con la materialización de la Visión. En otras palabras, es capaz de evolucionar sobre la base de sus conocimientos pero se rehúsa, o bien, no ha comprendido que el procesos de cambio o la Visión implican una evolución significativa a sus comportamientos y actitudes. La *instrucción* permitirá establecer con el empleado las razones de su comportamiento; le ayudará a identificar las ventajas que él también puede obtener del proceso de cambio y a definir un plan de desarrollo que le hará evolucionar hacia actitudes más positivas.

II.3.1.3.3. Tercer cuadrante de la matriz: competencias insuficientes / comportamiento adaptado: En el tercer cuadrante, el empleado se encuentra motivado y entusiasmado por la Visión y el proceso de cambio asociado. Quiere participar y sus actitudes son coherentes con la Visión y el cambio. Aún no posee las capacidades específicas, de relación o técnicas, determinadas por la evolución de sus funciones y responsabilidades. Se trata entonces de identificar sus necesidades y después formarlas.

II.3.1.3.4. Cuarto cuadrante de la matriz: competencias suficientes / comportamiento adaptado: El empleado posee las capacidades necesarias y ha adoptado los comportamientos apropiados. Motivado por el cambio puede ser invitado a asumir un papel de paladín para actuar como “locomotora” ante sus colaboradores. Así mismo, puede ser formado para integrar el grupo de los primeros formadores o instructores. Estos empleados desempeñan un papel privilegiado en la fase de consolidación de la materialización. Son los modelos de referencia hacia los cuales el resto del personal de la empresa puede enfocar su atención para distinguir y comprender las formas de actuar y las actitudes buscadas y para autoevaluarse.

II.3.2. Capacitación Continua:

II.3.2.1. Andragogía:

A diferencia de la Pedagogía – el arte y la ciencia del aprendizaje de los niños -, la Andragogía, es concebida como el arte y la ciencia de conducir el aprendizaje de los adultos.

La Andragogía señala que *las personas adultas aprenden lo que ellas realmente quieren aprender*. Su atención logra ser captada solamente por aquello que aparece en su horizonte de intereses; de no ser así el proceso genera rápidamente un período de refractariedad y finalmente decae la atención, lo que genera posteriormente un déficit de concentración y por ende de retención.

Uno de los rasgos que diferencian a un adulto de un niño es su capacidad para autoconducirse, para autodirigirse. Esta autonomía los hace capaces de tomar sus propias decisiones.

Cuando los adultos se encuentran inmersos en un proceso de aprendizaje, incrementarían notablemente su motivación para aprender, si descubren que son capaces de auto-dirigir su aprendizaje y orientarlo hacia los temas que realmente les interesan y satisfacen sus expectativas. Esta motivación generaría un fuerte deseo de continuar el proceso de aprendizaje.

II.3.2.1.1. Experiencia y Predisposición. Perspectiva de Tiempo:

La acumulación de *experiencias* realizada por los adultos, específicamente por los participantes de la capacitación, sus interacciones e impresiones, son recursos muy valiosos

para utilizar en el aprendizaje. *De aquí que aquellas actividades o técnicas de aprendizaje empleadas que desarrollen una comunicación multidireccional, tales como: discusión en grupo, simulación, dramatización, tormenta de ideas, trabajo en pequeños grupos y en plenarios, aportan un motivo mayor de incentivo a la motivación por aprender.*

A lo referido precedentemente, debiera agregarse el valor de la Evaluación concebida como un proceso continuo, destinado al aprendizaje sobre la propia experiencia, siendo la Evaluación Final, una de las instancias privilegiadas de este aprendizaje.

La Pedagogía tradicional, propone que el docente decida los temas y contenidos a enseñar, así como la secuencias del proceso de transmisión de conocimientos.

La Andragogía por su parte, plantea que el docente es un Facilitador, que actúa como catalizador, orientador, conduciendo y guiando el proceso, siendo ésta su función primordial. Si conoce del tema, se potencia su rol.

La participación del sujeto incrementa su predisposición a aprender, habiendo podido decidir qué aprender, dado que los contenido se basan en su percepción de lo que requiere su situación específica.

La metodología está centrada en el análisis de los problemas existentes y no de acumulación teórica para algún momento en que haga falta; se centra en poner énfasis en el aquí y ahora.

II.3.2.1.2. El Proceso Andragógico:

Como proceso de Aprendizaje, es una secuencia dinámica, circular, expresada en siete pasos, que aunque son enumerados, pueden ser cambiantes, permitiendo reevaluar las necesidades o establecer una nueva estructura del plan de enseñanza. Los pasos referidos son los siguientes:

- i. Crear un clima favorable al aprendizaje.

- ii. Establecer una estructura de planeamiento mutuo.
- iii. Evaluar intereses, necesidades y valores.
- iv. Formular objetivos de aprendizaje.
- v. Diseñar actividades apropiadas para lograr los objetivos
- vi. Implementar: poner en acción tales actividades.
- vii. Evaluar los resultados: volver a evaluar necesidades, intereses, valores y expectativas frente a los resultados logrados.

En síntesis, la Andragogía reúne las condiciones para cumplir con los principios básicos de la **Educación Continua de los Adultos**:

- Es una forma de aprender directamente desde la experiencia
- Es un proceso de aprendizaje autodirigido que continuamente se puede re-evaluar y aplicar a las necesidades de aprendizaje de los participantes, a medida que van apareciendo desde la demanda de situaciones cambiantes.

II.3.2.1.3. Identificación de necesidades, intereses y valores:

Existen otros aspectos del aprendizaje que deben planterarse a los fines de la capacitación del personal de las instituciones.

Luego de la identificación de *necesidades* (ver punto II.3.1.2), es necesario identificar los *intereses* y los *valores*.

Las *necesidades* se interrelacionan estrechamente con los *intereses* y operan de modo simultáneo. Por ejemplo la *necesidad de autoestima*, puede estar directamente relacionado con el *interés* de ser un excelente técnico o profesional.

Los intereses tienen su origen en nuestra experiencia de vida y dependen de todo el contexto de la persona: nivel socioeconómico, religión, costumbres, creencias, etc.

Mientras los grupos son más homogéneos en sus intereses, necesidades y valores, tenderían a aprender más rápidamente que los grupos más heterogéneos.

También es de relevante importancia la determinación de *valores* de los individuos. Los valores indican compromiso con modelos de opciones. Estos tienden a tener persistencia, a formar el *modelo de vida* del individuo, a formar su *escala de valores*. Si se está involucrado con el proceso de elegir, seleccionar, afirmar y actuar sobre cosas o temas que realmente se valoran, se estará comprometido con el resultado y éste muy probablemente será exitoso.

Para descubrir las *necesidades, intereses y valores* se puede recurrir a diferentes técnicas:

- Exploración en grupo (intercambio de ideas).
- Cuestionarios dirigidos, que luego son compilados y analizados.
- Análisis sistémicos (INPUT/OUTPUT).
- Informes.
- Literatura profesional.
- Disertación de expertos.
- Entrevistas.
- Modelos de competencias (establece la diferencia entre “lo que puedo hacer” y “lo que quiero ser capaz de hacer”).

Con posterioridad a la identificación de los aspectos referidos, y de acuerdo a lo planteado en el punto **II.3.1.2.**, se puede proceder a transformar las necesidades de capacitación en **objetivos de capacitación**.¹³

II.3.3. Capacitación Permanente en Servicio:

Una experiencia de Capacitación en Servicio en la Provincia de Mendoza en el Sector Salud, fue utilizada hasta el año 1.999, por el Programa Materno Infantil y Nutrición

¹³ Guiburdenche de Cabezas, Marta. Capacitación Continua. Programa de Integración Operativa. YPF SA Recursos Humanos. Módulo 2. consultora: Argenconsult. Apuntes de Clases. Maestría en Gestión de Instituciones y Sistemas de Salud. – 2º Año -U.D.A.- 1.999.

(PROMIN), con aceptable resultado. No obstante no fue desarrollada más allá de los efectores incluidos en el Programa y sin abarcar un enfoque sistematizado y coordinado *desde y para* el resto del Ministerio de Salud.

La Capacitación en Servicio, parte de considerar que en los ámbitos existe un *quantum* de conocimientos suficientemente validados, que son altamente valiosos, pero que permanecen encerrados en sí mismos, en quienes los poseen. Dichas experiencias y conocimientos deben ser tenidos en cuenta para la secuencia de actividades a desarrollar. La capacitación, por ende debe adecuarse a esta diversidad y aprovecharla.

La referida estrategia está pensada para llegar a los **niveles operativos del personal**, en forma optimizada. Esto permite enfatizar las acciones de capacitación en forma específica en el personal que realmente ejecuta la tarea, basándose en la metodología estudio - trabajo.

II.3.3.1. El trabajo como factor educativo:

El punto de partida para sistematizar un marco referencial teórico sobre la metodología estudio - trabajo es abordar este último como factor educativo. El encuadre de esta reflexión es de orden pedagógico y didáctico, a fin de que oriente el desarrollo de Programas de Formación Permanente del personal de la Salud. Sin embargo, más allá de este recorte, tal vez puedan brindarse algunos elementos que ayuden al debate más amplio y global sobre la relación “trabajo-educación” o colaboren en la reflexión acerca del divorcio que se observa en los programas de educación formal entre el “proceso educativo” y el “proceso del trabajo”.

Sin dejarse seducir por los debates fundamentales antes mencionados y, al mismo tiempo, sin ignorarlos, se centrará el enfoque de la siguiente discusión, en la Capacitación en Servicio.

En primer término, cabe señalar que no basta acercar Programas Formativos a las instituciones de trabajo para estar en presencia del método estudio - trabajo. Tal vez influidos por el modelo escolar hegemónico (propio de la educación formal), muchos Programas

incluyen cursos y conferencias dictados en ámbitos laborales, con total falta de compromiso respecto a los procesos efectivos del trabajo (tal como lo hacen las instituciones académicas).

El esquema pedagógico subyacente en estos Programas corresponde a los modelos deductivos propios de la *pedagogía de la transmisión*. En ellos, un docente / especialista expone una amplia gama de informaciones, conceptos y teorías al auditorio. La expectativa es que el personal aplique en su práctica (a través de mecanismos desconocidos), lo que “aprendió” a lo largo de la conferencia / curso. Los participantes más esclarecidos desarrollan algún diálogo con el conferencista, y dependiendo de la duración del curso, se introducen ciertas técnicas grupales, mucho más para distender la atención que para cambiar el curso del proceso. La práctica y modalidades reales de trabajo son ignoradas o solo se las cita para ejemplificar. Trabajando exclusivamente sobre la dimensión cognitiva, los efectos sobre la modificación de actitudes son marginales o nulos. Por último, al tratarse de cursos esporádicos de duración delimitada, no alcanzan a tener incidencia en la transformación de las modalidades de trabajo y en la institución como un todo. *Queda claro que en estas intervenciones formativas, el trabajo no constituye una dimensión educativa.*

Otras acciones, tomadas de la *pedagogía del adiestramiento*, han decidido aproximarse más al proceso de trabajo. Ampliamente desarrolladas en el entrenamiento industrial, aunque también en las instituciones de Salud, estas acciones fragmentan y reducen el proceso de trabajo a un gran número de técnicas específicas, y organizan una verdadera capacitación con el fin de lograr “eficiencia”. Si bien, logran más impacto en los comportamientos que el modelo anterior, destruyen la complejidad del proceso laboral., refuerzan la subordinación y dependencia en las relaciones de trabajo, eliminan la iniciativa y autonomía de criterio, aumentan la competitividad entre el personal y alienan al trabajador del producto y del sentido social de su labor. De acuerdo con este enfoque, el trabajo es concebido como “fuerza de trabajo”. *Limitados al adiestramiento técnico, se retacean al trabajador los conocimientos científicos que fundan su técnica e, ignorando su significación, “vacían” el proceso de trabajo, reduciendo con ello su valor educativo.*

Frente a este panorama, el concepto de *estudio - trabajo* representa una ruptura. La concepción que sustenta y alimenta la metodología *estudio - trabajo* presupone que el trabajo es el ámbito de creación y recreación de la existencia humana; es la acción que impulsa, regula y controla sus intercambios con la naturaleza, la sociedad y sus propios productos. Por la acción del trabajo el hombre modifica el medio y a sí mismo. *Es precisamente en este punto donde radica el valor educativo del trabajo, si concebimos la Educación como un movimiento de transformación del sujeto que , transformándose, transforma su entorno y viceversa.*

En la *unidad de educación y trabajo*, el hombre construye su entorno y viceversa. En la unidad de educación y trabajo, el hombre construye la sociedad y la cultura. Este hombre no es una identidad abstracta, sino que trabaja en una entidad concreta. En ella, los adultos adquieren su experiencia, modelan las instituciones y son modelados por ellas. Esta dinámica, esta experiencia directa es la que pretende rescatar la metodología estudio - trabajo. Dicha metodología se inscribe en las teorías y prácticas críticas de la educación de adultos y en las recomendaciones internacionales que expresan la necesidad de revalorizar las experiencias y la cultura de los trabajadores, considerando el trabajo no como un factor meramente instrumental, sino como fuente y productor del conocimiento y ámbito de realización social y personal a través de la transformación de las instituciones. Desde esta perspectiva, el trabajo se expresa como factor educativo.*

II.3.3.2. La Educación Permanente del Personal de Salud.

La base conceptual de la Educación Permanente para el Personal de Salud, parte de considerar el ejercicio educativo comprometido con *la práctica de trabajo y que busca una capacitación técnica inseparablemente unida a la reflexión crítica, tanto de los fundamentos teóricos que sustentan tales técnicas, cuanto de los procesos sociales envolventes que regulan los comportamientos de la población en materia de salud*. Mejoran la capacidad de respuesta frente a las cuestiones que el servicio plantea, estimulando en forma permanente que la actitud reflexiva, la autonomía, se conviertan en protagonistas centrales de su formación.

La metodología puede aplicarse en los siguientes campos:

- Formación de personal de enfermería (enfermeros y auxiliares)
- Transformación de Empíricos en Auxiliares y de Auxiliares en Enfermeros.
- Educación Continua del personal de salud.

* Ibidem. DAVINI, María C. “Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud” Publicación N° 19. O.P.S., Bs. AS. 1.989.

II.3.3.3. Propósitos y Objetivos de la Capacitación en Servicio:

El **Propósito** de la Capacitación en Servicio, es desarrollar modalidades innovativas de capacitación con protagonismo de los actores y centradas en los procesos y problemas del trabajo concreto, que permitan extender y profundizar los cambios que se proponen a nivel central, sobre ejes temáticos elegidos como prioritarios.

Los principales **Objetivos** son:

1. Producir cambios en las concepciones, actitudes y desempeños de todos los actores locales involucrados, con especial énfasis en el personal de los niveles operativos de los diferentes efectores.
2. Desarrollar modalidades innovativas y flexibles de enseñanza-aprendizaje que permitan el protagonismo activo del personal de los efectores, conducentes a un cambio significativo en su autonomía, motivación y responsabilidad en sus desempeños, contribuyendo a la prestación de servicios de calidad para los usuarios, según las prioridades dadas por los niveles de jerarquía decisoria.

II.3.3.4. Estrategias de Capacitación en Servicio:

La estrategia de la Capacitación en Servicio se basa en la modalidad de Educación Permanente en Servicio, cuya característica fundamental es capacitar al personal del nivel operativo en torno a los problemas propios de desempeño y en sus respectivos lugares de trabajo; se incluyen siempre a los directivos (Directores, Supervisores, etc.), a fin de aumentar el grado de compromiso y sensibilización con los problemas y necesidades de la gestión a nivel operativo.

Esta estrategia requiere de suficiente *flexibilidad* por parte de quienes deben implementarla, para poder reconocer los principales problemas de los respectivos contextos de

población a cargo y de los diferentes ámbitos laborales, así como sus respectivas historias de desarrollo insitucional. A partir de ello se organizarán y priorizarán los contenidos de la capacitación. Por ende la etapa inicial de esta modalidad es el *diagnóstico histórico y situacional compartido –por los integrantes del equipo de capacitación- de las habilidades y los desempeños del personal..*

La Educación Permanente pone énfasis en la *máxima desescolarización del aprendizaje*, desarrollando técnicas que provienen de la Educación de Adultos, de la Psicología Social, de la Administración Estratégica, priorizando la cultura organizacional y los enfoques de calidad centrados en los usuarios de los servicios, a través de generación de escenarios de aprendizaje en los ámbitos de trabajo.

La estrategia incluye:

- ❑ La ***formación de facilitadores y supervisores*** para el desarrollo de la capacitación y el apoyo al personal en la acción concreta.
- ❑ ***La incorporación flexible de contenidos*** vinculados a las carencias identificadas en la supervisión de los desempeños de los actores de los servicios y a las particulares características que emerjan de los diagnósticos compartidos.
- ❑ La generación de ***grupos operativos de discusión y reflexión*** con el personal, con o sin agentes externos, para revisión e innovación en el proceso de trabajo con vistas al mejoramiento de la calidad de la atención
- ❑ El desarrollo de experiencias de ***programación local participativa con el personal y los usuarios***.
- ❑ ***La elaboración de material didáctico*** para apoyar procesos de trabajo más complejos o difíciles de sistematizar.

Esta estrategia sería superadora de las visiones de “arriba para abajo y de abajo para arriba”, identificando a la población objetivo y como protagonistas de los procesos educacionales, al personal de todos los niveles y roles, ya que cada uno es portador de un saber particular.

La instalación de la referida estrategia debería tener la intención de considerar de igual manera al personal y a los usuarios del efector, procurando que progresivamente la

educación permanente, la educación en salud y la comunicación social se interrelacionen y sus fronteras se hagan menos nítidas.

II.3.3.5. Capacitadores y Grupos Operativos de Calidad:

Los *Capacitadores* deben adquirir según este enfoque, nuevas formas y modelos de relaciones que tiendan a ***construir un ascendiente por el compromiso con su tarea***, de manera que le permita ir pactando progresivamente con sus compañeros de trabajo nuevos estándares y formas de brindar mejores servicios a los usuarios.

El proceso de **Capacitación** enfatiza la tarea de desarrollar a la gente que tiene a su cargo, sin descuidar el alcance de los resultados: incluye la transferencia de experiencias, la asignación de tareas de complejidad creciente, la identificación de los problemas y la propuesta y elección compartida de soluciones; asimismo, brinda contención y respaldo al personal a cargo.

En cuanto a los **Grupos Operativos de Calidad**, se trata de una propuesta que reconoce la importancia de aplicar criterios de calidad integral o excelencia a los servicios públicos.

Este concepto se justifica en argumentos éticos, pero también adquiere relevancia social y política, al romper el círculo “población marginada - servicios marginales y marginalizantes” y trabajar en el eje del derecho a la Salud, a través de la legitimidad de los Programas Sociales.

El concepto de los Grupos Operativos de Calidad se refiere al análisis y transformación de los procesos de trabajo, centrándolos en las necesidades de los usuarios. Utiliza las técnicas de dinámicas grupales, grupos focales y requiere de coordinaciones idóneas. Trabaja sobre el eje de problemas relevantes seleccionados en forma compartida, que tienen factibilidad de mejoras en los procesos y resultados y de importante impacto en la situación de salud.

II.3.3.6. Modalidades Organizativas de Capacitación en Servicio:

Las formas organizativas se sintetizan a continuación:

II.3.3.6.1. Centro de Educación Permanente en Servicio: supone la generación de equipos responsables en los efectores, para la dinamización y programación de actividades de capacitación centradas en la resolución de problemas concretos identificados en los propios desempeños del personal involucrado. Esta forma organizativa permite gestar y estabilizar en las instituciones un sistema de apoyo a la gestión transformadora, un mayor compromiso de los actores con los resultados directos de sus acciones y una potenciación de la Educación en Servicio, como herramienta estratégica para el cambio.

El equipo podrá ser de un mínimo de dos personas, si bien no debe perderse de vista que la actividad de capacitación debe involucrar a todo el personal, ya que el enfoque se apoya en la identificación conjunta de los problemas y las necesidades educativas, así como en la participación y el intercambio de saberes. El equipo responsable básico funciona como facilitador de las tareas pero no como único depositario del saber.

El proceso se encamina a fortalecer la capacidad del personal para la identificación dinámica de los problemas de funcionamiento y producción del servicio que brindan y de la intervención activa de esos actores en las propuestas y en la ejecución de soluciones. Lo dicho contempla tanto los aspectos científicos - técnicos de la atención, como los aspectos organizacionales, socio-culturales y éticos.

Esta forma organizacional es más viable de implementar en efectores de relativo tamaño y complejidad, en los cuales el número y diversidad de los recursos humanos implica a la vez diversidad de información y de experiencias, procesos diversos y multiprofesionalidad. Es posible que esta modalidad consiga mayor arraigo y continuidad de las actividades de capacitación en el efector donde se instale.

II.3.3.6.2. Modelo Nuclearizado: consiste en la generación de Núcleos de Capacitación responsables por la articulación y dinamización de acciones de capacitación en un grupo de efectores de un mismo ámbito geográfico. Esta forma, además de incluir las problemáticas de cada uno de los efectores, posibilita el trabajo en red para la búsqueda de soluciones compartidas. Las experiencias realizadas indican que el Núcleo puede actuar eficazmente si lo integran tres facilitadores, que llegan a articular a tres o cuatro efectores de un ámbito geográfico cercano. Los efectores nuclearizados serán de mediano tamaño y complejidad, cuyos recursos humanos y de información no son numerosos, aunque representen unidades relativamente autónomas. Presenta una mejor relación costo-beneficio pero un menor impacto en los aspectos de la gestión interna de los efectores. Para amortiguar esta falencia, es conveniente realizar un diagnóstico participativo en cada efector, establecer un calendario de encuentros colectivos entre las unidades para tratar problemas comunes y generar actividades intrainstitucionales.

II.3.3.6.3. Modelo Centro-Periferia: se trata de constituir un Centro de Capacitación con *facilitadores - supervisores*, que organizan un plan de trabajo, que incluye:

- ❑ El diagnóstico de necesidades de los efectores
- ❑ La circulación en terreno entre los efectores bajo la estrategia de capacitación
- ❑ La producción de encuentros colectivos en el centro para que participe todo el personal en forma rotativa.

Este modelo es particularmente eficaz para zonas de mayor dispersión geográfica, efectores de baja complejidad y equipos de personal reducidos. Cobra especial importancia el papel del *capacitador*. Las instancias de aprendizaje y capacitación tienen momentos de *concentración* donde el personal concurre a ciertos lugares de reunión y de *dispersión* donde retornan a sus tareas y son visitados y capacitados por los capacitadores en terreno.

II.3.3.7. Técnicas a emplear en Capacitación en Servicio:

El siguiente inventario de técnicas es solo un enunciado con breve explicación, no

siendo las únicas posibilidades y en cada contexto pueden generarse nuevas posibilidades o combinaciones particulares y distintas:

♣ **Conjunto de técnicas con énfasis en el análisis de situaciones concretas:**

- **Estudio de casos:** es una actividad fértil para la capacitación impulsando el análisis de las prácticas de trabajo y sus resultados, así como su búsqueda sistemática de soluciones. Los casos pueden ser reales o ficticios y ser relativos tanto al aspecto técnico-científico, como a cuestiones de cultura organizacional y éticos. En todos ellos se busca fortalecer el juicio de los trabajadores sobre las diversas situaciones y transferirlo a la acción práctica.
- **Estudio de incidente crítico:** esta opción es semejante a la anterior, pero hace énfasis en situaciones críticas que ocurren en el contexto específico. Se dirige a focalizar la mirada en el estudio de problemas, reacciones, comportamiento de los distintos actores de la situación y a discutir cuestiones de valores. El mismo ayuda a que el grupo analice las múltiples dimensiones de la situación y discuta la posible resolución del conflicto. El incidente contiene alto valor emocional y compromete a los actores en su estudio, y en la búsqueda de obtener mejores resultados.
- **Proyecciones y Simulaciones:** las simulaciones pueden articularse con otras técnicas. En sí misma, consiste en trabajar sobre una serie de datos (cuanti y cualitativos) para analizarlos y prever su evolución futura según se intervenga o no sobre ellos. Los datos pueden haber sido relevados por el capacitador o relevados previamente por los trabajadores.
- **Dramatización o juego de roles:** Esta opción es útil para que los participantes vivencien una situación particular que requiere una comprensión más profunda del punto de vista de los actores.

♣ **Estudios o trabajos dirigidos al ambiente exterior:**

Esta es una valiosa propuesta que apunta a la comprensión de problemas del contexto. Implica el relevamiento de informaciones de la comunidad en que se actúa, de sus

condiciones de vida, de sus características culturales, de las formas de ver y percibir de su gente, de sus necesidades y proyectos.

En general, este proceso se dirige a revisar las propias creencias, a superar el etnocentrismo, a reflexionar sobre las condiciones sociales de vida y a discutir alternativas de mejoramiento en forma colectiva. Pero más allá, permite entrenar al grupo en el relevamiento y tratamiento de informaciones primarias y secundarias y en la capacidad para “escuchar al otro”. Es conveniente realizar una preparación del grupo previa a la salida al terreno: discusión de qué se va a observar, que datos se van a buscar, cómo realizar una entrevista, etc. El estudio puede estar acompañado del desarrollo de trabajos cooperativos con la comunidad. Estos pueden ser:

- **Grupos de estudio y reflexión:** aparte de una técnica en sí, atraviesa buena parte de las otras. Representa una permanente posibilidad de articulación y re-elaboración de los trabajos realizados a través de otras estrategias. En este sentido el grupo funciona como sintetizador progresivo de los avances de la tarea. Permite una proximidad entre sus miembros, la participación en un camino común, la intensidad de interacciones entre los participantes, la comunicación, la cooperación y la toma conjunta de decisiones. Se pueden emplear múltiples medios: intercambios, observaciones, lecturas, juegos de roles, simulaciones, procedimientos de negociación, etc. pero, a medida que se avanza, la estrategia permite la progresiva autonomía del grupo en materia de juicio sobre las distintas situaciones, fortaleciendo el *estudio y trabajo independiente*.
- **Pasantías:** Implican la presencia del trabajador en un determinado ambiente por un corto período de tiempo, bajo las formas de observación u observación participante. Pueden ser organizadas para uno o más miembros. Requiere devolver los resultados al resto del grupo.

♣ **Conjunto de técnicas con énfasis en el estudio y conceptualización:**

- **Conferencias, entrevistas públicas, mesas redondas:** estas técnicas se centran en la difusión de conocimientos. Las mismas pueden contar con invitados especiales, generalmente expertos en determinados temas. Pueden ser miembros de la institución en la que se desarrolla la

actividad (lo que produce un importante efecto de recuperación de saberes e implicación en la capacitación) o invitados externos. Las entrevistas públicas a diferencia de la conferencia, supone que el grupo preparó previamente una guía de entrevistas alrededor de la cual girará la exposición del invitado. La mesa redonda reúne a un pequeño grupo de personas para exponer un tema desde distintas experiencias o enfoques susceptibles de contrastación o de polémica (puede también ser el propio grupo que realice la presentación, asumiendo enfoques diversos). Si son invitados externos, no sólo hay que considerar a profesionales o “expertos”, sino también a miembros de la comunidad o líderes de asociaciones.

- **Seminarios:** el Seminario es una técnica centrada en el estudio y profundización de autores y teorías, respecto de un asunto relevante previamente detectado o establecido como problema. Facilita el manejo de materiales con creciente nivel de dificultad, la elaboración de análisis conceptuales de los enfoques estudiados, contrastación de posiciones y la discusión grupal de las mismas.
- **Módulos, materiales escritos, video-tapes, grabaciones:** esta, más que una técnica, representa la integración de múltiples medios para configurar un procedimiento global dirigido, básicamente, a la circulación de informaciones alrededor de asuntos de interés. En general, la idea de *módulos* remite a materiales escritos que adoptan el enfoque interdisciplinario de un problema; pero pueden ser usados dentro de un campo disciplinario. Si se acompañan con *grabaciones o video-tapes* permiten potencializar su uso. Los *materiales* pueden ser trabajados en forma individual o grupos, reforzando la idea del intercambio y análisis conjunto. Sin embargo, las *grabaciones o video-tapes* pueden tener otros efectos, más allá de la circulación de conocimientos: pueden comunicar experiencias o pueden estar dirigidos a sensibilizar al grupo sobre una determinada problemática. También es posible pensar que estos materiales no estén pre-formados, sino que sean producidos por el propio grupo.
- **Tutorías:** las *tutorías* son utilizadas para la profundización en determinadas temáticas con la guía de una persona experimentada o de un especialista y suele culminar en la elaboración de un informe final.

Representa una propuesta centrada en el estudio del tema o problema, con material bibliográfico y uso de distintas fuentes de información, relevamiento de datos, etc. puede ser utilizada como trabajo individual o en pequeños grupos y representa un camino hacia la autonomía de los sujetos.

♣ **Conjunto de técnicas con énfasis en la acción renovada:**

- **Investigación-acción:** *La investigación-acción parte de problemas de la práctica identificados por los miembros del grupo y se orienta a mejorarlos en forma participativa.* Es un proceso de aprendizaje sistemático, induce a las personas a teorizar sobre las prácticas y a buscar diversas fuentes de información. Exige que las ideas, las prácticas y los supuestos sean puestos a prueba. La investigación-acción es una forma de indagación colectiva emprendida por los propios participantes con el objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales. La vinculación de los términos “acción” e “investigación” ponen de relieve el énfasis del enfoque: someter las ideas a la prueba de la práctica, como medio de mejorar la situación problema de la que se parte y lograr mejor conocimiento. La investigación –acción propone un medio para trabajar que vincula la teoría y la práctica en un tono único: *ideas y acción*. Así, la investigación-acción como proceso de aprendizaje colectivo desarrolla la reflexión, el uso de informaciones, la argumentación, los registros y el examen permanente de la práctica.
- **Grupos de elaboración de proyectos:** esta estrategia puede desarrollarse integrada a los procesos de investigación-acción, o como consecuencia de pasantías o de estudios dirigidos a la comunidad, y *consiste en la formulación de propuestas de acción alrededor de cuestiones sustantivas detectadas y priorizadas por los actores.* Tiende a que los participantes se comprometan con la acción y la experimenten, controlando resultados y corrigiendo en la marcha. Permite que los sujetos identifiquen propósitos, seleccionen medios y recursos y elaboren sistemas de control propios para la evaluación.¹⁴

¹⁴ PROMIN. “Programa de Educación en Servicio”. Componente Capacitación. (Bs. As., M.S.A.S. Nación – BIRF, Agosto 1.996).Págs. 1/10.

II.3.3.8. Programación de la Capacitación en Servicio.

Dentro de la capacitación en Servicio, la programación es de importancia central para producir acciones sistemáticas fundamentadas, encuadradas en un plan integrador, dirigido a fines y metas, y apropiado a las características del contexto particular.

Es importante concebir a la programación como una acción continua y circular y no como una secuencia lineal. De este modo, la programación acompaña todo el proceso de capacitación, lo que aleja a la visión de un instrumento fijo y de única vez. Pero aún flexibilizándola e introduciendo cambios, la programación estabiliza un camino y supone opciones realistas, viables y estratégicas para alcanzar los propósitos. Se alimenta de la evaluación de diagnóstico, de proceso y de resultados, aunque sean parciales en determinados momentos de tiempo, lo que permite su periódico reajuste. La programación continua supone analizar la marcha del proceso, tomar decisiones operativas y distribuir recursos.

Para la programación interesa considerar:

- 1) La cobertura de la capacitación
- 2) La pertinencia de los contenidos.
- 3) El tipo y cantidad de actividades de capacitación
- 4) Las formas de evaluación de la capacitación

La cobertura de la capacitación debe programarse según el tipo de actividad, cantidad de destinatarios, grupos de actores y dependencias. La pertinencia de los contenidos estará dada por la adecuación a los propósitos y las temáticas seleccionadas, pero fundamentalmente atendiendo a la situación o desarrollo de los efectores (por ejemplo, no pueden plantearse acciones de alto nivel de complejidad en un efector, si éste no reúne condiciones de mínima bioseguridad). En cuanto al tipo y cantidad de actividades de capacitación deben atender a los contenidos de las prácticas y la ampliación del conocimiento; también focaliza a los diversos actores que intervendrán en la capacitación (jefaturas, administrativos, profesionales, miembros de la comunidad, etc.). Ello lleva a diversificar estrategias, incluyendo la supervisión capacitante, las pasantías, las capacitaciones específicas o focalizadas, los cursos, etc.. Por último las formas de evaluación de la capacitación, están dirigidas al diagnóstico de necesidades, al seguimiento continuo y al análisis periódico de los resultados.

II.3.3.9. Aspectos de Capacitación en Servicio a tener en cuenta.

Solo se enuncian los siguientes aspectos a tener en cuenta en el proceso de capacitación

- ❑ Definir con la mayor precisión posible qué se quiere lograr y elegir con la mayor pertinencia el medio para obtenerlo
- ❑ Comunicar con claridad las metas que se priorizan y las acciones que se eligen;
- ❑ Evaluar los resultados con la mayor claridad.

II.3.3.10. Importancia de los Indicadores de Resultados de Capacitación en Servicio

Los indicadores de resultados de la capacitación forman parte de las estrategias de evaluación, estableciendo cortes periódicos en el tiempo a efectos de poder monitorear los avances o los retrocesos o “mesetas” que se produzcan. Algunos de ellos pueden monitorearse en plazos de tiempo más cortos, por ejemplo, por trimestres o semestres, dada la facilidad para el seguimiento de las informaciones. Este es el caso de indicadores como los de “cobertura”, “costos”, y “mejoramiento de desempeño”. El control periódico de estos indicadores constituye un buen instrumento para orientar ajustes en la programación del proceso de capacitación.

En cambio, el indicador de “percepción de los actores”, dado su carácter complejo y cualitativo, requiere ser evaluado en períodos más largos, estimado en un mínimo de un año de trabajo sostenido en capacitación. En los casos en que sea viable y se lo juzgue conveniente, puede realizarse una prueba “ante” – “post”, para verificar si hubo cambios en las percepciones, comparando antes y después de la capacitación. De todas formas, este indicador es el único que requiere ciertos requisitos para su adecuado control.

Cabe destacar que la propuesta de indicadores de rendimiento no agota la evaluación de la capacitación, cuyo proceso debe ser continuo y colectivo, en reuniones de trabajo, en

intercambio y registro de observaciones o en los informes periódicos que los responsables de la capacitación efectúen. Sin embargo estos indicadores tienen el importante papel en la consolidación periódica de resultados, como “fotografías” en el tiempo y base de comparación.

II.3.3.10.1. Algunos Indicadores de Capacitación en Servicio:

✚ Cobertura de la capacitación:

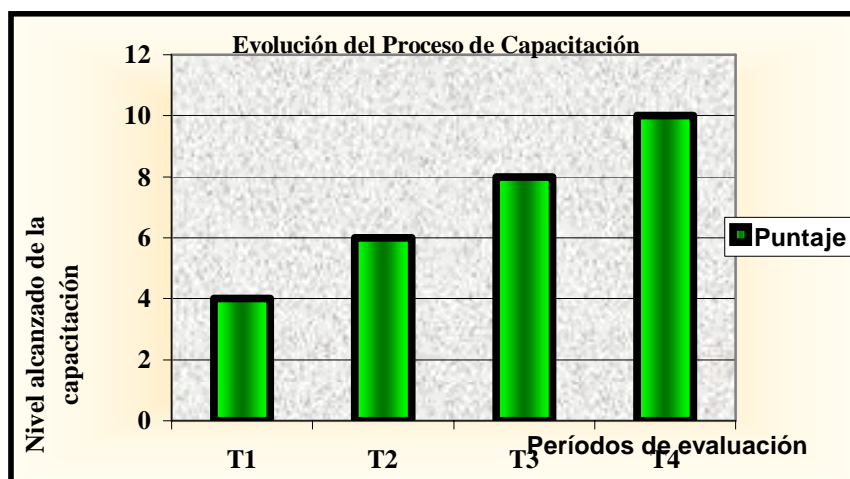
Es un indicador cuantitativo destinado a informar sobre la extensión del proceso de capacitación en el área que se focalice como destinataria de las acciones. Se construye de la siguiente forma:

Número de RRHH en capacitación

Número de RRHH a capacitar.

El numerador indica el **número de personas en proceso de capacitación** y el denominador deberá incluir la **totalidad de personas a capacitar**. El resultado de la operación puede transformarse en términos de **porcentaje**. Ejemplo: $40/200 \times 100 = 20\%$ en capacitación en el período evaluado.

✚ Mejoramiento en el desempeño:



El “**mejoramiento en el desempeño**” es un indicador cuantitativo que se orienta al monitoreo de los cambios operados en los comportamientos de trabajo observables de los miembros de los Equipos de Trabajo en los efectores atendidos por la capacitación. Para ello es fundamental tener el registro que marcan los informes a lo largo de los períodos de evaluación seleccionados, y así poder marcar los avances o retrocesos.

En el gráfico precedente se muestran, a título de ejemplo, cuatro momentos imaginarios de evolución del proceso de capacitación, partiendo de un momento inicial T1, y luego sucesivamente tres períodos más (T2/T4).

La operatoria para la construcción de los valores es la siguiente:

- a) Se obtiene un puntaje promedio de capacitación, de cada período por efector.
- b) Se obtiene un promedio general de todos los efectores involucrados.
- c) Se obtiene la medida de cambio entre los períodos con el siguiente procedimiento:

T último/ T base o inicial) – 1 x 100= X . De acuerdo al ejemplo precedente, sería de la siguiente manera:

$$(10/ 4) – 1 \times 100 = 150 \% \text{ de mejoramiento en el desempeño.}$$

✚ Costo por persona capacitada:

Este indicador cuantitativo se dirige a monitorear el costo de la capacitación, considerando un período de tiempo dado, de acuerdo con la siguiente operación:

Gasto del período

Nº de RRHH capacitados.

La información permite estimar el gasto (\$) por persona capacitada.

✚ Percepciones y valoraciones de los actores:

Este es un **indicador cualitativo**, orientado a **identificar los modos de pensar y percibir de los miembros de los equipos alrededor de su tarea**. Su importancia estriba en el aporte para comprender los significados que los miembros otorgan o atribuyen a los comportamientos. *Considerando que la capacitación no se agota en el entrenamiento de*

prácticas, sino que apela a modificar los modos de pensar, el análisis de las concepciones representa una información de relevancia.

La recolección de esta información se puede realizar a través de la aplicación de cuestionarios al personal de los efectores y a los miembros del propio equipo de capacitadores.

En el caso de los **dirigidos a personal de efectores** debería contemplar:

- Cuestionario sobre concepciones sobre la atención de la salud, o de un punto específico seleccionado como temática a capacitar.
- Cuestionario de percepciones acerca de conocimientos y prácticas que el encuestado piensa que posee o pone en práctica.
- Cuestionario de opinión/valoración sobre la capacitación

En el caso de miembros del **equipo de capacitadores** deberían incluir:

- Cuestionario de opinión/valoración sobre la capacitación¹⁵

¹⁵ PROMIN – Programa Materno Infantil y Nutrición. “Manuales Operativos: Capacitación en Servicio”. U.E.P. Gerencia de Capacitación. (Bs. As., M.S.A.S. Nación -BIRF., 1.998).

II.4. LA DIABETES MELLITUS COMO PARADIGMA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS:

La Diabetes Mellitus, especialmente la del Tipo II, puede ser considerada como uno de los paradigmas de las enfermedades crónicas, cuyas complicaciones demandan un elevado costo material y humano. Tiene la característica de presentar un transcurrir silencioso de varios años de evolución y un período pre-patológico susceptible de ser precozmente detectado, que pareciera ser altamente vulnerable a la intervención, mediante prácticas sencillas y de bajo costo comparativo.

Esta enfermedad es considerada como un conjunto de enfermedades metabólicas, caracterizadas por hiperglucemia crónica, con trastornos del metabolismo de los carbohidratos, de las grasas y de las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, de la acción de la insulina o de ambas¹⁶

Presenta la aparición de complicaciones agudas, así como de daño, disfunción e insuficiencia de varios órganos vitales, a mediano y largo plazo, con consecuencias negativas desde el punto de vista psicológico y social para quien la padece. Además, requiere de un elevado costo de atención, que impacta en la Sociedad en su conjunto. Este costo constituye una carga social que pesa sobre los recursos que administran los entes encargados de la Salud Pública.¹⁷

La referida patología, genera un indudable interés y preocupación en Salud Pública, a nivel mundial y de la O.M.S. en particular, por afectar a todos los sectores y estratos sociales.¹⁸

En los países desarrollados, cada vez más pacientes diabéticos consultan en los efectores públicos y privados, alentados por campañas de promoción de la consulta precoz, realizadas desde distintos ámbitos. El referido incremento en las consulta precoz no se verifica en el ámbito provincial y, probablemente, tampoco en el nacional.

En la República Argentina, no se han realizado estudios sistemáticos, a nivel nacional,

¹⁶ Zimmet, P. Resumen del "Seminario de Diabetes tipo 2."-Nuevos Criterios de la O.M.S. y de la A.D.A. para la Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes. Bs. As. noviembre de 1.997.

¹⁷ Pupi y col. "Nutrición". Diabetes. Definición.-Importancia médico social de la Diabetes en la R. A. - . Cap. 18, pág. 360 - López Libreros, Bs. As.-1.986.

¹⁸ Cooper et all. "Nutrición y Dieta". 17º Edición- Diabetes Sacarina. Epidemiología de la Diabetes. Cap.29. pág. 538. Ed. Panamericana. 1.985.

sobre los costos atribuibles a la Diabetes. Sin embargo, estudios parciales, realizados en la provincia de Buenos Aires, de reciente data, han demostrado que la Diabetes insumiría los siguientes recursos :

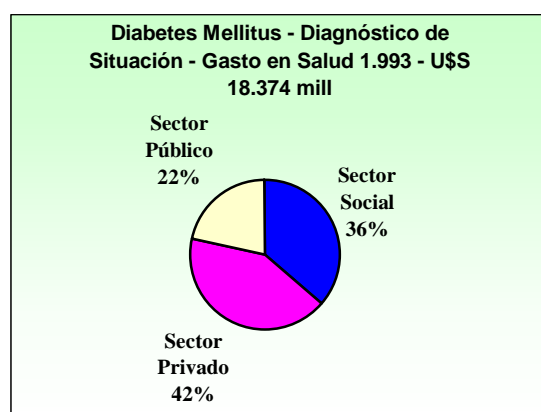
- El 8 % de la disponibilidad de camas ocupadas, (equivale a U\$\$ 5.000.000 mensuales).
- El 13 % de las hemodiálisis (equivale a 1.350.000 U\$\$ mensuales).
 - Es la 3° a 5° causa de jubilación prematura (y de discapacidad permanente, debido a accidente cerebro vascular, infarto agudo de miocardio, amputaciones y cegueras), la pérdida promedio de 11 años de productividad, y representa U\$\$ 2.500.000. – anuales.

Cuadro N° 1

<p>Del total de diabéticos existentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el 50 % desconocería su situación de tal. - el 30 % conocido no se trataría. - el 66 % tendría un pobre control. - entre el 60 y el 70 % presentaría complicaciones crónicas.
--

Fuente: Gagliardino, Juan J. ProDiaBa. 1.999

Gráfico 1.



En el análisis de *la dimensión económica* de la Diabetes, desde el CENEXA en La Plata, Juan J. Gagliardino y col., calcularon a comienzo de la década del ochenta, la proporción de los costos directos e indirectos de Diabetes y la ventaja de su cobertura precoz y completa, a fin de prevenir las complicaciones y su impacto e implicancias en costos a cargo de los financiadores.

Diabetes Mellitus (estimado) 6 %: 1.102.44 mill.	Costo estimado paciente/año: 2.215 U\$\$
	Costo estimado de inversión: 700 U\$\$/año*

*Costo estimado de inversión anual /hab. Min. De Salud.¹⁹

¹⁹ Galgiardino, Juan José: XI° Congreso Argentino de Diabetes, *Simposio de Educación en Diabetes Costos Directos e Indirectos de la Diabetes Mellitus*- - Córdoba 9 -11 de Octubre de 1998

En la provincia de Mendoza no se dispone de datos referidos a las implicancias y costos de la Diabetes. Tampoco existen estudios que aporten cifras sobre el comportamiento de la enfermedad, ni del posible efecto de medidas de intervención. Sin embargo, de acuerdo a la percepción de los expertos, se detectaría un incremento en la demanda de atención, que excedería el crecimiento demográfico. Si se repite en nuestra provincia la Tasa de Prevalencia del país, se estima que actualmente el número total de diabéticos ascendería a más de 121.000 personas en la Provincia.

Entre las múltiples estrategias de intervención masiva hasta ahora ensayadas, solo la Promoción de la Salud y la Prevención específica de esta enfermedad parecen aportar el eslabón elegible de la cadena epidemiológica para el abordaje. El objetivo estaría centrado en demorar lo máximo posible, la aparición de la etapa de hiperglucemia en grandes grupos de población²⁰.

Es ampliamente reconocido que los cambios de hábitos de vida en la población susceptible, tienen impacto en atención primaria, secundaria y terciaria. Es probable que su modificación implique una reducción cuali y cuantitativa de los requerimientos de fármacos en situaciones de:

- Insulinorresistencia.
- Grados diversos de intolerancia hidrogenada.
- Dislipidemia.
- Hipertensión y enfermedad macrovascular.

Los objetivos a lograr en Atención de Primer Nivel, para prevención primaria, serían los siguientes:

- Tratar la insulinorresistencia, antes de la aparición de hiperglucemia -o aún en la etapa de intolerancia a la glucosa o de glucemia alterada en ayunas.
- Modificar los patrones de alimentación tradicional.
- Incrementar el nivel de actividad física.

²⁰ ProDiaBA (Programa de Diabetes de la Provincia de Bs.As).– XIIIº Congreso Argentino de Nutrición: “Nutrición hoy: de la Prevención al tratamiento”.. Mar del Plata, 7 al 10 de noviembre de 1.999.

Los aspectos antes mencionados aparecen, al menos por ahora, como las únicas acciones con efecto comprobado y por lo tanto empleables en la atención clínica”.²¹

De igual modo, la Prevención Secundaria en aquellos pacientes ya diagnosticados, permite la prevención de las complicaciones crónicas que se presentan en los pacientes descontrolados crónicamente, en la medida que logren un nivel aceptable de “adhesión al tratamiento”, concebido como un determinado control metabólico y número de visitas adecuadas.

Los objetivos a lograr en Atención de Primer Nivel, para prevención secundaria, serían los siguientes:

- Lograr una aceptable adhesión del paciente al tratamiento.
- Mantener en niveles aceptables los valores bioquímicos, según las referencias.
- Obtener la frecuencia esperada de consultas periódicas.
- Instalar el cumplimiento estricto del Automonitoreo del paciente.

²¹ Domínguez, José Miguel; Sinay, Isaac; Jadzinsky, Mauricio; Gagliardino, Juan José;- XIII Congreso Argentino de Nutrición. “Nutrición Hoy: de la Prevención al Tratamiento”. Mar del Plata, 7 al 10 de noviembre de 1.999. Resúmenes págs. 407-414.

II.5. EL ROL DEL ENFERMERO EN EL EQUIPO DE SALUD. RELACIÓN DEL TEMA CON EL PROBLEMA:

El rol del enfermero en el Equipo de Salud está ampliamente descrito en los diferentes documentos técnico – legales. Sin embargo, lo expresado formalmente en los referidos instrumentos, no parece haber sido incorporado como tal en los propios destinatarios, ni traducido en las prácticas cotidianas, ni transmitido y aceptado por el conjunto de profesionales que integran los, teóricamente llamados, equipo interdisciplinarios para la atención de problemáticas altamente complejas, como lo son las que se presentan en el Primer Nivel de Atención de la Salud Pública.

Los mencionados documentos técnico – legales y los textos más significativo, son los siguientes:

- ♣ El *Código Deontológico del CIE 2000 para la Profesión de Enfermería*, en su Preámbulo enuncia:
 - *“...los enfermeros tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.*
 - *... los enfermeros prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados”.*

En el punto 1, “La enfermería y las Personas”, declara:

- *“...los enfermeros compartirán con la Sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables”.*

En el Punto 2, “La Enfermería y la Práctica”, establece:

- “...los enfermeros serán personalmente responsables y deberán rendir cuentas de la práctica de enfermería y mantenimiento de su competencia mediante la formación continua”.²²

♣ El Documento de “*Incumbencias de los Títulos Habilitantes de Licenciado/a en Enfermería, Enfermero/a y Auxiliares de Enfermería Bs.As. 1.999*”, en el Artículo 5º especifica que se reconocen dos niveles para el ejercicio de la Enfermería:

- a) Profesional: - Licenciado en Enfermería
- Enfermero/a
- b) Auxiliar de Enfermería.

En el punto 1) del citado artículo, determina como incumbencias para los títulos habilitantes **de Licenciado en Enfermería y Enfermero:**

- “*Planificar, organizar, ejecutar y evaluar la atención de Enfermería en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reeducación de las personas, en los tres niveles de atención*”.
- Para los Lic. En Enfermería, se reserva además “*dirigir y supervisar*” estas funciones.

Para los **Auxiliares de Enfermería**, menciona en el punto 6) del mismo artículo del citado Documento:

- “*...participar en la programación de actividades de educación sanitaria tendientes a mejorar la salud del individuo, familia y comunidad. Desarrollar actividades de educación para la salud tanto en instituciones de salud como en otras instituciones de la comunidad*”.

En el punto 8):

- “*...participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud*”

En el punto 10):

²² Código Deontológico del International Council of Nurses, para la Profesión de Enfermería. 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza) ISBN 92-95005-18-X. Pág. 2.

- *“...participar en la formación y actualización de personal de Enfermería, de otros profesionales de la salud y en educación para la salud en la comunidad”*

En el punto 15), inciso d):

- *“...supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes, familia y comunidad”.*²³

A pesar de lo reseñado, se detecta que el personal de Enfermería, de acuerdo al modelo apprehendido, no realiza actividades de Promoción y Protección precoz de la Salud en las enfermedades crónicas como la Diabetes (no estimulando la frecuencia de controles y visitas adecuadas, ni desarrollando acciones de educación diabetológica sistemática, detección de personas en riesgo, etc.), todo lo cual, si se hiciera, impactaría positivamente en la situación descrita como problema, al elegir esta patología como modelo de enfermedad crónico degenerativa.

La permanencia del paciente diabético durante largos períodos de tiempo en desconocimiento de su condición de tal, así como el no lograr y mantener un nivel aceptable de *adhesión al tratamiento* en los que ya están diagnosticados, son factores de gran relevancia para la presentación de las complicaciones tanto agudas como crónicas, y los consecuentes y elevados costos directos e indirectos de atención de esta enfermedad.

Este hecho *podría estar relacionado con el rol tradicional de los enfermeros en los Equipos de Salud.*

En este contexto y considerando que Enfermería es el sector del Equipo de Salud que probablemente evidencie la mayor frecuencia de contacto con el paciente –en este caso diabético-:

...el cambio de conducta que se pretende obtener en los pacientes diagnosticados y en la población potencialmente diabética, requiere imprescindiblemente una modificación en la actitud de parte del personal del Equipo de Salud, responsable de su cuidado.

²³ Informe de la Comisión de Trabajo sobre las Incumbencias de los Títulos habilitantes de Licenciado/a en Enfermería, Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería. Asociación de Enfermería de la Capital Federal.. Bs.As.24/11/99.

III. PROPUESTA DE TRABAJO:

III.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Existe la necesidad de modificar la actitud, es decir “*de incrementar el involucramiento*”, en el Equipo de Salud, específicamente el área de Enfermería, con respecto al tratamiento y enfoque de las patologías crónicas, como es el caso de la Diabetes Mellitus.

El escaso grado de involucramiento evidenciado hasta el momento por este grupo del equipo de salud respecto del tema, **muy probablemente se relacione con:**

- La falta de comprensión, por desconocimiento y falta de capacitación (como sinónimo de formación e instrucción), en la naturaleza del fenómeno.
- La escasa capacitación y entrenamiento en estrategias y procedimientos de promoción, protección y rehabilitación de los enfermos, en este caso diabéticos, a pesar de las normativas existentes y de las actividades de educación impartidas desde el Ministerio de Salud.
- La subvaloración del papel y rol del enfermero en el Equipo de Salud, condicionada por otros profesionales del equipo, en especial por los médicos, pero predominantemente por los propios enfermeros.
- La influencia de otros factores personales, de tipo motivacional, que intervienen en la conducta final como: grado de agotamiento emocional, de despersonalización. y/o de falta de realización personal en el trabajo, etc..

Gran parte de las dificultades que tienen las personas para aprender de su experiencia en este contexto organizativo, está relacionada con la representación equivocada de lo que la organización es. Esto se agrava al intentar comprender la trama de relaciones complejas, con relaciones lineales causa – efecto. Por lo tanto se parte del supuesto, que no es esperable modificar la totalidad de la situación planteada, operando exclusivamente sobre un sector

integrante del personal de Salud, como lo es Enfermería. Sin embargo, de acuerdo a las profundas relaciones y los patrones que rigen los acontecimientos, según la Leyes de la Quinta Disciplina, referido al Pensamiento Sistémico en las organizaciones, se pueden establecer dos premisas:

a) De acuerdo a la 8° Ley de la *Quinta Disciplina*, que dice: “...pequeños cambios pueden producir grandes resultados, pero las mejores zonas para el apalancamiento suelen ser las menos obvias”, se puede decir que pequeñas acciones, bien dirigidas, pueden producir mejoras importantes, pero sólo si se ejercen en el lugar apropiado. Cuando se aplica la palanca en el punto exacto se realiza un apalancamiento, que produce transformaciones en el sistema organizacional. Resulta difícil, a la mayoría de las personas, ver en un sistema dónde están los puntos en que debe aplicarse la palanca. Aprender a ver la estructura más que los acontecimientos que produce, es un buen principio.²⁴

b) Por distintas circunstancias, los enfermeros son probablemente los integrantes del equipo de Salud con mayores oportunidades de contacto con el paciente diabético, sobre todo con aquellos pacientes potenciales. Es por ello que: *la correcta motivación y el adecuado entrenamiento de este grupo, a partir de la capacitación, podrían modificar en parte el problema.*

Se consideran las *actitudes* en general, como un proceso complejo y durable, integrado por elementos motivacionales, emocionales, cognoscitivos, perceptivos²⁵ y condicionados por el medio.

A los fines del presente trabajo, se hará referencia a la influencia en los aspectos cognoscitivos y motivacionales de las actitudes, y a la posibilidad que existiría de modificarlos a través de una capacitación organizada y reforzada por el ejercicio continuo de actividades específicas en la práctica concreta.

Las preguntas emergentes de la situación planteada serían:

- “¿Es factible operar un cambio favorable en la actitud de los enfermeros hacia el paciente diabético, exclusivamente a través del dictado de contenidos, actividades, y entrenamiento en la temática diabetológica, lo que a su vez permita la implementación

²⁴ Sengue, Peter: *La Quinta Disciplina*. Editorial Gránica. Buenos Aires, 1.992. Citado en el Curso Semipresencial de Política y Gerencia Social.- Módulo VI – Gestión de Recursos Humanos y Habilidades Gerenciales. Secretaría de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

²⁵ “Ibidem”.Baron, Robert A. “*Psicología*”. México: Prentice Hall & Hispanoamericana, 1.996, 3° Edición.

de actividades de promoción y protección de su salud?”.

- “¿Es factible que los cambios sean duraderos en el tiempo o solo inmediatos a la capacitación (como sinónimo de formación e instrucción)?”.
- “¿Cómo influirán en el cambio de actitud esperable en el personal atribuible a la capacitación, los otros factores considerados como personales y de diversa índole: motivacionales, laborales (el agotamiento emocional, la despersonalización. y/o la falta de realización personal en el trabajo, la percepción de la retribución monetaria, la antigüedad, la situación laboral), la existencia de un familiar o ser querido con diabetes, el Estado Civil, la edad, el grado de escolarización, el título profesional, etc.?”.

III.2. HIPÓTESIS:

“El personal de Enfermería que recibe instrucción, entrenamiento y capacitación permanente, con refuerzos motivacionales en la temática diabetológica, evidencia un cambio de actitud que conlleva a un mayor involucramiento con la problemática, que se traduce en conductas que podríamos denominar favorables hacia una atención más adecuada, con tendencia a la prevención y a la promoción de la Salud del paciente diabético, a diferencia de quienes que no la reciben ”.

III.3. PROPÓSITOS:

La propuesta que sustenta la presente Tesis se basa en evaluar:

1. La relación existente entre la actitud reflejada en un determinado nivel de involucramiento del personal del Equipo de Salud seleccionado (Enfermería), insertos en el Primer Nivel de Atención del Sistema Público de Salud, pertenecientes a un Departamento de la Provincia de Mendoza, con el nivel de conocimientos y capacitación en la temática seleccionada.
2. La modificación actitudinal que se podría operar a partir de la capacitación propuesta sobre la temática, desarrollando actividades de refuerzo, en comparación con otro grupo control.
3. El grado de involucramiento final observado en relación a la situación inicial del enfermero, en cuanto a distintos factores, entre ellos los de motivación personal.

III.4. OBJETIVOS:

III.4.1. Objetivos Generales:

- ❑ **Generar información científica actualizada acerca de la posibilidad de modificar o no la actitud “involucramiento”, en el personal del Sector Salud, a través de la capacitación en enfermería en el Primer Nivel de Atención, a fin de posibilitar la transformación de estrategias de intervención en materia de Recursos Humanos.**
- ❑ **Aportar herramientas al nivel directivo universitario para facilitar los procesos de transferencia de conocimientos Universidad – Estado y propender al mejoramiento de la calidad de atención en los Servicios Públicos.**

III.4.2. Objetivos Específicos:

- ♣ Conocer el nivel de conocimientos previos y posteriores a la capacitación, acerca de las características, evolución, atención, aspectos preventivos y otros, de la Diabetes Mellitus, en enfermeros de los Centros Sanitarios del Área seleccionados.
- ♣ Evaluar la modificación actitudinal que se pueda operar en el grado de involucramiento (representado por conductas consideradas positivas), con relación a la atención adecuada y a la prevención oportuna, previo y posterior a la capacitación impartida.
- ♣ Relacionar la actitud inicial y final, observada a través de la Escala de Medición, con el concepto sobre el desempeño laboral del enfermero.
- ♣ Comparar la eficacia de diferentes estrategias de capacitación en el logro de conductas positivas.
- ♣ Generar propuestas de intervención tendientes a mejorar la problemática detectada, para mejorar el nivel de gerenciamiento de los Servicios de Salud y reducir la prevalencia de complicaciones de Enfermedades Crónico-degenerativa, como lo es la Diabetes Mellitus.

III. 5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

III. 5. 1. Variables de base:

- Edad.
- Sexo.
- Título habilitante
- Nivel de instrucción.
- Estado Civil
- Tiempo de desempeño en la Profesión.
- Situación de estabilidad laboral.
- Capacitación previa en la temática diabetológica.
- Familiar o persona cercana en el afecto, con diabetes.
- Motivo de elección de la profesión:
 - a- Vocacional
 - b- Laboral
 - c- Circunstancial (ocasión no buscada)
 - d- Identificación con alguna persona ó familiar enfermero o perteneciente al campo de la Salud, al momento de decidir la vocación.

III. 5. 2. Otras Variables a Evaluar:

- Grado de satisfacción con la Profesión.
- Percepción del Grado de Recompensa Laboral.
- Grado de Comodidad en el Cargo actual.
- Influencia del factor económico en el sentimiento de comodidad.

III. 5.3. Variables de Conocimiento. Línea de Base; Resultados:

- Resultado de la prueba de evaluación de conocimientos básicos previos, como línea de base.
- Resultado de la prueba de evaluación de conocimientos básicos posteriores a la capacitación, como resultados.

III. 5. 4. Variable Actitudinal:

- ♣ Actitud “Involucramiento”. Los ítems o dimensiones consideradas como indicadores positivos fueron los siguientes:
 - Determinaciones de HGT/paciente realizadas.
 - Actividades educativas sistemáticas impartidas.
 - Pacientes con turno diferidos, gestionados por los enfermeros.
 - Pacientes con factores de riesgo detectados y derivados para consulta.
 - Familiares de pacientes diabéticos motivados y derivados para consulta.
 - Entrevistas a informantes clave realizadas.

III. 6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

III. 6. 1. Variables de base:

1.Edad: se tomó la edad por rangos etáreos: a) 21 a 25 años, b) 26 a 35 años, c) 36 a 45 años, d) 46 o más. En cada rango se incluyeron los años cumplidos, considerados desde el día de cumpleaños en el límite inferior, hasta los 11 meses y 29 días del límite superior del rango.

2. **Sexo**: varón ó mujer. Se buscó establecer si existe alguna variable asociada al sexo, respecto del nivel de conocimientos previos, así como de la actitud “involucramiento” pre y post capacitación.

3. **Título habilitante**: se clasificó cada U.A., según el título habilitante en:

1. Profesional: - Licenciado en Enfermería.
- Enfermero Profesional
2. Auxiliar de Enfermería.

A esto se agregó la opción :

3. Enfermero Empírico.

Dadas las características de la realidad de la provincia en materia de recursos humanos, ingresaron en esta categoría aquellos agentes del Estado que, por diversos motivos, desempeñan tareas de enfermero, sin título, ni haber sido preparados ni capacitados para tal fin.

Este ítem estuvo destinado a establecer la relación *Involucramiento* pre y post capacitación, que plantea la Hipótesis.

4. **Nivel de instrucción**: Se clasificó a cada U.A. en:

- a) Primaria Incompleta o menos.
- b) Primaria Completa.
- c) Secundaria Incompleta.
- d) Secundaria Completa.
- e) Universitaria Incompleta.
- f) Universitaria Completa.

Esta variable está destinada a determinar la correlación entre nivel de instrucción y título, nivel de conocimientos previos y posteriores a la capacitación impartida.

5. **Estado Civil**: Se solicitó que se aclarara el estado civil, ofreciendo las alternativas:

Soltero

Casado

Otro

6. Tiempo de desempeño en la profesión: Se clasificó a cada U.A. en:

- a) hasta 2 años.
- b) de 2 a 5 años.
- c) de 6 a 15 años.
- d) de 16 a 20 años.
- e) más de 20 años.

7. Antigüedad en el cargo actual:

Las opciones fueron:

- a) hasta 2 años; b) 2-5 años; c) 6 a 15 años; d) 16 a 20 años; e) > 20 años.

8. Estabilidad laboral

Las opciones fueron:

- a) Efectivo b) Efectivo por concurso c) Contratado d) Otro (adscripto).

9. Capacitación previa en la temática Diabetológica:

En esta pregunta se consignó la asistencia a:

- a) Conferencias
- b) Jornadas
- c) Congresos
- d) Cursos específicos de la temática.
- e) Empírica (por ejemplo: por haber atendido ó compartido con un familiar diabético)
- f) Laboral (Servicio específico de Diabetes)

Además se debió aclarar en qué condición: Titular, adherente, expositor, etc.

Esta selección de variables estuvo dirigida fundamentalmente a tratar de establecer perfiles de desempeño y la actitud laboral investigada, en relación a la antigüedad en el ejercicio de la profesión, el sexo, la edad, la experiencia y capacitación y/o vivencia previa. A

su vez se buscó observar el comportamiento en relación a la actitud pre y post capacitación impartida. Respondió también a la determinación del cuánto, es decir: ¿Cuánto fue el cambio cualitativo en la actitud de los enfermeros/as definidos como U.A., a partir de la capacitación impartida, según las diferentes variables descriptivas?

10. Familiar o persona cercana en el afecto, con diabetes.

Las Opciones fueron: Si / No

11. Motivo de elección de la profesión:

Las opciones fueron:

a) Vocación; b) Salida Laboral; c) Oportunidad laboral(salida no buscada); d) Identificación con alguien cercano que es enfermero, o que trabaja en el Campo de la salud; e) Otro motivo

III.6.2. Otras variables a evaluar:

1.- Grado de satisfacción con la profesión: (Profesión= Enfermería)

¿Se siente recompensado con su Profesión? (**) (Recompensa= lo que siento que recibo, comparado con lo que siento que entrego).

Las opciones fueron: a) Plenamente recompensado; b) Muy recompensado; c) Medianamente recompensado ; d)Para nada recompensado:

2.- Percepción del grado de comodidad en el cargo actual

¿Se siente cómodo en su cargo actual? Las opciones fueron:

a) Muy cómodo; b) Medianamente cómodo; c) Para nada cómodo

3) **Influencia del factor económico en el sentimiento de comodidad.**

Cuánto cree que influye el tema salarial en su sentimiento actual?:

a) Mucho; b) Medianamente; c) Poco; d) Nada

III. 6.3. Variables de conocimiento: (variables independientes)

1. Resultado de la prueba de evaluación de conocimientos básicos previos, como *línea de base*.

Se consignó el resultado obtenido de la evaluación inicial que se desarrolló como Pre-Test, según cuestionario estructurado, previo al dictado de cada Módulo de Capacitación. Se agruparon los resultados de la calificación en los siguientes rangos:

- a. 0 a 5 puntos (0-59%),
- b. 6 a 7 puntos, (60-79%)
- c. 8 a 10 puntos (80-100%)

2. Resultado de la prueba de evaluación de conocimientos básicos posteriores a la capacitación, como resultado de la Prueba de Evaluación Final practicada.

(Idem: 0 a 5 puntos, de 6 a 7 puntos, 8 a 10 puntos)

Las variables de conocimientos previos y adquiridos (variable independiente) se midieron mediante la respuesta de cuestionarios, cerrados, estructurados, tipo “múltiple opción”.

Los rangos predeterminados de conocimiento fueron:

- 0 a 5 puntos (0-59%): “nivel muy bajo” para la atención de pacientes diabéticos.
- 6 a 7 puntos (60-79%): “nivel esperado de conocimientos”, (como supuesto previo en cualquier enfermero con prescindencia de su nivel de instrucción y/o título, y previo a la capacitación.

- 8 a 10 puntos (80-100%): implicó conocimientos de patología, prevención y promoción de la salud del paciente diabético, que representó la meta a alcanzar en la evaluación post-capacitación.

III. 6. 4. Variables actitudinales: (variable dependiente)

Se tomó como variable actitudinal el “**involucramiento**”, la cual por ser una variable cualitativa, exigió la construcción de un instrumento específico de medición, con el seguimiento de una metodología específica. Se siguió el Modelo propuesto por Lickert para construcción de escalas de medición.(ver punto III.10.2.2.)

Esta misma escala, se aplicó al grupo de intervención seleccionado, (formado por los tres Centros de Salud elegidos), y al “grupo control” testigo para la investigación, al comienzo del estudio como nivel inicial; se repitió luego del proceso de capacitación como medición final post capacitación.

Independientemente de la aplicación de la Escala de Lickert, luego se complementó con la observación in situ de los indicadores de seguimiento mencionados en el punto III.5.4. y descriptos a continuación. Se evaluó a modo de validación cruzada de la Escala (incluyente pero no excluyente del valor de la misma), el cumplimiento en las Historias Clínicas de los pacientes de los siguientes ítems o dimensiones:

1. Determinaciones de HGT/paciente realizadas:

Se registró el número de tirillas reactivas para determinación de glucemias, efectuadas a cada paciente que concurrió al consultorio de Diabetes durante un plazo de 8 meses, por cada enfermero, posterior a la capacitación impartida. Se dispuso de tirillas reactivas todo el período, al momento de las visitas de los pacientes. Se clasificó y agrupó como:

- ♣ Determinación en cada una de las visitas de cada paciente.
- ♣ En casi todas las visitas con no más de dos excepciones.
- ♣ Con más de dos excepciones.
- ♣ Esporádicamente hizo determinación.
- ♣ Nunca efectuó determinación.

2. Actividades educativas sistemáticas impartidas:

Se consignaron las charlas educativas que se impartieron en la sala de espera, durante un plazo de 8 meses posteriores a la capacitación. También la participación en las campañas de promoción, prevención y de detección precoz que programó el Centro de Salud. Se clasificaron y agruparon de la siguiente manera:

- a) Participación activa y voluntaria en cada una de las tareas que se programaron.
- b) Participación activa pero no voluntaria en las actividades que se le asignaron.
- c) Participación escasa, esporádica y sin iniciativa.
- d) Nunca participó, ni le interesó participar, aún cuando siguió perteneciendo al grupo a evaluar;

3. Pacientes con turno diferidos, gestionados por los enfermeros:

Se consignó en cada historia clínica, quién derivó y gestionó el turno diferido para asegurar la atención del paciente detectado como diabético. Posteriormente se determinó durante un plazo de 8 meses posteriores a la capacitación, la cantidad de pacientes derivados.

Luego, se clasificaron los resultados en:

- a) Más de 7 pacientes derivados.
- b) De 4 a 7 pacientes derivados.
- c) De 1 a 3 pacientes derivados.
- d) Ningún paciente derivado.

4. Pacientes con factores de riesgo detectados y derivados para consulta:

Se consignaron los pacientes acompañantes, o que por otras causas consultaron al Centro de Salud, y habiendo sido detectados por el enfermero como pacientes de riesgo fueron derivados al consultorio de Diabetes para su atención durante un plazo de 8 meses posteriores a la capacitación.. (Se definieron como Factores de Riesgo para derivar: a) antecedentes de alguna glucemia elevada en ayunas; b) parto de un feto = o > a 4000 gr.; c) Diabetes gestacional; d) antecedentes de H.T. Arterial; d) Obesidad.)

Luego, se clasificaron los resultados en:

- a) Más de 7 pacientes derivados.
- b) De 4 a 7 pacientes derivados.
- c) De 1 a 3 pacientes derivados.
- d) Ningún paciente derivado.

5. Familiares de pacientes diabéticos motivados y derivados para consulta:

Se consignaron las consultas de familiares de pacientes diabéticos –sin diagnóstico de diabetes- que fueron motivados por enfermería y derivados para realizar consulta precoz al Consultorio de Diabetes, durante un plazo de 8 meses posteriores a la capacitación recibida.

Luego, se clasificaron los resultados en:

- a) Más de 7 familiares de pacientes derivados.
- b) De 4 a 7 familiares de pacientes derivados.
- c) De 1 a 3 familiares de pacientes derivados.
- d) Ningún familiares de pacientes derivado.

6. Entrevistas a informantes clave realizadas:

Se consignaron los datos aportados por familiares o informantes claves, que brindaron datos de interés sobre el cumplimiento de los distintos pacientes de las metas de tratamiento fijadas en el consultorio. Estos datos se fijaron en la historia clínica, en el sector correspondiente a Enfermería. Se evaluó el número de entrevistas a informantes claves realizadas por cada enfermero durante un plazo de 8 meses posteriores a la capacitación.

Luego, se clasificaron los resultados en:

- a) Más de 7 informantes claves entrevistados.
- b) De 4 a 7 informantes claves entrevistados.
- c) De 1 a 3 informantes claves entrevistados.
- d) Ningún informante clave entrevistado.

El resultado de la evaluación de las variables de conocimiento y de actitud constituyó un índice de suma de puntos. Posteriormente se cruzaron con las variables descriptivas, y se compararon los resultados pre y post capacitación.

La finalidad fue poder establecer una relación en cuanto a la evolución del cambio actitudinal, y poder analizar los aspectos mencionados.

III. 7. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de Estudio correspondió a un modelo de Investigación Cualitativa, Cuasi-Experimental, con manipulación de la variable independiente, y observación de la variable dependiente en su comportamiento, en grupos previamente conformados.

Tuvo una primera fase descriptiva, donde se relacionaron las variables de caracterización de las U.A. con los resultados de las evaluaciones de nivel de conocimientos y cambio actitudinal, previo y posterior a la intervención. La segunda fase fue de tipo analítico.

Los Datos obtenidos fueron de fuentes primarias, obtenidos por el mismo investigador y secundarias, generadas en cada efector.

Las Fuentes de Datos fueron los instrumentos de recolección de datos pre-capacitación, y la evaluación directa de HC existentes en los archivos de los Centros de Salud.

Se constituyeron dos grupos: uno de intervención, formado por los tres Centros de Salud de intervención y uno de control, formado por el Hospital Gailhac.

El tratamiento estadístico fue efectuado con Epi Info, Versión Epi.6 provisto por el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”

III. 8. UNIVERSO

El Universo estudiado lo constituyó el conjunto de enfermeros de todos los Centros

de Salud del Área Departamental de Salud de Las Heras y del Hospital H. Elías Gailhac, del mismo Departamento

III. 9. MUESTRA

La muestra fue de tipo intencional, no probabilística, en la cual se seleccionaron los tres Centros de Salud y el Hospital, que cuentan con el consultorio de la especialidad, aspecto fundamental para efectuar el estudio de intervención y de control.

Cada Centro de Salud conforma una unidad organizativa, en la que se desarrollan las interrelaciones de sus miembros, las actividades de salud y la interacción prestador – usuario.

Cada unidad de análisis (U.A.) estuvo constituida por cada Enfermero de los Centros de Salud seleccionados (13 Enfermeros, 9 mujeres y 4 hombres, con dos abandonos), integrantes de la muestra; y del Grupo Control. (25 Enfermeros, 19 mujeres y 5 hombres, con cinco abandonos).

El grupo de Intervención registró 2 (dos) abandonos, y el Grupo de Control registró 5 (cinco) abandonos.

En ambos grupos se sumaron posteriormente otros agentes interesados en la capacitación, que no pudieron ser incluidos en la muestra por no haber sido registrados ni cumplidos con los requisitos iniciales. El grupo de Intervención registró 1 (un) agregado y el de Control 4 (cuatro) agregados.

Las causas invocadas de deserción fueron varias:

-Grupo de Intervención: causas personales 1(una) y enfermedad 1(una).

-Grupo Control: motivos de Servicio: 4 (cuatro); desconocido: 1 (uno).

III.10. METODOLOGÍA

III. 10. 1. Cronograma:

El tiempo de duración total para el presente trabajo fue calculado en aproximadamente 12 meses.

El tiempo fijado para el trabajo de investigación en terreno fue estimado en 8 meses.

El tiempo de recolección, presentación, análisis e interpretación de datos y conclusiones fue calculado en un período dos meses.

III. 10. 2. Procedimientos:

III. 10. 2. 1. Etapa inicial:

♣ El primer paso, se relacionó con la concientización de las autoridades del Área Departamental de Las Heras y de los Directores de los Centros de Salud, así como del Hospital Gailhac, sobre la importancia de la propuesta de trabajo.

Se logró el apoyo institucional de todos los responsables, a fin de respaldar las acciones. Esto incluyó a las respectivas Jefas de Supervisión de Enfermería, tanto del Área Departamental como el Hospital. También se contó con el apoyo desde el Programa Preventivo de Diabetes, lo que permitió tener la disponibilidad de tirillas y otros instrumentos como “tiempo para la participación en los talleres de reforzamiento actitudinal”.

♣ Enmarcando las acciones dentro de la Atención Primaria de la Salud, y con la finalidad de brindar un contenido ético a todas las acciones emprendidas, se decidió elevar al Coordinador Departamental, un Proyecto de creación de una “*Unidad de Atención Primaria en Diabetes para el Área Departamental de Salud*”, que contemplara la Capacitación a todo el personal, incluido el de enfermería, como uno –entre otros- de los pasos fundamentales para su concreción. Esto también fue aceptado.

♣ Se procedió a diseñar un *Programa de Capacitación en Diabetes*, en cuyo temario participaron los enfermeros, especialmente las Jefas Supervisoras de Enfermería para todo el personal de los efectores elegidos para realizar el trabajo de investigación. Este programa fue elevado y aceptado por las respectivas autoridades del Área y del Hospital, con la participación y apoyo de los Comités de Docencia e Investigación de cada ámbito..

III. 10. 2. 2. Segunda etapa:

La segunda etapa consistió en la confección del Instrumento de Medición de la variable dependiente “involucramiento”, basado en la metodología descrita por Lickert.²⁶

Se distribuyeron 90 encuestas, con 41 ítems seleccionados, constituidos por 20 considerados como “positivos”, 20 considerados como “negativos” y 1 como “neutro”.

De las 90 encuestas distribuidas, retornaron 62 encuestas respondidas, desde los Centros de Salud del área Departamental, excluyendo los seleccionados para la investigación, de los Hospitales Notti, Lagomaggiore, H. Gailhac y de los enfermeros concurrentes al último año de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. También vía Internet, fueron respondidas 3 encuestas desde España (Madrid, Jaen y Canarias).

Lo referido precedentemente constituyó la denominada “*Etapa de los Jueces*”.

²⁶ Kretch D; Gruschfield, T.S. “Theory and Problems of Social Phychology”; McGraw Hill, Nueva York, 1.948. Citado en Cap. VI, “Escala para la Medición de Actitudes”, Padua, J.; Ingvar A., pág. 154.

Con posterioridad, acorde a la metodología elegida, se procedió a seleccionar los jueces con mayor y menor puntaje, y luego a individualizar aquellos ítems o preguntas calificadas con mayor diferencia, acorde a la prueba de significación estadística “T de Student”.

Según el método descrito precedentemente, se seleccionaron 12 preguntas que cumplieron con los requisitos establecidos y que constituyeron la “Escala de medición” ó Instrumento de Medición de la actitud involucramiento.

Las preguntas seleccionada para integrar el Instrumento de Medición, tuvieron 5 (cinco) opciones de respuesta cada una. Se le asignó un valor de 10.000 puntos para el 100% de respuestas correctas, con la opción de máximo puntaje.

La escala quedó conformada de la siguiente forma:

	Opción incorrecta:	0,0 puntos.
Pregunta X:	Opción siguiente:	208,333 puntos.
	Opción siguiente:	416,666 puntos.
	Opción siguiente:	625,00 puntos.
	Opción correcta:	833,333 puntos. (puntaje máximo asignado a cada una de las doce preguntas)

Máximo puntaje de la Escala de Lickert: $208,333 \times 4^* \times 12^{**} = 10.000$ puntos (9999.98).

* : Número de opciones de respuesta correctas.

** : Número de preguntas que integran el Instrumento.

III. 10. 2. 3. Tercera Etapa: Desarrollo de la Investigación

III. 10. 2. 3. 1. Construcción de la Línea de Base: Aplicación del Instrumento de Medición

Con posterioridad a la obtención de la autorización por parte de las autoridades correspondientes, se llevó a cabo la evaluación del punto de partida en cuanto a la variable actitudinal, “**Involucramiento**”(variable dependiente), con el Instrumento de Medición ya validado, juntamente con la evaluación de los conocimientos iniciales (variable independiente).

La evaluación referida se realizó con todo el personal de enfermería invitado a participar en la capacitación.

III. 10. 2. 3. 2. Ejecución del Programa de Capacitación:

Se implementaron las actividades de capacitación participativas e interactivas, con metodología teórico práctica, consistente en el desarrollo de cinco módulos con temática específica, según consta en el cuadro siguiente:

MODULO	TEMARIO	ACTIVIDADES
<u>MODULO I</u>		
APS	APS	Pre-Test
La Diabetes Mellitus	El Equipo de Salud	Conferencia
Como enfermedad	Rol del Enfermero en El Equipo de Salud. Prevención Primordial, Primaria, Secundaria y Terciaria. Epidemiología de la Diabetes Historia Natural de la Diabetes Manejo Habitual de la DM.	Pos-test

<u>MODULO II</u>		
Medicación en general	Antidiabéticos orales	Pre-Test
Situaciones Críticas y Urgencias	Insulinoterapia Situaciones Críticas Urgencias en Diabetes	Conferencia Post-test
<u>MODULO III</u>		
Complicaciones crónicas y situaciones especiales de la Diabetes Mellitus	Riñón diabético Ojo y diabetes Corazón y Diabetes El Pie Diabético El adolescente diabético Embarazo y diabetes. Infección y diabetes.	Pre-test Conferencia Post-test Presentación de pacientes
<u>MODULO IV</u>		
Manejo global del Diabético	Historia Clínica para DM en CS. Frecuencia de visitas. Frecuencia de controles especiales: ojo, riñón, pie, etc. Cuidados especiales del diabético: turnos de atención, posibles reacciones en la sala de espera. Automonitoreo. Aspecto dietoterápico.	Pre-Test Conferencia Debate. Post-test Entrevistas a pacientes.
<u>MODULO V</u>		
Unidad de Atención Primaria en Diabetes En el Departamento de Las Heras.	Perspectivas futuras Plan de Control y Manejo Prevención posible en Diabetes Unidad de Atención Primaria en DM en el Dpto. de Las Heras (red de laboratorios, insumos a entregar, integrantes del Equipo de Salud referente por efector.	Conferencia debate
EXAMEN FINAL.		

III. 10. 2. 3. 3. Evaluación de los resultados obtenidos en la variación de la Escala de Medición Actitudinal y Conocimientos, luego de la capacitación realizada:

Con posterioridad a la finalización de la capacitación impartida, se procedió a realizar la evaluación final teórico-práctica de los “Conocimientos”, juntamente con la segunda aplicación de la Escala de Lickert prevista originalmente, a fin de evaluar cambios en la actitud involucramiento post-conocimientos impartidos y su relación. Esta evaluación se realizó en todos los casos a los 10 días de la última clase desarrollada.

III. 10. 2. 3. 4. Etapa de recolección de la información:

Según el cronograma original, luego de la notificación a:

- Cada uno de los participantes.
- La Coordinación del Área Departamental.
- Directores de los Centro de Salud.

Se procedió a la entrega de los certificados correspondientes, con las notas de evaluación del conocimiento obtenidas.

De acuerdo a lo previsto en el punto **III. 5. 4.**, con posterioridad, se procedió a realizar el seguimiento de las Historias Clínicas de los Centros de Salud de todos los pacientes que consultaron por Diabetes al mismo, durante un período de hasta 6 meses posteriores a la capacitación impartida.

En esta etapa se recogió la información sobre las dimensiones de la variable consignada como “actitudinal”, medidas por la presencia o ausencia de los ítems previstos en las respectivas HC que existían en el Centro de Salud.

IV. DESARROLLO:

IV.1. RESULTADOS OBTENIDOS

IV.1.1. Conformación de los Grupos de Intervención y de Control .

Cuadro N° 2:

Distribución de la muestra, según diferentes variables. Centros de Salud y Htal. Gailhac. Dpto. Las Heras. 2.000:

VARIABLES Y DIMENSIONES	Grupo de Intervención	Grupo Control
Edad 21 a 25 años	0	5
Edad 26 a 35 años	3	4
Edad 36 a 45 años	1	6
Edad 46 ó más	9	10
Mujeres	9	19
Varones	4	6
Escolaridad 1° Incompleta	0	0
Primaria Completa	2	7
Secundaria Incompleta	3	14
Secundaria Completa	2	2
Terciaria Incompleta	2	1
Terciaria Completa	4	1
Enfermero Empírico	0	2
Auxiliar de Enfermería	6	21
Enfermero Profesional	3	2
Lic. En Enfermería	4	0
Situación Laboral: Efectivos	9	17
Situación Laboral: Efectivos x Concurso	1	2
Situación Laboral: Contratados	3	5
Antigüedad en la Profesión h' 2 años	0	2
Antigüedad en la Profesión 2-5 años	1	6
Antigüedad en la Profesión 6-15 años	4	5
Antigüedad en la Profesión 16 a 20 años	0	3
Antigüedad en la Profesión > 20 años	8	9
Motivo de Ingreso: Vocación	12	18
Motivo Ingreso: vocación + Salida laboral	2	0
Motivo Ingreso: salida laboral	0	2
Motivo: salida laboral + identificación con enfermero	0	0
Para nada recompensado con la Profesión	2	4
Medianamente Recompensado	7	6

Muy recompensado	1	10
Plenamente Recompensado	3	0
Para Nada Cómodo en el trabajo	1	0
Medianamente Cómodo en el Trabajo	6	8
Muy Cómodo en el Trabajo	5	14
Importancia de la Remuneración en su sentir: Nada	4	1
Importancia de la Remuneración en su sentir: Poco	2	3
Importancia de la Remuneración en su sentir: Mediana	4	12
Importancia de la Remuneración en su sentir: Mucho	2	6
No sabe de Pariente o ser querido diabético	7	11
Si reconoce Pariente o ser querido diabético	5	14
No tuvo Entrenamiento Previo en Diabetes	9	21
Si tuvo Entrenamiento Previo en Diabetes	4	4
NO tuvo Trabajo previo en Diabetes	7	17
Si Trabajó Previamente en Diabetes	6	7
No tuvo Instrucción Previa en Diabetes	2	8
Si tuvo Instrucción Previa en Diabetes	8	15

Fuente: Elaboración propia. Dr. N.E.Rodríguez Papini. L.H. 2000

IV.1.2. Resumen General de Resultados:

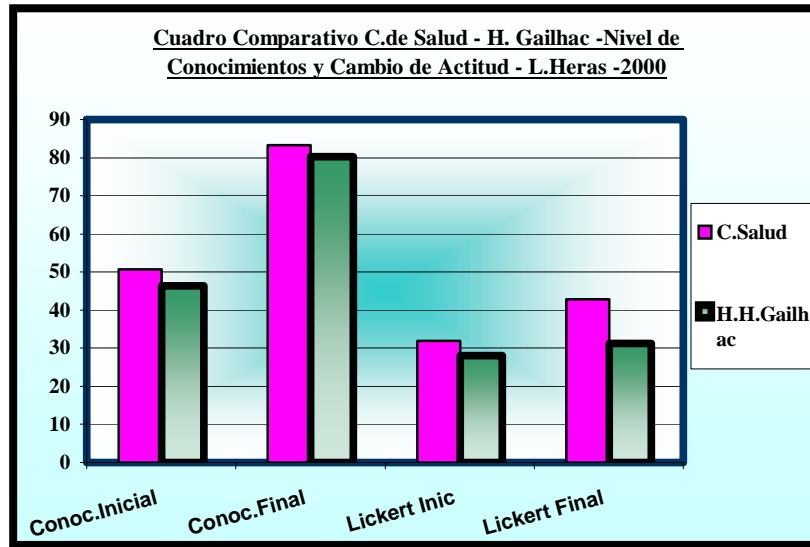
Los resultados obtenidos inmediatamente de finalizado el Programa de Capacitación, son presentados en Resumen General en la Cuadro N° 3 y Gráfico N° 2.

Cuadro N° 3. Resultados Generales de Lickert Inicial-Final y Conocimiento Inicial –Final, en ambos Grupos. Centros de Salud y Htal. Gailhac. Dpto. Las Heras. 2.000:

<u>Grupo de Intervención: Centros de Salud</u>		<u>Grupo Control: Hospital H. Gailhac</u>	
Lickert Inicial	Lickert Final	Lickert Inicial	Lickert Final
<u>Puntos:</u> $\bar{x} = 6.663$ Mna= 6.666 Mo= //// Amplitud= 6.666 DS= +- 1.624 (5.009 -8.257)	<u>Puntos:</u> $\bar{x} = 7.954$ Mna= 9.166 Mo= 9.166 Amplitud= 6.458 DS= 2.164 (5.790 - 10.118)	<u>Puntos:</u> $\bar{x} = 5.858$ Mna= 5.625 Mo= ///// Amplitud: 7.708 DS= 1.958 (3900 - 7.816)	<u>Puntos:</u> $\bar{x} = 6.500$ Mna= 6.250 Mo= 8.541 Amplitud= 6.041 DS= 1.444 (5.056 - 7.944)
Conocimiento Inicial	Conocimiento Final	Conocimiento Inicial	Conocimiento Final
5 puntos (50.71%)	8 puntos (83.24%)	4 puntos (46.33%)	8 puntos (80.3%)

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 2:

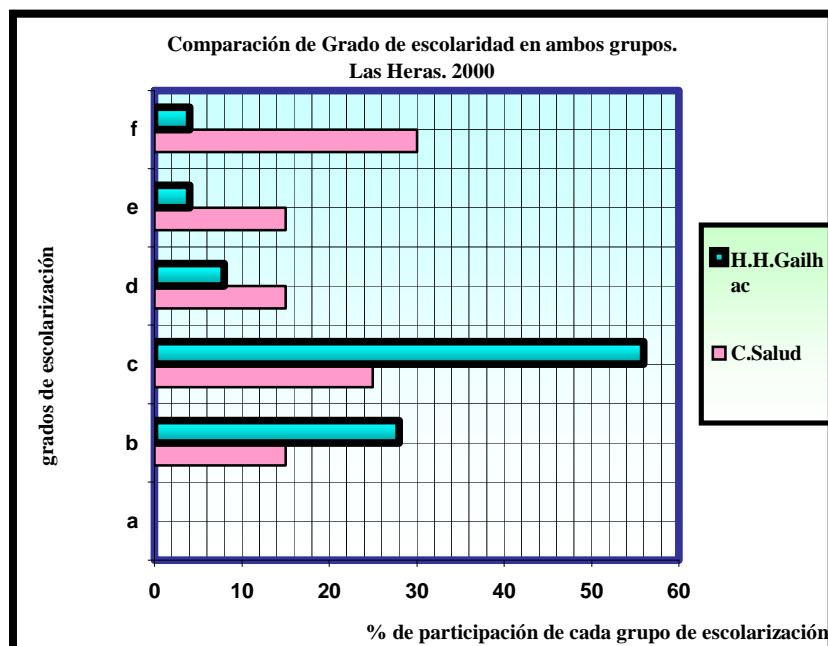


Fuente: elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.1.3. Constitución de los Grupos, según Escolaridad y Título Profesional:

En los Cuadros N° 4 y 5 y en el Gráfico N° 3, se presentan los datos sobre las características constitutivas de ambos grupos, en relación a Nivel de Instrucción (escolaridad) y la composición del plantel de Enfermeros según Título Profesional.

Gráfico N° 3



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Cuadro N° 4:**Escolaridad del personal participante en el estudio. Centros de Salud y Htal. Gailhac.
Dpto. Las Heras. 2.000:**

CENTROS DE SALUD	HOSPITAL H. E. GAILHAC
<p style="text-align: center;"><u>Escolaridad:</u></p> <p>a)Primario Incompleto: - (0%) b)Primario Completo: (15 %) c)Secundario Incompleto: (23%) d)Secundario Completo: (15%) e)Terciario Incompleto: (15%) f)Terciario Completo: (30%) <u>Total:</u> 13 personas.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Escolaridad:</u></p> <p>a)Primario Incompleto: - (0%) b)Primario Completo: (28%) c)Secundario Incompleto: (56%) d)Secundario Completo: (8 %) e)Terciario Incompleto: (4%) f)Terciario Completo: (4%) <u>Total:</u> 25 personas.</p>

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Cuadro N° 5:**Conformación de planteles, según título profesional. Centros de Salud y Htal
Gailhac. Dpto. Las Heras. 2.000:**

CENTROS DE SALUD	HOSPITAL H. E. GAILHAC
<p style="text-align: center;"><u>Conformación de Planteles s/Título Profesional que participaron en el estudio:</u></p> <p>Empíricos: - Auxiliares de Enfermería: (45 %) Enfermeros Profesionales: (23 %) Lic. En Enfermería: (34 %)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Conformación de Planteles s/Título Profesional que participaron en el estudio:</u></p> <p>Empíricos: (8%) Auxiliares de Enfermería: (84 %) Enfermeros Profesionales: (8 %) Lic. En Enfermería: - (0 %)</p>

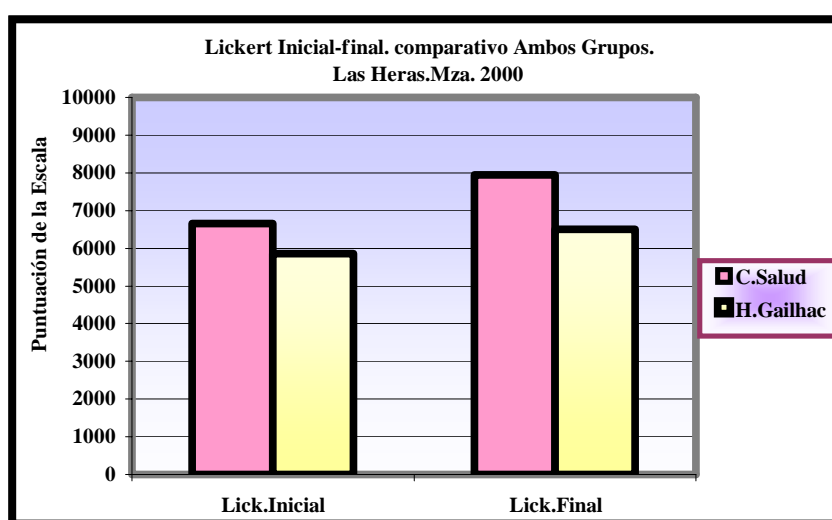
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.1.4. Variable Involucramiento:

IV.1.4.1. Variable Involucramiento. Resultados Generales:

Los resultados en cuanto a Involucramiento expuestos en la Cuadro N° 3, y en el Gráfico N° 2, son extractados y representados en el Gráfico N° 4.

Gráfico N° 4:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

El Involucramiento obtenido en el Grupo de Intervención resultó ser mayor que en el Grupo Control.

El resultado arrojó un incremento de:

- 1.291 puntos (12.91 %) para el Grupo de Intervención.
- 642 puntos (6.42 %) del Grupo Control.

El cálculo de Odd Ratio y Riesgo Relativo y de la probabilidad muestran que la metodología utilizada en el grupo de intervención actuó como un factor protector. Los datos referidos son los siguientes:

- $p = 0.0015431$.
- Odd Ratio = 0.93 (0.88<OR<0.97).
- Riesgo Relativo = 0.96 (0.94<RR<0.99).

- El límite de confianza (Serie de Taylor) es del 95% para RR.

IV.1.4.2. Involucramiento y Grupos Etarios:

Cuadro N° 6:

Resultados de Lickert Inicial-Final, en ambos Grupos. Centros de Salud y Htal Gailhac.
Según edad - Dpto. Las Heras. 2.000:

Centros de Salud	VALORES		Hospital Gailhac	VALORES	
	Lickert Inicial	Lickert Final		Lickert Inicial	Lickert Final
Edad a	0.0	0.0	Edad a)	4667	5875
Edad b	7360	7221	Edad b)	7656	8542
Edad c	7500	9166	Edad c)	4825	6667
Edad d	6296	9642	Edad d)	6354	6319

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini.

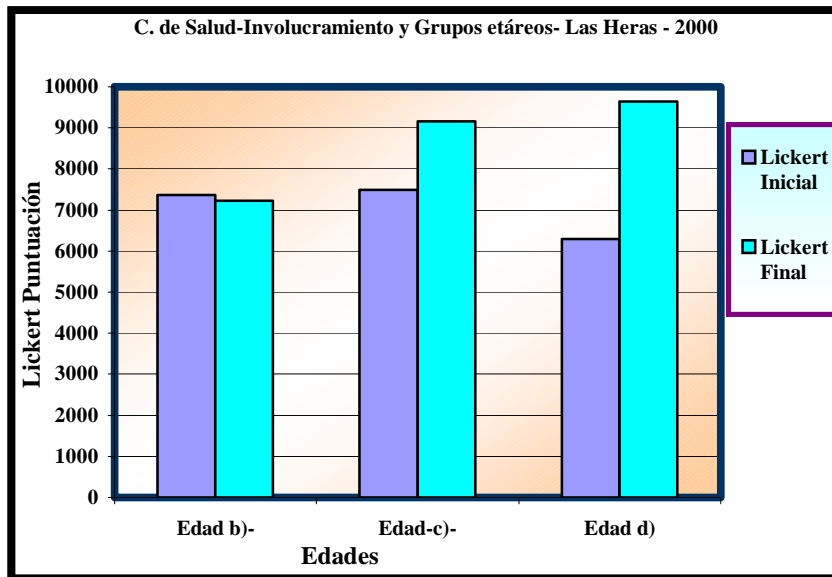
L. H. 2000

Grupo a: 21-25 años;Grupo b: 26-35 años
Grupo c: 36-45 años;Grupo d: 46 ó >años

El Cuadro N° 6, expone los valores obtenidos en la variable investigada “Involucramiento y grupos etáreos”, cuyos resultados se grafican en los Gráficos N° 5 y 6, de los cuales se puede decir:

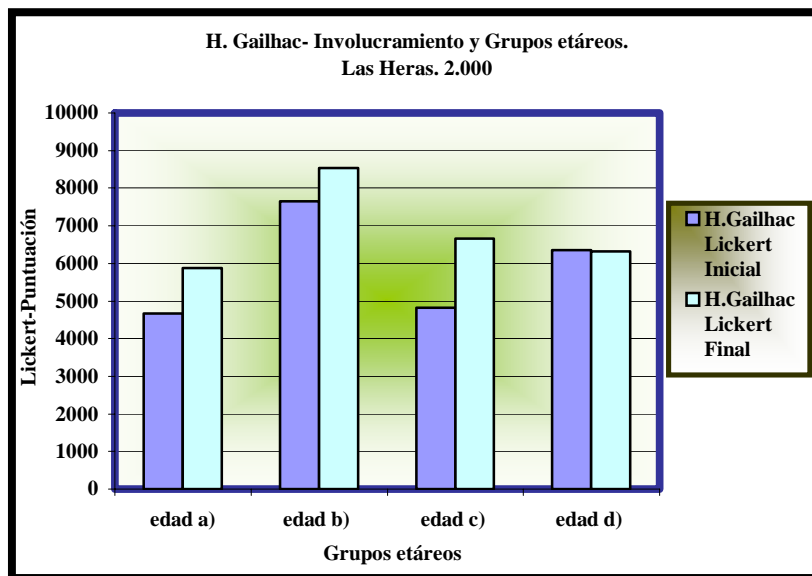
- ♥ **Para el Grupo de Intervención:** el mayor puntaje final de la Escala de Lickert se logró en el grupo de edad *d*, con 9.642 puntos. El mismo grupo de edad, registró la mayor diferencia inicial-final, con un incremento de 3.346 puntos (6.296 inicio-9.642 final). No se observó incremento, antes bien un leve descenso en la categoría más joven del grupo, *edad b*, según consta en el Gráfico N° 5.

Gráfico N° 5:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 6:



Fuente: elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

♥ **Para el Grupo Control:** el mayor puntaje Inicial y Final de Involucramiento por edad, correspondió a la categoría *edad b*, con 7.656 y 8.542 puntos respectivamente (Gráfico N° 6).

No se observó diferencia Inicial-Final en el grupo de mayor edad, *edad d*.

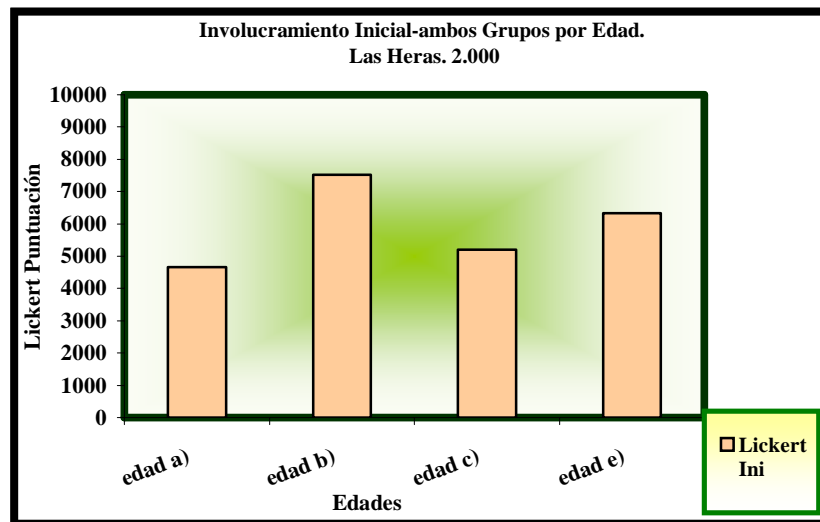
Si se analizan los resultados en el conjunto de la muestra, uniendo ambos grupos, e independientemente del método empleado, la relación “Involucramiento Inicial” con los diferentes “Grupos Etarios”, muestra que:

- El **promedio ponderado menor** corresponde a la categoría *edad a*, con 4.667 puntos.
- El **promedio ponderado mayor** corresponde a la categoría *edad b*, con 7.528 puntos.

Estos resultados se muestran en el Gráfico N° 7.

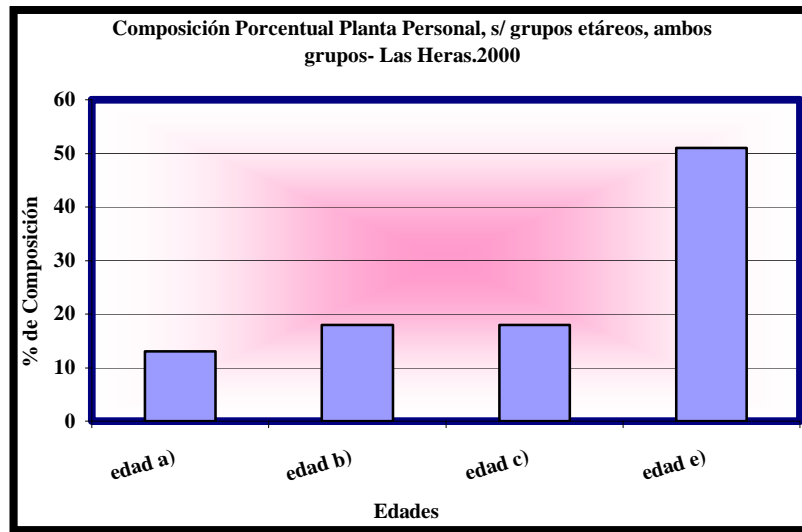
La importancia de este comportamiento, se magnifica con el detalle del Gráfico N° 8, donde se detalla la composición porcentual de la planta de personal de ambos grupos según los diferentes agrupamientos etarios.

Gráfico N° 7:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Grupo a: 21-25 años; **Grupo b:** 26-35 años
Grupo c: 36-45 años; **Grupo d:** 46 ó > años

Gráfico N° 8:

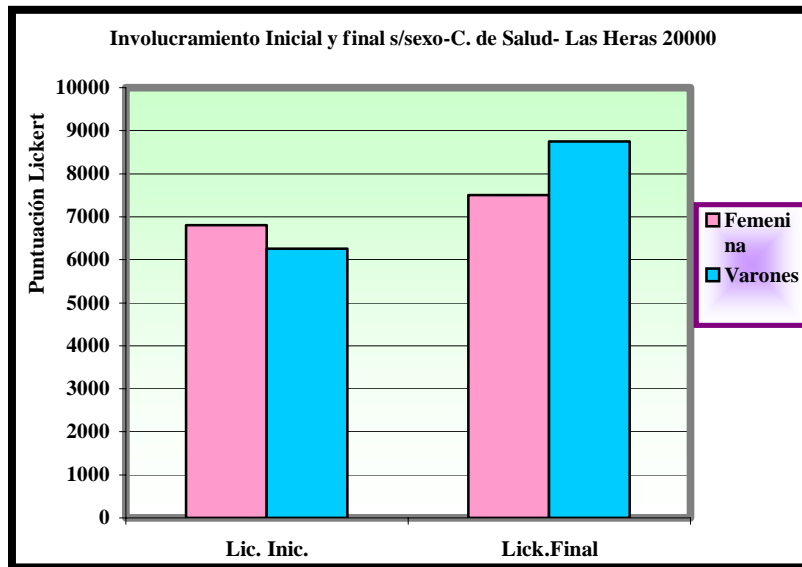
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.1.4.3. Involucramiento y Sexo:

La variable Involucramiento según sexo, mostró un comportamiento semejante en ambos grupos:

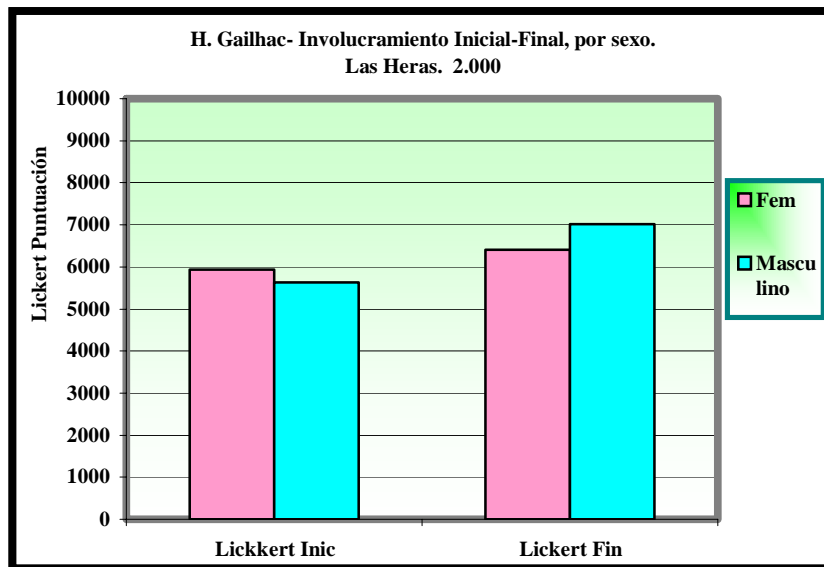
- ♥ **Los varones** presentaron un menor puntaje Inicial, pero un mayor Puntaje Final que las mujeres (Gráficos N° 9 y 10).

Gráfico N° 9:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

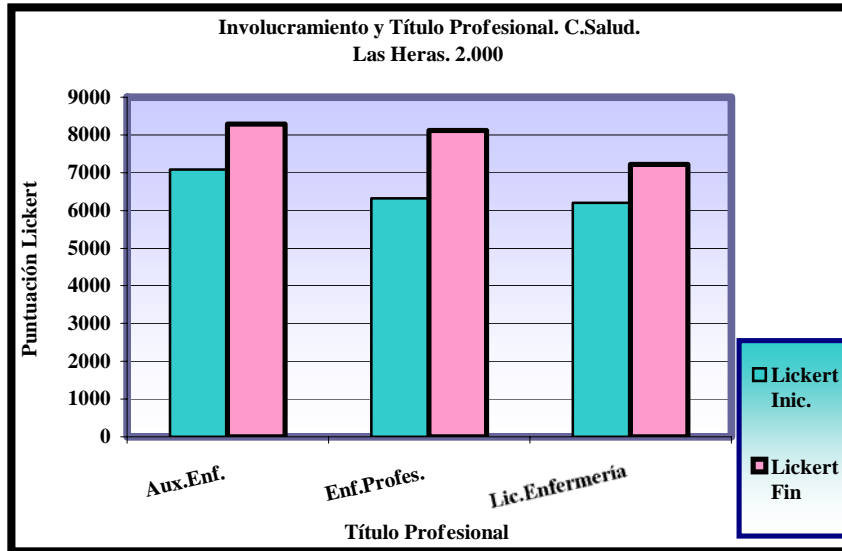
Gráfico N° 10:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

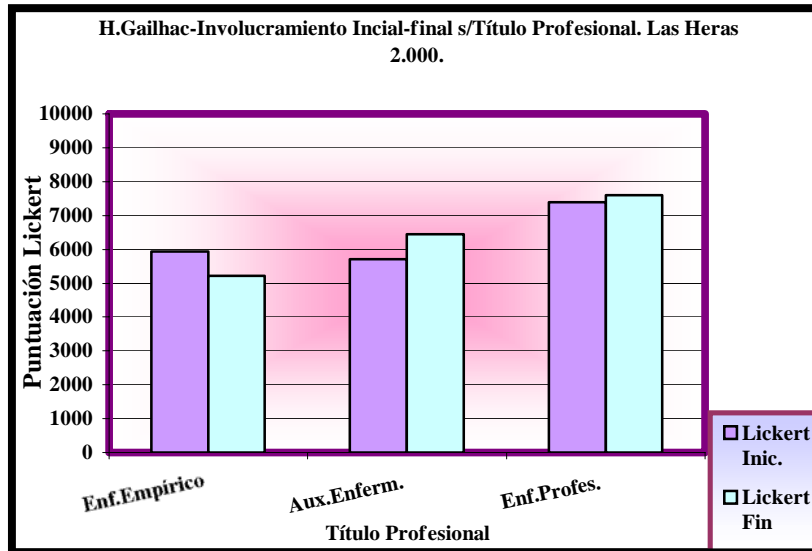
IV.1.4.4. Involucramiento y Título Profesional:

Gráfico N° 11:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 12:

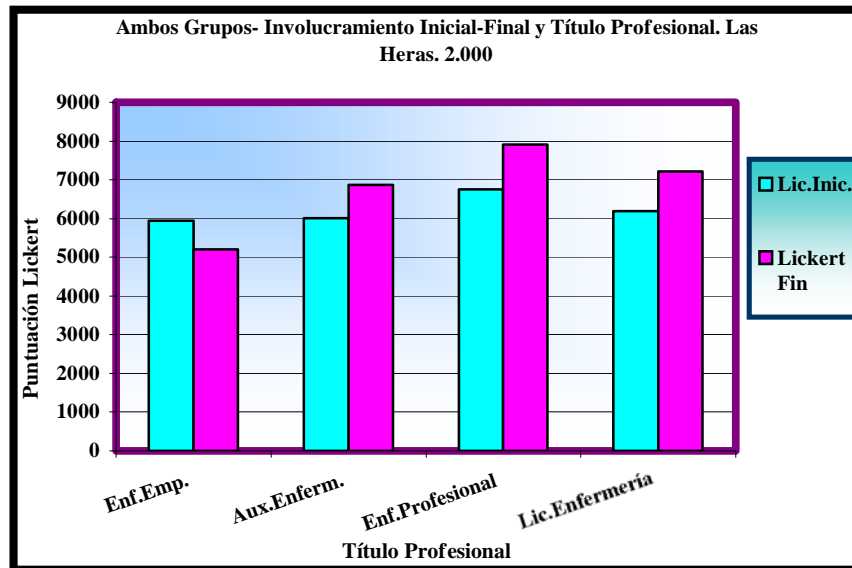


Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Para ambos Grupos en una sola base de datos, la categoría “Enfermeros Empíricos” con 5.937 puntos, es la que obtuvo el menor Involucramiento Inicial, y la más elevada “Enfermero Profesional” con 6.750 puntos. Aún cuando el puntaje final correspondería a Enfermero

Profesional, no es posible comparar por el hecho de haberse utilizado dos metodologías de capacitación diferentes. (Gráficos N° 11, 12 y 13).

Gráfico N° 13:

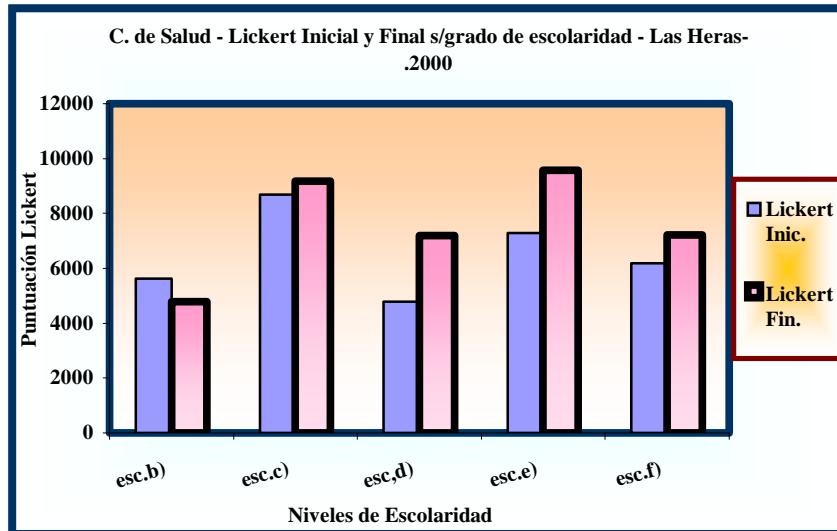


Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

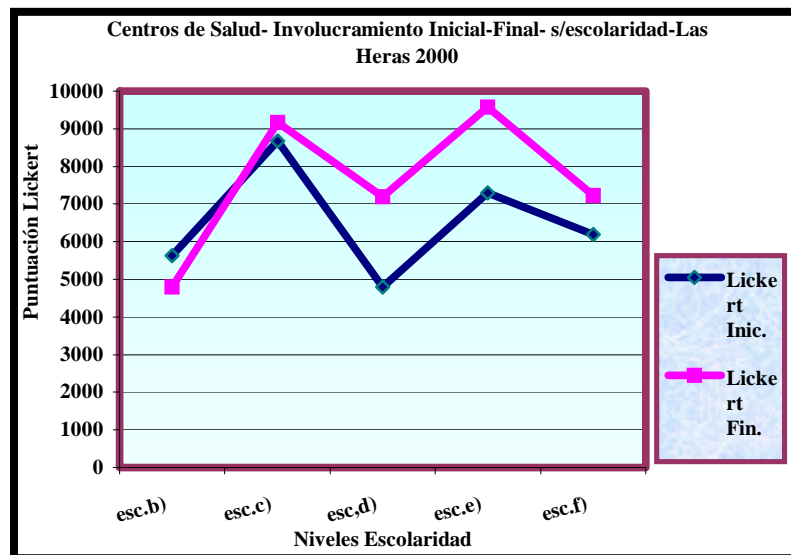
IV.1.4..5. Involucramiento y Nivel de Instrucción:

En los Gráficos 14 y 15 se exponen los resultados de la Relación Involucramiento y Nivel de Instrucción de los agentes intervinientes, para el **Grupo de Intervención:**

- ♥ **El mayor puntaje Inicial** lo obtuvo la escolaridad *c*, con 8.679 puntos.
- ♥ **El menor Inicial y Final** la escolaridad *b*, donde partiendo de 5.625 desciende a 4.792 puntos.
- ♥ **El mayor puntaje Final** de la Escala de Lickert lo obtuvo la categoría de escolaridad *e*, con 9.583 puntos.
- ♥ **El mayor aumento** también se produjo en la categoría de escolaridad *e*, con 2.291 puntos (inicial 7.292).

Gráfico N° 14:

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 15:

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

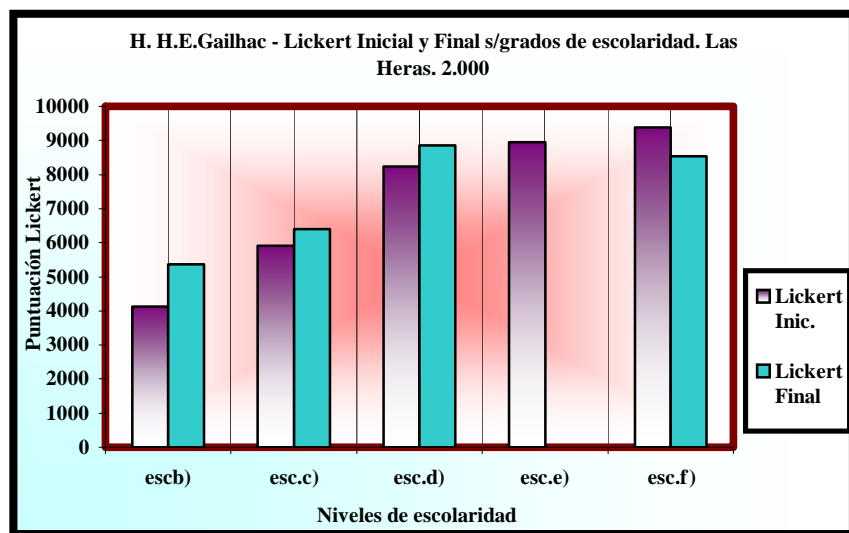
El comportamiento de la variable en el **Grupo Control**, muestra que:

- ♥ El mayor puntaje Inicial corresponde al grupo de escolaridad *f*, con 9.375 puntos, descendiendo a 8.542 como final.

- ♥ El mayor puntaje Final corresponde a la categoría **d**, con 8.854 (inicial 8.229).
- ♥ El menor puntaje Inicial y Final es para el grupo de escolaridad **b**, con 4.135 puntos iniciales y 5.375 puntos finales.

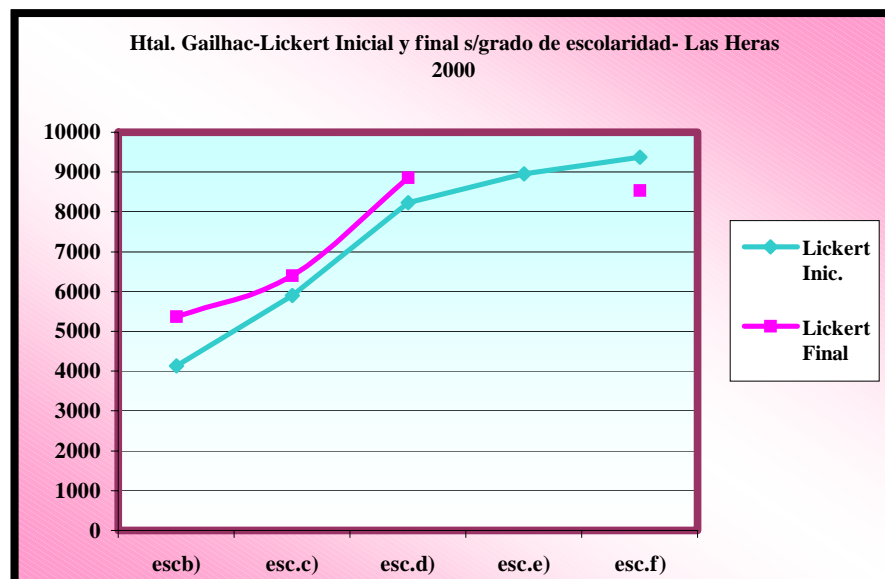
Esto se expone en los siguientes Gráficos 16 y 17.

Gráfico 16:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 17:

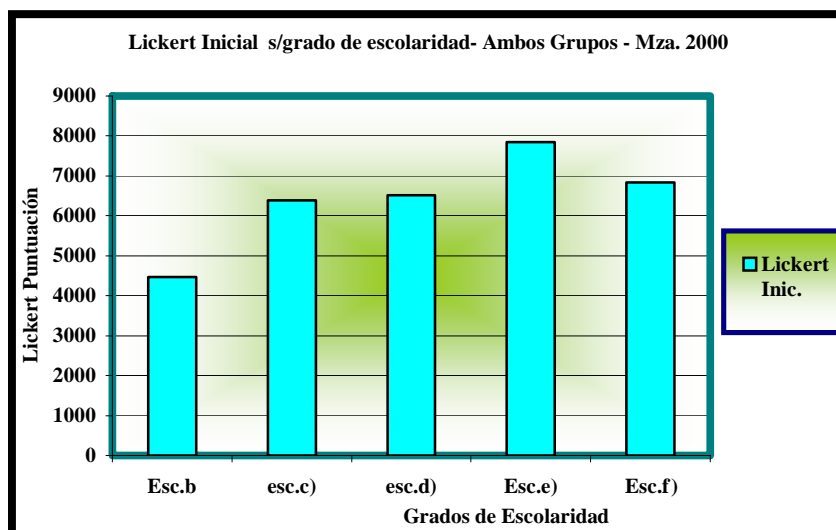


Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Una vez más, al **unificar la base de datos de ambos grupos** y analizar la relación Involucramiento-Grado de Escolaridad, los resultados son los siguientes:

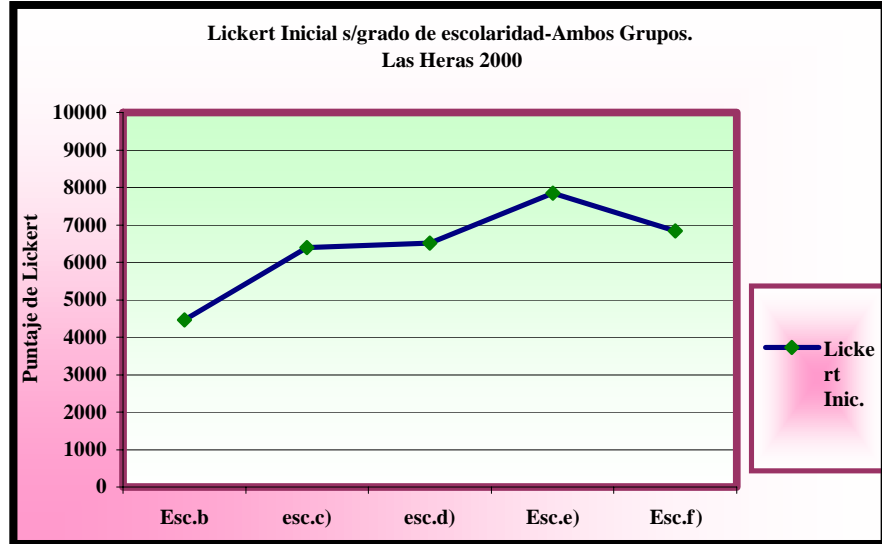
- ♥ **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial** lo presenta la categoría de escolaridad **e**, con 7.846 puntos.
- ♥ **El menor puntaje de involucramiento** lo presentó el grado de escolaridad **b**, con 4.467 puntos obtuvo, según se muestra en el Gráficos N° 18 y 19.
- ♥ **El mayor Puntaje de Involucramiento Inicial** se observó en quienes presentaron un puntaje de Cocimientos Iniciales en Diabetes (= ó >) al promedio, en relación a aquellos que tuvieron un % (= ó <) al promedio de Conocimientos Iniciales en Diabetes. (Gráfico N° 20).

Gráfico N° 18:



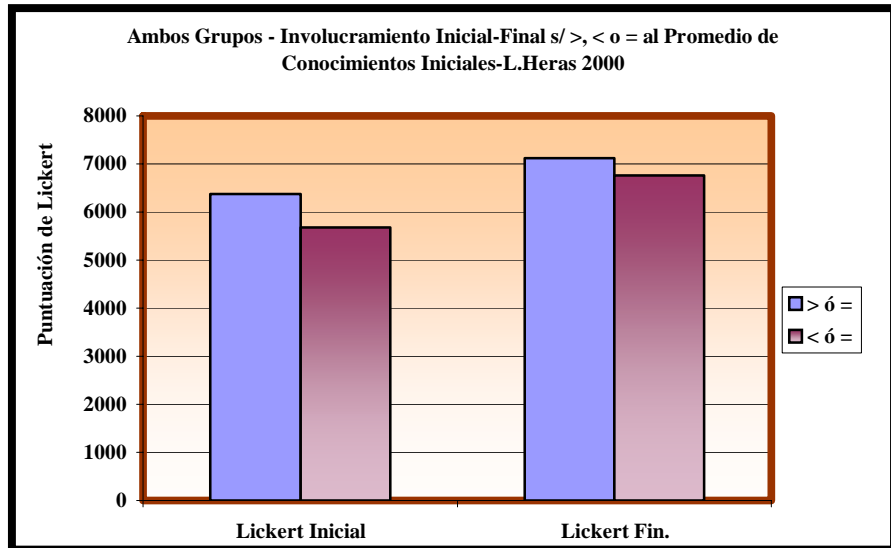
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 19:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

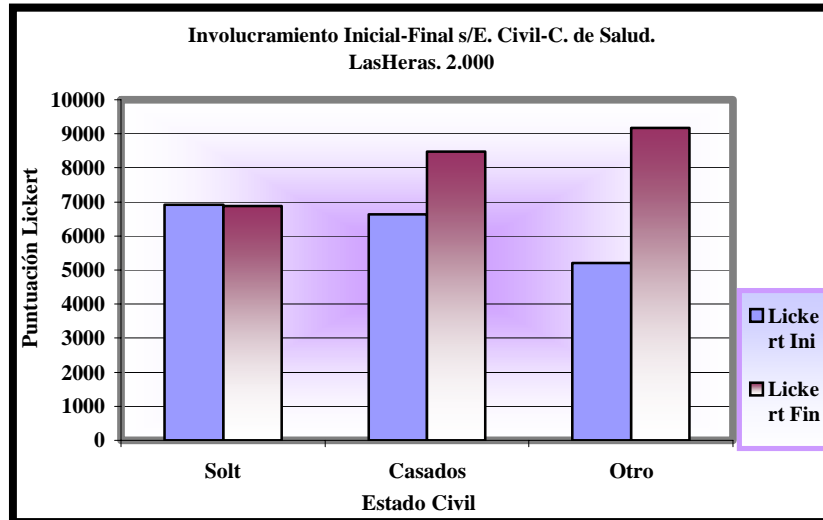
Gráfico N° 20:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

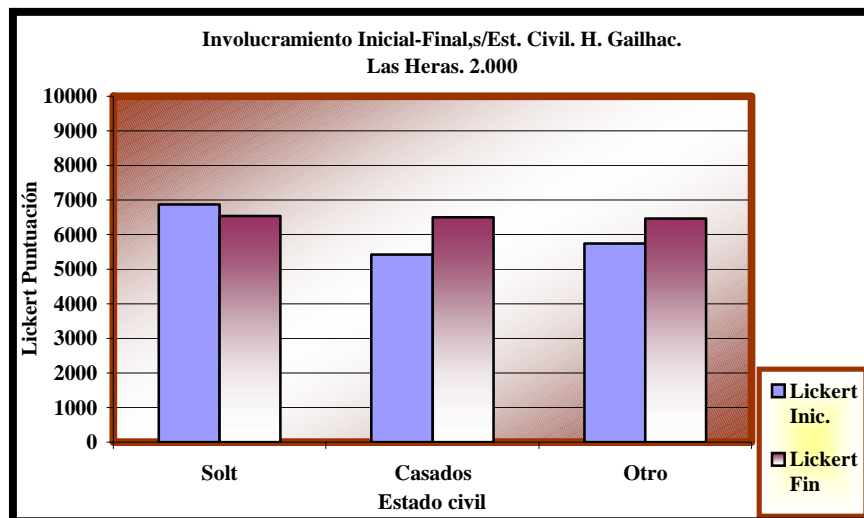
IV.1.4.6. Involucramiento y Estado Civil :

Gráfico N° 21:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 22:



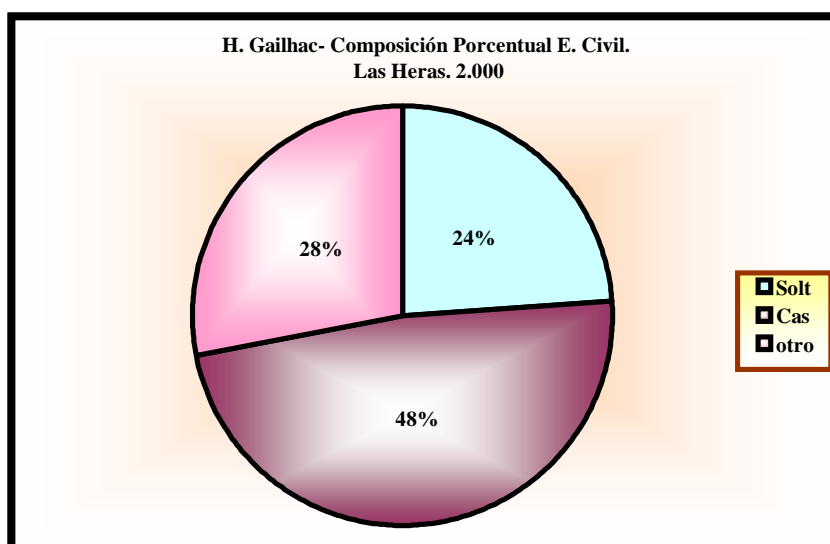
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

- ♥ El mayor puntaje para Involucramiento Inicial en ambos grupos, corresponde a la categoría de Estado Civil *Solteros*, con 6.920 puntos en el Grupo de Intervención, y 6.875 puntos en el de Control.

- ♥ No obstante, no se observó **ninguna mejoría** en el Grupo de Intervención y **un descenso** en el de Control.
- ♥ **En el Grupo de Intervención, el menor puntaje Inicial de Involucramiento**, lo registró *Otro Estado Civil* (100 % refirieron ser *divorciados*), con 5.208 puntos iniciales. **El mayor puntaje final** lo alcanzó el mismo estado civil, al presentar 9.167 puntos.
- ♥ **En el Grupo de Control, el menor puntaje final** lo obtiene *Otro Estado Civil*, con 6.458 puntos.
- ♥ **Si se unifica la masa de datos de ambos grupos**, el Estado Civil catalogado como *“Otro”*, es el que obtiene **el menor puntaje de Involucramiento Inicial** con 5.677 puntos (Gráfico N° 25).

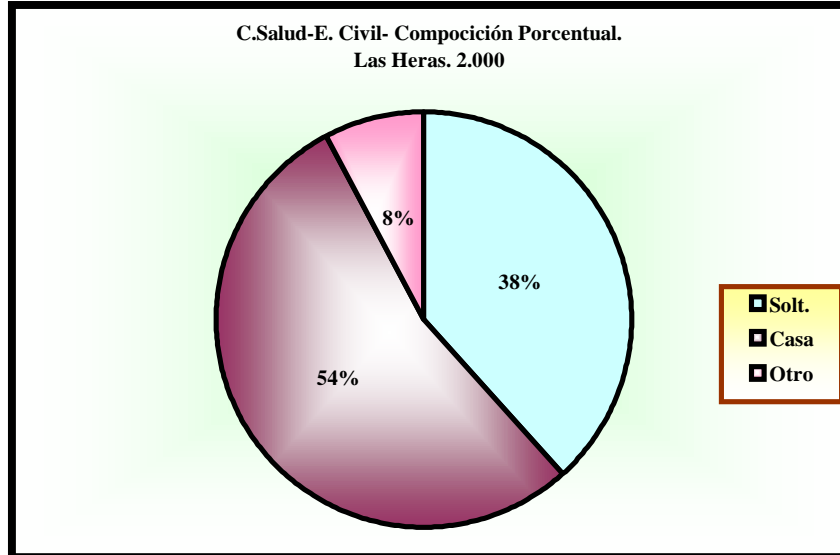
En los Gráficos N° 23 y 24 se grafica la composición de cada grupo, según Estado Civil del personal interviniente.

Gráfico N° 23:



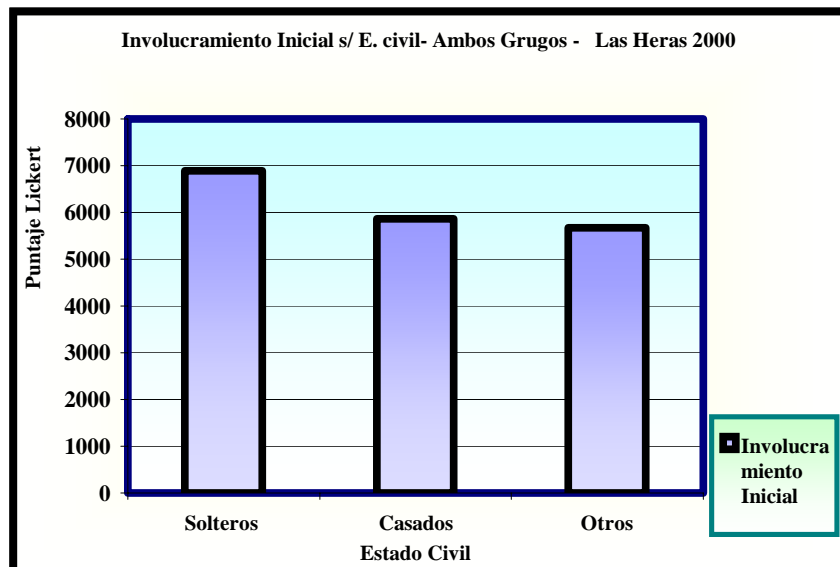
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 24:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 25:



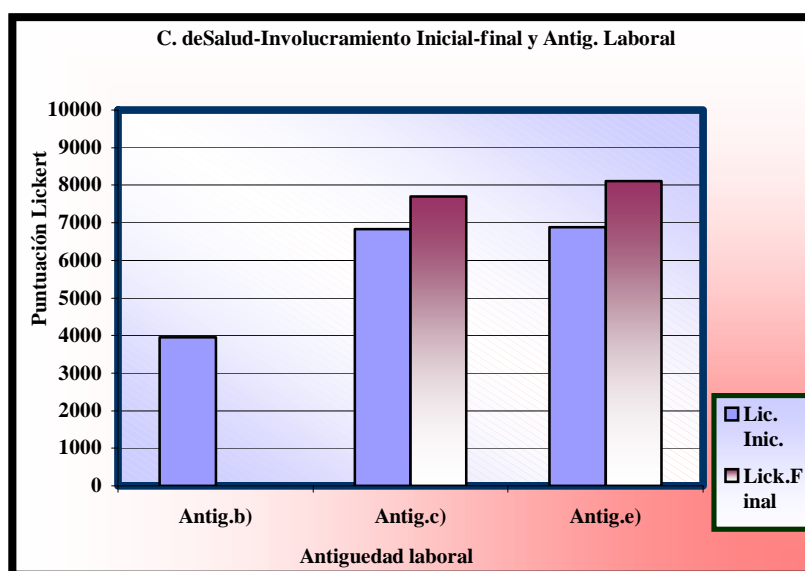
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.1.4.7. Involucramiento y Antigüedad en la Profesión:

♥ En el Grupo de intervención:

- **El menor involucramiento** lo obtuvo *antigüedad laboral b*, (la menor del grupo), con 3.958 puntos, mientras que
- **La mayor puntuación** correspondió a la *antigüedad laboral e*, con 6.875 puntos Iniciales y 8.104 puntos Finales.(Gráfico N° 26)

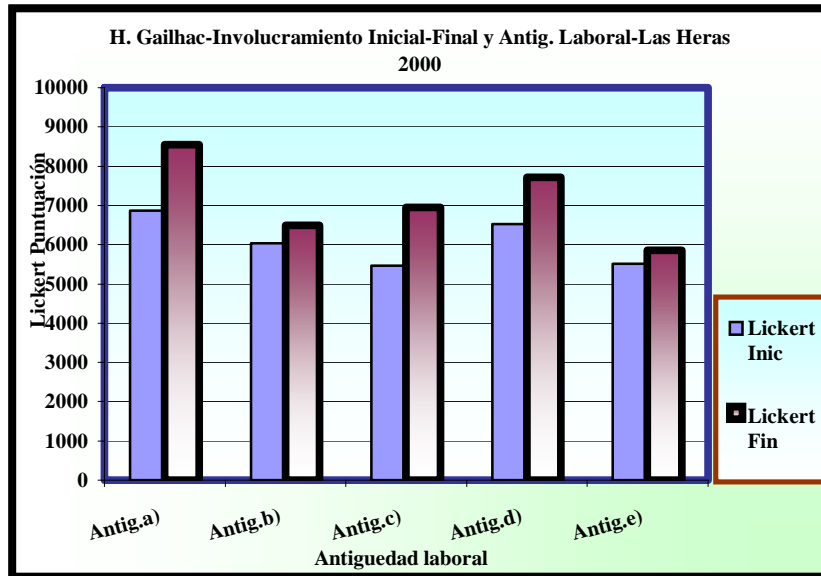
Gráfico N° 26:



♥ En el Grupo Control:

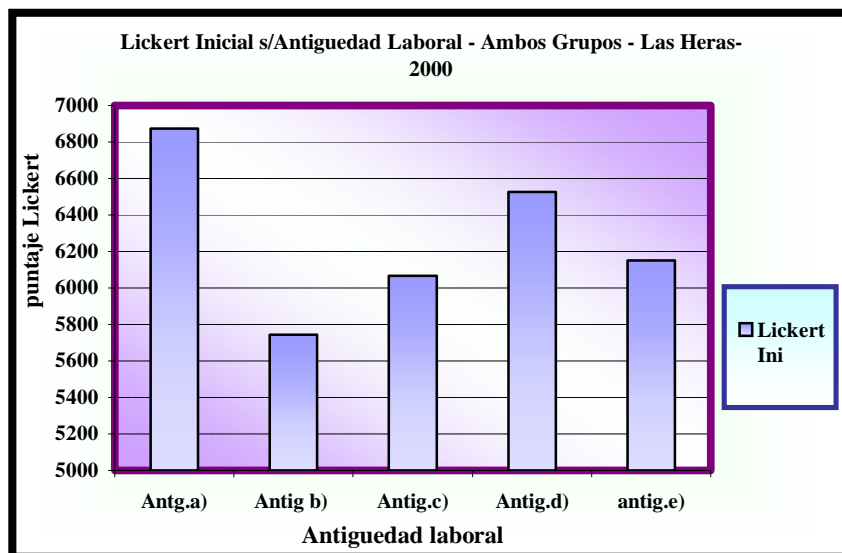
- **El mayor puntaje** lo obtuvo la antigüedad laboral *a*, con 6.875 puntos iniciales y 7.542 puntos Finales, correspondiéndole también **la mayor diferencia de incremento** (1.667 puntos).Gráfico N° 27.

Gráfico N° 27:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 28:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

♥ Tomando como base de datos única, a los dos grupos juntos:

- El mayor puntaje de **Involucramiento Inicial** correspondió a *antigüedad laboral a*, con 6.875 puntos.
- El menor puntaje correspondió a *antigüedad laboral b*, con 5.744 puntos. (gráfico N° 28).

IV.1.4.8. Involucramiento y Situación de Estabilidad Laboral:

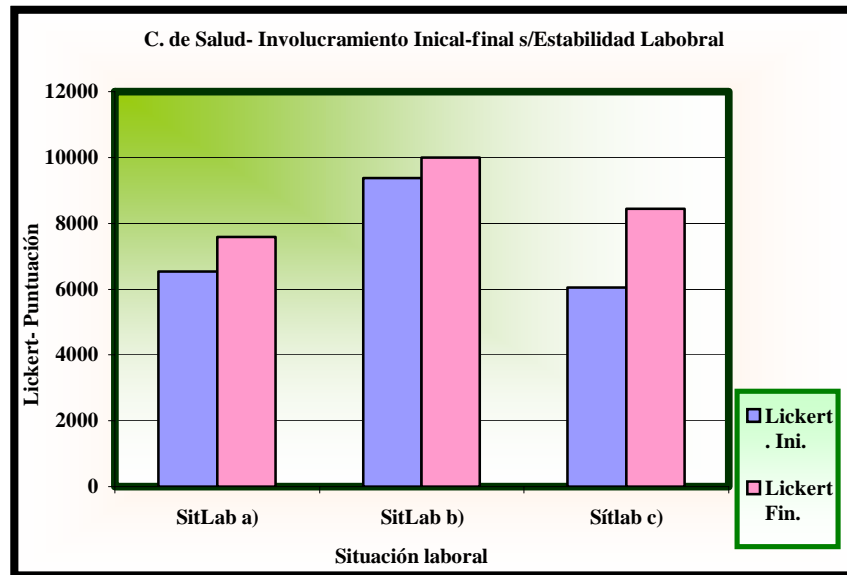
Los Gráficos N° 29 y 30 muestran el comportamiento de la variable Involucramiento relacionada con la Situación Laboral de los agentes, tanto para el grupo de Intervención, como para el Grupo Control.

♥ En el Grupo de Intervención:

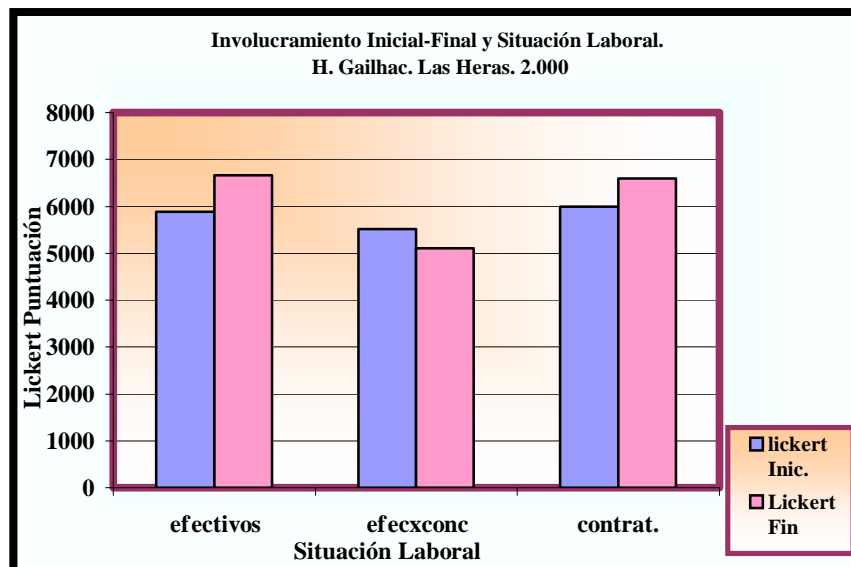
- **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial y Final** lo obtuvieron quienes revistaron en la denominada situación laboral **b, Efectivos por Concurso**, con 9.375 y 10.000 puntos respectivamente.
- **El menor puntaje** lo obtuvieron *Situación Laboral c, Contratados*, que no obstante registraron **la mayor diferencia de incremento Inicial –final**, con 2.395 puntos (6.042 puntos iniciales y 8.437 finales).

♥ En el Grupo Control:

- **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial** correspondió a la categoría **c, Contratados**.
- **El mayor puntaje de Involucramiento Final** correspondió a la categoría **a, Efectivos**.
- **El menor puntaje de Involucramiento Final** se observó para la categoría **b, Efectivos por Concurso**.

Gráficos N° 29:

Fuente: elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráficos N° 30:

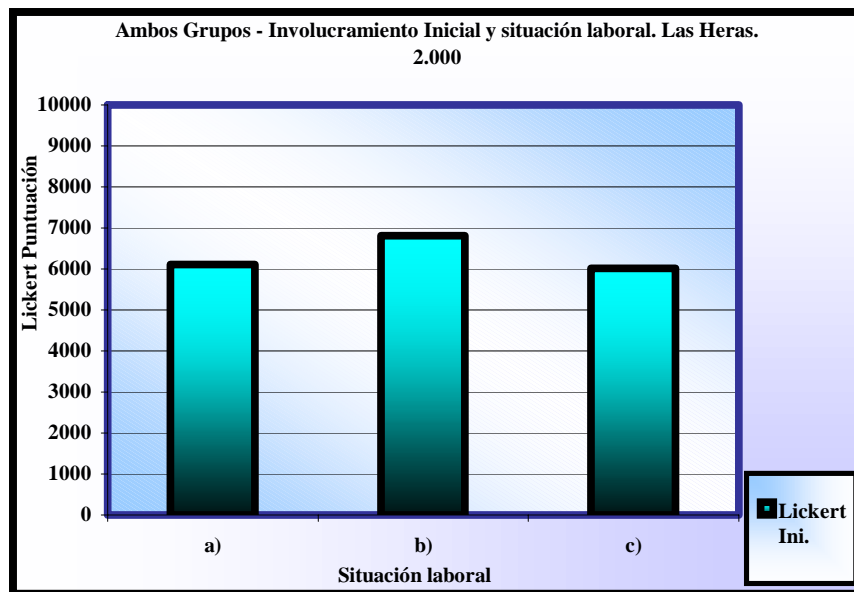
Fuente: elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

♥ Si se unifica la base de datos:

- El mayor puntaje de Involucramiento Inicial lo presentó la categoría laboral **Efectivos por concurso**, que registra (6.806 puntos).

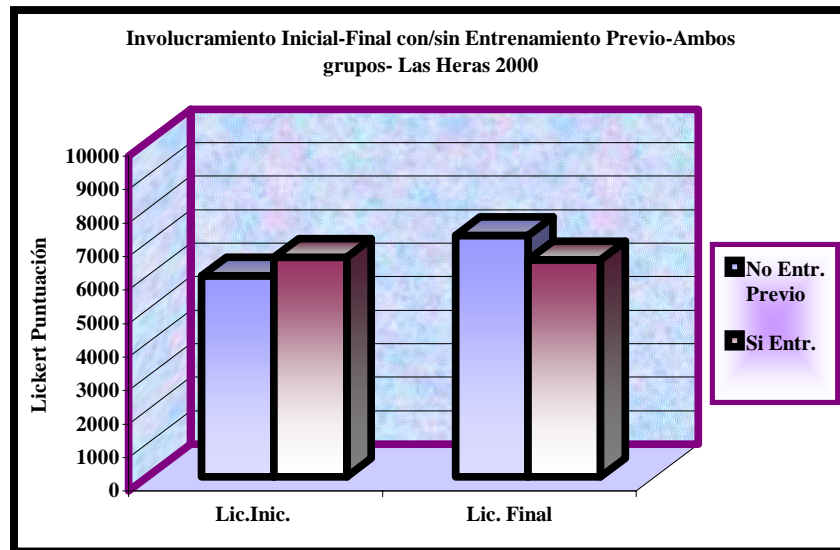
- **El menor puntaje** se observó en la categoría *c*, *Contratados*, con 6.016 puntos. Gráfico N° 31. No se puede comparar el Nivel de puntuación Final (por el hecho de haberse empleado dos metodologías diferentes).

Gráfico N° 31:



Referencias Situación Laboral: a) Efectivos; b) Efectivos por concurso;
c) Contratados.

IV.1.4.9. Involucramiento y Capacitación Previa:

Gráfico N° 32:

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

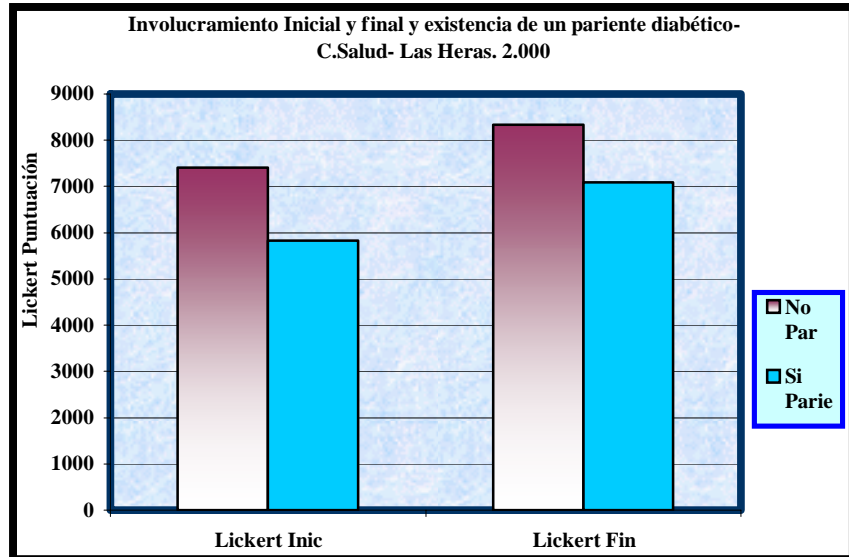
♥ **En ambos grupos con una base única de datos:**

- **La puntuación Inicial menor**, se observó en quienes declararon **no** haber recibido entrenamiento previo, que quienes sí la recibieron. (6.007 puntos y 6.562 puntos respectivamente). Gráfico N° 32.

IV.1.4.10. Involucramiento y Existencia de un pariente o persona cercana en el afecto con Diabetes:

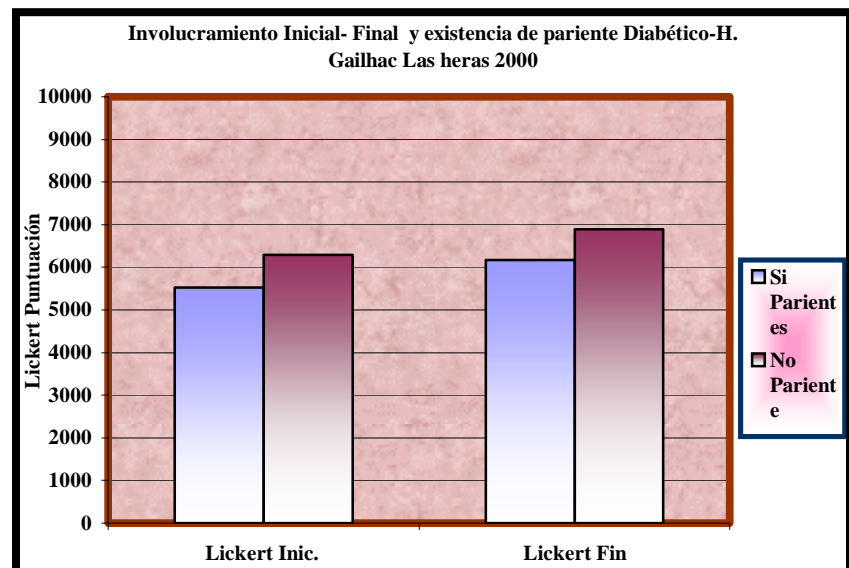
La relación entre el Involucramiento y la existencia o no de un familiar o ser cercano en el afecto con diabetes, se expone en los Gráfico N° 33 y 34.

Gráficos N° 33:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 34:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

♥ Para cada grupos, analizándolos por separado:

- Como se aprecia en los gráficos N° 33 y 34, los **puntajes iniciales y finales de involucramiento menor** lo presentaron las personas que

refirieron la presencia de familiares o personas queridas conocidas como diabéticos, en relación con quienes no lo refirieron tener.

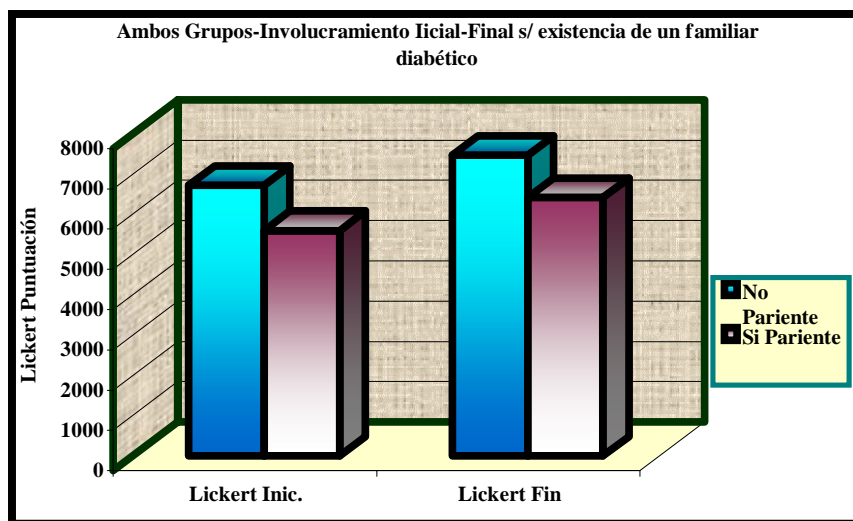
♥ **Para ambos grupos en una masa única de datos:**

- En el cuadro N° 7, y en el gráfico N° 35, se muestran los **puntajes para Involucramiento Inicial, con una diferencia entre ambas categorías de 1.122 puntos**. En este caso no podemos comparar el resultado del Puntaje Final, al haber estado sometidos ambos grupos a diferentes metodologías de capacitación.

Cuadro N° 7:

Involucramiento y Presencia de Familiar Diabético:

CATEGORÍA	LICKERT INICIAL
No Pariente	6725
Si Pariente	5603

Gráfico N° 35:

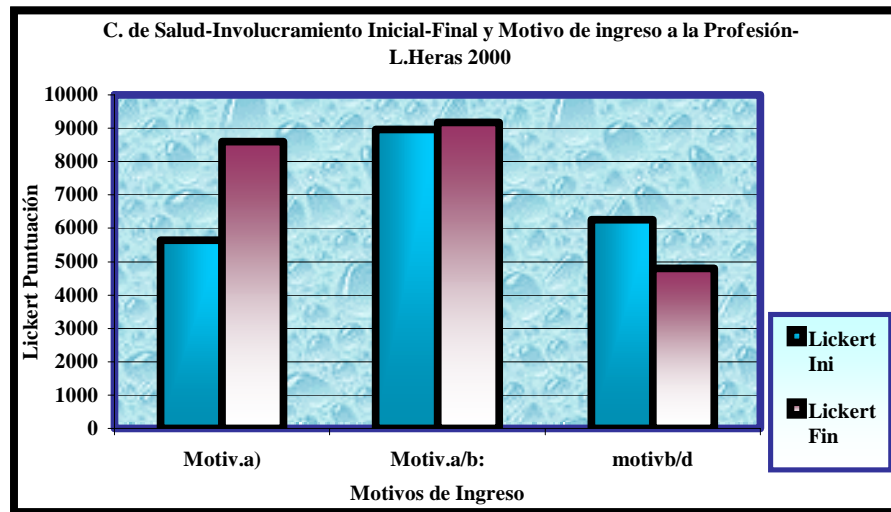
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000.

IV.1.4.11. Involucramiento y Motivo de Ingreso a la Profesión:

El análisis del **involucramiento**, relacionado al **Motivo de Ingreso a la Profesión**, arrojó el siguiente resultado:

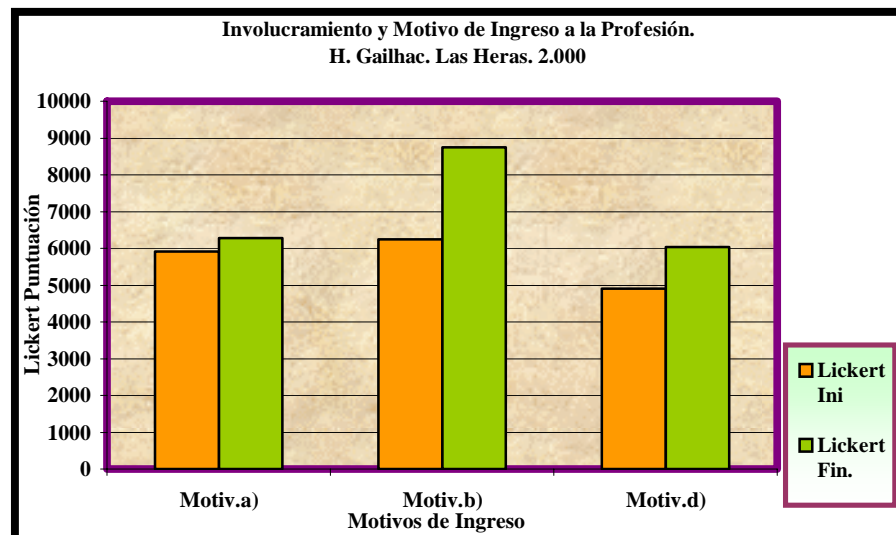
- ♥ **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial y Final en ambos grupos** correspondió a quienes identificaron al motivo **b, salida laboral** –sola o unida a *Vocación*) como la causa de ingreso a la profesión.
- ♥ **El menor puntaje para el Grupo de Estudio** lo obtuvo el motivo **a, Vocación**.
- ♥ **El menor puntaje para el Grupo Control** lo obtuvo la causa **d, Identificación con alguna persona que es enfermero o personal del equipo de Salud**.

Gráfico N° 36:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 37:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.1.4.12. Involucramiento y Compensación Laboral:

Se formuló a todos los participantes la siguiente pregunta: “¿Se siente Ud. recompensado con su Profesión? (Recompensa = lo que siento que recibo, comparado con lo que siento que entrego)”. Las opciones fueron:

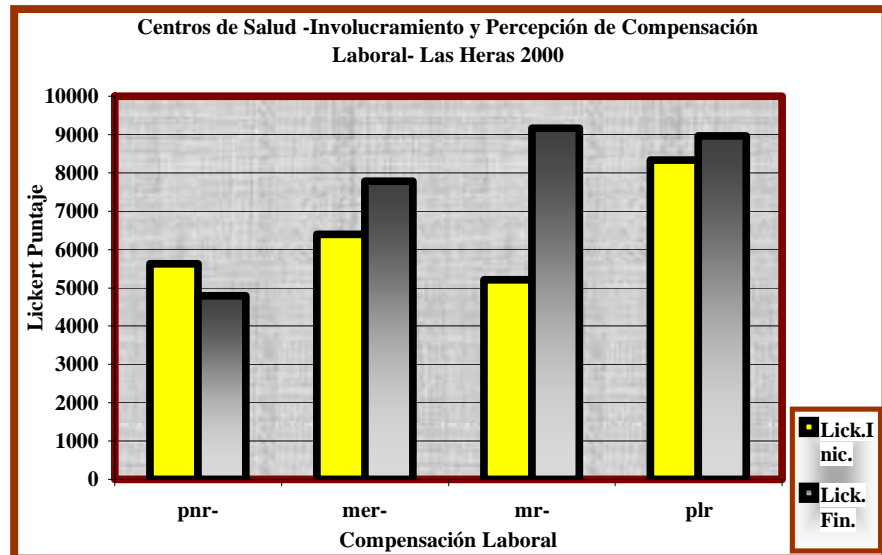
pnr) para nada recompensado; *mer*) medianamente recompensado;
mr): muy recompensado; *plr*) plenamente recompensado

Los resultados fueron los siguientes:

♥ **Para el Grupo de Intervención:**

- **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial**, con 8.333 puntos, lo obtuvieron quienes refirieron sentirse *plr*.
- **El Puntaje Final más alto**, correspondió a quienes refirieron sentirse *mr*, con 9.167 puntos. Gráfico N° 38.
- **El menor puntaje final** correspondió a quienes refirieron sentirse *pnr*.

Gráfico N° 38:



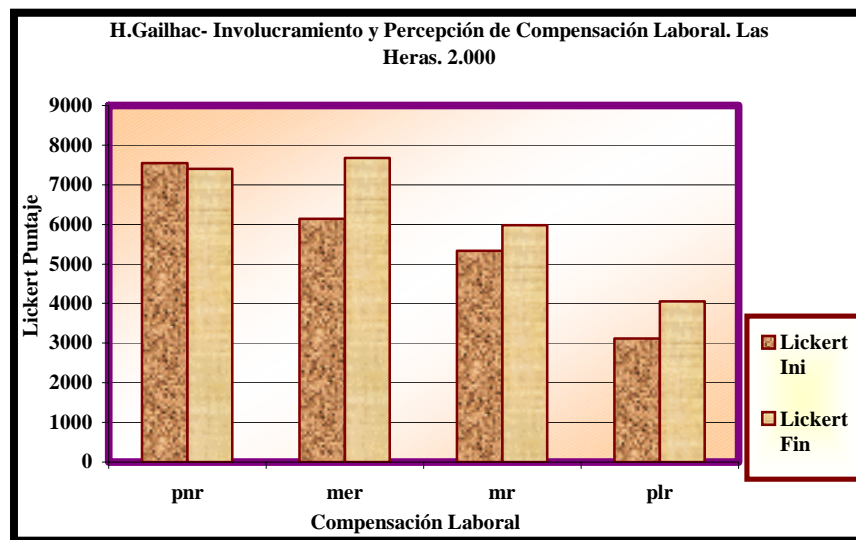
Fuente:Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000.

♥ **En el Grupo Control:**

- **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial** lo presentó la categoría *pnr*, con 7.552 puntos iniciales.
- **El mayor puntaje final** fue para la categoría *mer*, con 7.667 puntos.

- Los más bajos puntajes Inicial y Final fueron para la categoría *plr*. (Gráfico N° 39).

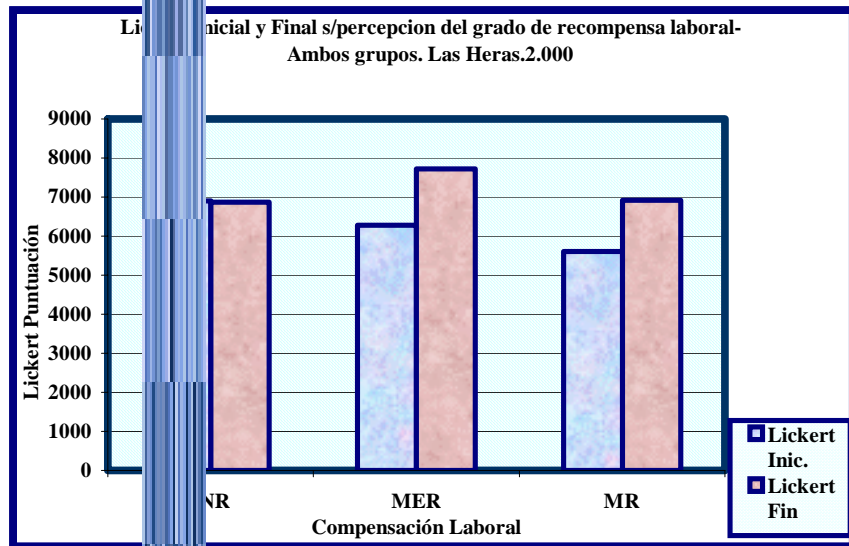
Gráfico N° 39:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

- ♥ En el Gráfico N° 40, se expone el Comportamiento de la Escala de Lickert Inicial para ambos grupos, en una sola base de datos (se agrupan categorías *plr* y *mr* como *mr*):
 - El puntaje inicial mayor corresponde a la categoría *pnr*, con 6.908 puntos.
 - El menor puntaje final fue para la categoría *mr*, con 5.610 puntos. No se puede comparar el puntaje Final por haberse empleado dos metodologías de capacitación diferentes.

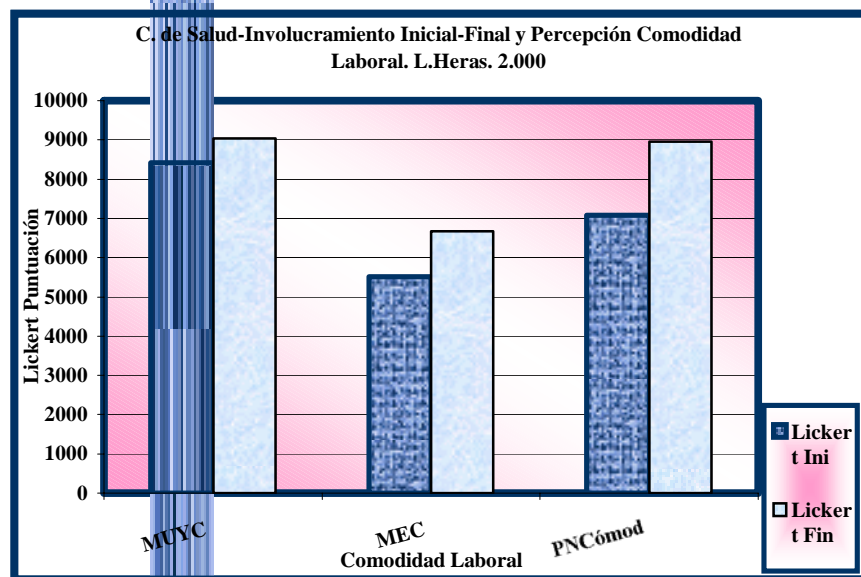
Gráfico N° 40:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

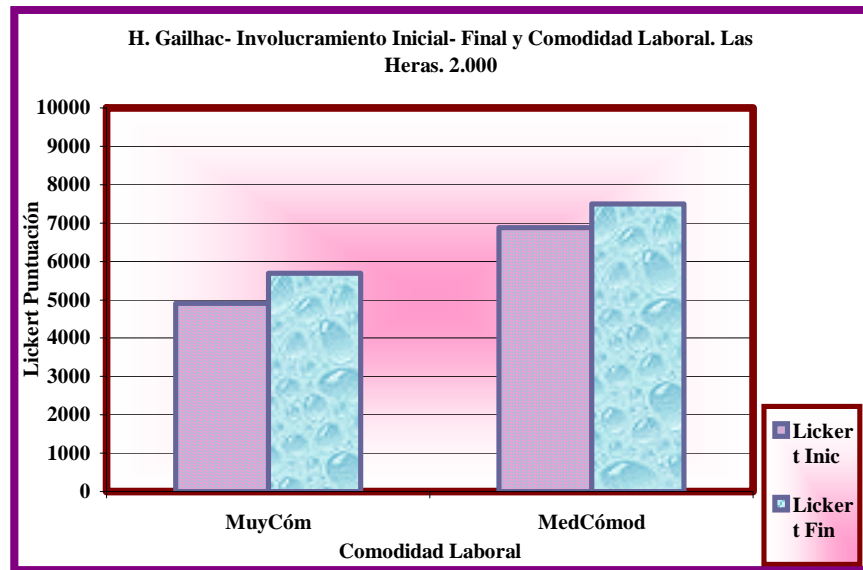
IV.1.4.13. Involucramiento y Comodidad en el Cargo Actual:

Gráfico N° 41:



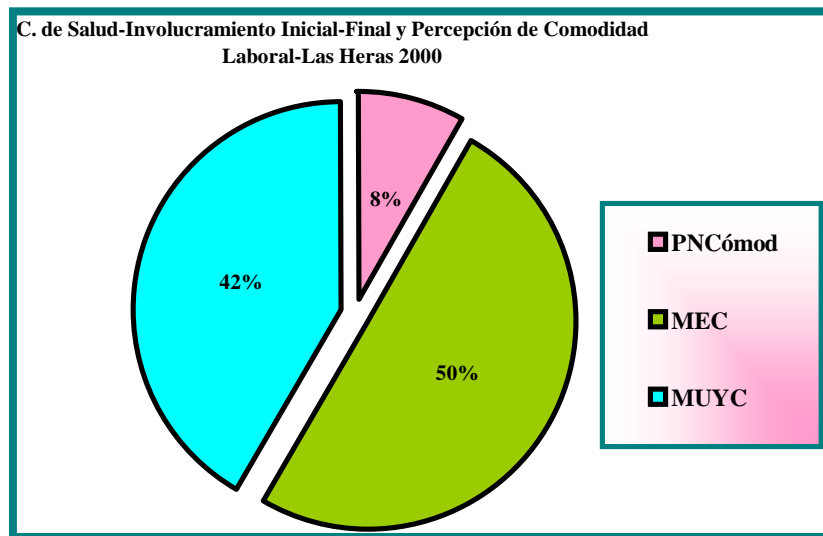
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 42:

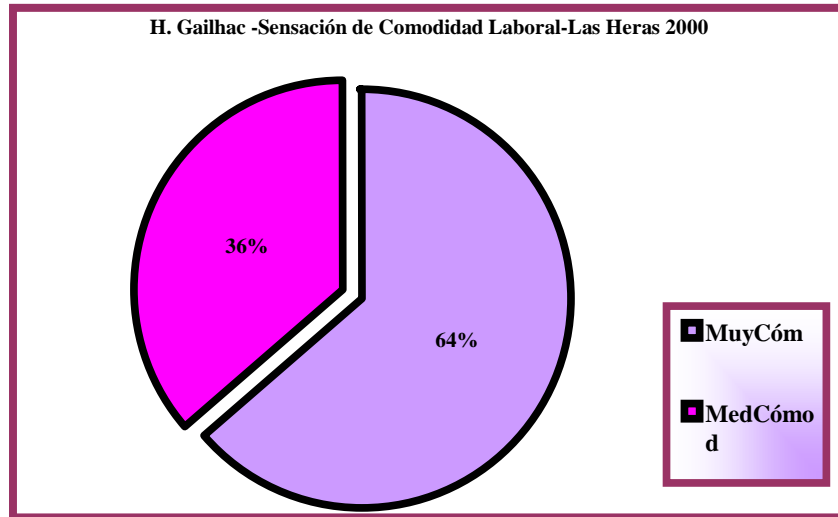


Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 43:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 44:

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

En el análisis del Involucramiento y la percepción del Grado de Comodidad Laboral, presentó los siguientes resultados:

♥ **En el Grupo de Intervención:**

- **El mayor puntaje Inicial y Final** correspondió al grupo que refirió sentirse *Muy Cómodo* (Gráfico N° 41).

♥ **En el Grupo Control:**

- Ninguno de los entrevistados refirió sentirse *Para Nada Cómodo*.
- Dividido así este Grupo, **el mayor puntaje Inicial y Final** correspondió a quienes refirieron sentirse *Medianamente Cómodos*. (Gráfico N° 42).

♥ **La mayor diferencia entre el Involucramiento Inicial y Final** se produjo en el Grupo de Intervención en todas las categorías.

En los Gráficos N° 43 y 44, se muestra como se distribuyó la composición porcentual, del *Grado de Percepción de Comodidad Laboral* en ambos grupos.

14.4.13 Involucramiento y Retribución Salarial:

A todos los entrevistados se les interrogó:

“.....¿Cuánto cree Ud. que influye el tema salarial en su sentimiento actual, respecto de su cargo?”, las opciones fueron:

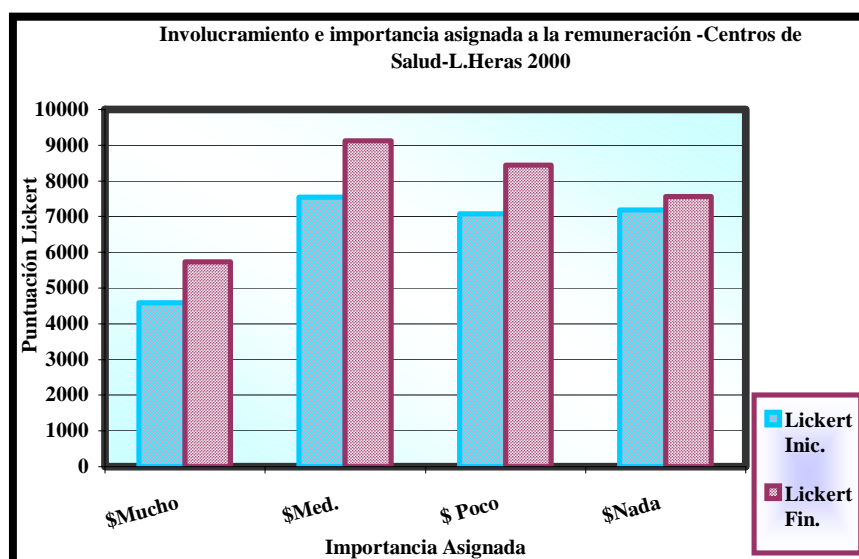
Mucho; medianamente; poco; nada.

Los resultados fueron los siguientes:

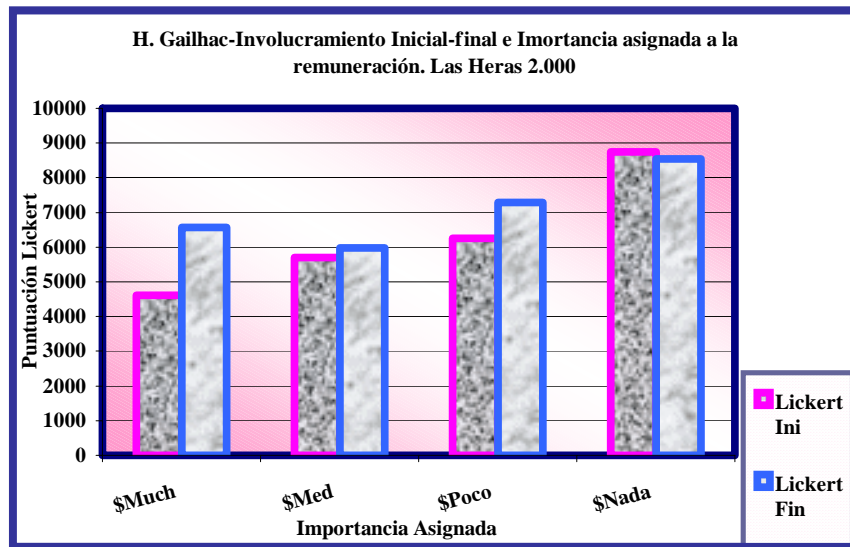
♥ En el Grupo de Intervención:

- El mayor puntaje de **Involucramiento Inicial y Final** se observó para la categoría “*Mediana Influencia*”, con 7.552 puntos iniciales y 9.115 puntos finales. Gráfico N° 45.

Gráfico N° 45:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 46:

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

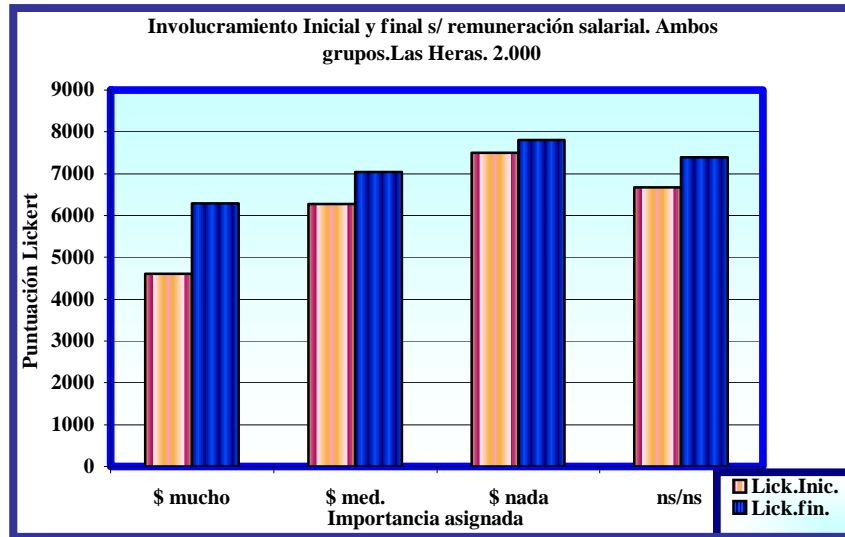
♥ **En el Grupo de Control:**

- **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial y Final** correspondió a la categoría “*Nada de Influencia*”, con un descenso de 8.750 puntos iniciales, a 8.542 puntos finales. Gráfico N° 46

♥ **Para ambos grupos:**

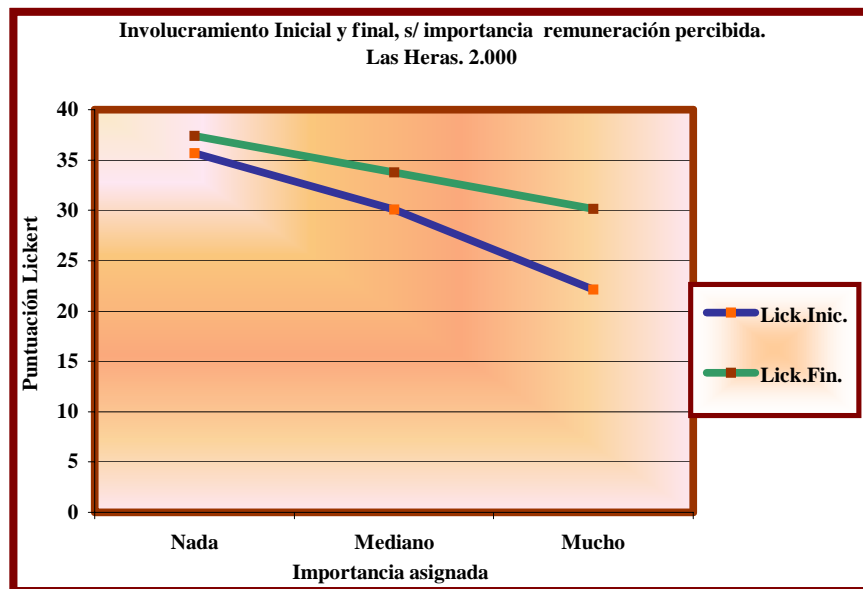
- **El mayor puntaje de Involucramiento Inicial** fue para la categoría “*Nada de Influencia*”.
- **El menor puntaje de Involucramiento Inicial** fue para la categoría “*Mucha Influencia*” a la retribución salarial y para su forma de sentirse respecto de su comodidad laboral. Gráfico N° 47 y 48.

Gráfico N° 47:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 48:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.1.5. Variable Conocimiento:

IV.1.5.1. Conocimiento Inicial, Escolaridad y Título Profesional:

La **Línea de Base** de la variable Conocimiento, reveló:

- **El promedio ponderado de cada grupo, tuvo una calificación de 5(cinco) puntos para el Grupo de Intervención, con un 50.71 % de respuestas correctas, contra 4 (cuatro) puntos, 46,33 % del Grupo Control.**

Luego de la capacitación, ambos grupos alcanzaron:

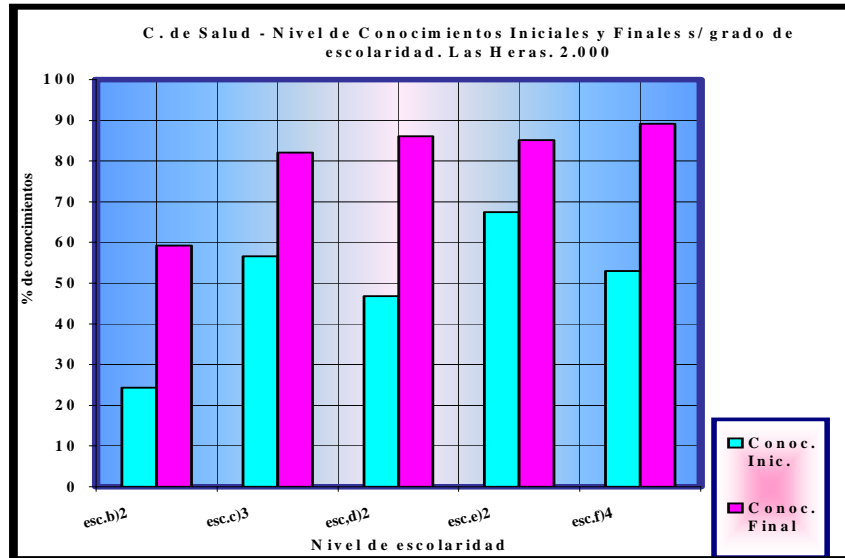
- **Un promedio ponderado, con una calificación de 8 puntos, con un 83.24 % para el Grupo de Intervención y de 80.3 % el Grupo Control.**

El resultado final fue:

- **Mayor para el Grupo de Intervención, con 83.24 %, vs. el 80.3 % del Grupo Control, con un Odd Ratio 1.06, un valor de Chi= 10.03 y una p=0.0339.**
- **La diferencia de Conocimiento Inicial entre ambos grupos, del 4.38 %, luego de la Capacitación se redujo al 2.94 %, registrando un incremento total del 32.53 % en el nivel de conocimientos en el Grupo de Intervención y un 33.97 % en el Grupo Control.**

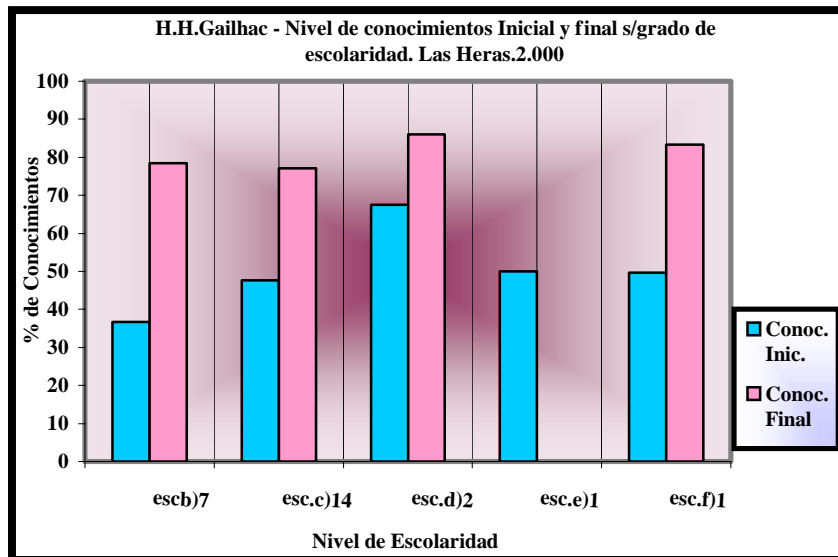
En los gráficos N° 49 y 50, se grafican las diferencias entre el nivel de conocimientos inicial y final, en relación con el nivel de escolaridad y título Profesional de los participantes, de ambos grupos.

Gráfico N° 49:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 50:



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

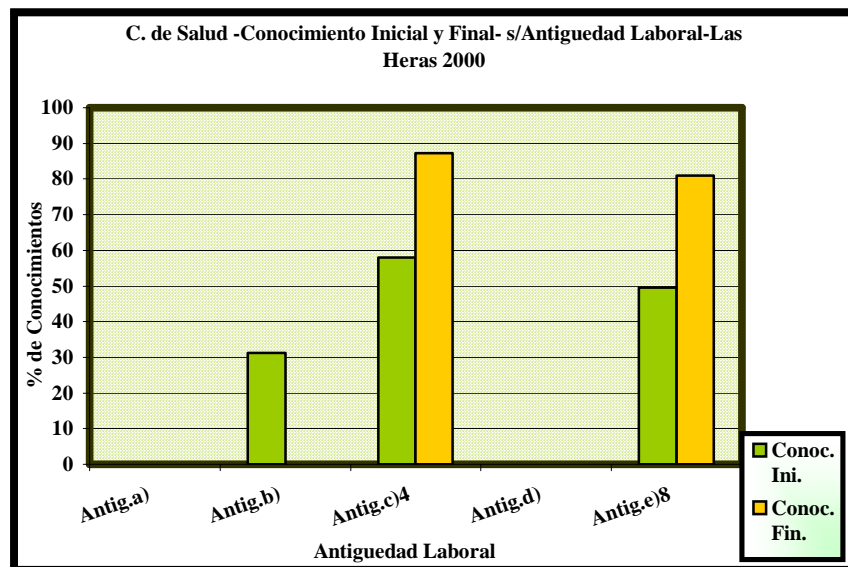
♥ El mayor puntaje de Conocimiento Inicial correspondió a la *edad b*, en el Grupo de Intervención.

- ♥ El mayor puntaje de Conocimiento Inicial correspondió a la *edad a*, en el Grupo Control.

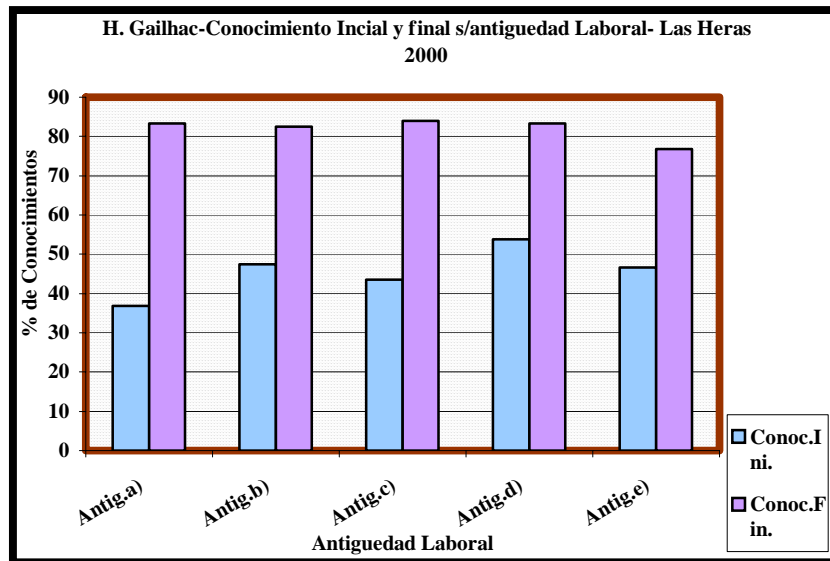
IV.1.5.2. Conocimiento y Antigüedad Laboral:

El nivel de Conocimientos Inicial y Final para cada grupo, y su relación con las diferentes categorías de Antigüedad laboral, se exponen en los gráficos N° 51 y 52.

Gráfico N° 51:



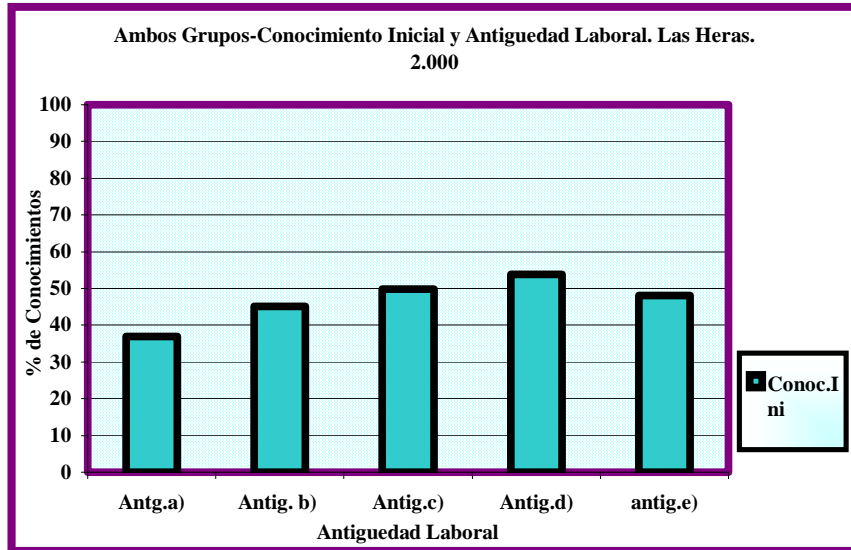
Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 52

Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

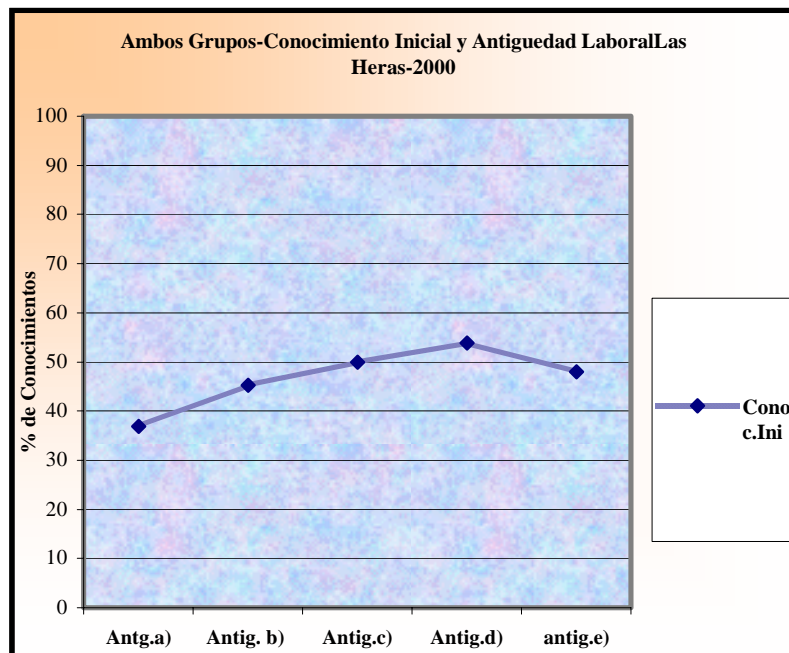
- ♥ **Unificando la masa de datos de ambos grupos en una sola** y prescindiendo del método de capacitación empleado, se graficó el nivel de Conocimiento Inicial y su relación con las diferentes categorías de Antigüedad laboral.
 - **El Mayor Puntaje de Conocimientos Iniciales** correspondió a la *Antigüedad Laboral d*, (16 a 20 años), con 53.85 % de Conocimientos.
 - **El menor puntaje** correspondió a la categoría de *Antigüedad Laboral a*, Gráficos N° 53 y 54.

Gráfico N° 53



Fuente: Elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

Gráfico N° 54



Fuente: elaboración propia. Dr. N. E. Rodríguez Papini. L. H. 2000

IV.2. PERÍODO DE OBSERVACIÓN EN TERRENO, POST-CAPACITACIÓN

Acorde a lo planteado en el punto **III.4.2.**, se procedió a la observación del cumplimiento de lo fijado en el punto **III.6.4.** como probables ítems considerados como indicadores positivos para la Actitud “Involucramiento”:

- Determinaciones de HGT/paciente) realizadas.
- Actividades educativas sistemáticas impartidas.
- Pacientes con turno diferidos, gestionados por los enfermeros.
- Pacientes con factores de riesgo detectados y derivados para consulta.
- Familiares de pacientes diabéticos motivados y derivados para consulta.
- Entrevistas a informantes clave realizadas.

Este período abarcó desde el mes de agosto/2000 para el Grupo de Intervención y desde septiembre para el Grupo Control.

El comportamiento en el Grupo de Intervención de cada una de los enfermeras/os mostró una correspondencia exactamente similar al puntaje Final de la Escala de Lickert obtenido, con un paralelismo altamente significativo, en la mayoría de los ítems seleccionados para la observación.

IV.2.1. Evaluación del Grupo de Intervención:

IV.2.1.1. Ítem “Determinación de tirillas para dosaje de glucosa en sangre”:

Este ítem fue el que registró el mayor grado de fidelidad y paralelismo con la puntuación Final, obtenida en la Escala construida. El detalle es el siguiente:

- Todos los enfermeros que obtuvieron un puntaje = o > al promedio final de la Escala (7/11), merecieron el calificativo ***“Determinación en cada una de las visitas de cada paciente”***.
- Una enfermera, que encontrándose por debajo del promedio de puntaje, (pero aún dentro del DS), obtuvo la calificación ***“Esporádicamente hizo determinación”***.
- Un enfermero, que obtuvo una de las puntuaciones más bajas de Inicio, pero que obtuvo una alta puntuación Final (9.167 puntos), mereció la calificación ***“En casi todas las visitas con no más de dos excepciones”***.
- El enfermero que obtuvo el más bajo Puntaje Inicial, mereció el calificativo ***“Nunca efectuó determinación”***.
- La siguiente enfermera, con el más bajo Puntaje Final obtuvo el calificativo ***“Nunca efectuó determinación”***.

IV.2.1.2. Ítem “Actividades educativas sistemáticas impartidas”:

Este ítem mostró en general un comportamiento totalmente indiferente al puntaje inicial y/o final de la Escala, ya que solamente en un Enfermero con un alto puntaje Final (9.166 puntos), mereció el calificativo ***“Participación activa y voluntaria en cada una de las tareas que se programaron”***. No obstante no organizó ni dictó charlas en la sala de espera destinada a pacientes o familiares diabéticos.

Es probable que la alta dependencia de los enfermeros de las iniciativas de educación por parte de los médicos (acorde al modelo aprehendido), haya influido en esta actitud.

IV.2.1.3. Ítem “Pacientes con turno diferidos, gestionados por los enfermeros”:

Este ítem, al igual que la determinación de tirillas, es el que registró uno de los comportamientos más fieles referidos a los niveles de Puntuación Final de la Escala. El comportamiento fue el siguiente:

- Para 4 de los 7 enfermeros que obtuvieron un puntaje = o > al promedio final de la Escala, merecieron el calificativo “**a) Más de 7 pacientes derivados**”. En dos de estos enfermeros, además se observó la integración de una red de trabajo con el personal administrativo y de Trabajo Social, a fin de organizar la búsqueda activa en terreno de pacientes diabéticos conocidos que no consultaban.
- Dos de los enfermeros siguientes en el puntaje merecieron el calificativo “**b) De 4 a 7 pacientes derivados**”
- Dos de los enfermeros siguientes en el puntaje, incluido uno del grupo de = o > Puntaje promedio, obtuvo el calificativo “**c) De 1 a 3 pacientes derivados**”.
- Los tres enfermeros restantes (incluido uno del grupo de los once) merecieron el calificativo “**d) Ningún paciente derivado**”.

IV.2.1.4. Ítem “Pacientes con Factores de Riesgo Detectados y derivados para consulta”:

Este ítem es el que sigue a continuación en mostrar un comportamiento paralelo a la puntuación final obtenida con la Escala de Lickert.

- Repite el comportamiento del ítem anterior, con 4 de 7 enfermeros que obtuvieron un puntaje = o > al promedio final de la Escala, merecieron el calificativo “**a) Más de 7 pacientes derivados**”. En dos de estos enfermeros, mediante la ya mencionada labor en red con el personal administrativo y de Trabajo Social, buscando activamente en terreno pacientes diabéticos conocidos que no consultaban, se logró la derivación de pacientes con Factores de Riesgo, en los cuales se detectó Diabetes asintomática y diversos cuadros de Insulinorresistencia. El Factor de Riesgo más frecuentemente derivado fue Obesidad y luego antecedentes de una hiperglucemia elevada en el pasado.
- Otro de los enfermeros mejor puntuado, mereció el calificativo “**b) De 4 a 7 pacientes con Factores de Riesgo derivados**”.

- Dos enfermeros del grupo de los siete mejor puntuados merecieron el calificativo **“c) De 1 a 3 pacientes con Factores de Riesgo derivados”**.
- El resto del personal (4/11) de enfermería mereció el calificativo **“d) Ningún paciente con Factor de Riesgo derivado”**.

IV.2.1.5. Ítem “Familiares de Pacientes diabéticos detectados, motivados y derivados para consulta”:

Este ítem muestra un comportamiento menos paralelo en su relación con el puntaje final de la Escala.

- Nuevamente repite el comportamiento de los dos ítems anteriores, con 4 de siete enfermeros que obtuvieron un puntaje = o > al promedio final de la Escala, que merecieron el calificativo **“a) Más de 7 familiares de pacientes derivados”**. En dos de estos enfermeros, mediante la ya mencionada labor en red con el personal administrativo y de Trabajo Social, buscando activamente en terreno pacientes diabéticos conocidos que no consultaban, se logró la derivación de familiares, en los cuales se detectó diabetes asintomática y diversos cuadros de Insulinorresistencia.
- Uno de los enfermeros con bajo puntaje Final derivó a dos parientes suyos, sobrinos, hijos de un hermano diabético, mereciendo la calificación **“c) De 1 a 3 familiares de pacientes derivados”**.

IV.2.1.6. Ítem “Entrevistas a informantes clave realizadas”:

Este ítem, a pesar de tener asignada una importancia relevante por parte del plantel de Profesionales de la Escuela de Capacitación para Enfermería y el Equipo de Salud en Diabetes, no tuvo ningún paralelismo con el comportamiento obtenido en el puntaje Final de la Escala.

- Solo dos de las enfermeras del grupo mejor calificado, a través del trabajo en Red integrado, lograron realizar entrevistas a informantes claves, mereciendo el calificativo **“b) De 4 a 7 informantes claves entrevistados”**.

- Ningún otro enfermero efectuó entrevistas a informantes claves mereciendo el calificativo “*d) ningún informante clave entrevistado*”.

IV.2.2. Evaluación del Grupo de Control:

La evaluación del Grupo control, se efectuó mediante la entrevista a los médicos responsables de la atención de los pacientes diabéticos, así como los responsables del Grupo de Educación Diabetológica. Así mismo se entrevistó al personal de Supervisión de Enfermería y Personal Directivo del Hospital.

La conclusión unánime de todos los entrevistados fue:

- A pesar del aumento en el Puntaje Final post Capacitación de la Escala para la Variable Involucramiento no se observó ningún cambio de actitud medible por los indicadores propuestos.
- No se diseñó, ni tampoco implementó la Hoja de Historia Clínica para manejo de Enfermería.
- La percepción vivida en el conjunto de autoridades fue que la Capacitación transcurrió como una instancia más, sin ninguna repercusión o impacto visible ni medible.
- Se debió retirar del depósito de Farmacia, más de 2.500 tirillas reactivas para dosaje de glucosa en sangre, a fin de evitar el vencimiento de las mismas. Al interrogar sobre el por qué de esta situación, la respuesta fue: “... *nadie las solicitó*”.
- No se produjo ninguna derivación de pacientes nuevos, ni de familiares, ni de pacientes con factores de riesgo

V. CONCLUSIONES:

Según los Resultados, para este Estudio, las conclusiones son las siguientes:

V.1. La Capacitación:

1. La **Capacitación (como sinónimo de formación)**, “per-se” se comportó como una herramienta útil para producir modificaciones favorables en cuanto a la actitud Involucramiento por parte del personal, ya que en forma global (prescindiendo del método empleado), se verificó un mejoramiento en el **64,51 %** de los casos, un empeoramiento en el **32.25 %** y sin cambios en el **3.22 %** de los casos, en la puntuación final de la escala diseñada a tal fin

2. La **Capacitación (como sinónimo de formación e instrucción)**, desarrollada a través del método que fortaleció la interacción y el reforzamiento continuo de actitudes, logró mejores resultados en la puntuación Final de actitud y éstos resultados a su vez fueron más perdurables en el tiempo que los resultados obtenidos por el modelo de capacitación de tipo magistral exclusivo. El involucramiento obtenido en el **Grupo de Intervención** obtuvo un puntaje mayor que en el **Grupo Control**, con un incremento de 1.291 puntos (**12.91 %**), contra 642 puntos (**6.42 %**) del Grupo Control, con un cálculo de $p = 0.0015431$; Odd Ratio 0.93 ($0.88 < OR < 0.97$) como factor protector; Riesgo Relativo = 0.96 ($0.94 < RR < 0.99$); límite de confianza (Serie de Taylor) 95% para RR. (*)

Estos resultados permiten rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa propuesta en este estudio.

(*) Epi Info, versión Epi .6 (1.997)

V.2. Edad:

1. En el **Grupo de Intervención**, para “**Involucramiento Inicial según Edad**”, el **mayor** nivel de puntuación lo obtuvo la categoría *edad c*, y el **menor** nivel de puntuación la *edad d*, el que no obstante presentó el mayor puntaje Final con el **mayor** incremento, 3.346 puntos (6.296 iniciales y 9.642 puntos finales).
2. En el **Grupo Control**, para “**Involucramiento Inicial según Edad**”, el menor puntaje lo obtuvo la categoría *a* y el mayor nivel de puntuación lo obtuvo la categoría *edad b*.
3. En el **Grupo Control**, para “**Involucramiento Inicial-Final según Edad**”, no se observó diferencia en la puntuación Inicial-final en la categoría *edad d*.
4. En **Ambos Grupos** –base única de datos-, la puntuación para nivel de “**Involucramiento Inicial según Edad**”, obtuvo el puntaje menor en la categoría *edad a*, comparativamente con los otros grupos, y obtuvo el puntaje mayor en la categoría *edad b*.

V.3. Sexo:

1. En este estudio, la puntuación en el nivel de “**Involucramiento según Sexo**”, en cada **grupo** mostró un comportamiento exactamente igual en ambos grupos; los varones obtuvieron un menor puntaje Inicial, pero un mayor puntaje Final que las mujeres

V.4. Título Profesional:

1. En este estudio, la puntuación en el nivel de **“Involucramiento Inicial según el Título Profesional”**, mostró para el **Grupo de Intervención el mayor** puntaje para la categoría *Auxiliar de Enfermería*, con 7.083 puntos Iniciales y 8.292 Finales. En **el menor** puntaje Inicial y Final *Lic. En Enfermería*, que aparece con 6.198 y 7.221 puntos respectivamente.
2. Para **Ambos Grupos** en una sola base de datos, la puntuación en el nivel de **“Involucramiento Inicial según el Título Profesional”**, mostró el **menor** puntaje para la categoría *“Enfermeros Empíricos”* con 5.937 puntos, y **el mayor** para *“Enfermero Profesional”* con 6.750 punto

V.5. Nivel de Instrucción:

1. La puntuación en el nivel de **“Involucramiento Inicial según Nivel de Instrucción”** mostró un grado de relación directa con el nivel de escolaridad del agente. Este comportamiento se verificó especialmente para la **base de datos unificada de ambos grupos**, donde la categoría escolaridad *b*, obtuvo el menor puntaje, con 4.467 puntos y el grado de escolaridad *e* el mayor, con 7.846 puntos.

V.6. Nivel de Conocimientos Previos en la Temática Diabetológica:

- 1.- El nivel de **Involucramiento Inicial**, mostró una relación directa con el **Nivel de Conocimientos Previos en la Temática Diabetológica** demostrados por el agente. Los que obtuvieron la calificación de *Conocimiento Inicial* ($=$ o $>$) a la media del grupo, obtuvieron una puntuación mayor en la escala de Involucramiento del **6,96 %** para el puntaje Inicial y **3,62 %** para el puntaje Final, que aquellos que obtuvieron ($=$ ó $<$) puntaje en el promedio general de *Conocimiento Inicial*.

V.7. Antigüedad Laboral:

1. El nivel de **Involucramiento Inicial** no mostró relación con la cantidad de años en el ejercicio de la profesión (*Antigüedad Laboral*). **En cada grupo**, el comportamiento fue exactamente inverso. En la base de datos única para ambos grupos no mostró ningún patrón fijo de comportamiento.

V.8. Situación Laboral:

1. El nivel de **Involucramiento Inicial y Final** relacionado con la **Situación Laboral** de los agentes, en el **Grupo de Intervención** lo obtuvieron quienes revistaron en la denominada situación laboral *b, Efectivos por Concurso* (9.375 y 10.000 puntos respectivamente).

2. El nivel de **Involucramiento Inicial y Final** relacionado con la **Situación Laboral** de los agentes, en el **Grupo de Control** siguió un comportamiento diferente al **Grupo de Intervención**, al ser la Categoría *Contratados*, quienes tuvieron el mayor Involucramiento Inicial.

3. El nivel de **Involucramiento Inicial** relacionado con la **Situación Laboral** de los agentes, en el análisis unificado de la base de datos para **Ambos Grupos**, el mayor puntaje lo obtuvieron quienes revistaron en la denominada *situación laboral b, Efectivos por Concurso* .

V.9. Capacitación previa en la Temática Diabetológica:

1. El nivel de **Involucramiento Inicial** mostró en **Ambos Grupos** relación directa con haber recibido **Capacitación Previa en la Temática Diabetológica**, al resultar mayor que quienes declararon no haberla recibido.

V.10. Presencia de un Familiar o Ser querido en el afecto con Diabetes.

1. En **Ambos Grupos** el nivel de **Involucramiento Inicial y Final** relacionado con la **Presencia de familiares con Diabetes**, aquellas personas que refirieron la presencia de los mismos, mostraron puntajes de Involucramiento **menores** que los que refirieron no tenerlo,

V.11. Motivo de Ingreso a la Profesión:

1. El **mayor** puntaje de **Involucramiento Inicial y Final** respecto del **Motivo de Ingreso a la Profesión** en **Ambos Grupos** correspondió a quienes identificaron al motivo *b, salida laboral –sola o unida a Vocación)* como la causa de ingreso a la Profesión.

2. El **menor** puntaje en **Involucramiento** para el **Grupo de Intervención**, lo obtuvieron quienes refirieron el motivo *a, Vocación* y en el **Grupo Control** la causa *d, Identificación con alguna persona que es enfermero o personal del equipo de Salud.*

V.12. Percepción del Grado de Recompensa Laboral:

1. En el **Grupo de Intervención**, el **Involucramiento Inicial** sigue una curva ascendente, y logra el **mayor** puntaje en quienes refirieron sentirse *Plenamente Recompensados*, y el **menor** en quienes refirieron sentirse *Para Nada Recompensados*.
2. En el **Grupo de Control** se observó un comportamiento exactamente inverso, al referido en la conclusión N° 20.

V.13. Percepción del Grado de Comodidad en el Cargo Actual:

1. En los gráficos N° 41 y 42, se expusieron los resultados de **Involucramiento Inicial-Final** y la percepción del grado de comodidad en el cargo actual. Sin seguir un patrón lógico fijo, en el **Grupo de Intervención** aparece la categoría *Plenamente Recompensado* con el **mayor** puntaje Inicial.

V.14. Importancia Asignada a la Remuneración Laboral:

1. Para el nivel de **Involucramiento Inicial y Final** relacionado con la **Importancia Asignada a la Remuneración Laboral** por los agentes, en **Ambos Grupos**, el **menor** puntaje lo obtuvieron quienes respondieron como *Muy Importante* la influencia en su forma de sentir .

V.15. El Instrumento de Medición- Escala de Lickert:

1. El **Instrumento de Medición diseñado** (Escala de Lickert), demostró en todos los casos (U.A.), adecuarse al **comportamiento –actitud en general- observado**, tanto previo, como durante y posteriormente a la capacitación impartida.

2. El **Instrumento de Medición** diseñado (Escala de Lickert), demostró paralelismo en el comportamiento de los siguientes ítems evaluados durante el período Post Capacitación, a saber:

- *Determinaciones de HGT/paciente) realizadas.*
- *Pacientes con turno diferidos, gestionados por los enfermeros.*
- *Pacientes con factores de riesgo detectados y derivados para consulta.*
- *Familiares de pacientes diabéticos motivados y derivados para consulta.*

En cambio no mostró paralelismo con los siguientes ítems :

- *Grado de Percepción de Comodidad Laboral, en el Grupo Control.*
- *Actividades educativas sistemáticas impartidas.*
- *Entrevistas a informantes clave realizadas.*

V.16. Variable Conocimiento- Línea de Base:

1. La **Línea de Base** de la **Variable Conocimiento**, reveló para el promedio ponderado de **Cada Grupo**, una calificación de **5(cinco) puntos** para el **Grupo de Intervención**, con **50.71 %** de respuestas correctas, y **4 (cuatro) puntos** con **46,33 %** en el **Grupo Control**.

V.17. Variable Conocimiento- Meta de Conocimientos post Capacitación:

1. Luego de la **Capacitación**, ambos grupos alcanzaron la **Meta de Conocimientos** calificación de **8 puntos, 83.24 %** para el **Grupo de Intervención** y de **80.3 %** el **Grupo Control**)

V.18. Variable Conocimiento- Comparación de Ambas Metodologías:

1. Comparando ambas **Metodologías de Capacitación**, el resultado final resultó mayor para el **Grupo de Intervención**, con **83.24 %**, vs. el **80.3 %** del **Grupo Control** (Odd Ratio 1.06, con un valor de Chi = 10.03, con una p = 0.0339). (*)

V.19. Variable Conocimiento y Antigüedad Laboral:

1. Para **Ambos Grupos** y prescindiendo del método de capacitación empleado, el Mayor Puntaje de Conocimientos Iniciales correspondió a la **Antigüedad Laboral, d** (16 a 20 años) con **53.85 %** de Conocimientos. El menor puntaje correspondió a la categoría de **Antigüedad Laboral a**).

(*) Epi Info, versión Epi.6 (1.997)

VI. COMENTARIOS:

Para el desarrollo del presente trabajo, la clasificación de los grupos de estudio descriptos se basó en considerar, *a priori*, que los sujetos fueran de similares condiciones, tales como la pertenencia al mismo grupo étareo, la misma antigüedad laboral y/o en el desempeño Profesional, Título Profesional, etc. y que por esto presentan semejanzas respecto de las expectativas de capacitación, progreso, ascenso y reconocimiento laboral esperado, así como de las condiciones de vida en general.

El supuesto previo referido, se efectuó a pesar de las diversas Teorías que existen sobre Motivación, que han descripto y profundizado sobre los diferentes y complejos componentes que en ella intervienen.

Al examinar las mencionadas teorías, se observa los diferentes puntos de vista de los autores que, en las llamadas Teorías de Contenido, agrupan a las necesidades de la motivación como una *Escala de Jerarquía de las Necesidades*, según Maslow, o bien admiten la presencia de los *Satisfacientes* y los *Insatisfacientes* que plantea Herzberg, o el *Desafío de los Logros* de Mc.Clelland.

En las denominadas Teorías de Proceso: se encuentra la *Relación de Expectativas* de Vroom y la *Relación de Equidad*.

A través del estudio de la mismas, pareciera que cada uno de los autores ha tomado y desarrollado una parte de la verdad, pues no se puede dejar de ver la realidad de una Escala de Necesidades que el hombre requiere satisfacer para ascender a un peldaño superior; o bien la presencia y relación de sus propias expectativas que juegan un papel importante a la hora de determinar su comportamiento. También es relevante la necesidad de establecer la relación entre los resultados de Primer Nivel obtenidos con los resultados de 2º Nivel obtenidos o a obtener, según Vroom.

Dentro de esta complejidad, puede observarse que la trama de relaciones intrínseca, es dinámica, polifacética e inesperada.

Siendo muy difícil, o prácticamente imposible, tratar de definir perfiles en el comportamiento esperable de las personas, se ha querido en este Trabajo de Investigación, explorar el desempeño en cuanto a factores de influencia y/o las relaciones interactuantes en el mundo laboral de un conjunto de profesionales de la Enfermería, situados en un contexto similar.

Es sabido que, sin despertar la *motivación interna*, es decir los diferentes intereses del individuo, y reforzarlos a través de la *incentivación* (para que no decaigan), es difícil pretender un cambio de actitud que implique un mayor involucramiento y que modifique actitudes en forma positiva.

El involucramiento es una de la más genuinas expresiones de la Motivación, (proporcionarle al individuo una situación que lo induce a un esfuerzo intencional, orientado hacia objetivos queridos y comprendidos). Es en definitiva, la síntesis de los tres atributos inherentes al ser humano, “inteligencia, voluntad y libertad” con un sentido determinado.

De acuerdo a esto, el planteo de incentivar a través de la capacitación para lograr un *involucramiento* del individuo, debería seguir forzosamente el camino de “*recrear*” la dinámica de la motivación. Esto es:

- Crear la situación de necesidad mediante el establecimiento de un deseo, una tensión.
- Permitir que el individuo vislumbre el objetivo capaz de satisfacer esa necesidad.
- Permitirle o facilitarle que inicie el esfuerzo o acción para solucionar la dificultad.
- Permitir que luego de solucionar la dificultad el sujeto retenga la forma de comportamiento para actuar de manera más o menos similar en situaciones parecidas.

Acorde a este planteo, el cuerpo medular del Proyecto consistió en disparar este interés - explícito u oculto-, a través de *incentivar mediante actividades de capacitación participativas y reforzamiento, mediante actividades prácticas periódicas, asignación de responsabilidades, etc.*, la actitud de los agentes que operaron como Unidades de Análisis, tratando de lograr su involucramiento.

Planteado esto, se decidió encarar un Programa de Capacitación que más allá de las temas enunciados y las actividades de resolución diseñadas (como tareas prácticas,

presentación de pacientes, etc.), permitiera a través del espacio creado plantear todo el tiempo la posibilidad de vislumbrar el nexo entre:

“a) qué significaba el problema desde diferentes enfoques. Por ejemplo:

- -la implicancia sociosanitaria de una enfermedad crónica, con sus elevados costos de reparación, la morbimortalidad que representa, la cantidad de A.V.P.P. que implica para la sociedad, etc;
- la menor calidad de vida para el paciente.
- -la relación en la asignación del presupuesto destinado, en el Sector Salud, a la Asistencia vs. la Prevención;
- -las consecuencias de esta relación, como la consiguiente menor distribución en sueldos y productividad;
- -la importancia y el prestigio de la actividad preventiva del Primer Nivel de Atención;
- -el reforzamiento de la jerarquía de la tarea –comúnmente desprestigiada-;
- la importancia del trabajo en Equipo en Salud, etc.

b) la posibilidad de cambio de la situación descripta

- -mediante la implementación de diferentes pautas consensuadas y condiciones de trabajo;
- -la consecuente repercusión en el estado de Salud de la población.

c) el impacto que podría derivar sobre ellos mismos, la propia decisión

- -mejora de la gratificación personal por el trabajo realizado;
- -posibilidad de futuras mejoras en ciertos aspectos que le conciernen: salario, productividad, reconocimiento, ascensos, etc.

Dentro del marco general en el que se desarrollan las actividades e interrelaciones personales en el Estado, es posible observar que se produce un “encorsetamiento” de deseos, voluntades, expectativas y necesidades, en el seno de una actividad altamente estresante, como lo es la atención de la Salud, de la que no es ajena Enfermería. Esta es intensamente demandante y exigente de esfuerzo por parte de quien la ejerce (entrega ante el dolor, el sufrimiento permanente, ante lo más precario y, en ocasiones, denigrante de las personas), con una permanente necesidad y obligación de responder a parámetros y expectativas ajenas: pacientes, superiores, compañeros, familiares, etc.

Este desempeño se realiza teóricamente dentro de un Sistema previsto de estímulos y recompensas, que no funciona en la realidad, pues no existen ascensos por capacidad, retribución por productividad, etc, lo que lo transforma en una férrea coraza que atrapa, encierra y ahoga al individuo, achatando sus aspiraciones.

La rutinización de la tarea puede ser uno de los mecanismos de defensa que se emplee. Se podrían producir entonces falta de ilusiones, desmotivación, apatía, carencia de expectativas de promoción, agotamiento físico y mental, pérdida de energía y sensación de frustración. La Psiquiatría enmarca este comportamiento dentro de los trastornos adaptativos crónicos.

Los trabajos y profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás serían los más proclives a generar este tipo de estrés ocupacional.

El proceso se podría dar cuando los mecanismos para defenderse no bastan, comenzando entonces un proceso de despegamiento entre lo que inició como su vocación, sus ideales en el que termina personalizando y trasladando esta carga hacia el “objeto de su elección vocacional”. Lo transforma entonces, en el símbolo de su frustración; Se produce una metamorfosis sobre este “sujeto idealizado”, descargando en él toda su negativa sensación y sentir. Lo desconoce, lo abandona, lo agrede, no lo tolera. La falta de respuestas ante las numerosas ocasiones de presión a las que se ve sometido, pudieran estar causando gran parte de esta respuesta.

Diferentes autores denominan a esto, “el Síndrome del Quemado Laboral”, (*Síndrome de Burnout*). Este cuadro, según algunos autores estadounidenses, afectaría aproximadamente al 10% de los médicos. Pero no son los únicos afectados: les sigue muy de cerca el personal de enfermería, maestros, y profesores, bomberos, trabajadores sociales, personal de equipos de rescate... Según otros autores, se produciría especialmente en aquellos que desarrollan una actividad intermedia entre los trabajos intelectuales y los manuales.

Son trabajadores en permanente contacto con los demás, agobiados por las demandas del público y controlados por la dirección".

Podrían sumarse otros estresores o agentes determinantes del estrés:

- organización autoritaria y alienante,
- desplazamiento penoso del hogar al trabajo,
- inseguridad laboral,
- temor a perder el empleo,
- preocupación económica...
- la confrontación con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte, el trato a pacientes difíciles y no colaboradores y el manejo de información con mensajes de dolor, que van conformando un trabajo emocional añadido al instrumental.

Todo ello configura un entramado de fenómenos que dan lugar a un trastorno adaptativo crónico, que a menudo acaba en una depresión con características muy definidas. Es una depresión anérgica, en la que no se da un humor depresivo, pero sí una falta de ilusión y de motivación y un agotamiento físico y mental que no desaparece con el descanso".

Aparentemente para la presencia del Sd. de Burnout confluirían factores ambientales y de personalidad asentados preferentemente sobre una personalidad perfeccionista, con alto grado de autoexigencia, idealistas y con una gran tendencia a implicarse en el trabajo. También en aquellas personas que han depositado demasiadas expectativas en su tarea, lo que ocasiona que las decepciones y frustraciones del trabajo no sean recicladas y adaptadas a un estilo de vida, donde las expectativas no superen la realidad. Si sucede lo contrario el punto final es la depresión. El sujeto que se siente desgastado profesionalmente tiende a neurotizarse, a rumiar constantemente su problema y se lo lleva a todas partes, por lo que nunca se desconecta.

Esta presencia de un cuadro de agotamiento laboral, debería ser evaluada en el futuro inmediato por los responsables de la conducción del Sector Salud de la Provincia, especialmente a la luz de la constitución de las plantas de personal, donde predomina un elevado porcentaje de personas con antigüedad mayor a 20 años de desempeño y edad mayor a 46 años (Gráfico N° 8). Es también importante señalar que entre los que padecen este síndrome se detecta una mayor tasa de cambio de trabajo, abuso de alcohol y otras drogas, así como a menores expectativas de vida.²⁷

Ante esta situación y de acuerdo a Herzberg, operar en los “contenidos del trabajo” sería lo que provocaría mayor satisfacción entre el personal: la Capacitación, el reconocimiento por la labor efectuada, la posibilidad de ascensos acorde al nivel de competencia personal, los desafíos posibles de alcanzar, etc.

Este supuesto parecería haberse corroborado en el presente Estudio, toda vez que en la gran mayoría de los sujetos intervinientes, **la Capacitación produjo un apreciable mayor nivel de la puntuación “Involucramiento Final”**.

El referido resultado se produjo en forma independiente del método empleado. No obstante, comparando ambos métodos de Capacitación, surgió claramente la diferencia a favor de un método que reforzó la actitud, a través del refuerzo motivacional periódico, interactivo, con integración en Equipo del personal, rescatando el perfil humano de la función. Este cambio se mantuvo durante todo el período de observación post capacitación de los ítems seleccionados a tal fin, y con el establecimiento de conductas no esperadas que reforzaron el nivel de compromiso.

Así, durante el período de observación post Capacitación, se observó que el comportamiento de los ítems seleccionados mostró mejores resultados en aquellos ámbitos donde se estimuló la actividad y la iniciativa personal, la integración e interrelación del enfermero en Equipo, con actividades “Enfermero- Trabajador Social”, “Enfermero- Administrativa”, “Enfermero-Nutricionista ”, “Enfermero-Médico”, etc. Esto constituyó, junto a los Promotores Sociales, una verdadera red que intensificó las acciones y fortaleció los resultados. Se observó mejorías dinámicas en los niveles de involucramiento cuando se produjeron reemplazos, encargaturas y otras actividades –aun cuando fueran temporarias- que conllevaron un aumento en el grado de responsabilidad de la tarea a ejecutar.

²⁷ Revista Metas de Enfermería: <http://www.metas.org>
Archivo de mensajes: <http://es.egroups.com/group/metas>

Estos resultados permiten rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa propuesta en este Estudio.

En este Estudio, durante el período de observación post Capacitación se observó que el comportamiento de los ítems seleccionados mostró resultados menos favorables (en cuanto a conductas esperables), en los ámbitos laborales donde se detectaron *conflictos laborales pre-existentes en el Equipo de Salud*. Los peores resultados (en cuanto a conductas esperables) en quienes mostraron *conflictos de índole personal y/o laboral pre-existentes* (Personal con componentes depresivos, partes psiquiátricos diversos, etc.)

Aún cuando la Capacitación se mostró como una herramienta útil para mejorar el grado de Involucramiento (conclusiones V.1: 1 y 2), debemos señalar que:

- Esta mejora, dentro de ciertos límites (ver comentario con “la relación con Título Profesional”), estuvo relacionada con el **Nivel de Instrucción, el Grado de Conocimientos y Capacitación Previa** del agente, (conclusiones N° V.4:1 y 2; V.5:1; y V.6:1). Las personas que evidenciaron un alto puntaje en la Escala de Involucramiento, demostraron una muy alta tasa de aprovechamiento de la capacitación, con notables mejoras en las calificaciones pre y post proceso. Cabría preguntarse ¿qué fue primero?. Probablemente estas tres (Nivel de Instrucción, el Grado de Conocimientos y Capacitación Previa del agente) fueran condiciones de base previas a obtener un mejor resultado. Es decir la propia motivación interior que lleva a conseguir metas en la vida personal, (entre ellas luchar y obtener un mayor nivel de Instrucción Escolar, de Capacitación Previa y estas dos a un mayor grado de Conocimientos Previos), hayan condicionado la posibilidad de lograr un mayor grado de Involucramiento Post Capacitación. Este hecho podría tener una influencia decisiva a la hora de diseñar políticas activas de RRHH, pues es dable pensar en la posibilidad de capacitación permanente o capacitación en servicio; pero también en selección de aspirantes con determinado nivel de instrucción en el futuro, etc.
- Para Ambos Grupos la categoría de agentes de menor **edad**, fueron los de menor Involucramiento Inicial (conclusión N° V.2:4). En esta categoría, la Capacitación no mostró grandes diferencias. Recordando a Maslow, es probable que muchas de las personas se encuentren en niveles muy diferentes en cuanto a la satisfacción de su escala de necesidades. Así, aquellos sujetos más jóvenes podrían encontrarse

en los dos primeros niveles de la escala, en su requerimiento de satisfacer necesidades.

- En el Grupo de Control, no hubo cambios en el Nivel de Involucramiento post capacitación para la categoría de agentes de mayor edad (*d*). (Conclusión N° V.2:3). El puntaje de Involucramiento Inicial y Final que arrojó la Escala de Medición para todo el personal del Hospital, fue inferior al de los Centros de Salud. Esta conclusión coincidió estrictamente con la conducta observada pre y post Capacitación, y con la opinión sobre el desempeño laboral del personal, que mantuvieron los Directivos e integrantes del Comité de Docencia e Investigación durante todo el estudio. Es opinión corriente entre los mismos, que se darían situaciones de *mimetización* del personal con los pacientes, especialmente en los sectores de Enfermería de Internación, que atienden a pacientes gerontes. No obstante se podría agregar, que en el caso específico del Grupo de Control, el Grado de Instrucción fue menor para todo el conjunto del personal, y esto fue especialmente válido para el personal de mayor edad. En el punto anterior ya se destacó la importancia asignada a la relación “Involucramiento-Nivel de Instrucción del Agente”.
- En cuanto al comportamiento del **Involucramiento según sexo** que se presentó en este Estudio, se puede deducir que al haberse comportado en ambos grupos de modo exactamente igual, con menor Involucramiento Inicial y mayor puntaje Final, destacaría la importancia que el género masculino, en nuestro contexto social, asigna al trabajo desde la perspectiva psico-socio cultural. De este modo, la utilización de una herramienta que estimula la incentivación como es la Capacitación, desencadenaría en los varones el mecanismo que conlleva implícitas características de género que hacen a un mayor grado de realización por las connotaciones descriptas. Gráficos N° 9 y 10.
- Al analizar la relación “**Involucramiento-Estado Civil**” surge claramente que quienes declararon tener “otro estado Civil” (divorciados o separados) presentaron el más bajo nivel de Involucramiento Inicial de toda la serie, frente a solteros y casados. (Gráfico N° 21 y 22). Si se analiza ambos grupos en una masa única de datos, se observa que el 87 % de los divorciados o separados fueron mujeres. En un primer momento se pensó en la probabilidad de que, el presentar la menor calificación inicial estuviera relacionada con el hecho de ser mujeres solas frente a la problemática de la subsistencia diaria; sin embargo solo el 12,5 % de las mismas reconoció que el tema salarial tenía mucha importancia, otro 12,5 % no tenía ninguna importancia y el 75 % restante solo estimó

como de “mediana importancia” el tema salarial. Se pensó entonces en otro tipo de factores. El 40 % dijo estar “*muy cómodo*” y el 60% dijo estar “*medianamente cómodo*” con su trabajo actual. Ninguno refirió *no estar cómodo*. En estos agentes, la influencia de otros factores de orden personal (como depresión, una menor autoestima, etc.), podrían estar presentes influyendo a la hora de incentivar el Involucramiento.

- Al analizar el **Involucramiento con la Situación laboral**, el comportamiento que evidenció la variable al obtener el mayor puntaje para quienes revistan en la categoría *Efectivos por Concurso*, fue lógico y esperable. No obstante, se puede mencionar que merece el mismo enfoque que se hizo en cuanto a Nivel de Instrucción, Capacitación y Entrenamiento Previo. Es decir, quienes han obtenido cargos por concurso demostrarían un mayor grado de compromiso que, entre otras cosas los ha llevado a aceptar desafíos, tales como superar un concurso. Esto sería conducente a presentar un mayor grado de involucramiento Inicial y Final. (Conclusión V.8:3)

- Si se analiza **Involucramiento – Título Profesional** aparece en el Grupo de Intervención que, sorpresivamente y contradiciendo lo planteado sobre la relación “Nivel de Instrucción-Involucramiento”, la categoría Lic. En Enfermería obtuvo el menor Puntaje Inicial y Final. Y sin embargo, coincidentemente con la observación de conductas previas y posteriores a la Capacitación, se puede afirmar que hubo coherencia absoluta con la puntuación obtenida por cada uno de los enfermeros y la escala de Medición diseñada para este Estudio: tres de estas profesionales se encontraban desempeñando tareas rutinarias de baja complejidad, provocando probablemente un fuerte sentimiento de frustración, al no desempeñar funciones acorde a su capacitación y en dos de ellas conflictos laborales. Si se recuerda a Vroom, la conducta de las personas está determinada por la combinación de fuerzas del individuo y del ambiente, en las que intervienen las expectativas personales sobre el trabajo según sus necesidades, motivaciones y experiencias personales. Se establecería la relación ente los Resultados de 1° y de 2 ° Nivel. Así el personal de Salud, y específicamente Enfermería vería casi exclusivamente resultados de 1° Nivel, siendo casi inexistentes los de 2° Nivel; luego, habría frustración de las expectativas, toda vez que su esfuerzo no es seguido del correspondiente reconocimiento o resarcimiento. Así todos aquellos que, a pesar de haberse capacitado, no llegan a ocupar cargos de dirección o supervisión (**ver págs. 60 en adelante Incumbencias Profesionales**), desminuirían sus expectativas, con gran carga de frustración por ello y luego, probablemente por la situación laboral externa no puedan marcharse de la Institución. Se produciría así una

“*valencia*” (“*trabajo seguro por menor paga*”). Luego, tienden a rutinizarse y establecen una **instrumentalidad negativa**”, es decir la relación de sus resultados de Primer Nivel no están acordes a los Resultados de 2º Nivel. Es importante agregar que a una de estas Profesionales que era contratada, no se le renovó el Contrato laboral por el bajo nivel de Involucramiento demostrado. En este caso específico, se puede pensar que hubo, además, otros factores personales que coadyuvaron a este resultado final, más no puede dejarse de afirmar lo comentado. No obstante, al ver los puntajes Finales posterior a la capacitación, se produjo un mejoramiento del mismo, rescatando nuevamente a la Capacitación (cualquiera sea el método), como medio apto para mejorar el nivel de Involucramiento.

- En cuanto al análisis de **Involucramiento y la Presencia de algún familiar o ser querido con Diabetes** en cada grupo, el resultado mostró la relación inversa de esta situación con el nivel de involucramiento (conclusión N° V.10:1). Al analizar esta relación inversa se podrían ensayar las siguientes hipótesis:

a) que el familiar o ser querido no hubiera sufrido severas consecuencias crónicas o agudas debido a su Diabetes, lo que llevaría a suponer que es una enfermedad no tan seria como se mencionó durante todo el desarrollo de la Capacitación. O bien

b) que el familiar haya muerto de una secuela (o enfermedad muy relacionada) de Diabetes, no siendo reconocida por el enfermero como tal (enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, crisis hipertensivas, complicaciones de partos o alumbramientos, septicemias, etc.). Esto disminuiría el Nivel de Involucramiento Inicial, lográndose rescatar mediante la Capacitación ya que el mismo se incrementa en el nivel Final.

c) que se reconozca la posibilidad de que esta patología pueda sufrirse personalmente. En este caso podría actuar el mecanismo de la *negación* como mecanismo de autodefensa (*no me interesa enterarme de lo que me pudiera pasar --- esta enfermedad no existe, no me va a afectar, la desconozco, la rechazo, la ignoro*).

- En cuanto al análisis del Involucramiento y el **Motivo de Ingreso a la Profesión** (conclusiones N° V.11:1 y 2), pareciera que el bajo nivel (el más bajo de puntuación detectado en el Grupo de Intervención y la 2º ocupación en el de Control), fuera un resultado no esperado. Sin embargo, podríamos aventurar que si se considera el nivel

de frustración que pudieran experimentar aquellos que siguieron la Carrera de Enfermería, con un conjunto de sueños e ideales y que luego no se ven trasuntados en la realidad, disminuyendo la posibilidad de autorrealización, se podría comprender este comportamiento de la relación. Esta frustración no la habrían experimentado quienes optaron seguir la carrera como “una salida laboral” más.

- En cuanto a **Involucramiento y Percepción del Grado de Recompensa y de Comodidad Laboral**, se observa el comportamiento del **Grupo de Intervención**, donde el **Involucramiento Inicial** sigue una curva ascendente, y logra el **mayor** puntaje en quienes refirieron sentirse *Plenamente Recompensados*, y el **menor** en quienes refirieron sentirse *Para Nada Recompensados* (conclusión N° V.12: 1). En cuanto a Comodidad Laboral, también la categoría Muy cómodos obtuvo el mayor puntaje (conclusión N° V.12: 2). Esta pareciera ser una línea de pensamiento lógico, coherente con una conducta esperable en este sentido.
- La falta de coherencia entre el puntaje Final de la Escala de Lickert y percepción del grado de **Comodidad Laboral** en el **Grupo Control** (conclusión N° V.13: 1) podría indicar que la percepción de la realidad por parte de quien trabaja no es la misma que de quienes Gestionan a la Institución. Dicho de otra manera, las expectativas del empleado no son las mismas que la de los empleadores. Un empleado podrá referir y estar convencido de haber seguido la Profesión por *Vocación*, de sentirse *Muy Cómodo* en su ambiente laboral, de sentirse *plenamente recompensado y reconocido* tanto por el público como por sus compañeros, que *los bajos ingresos no le preocupan* ni son motivo de influencia en su tarea o sentir, y sin embargo no responder a las expectativas que se tienen sobre él y su desempeño laboral, no mostrar interés ni involucramiento, y apenas –o no- mejorar a través de un instrumento como lo es la Capacitación, sea cual sea el método empleado.
- En cuanto a **Involucramiento y Grado de Importancia asignado a la Remuneración Salarial**, aunque este factor pertenezca a veces al grupo de los satisfactores y otras veces al de los insatisfactores laborales, se podría afirmar que entre quienes refieren que este tema tiene *mucha importancia* sobre su manera de sentir, presentaron el **menor Involucramiento**, tanto Inicial como Final en este Estudio (conclusión N° V.14: 1). Tal vez, el hecho de un menor involucramiento esté relacionado con la menor posibilidad de recibir algún tipo de recompensa, incluida la salarial. Es decir, así como

especulamos que un alto involucramiento (manifestado por un mayor Nivel de Instrucción) pudiera estar en la base de un comportamiento que permita aprovechar mejor los beneficios en cuanto a Conocimientos de un método de Capacitación, así también podría ser, que el bajo involucramiento en estos agentes condicione una menor remuneración final. Gráficos N° 45/49.

- De los 2 (dos) Enfermeros del **Grupo de Intervención**, que le asignaron mucha importancia a la remuneración, 1 (uno) tenía Terciario Incompleto y el otro solo Primario Completo. En el caso del Enfermero con Terciario Incompleto se pueden agregar rasgos de personalidad depresiva y abandono, motivado por razones de índole familiar y de una frustrante experiencia en el campo laboral, con juicios y demandas laborales. La restante enfermera, presenta características del Sd. de Burnout.(*).
- De los 6 (seis) enfermeros del **Grupo de Control**, tres (la mitad) solo tenían Primario Completo, dos Secundario Incompleto y uno Secundario Completo: 4 (cuatro) se sentían *Muy Cómodos* en su trabajo y 2 (dos) *Medianamente Cómodos*.
- El **Instrumento de Medición de Actitudes** (la Escala de Lickert), demostró en la práctica haber constituido una herramienta sumamente útil al ajustarse en su calificación Inicial y Final tanto a lo observado en el período de observación Post-Capacitación sobre los ítems seleccionados, cuanto a la opinión de aquellas autoridades o integrantes de comités que son evaluadores del funcionamiento y comportamiento de las conductas de los agentes involucrados en este estudio. Debe destacarse que también se ajustó estrictamente a la opinión del propio Investigador que conoció a gran parte del personal que intervino en este Estudio. (conclusiones N° V.15: 1 y 2).
- La **Línea de Base de Conocimientos** demostró un muy bajo nivel de conocimientos previos, con sólo:
 - el 50.71 % de respuestas correctas para el **Grupo de Intervención**.
 - el 46.33 % del **Grupo Control**.

Ambas calificaciones fueron *no aceptables* –pero esperables- para quienes desempeñan tareas que tienen que ver con la temática Diabetológica.

(*) Corresponde a la enfermera citada al inicio de este trabajo, al final de “**Agradecimientos**”, pág. 9

Lo referido corrobora los supuestos enunciados en la Introducción del presente trabajo, toda vez que este desconocimiento conlleva a un menor involucramiento para asumir conductas activas de prevención en una patología crónica como es la Diabetes.

- Al analizar la **Variable Conocimiento y la Antigüedad Laboral** y observar para Ambos Grupos (prescindiendo del Método de Capacitación empleado), que el mayor puntaje de Conocimientos Iniciales correspondió a la *Antigüedad Laboral d*) (16 a 20 años) con 53.85 % de Conocimientos y el menor puntaje correspondió a la categoría de *Antigüedad Laboral a*). Esto implicó un comportamiento lógico y esperable de los distintos grupos (conclusión N° V.19: 1); sin embargo no es lo comúnmente esperado por quienes conducen personal, estimando que solo los de menor antigüedad serán quienes posean mayor nivel de conocimientos junto a un mayor nivel de instrucción y formación pre-grado, derivados de los actuales requisitos de ingreso . El puntaje de Conocimiento Final no mostró diferencias significativas en relación a las diferentes categorías de Antigüedad Laboral. Esto reivindica las acciones de capacitación a emprender para todo el personal, prescindiendo de su antigüedad laboral.
- El hecho de que luego de la **Capacitación**, ambos grupos alcanzaran la **Meta de Conocimientos** con una calificación de 8 puntos:

 - 83.24 % para el **Grupo de Intervención**
 - 80.3 % el **Grupo Control**), y que también se presentara un acortamiento de la brecha –esperable por los niveles iniciales de ambos grupos-, permitiría suponer la real utilidad de la Capacitación para todo el personal y reivindicarla como una actividad a privilegiar, con la asignación adecuada de recursos que permitan su permanencia, sistematización y sustentabilidad (conclusiones N° V.17: 1).
- No obstante, al comparar **Ambas Metodologías** (conclusión N° V.18: 1) y comprobar que el resultado de calificación de Conocimientos Finales fue mayor para el **Grupo de Intervención**, con 83.24 %, que en el **Grupo Control**, con 80.3 % (Odd Ratio 1.06, con un valor de Chi = 10.03, con una p = 0.0339), la afirmación realizada, obliga a plantearse la **importancia de la metodología a implementar** cuando se planifica la capacitación. Debe evitarse, en lo posible, la **Metodología Tradicional**, centrada en clases magistrales exclusivas basadas en la Pedagogía de la Transmisión tendiendo a una **Educación y Capacitación Permanente**, dinámica, interactiva, con participación de docentes internos y externos, **centrado en el reforzamiento de actitudes en la**

tarea con diferentes actividades: talleres, delegación de funciones, y fundamentalmente con el fortalecimiento e *integración de Equipos de Salud, que constituyan redes interdisciplinarias de trabajo*, como modo efectivo de provocar cambios en las prácticas laborales del personal y construcción de procesos de atención. Esto es: “**la Capacitación Permanente en Servicio**”.

Además se incrementa el nivel de competitividad, resultado de un proceso que se inicia con la educación y se respalda en valores culturales y en la determinación de hacer las cosas bien. La nueva competencia sólo tiene una opción: mejorar la productividad y la calidad de los servicios.²⁸

La capacitación es una genuina inversión en recursos humanos y esto a su vez genera menores costos operativos, mejora los indicadores tanto sanitarios como de proceso y resultado de las Instituciones de Salud, mejora la información estadística optimizando los sistemas de monitoreo y vigilancia; disminuye la cantidad de Años de Vida Prematuramente Perdidos (A.V.P.P.), y fundamentalmente tiende a mejorar la calidad de Vida del paciente, al aumentar la eficacia y la efectividad del grupo que lo atiende y del cual está a cargo. Esto último tiende a producir una verdadera modificación en la visión del Sistema de Salud, no solo de infraestructura, sino funcional, incorporando el Humanismo como principio fundamental de relación de todo el personal de Salud.

²⁸ Cornejo y Rosado, Miguel Ángel. “Excelencia: La Nueva Competencia”. *Liderazgo y Calidad Total. Los retos de nuestro tiempo.*, Capítulo 2, Cultura Corporativa. pág. 21. Ed. Grad, S.A. de C.V. Col. Polanco. México, D.F. Cuarta edición, junio 1.996.

VII . PROPUESTAS:

1. *Rescatar a la Capacitación* como instrumento útil para mejorar el nivel de Involucramiento en todo el personal de Salud.
2. *Rescatar el estímulo de la Capacitación para el Involucramiento del personal, como política sustantiva a implementar por los gerencadores del sistema de Salud, a fin de disminuir los costos directos e indirectos de las patologías crónicas.*
3. *Sugerir que a nivel Gubernamental* se Implemente una “**Gerencia de Docencia y Capacitación en Servicio**”, destinada a los Centros de Salud de la Provincia, como política sustantiva del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, en materia de Recursos Humanos y de Promoción y Protección de la Salud.
4. *Sugerir* que esta “Gerencia de Docencia y Capacitación en Servicio”, dependa de la Dirección de Atención Ambulatoria, coordinando sus acciones con los Comités de Docencia e Investigación de las Áreas Departamentales de Salud.
5. Sugerir que esta “Gerencia de Docencia y Capacitación en Servicio” sea de conformación transdisciplinaria, y asesore sobre la capacitación en las temáticas priorizadas por la conducción político técnica del Ministerio, sobre las metodologías pedagógicas a emplear.
6. Sugerir que esta “Gerencia Central de Docencia y Capacitación en Servicio” cuente entre sus asesores con especialistas en Educación para Adultos, con especial manejo de metodologías educativas como la Andragogía, la Educación Permanente etc., y cualquier otro aspecto importante para lograr verdadera eficacia de las acciones.
7. Apoyar el Proceso de Capacitación fijado por la Ley 6.836, en el Capítulo VII, art. 30, de Capacitación Profesional de Enfermería, reivindicando la metodología de Capacitación Permanente en Servicio, descriptas en este trabajo.
8. Sugerir la utilización del Instrumento de Medición (escala de Lickert) utilizado en este Estudio, dada la validación realizada y la sensibilidad y especificidad demostrada, en

diferentes ámbitos del Sector Salud (tanto Públicos como Privados), que permitan trazar un panorama inicial de acercamiento, sobre el estado de involucramiento en el personal de Enfermería.

9. Sugerir la utilización de indicadores pre y post Capacitación, a fin de evaluar el impacto de la misma, en patologías crónicas priorizadas.
10. Sugerir la jerarquización de los niveles de conducción de los efectores de Salud, desde el punto de vista remunerativo y funcional.
11. Sugerir para este nivel jerárquico, la realización de una intensa actividad de Capacitación en Gerenciamiento, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de Calidad de los Servicios, Liderazgo, metodologías adecuadas de capacitación del personal a cargo, a fin de lograr que desempeñen su función esencial de capacitadores en servicio de su propio efector o que designen expertos a tal fin, sin desvincular la instancia de capacitación del ejercicio de la tarea concreta.
12. Sugerir, el llamado a Concurso de Cargos Jerárquicos a nivel de efectores, a fin de garantizar permanencia, resultados y “rentabilidad en los servicios” de la “inversión realizada en capacitación de conductores de efectores de Salud”, logrando la mejor relación costo – beneficio.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) BARÉ, Gerardo. “El Desafío de La Medicina Ambulatoria”. (Buenos Aires. Biblioteca Médica Aventis. - 2.000). Pág 14.
- 2) BARON, Robert A. “Psicología”. (México. Editorial Prentice Hall & Hispanoamericana-1.996) 3º Edición.
- 3) COOPER et all.“Nutrición y Dieta” . *Diabetes Sacarina. Epidemiología de la Diabetes*. Traducción José Pecina Hernández. (México. Ed. Interamericana. 1.985). 17º Edición Cap.29. pág. 538.
- 4) CORNEJO Y ROSADO, Miguel Ángel. “Excelencia: La Nueva Competencia”. *Liderazgo y Calidad Total. Los retos de nuestro tiempo..*. (Col. Polanco. México, D.F. Editorial Grad, S.A. de C.V. junio 1.996) Cuarta edición,. Capítulo 2, Cultura Corporativa. pág. 21
- 5) DAVINI, María C. “Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud” (Bs. AS. , O.P.S., 1.989). Publicación N° 19. págs. 5/21.
- 6) DOMÍNGUEZ MÁRQUEZ, Octaviano. “Los Servicios de Salud”. Paper de Avance. Maestría en Gestión de Instituciones y Servicios de Salud. 2º Año - Mendoza. U.D.A. Ciclo lectivo 1.999.
- 7) DOMÍNGUEZ, José Miguel; SINAY, Isaac; JADZINSKY, Mauricio; XIII Congreso Argentino de Nutrición. “Nutrición Hoy: de la Prevención al Tratamiento”. Mar del Plata, 7 al 10 de noviembre de 1.999. Resúmenes págs. 407-414.
- 8) GALGIARDINO, Juan José: XIº Congreso Argentino de Diabetes, *Simposio de Educación en Diabetes Costos Directos e Indirectos de la Diabetes Mellitus-* - Córdoba 9 -11 de Octubre de 1998
- 9) GORE, Ernesto. La Educación en la Empresa. Aprendiendo en contextos organizativos. Capítulo 4. Experiencia y Capacitación en las Organizaciones. (Barcelona Ed. Gránica S.A-1.996-1.998)- Págs. 81-91.

- 10) GROUARD Benoît /Francis MESTON. Estrategia y Gestión Competitiva. Reingeniería del Cambio. Diez claves para transformar la Empresa. Capítulo 12- Clave 9 “Formar e Instruir”- Título de la obra original “’*enterprise en mouvement*” Traducción de Angels Farlete Maré. (Barcelona - Marcombo, Boixareu Editores, 1.995). pás 201-214.
- 11) GUIBOURDENCHE de CABEZAS, Marta. Capacitación Continua. Programa de Integración Operativa. YPF SA Recursos Humanos. Módulo 2. consultora: Argenconsult. Apuntes de Clases. Maestría en Gestión de Instituciones y Sistemas de Salud. – 2º Año - U.D.A.- 1.999.
- 12) I.C.N. Código Deontológico del International Council of Nurses, para la Profesión de Enfermería. 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza) ISBN 92-95005-18-X. pág. 2
- 13) Informe de la Comisión de Trabajo sobre las Incumbencias de los Títulos habilitantes de Licenciado/a en Enfermería, Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería. .. Bs.As. Asociación de Enfermería de la Capital Federal, 24/11/99.
- 14) JUDD et al. 1.991 citado por Baron, Robert en “Psicología”. (México: Prentice Hall & Hispanoamericana, 1.996), 3º Edición
- 15) KRETCH David; GRUSCHFIELD, Theodore. “Theory and Problems of Social Psychology”; McGraw Hill,. Citado en Cap. VI, “Escalas para la Medición de Actitudes”, Padua, J.; Ingvar A., (Nueva York, 1.948) pág. 154.
- 16) MASLACH, Cristine, “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson.. “Cuestionario MBI”, Human Services Survey, Maslach y Jackson,. Consulting Psychologists Pree.Desgaste psíquico en el trabajo: *el síndrome de quemarse* Manual. 1986. Second Edition..
- 17) ProDiaBA (Programa de Diabetes de la Provincia de Bs.As).– XIIIº Congreso Argentino de Nutrición: “Nutrición hoy: de la Prevención al tratamiento”.. Mar del Plata, 7 al 10 de noviembre de 1.999
- 18) PROMIN – Programa Materno Infantil y Nutrición. “Manuales Operativos: Capacitación en Servicio”. U.E.P. Gerencia de Capacitación. (Bs. As., M.S.A.S. Nación -BIRF., 1.998).

- 19) PROMIN. “Programa de Educación en Servicio”. Componente Capacitación. (Bs. As., M.S.A.S. Nación – BIRF, Agosto 1.996).
- 20) PUPI, Roberto Edmundo y col. “Nutrición”. *Diabetes. Definición.-Importancia médico social de la Diabetes en la R. A.* - (Bs. As., López Libreros,-1.986).. Cap. 18, pág. 360 -
- 21) “Recursos Humanos y Sistemas Locales de Salud”. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSS/SILOS-31. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 99.- Cap. II- “...*el contexto general del Proceso*” (O.P.S. Oficina Sanitaria Panamericana, OMS, 1.994) págs. 7,.
- 22) Revista Metas de Enfermería: <http://www.metas.org>. *Síndrome de Burnout*. Archivo de mensajes: <http://es.egroups.com/group/metas>
- 23) RIBJERGARDEEN, Marie. Ministra de Salud de Dinamarca. Revista Salud Mundial. Portada. O.P.S. Abril de 1.985.
- 24) SENGUE, Peter: “La Quinta Disciplina.” Citado en el Curso Semipresencial de Política y Gerencia Social.- Módulo VI – Gestión de Recursos Humanos y Habilidades Gerenciales. Secretaría de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. (Buenos Aires, Editorial Gránica. 1.992)
- 25) SOLÓRZANO, Xavier BAMBERGER, Michael y HURTADO Margarita, (Editores) (1997) ”La Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Poblaciones Pobres en América Latina”. Capítulo 5. *Manejo de Recursos Humanos. Problemas de Gerencia*. Washington, DC: O.P.S., División de Salud y Desarrollo Humano/Programa de Políticas Públicas y Salud, e Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial (IDE-BM) . *pág. 46*
- 26) WHITE y col. – “Investigaciones sobre Servicios de Salud. Una Antología.”. *El Estudio Aleatorio de Burlington sobre la Atención Profesional de Enfermería*. O.P.S., pág. 633.
- 27) ZIMMET, Paul Resumen del “Seminario de Diabetes tipo 2.”-Nuevos Criterios de la O.M.S. y de la A.D.A. para la Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes. (Bs. As. noviembre de 1.997).

IX . ANEXOS**ANEXOS I****ESCALA DE LICKERT****Apellido y Nombres:..... Institución:.....**

El presente es un estudio de su opinión, respecto a su labor diaria.

A continuación se le presentará una serie de afirmaciones respecto a las cuales puede estar de acuerdo ó en desacuerdo. Después de cada afirmación se le presentan cinco alternativas de respuestas posibles:

() Estoy muy de acuerdo; () Medianamente de acuerdo; () Ni acuerdo ni desacuerdo; () Medianamente en desacuerdo; () Estoy muy en desacuerdo.

Indique por favor –marcando con una cruz entre el paréntesis- la alternativa que más se asemeje a su opinión. Cuando no entienda alguna afirmación, ponga un signo de interrogación (?) al frente de ella. Trate de responder lo más rápido posible. Muchas gracias.

1.- La Diabetes no me permite mayores posibilidades de prevención de las complicaciones a corto o largo plazo, que cualquier otra enfermedad crónica.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

2.- Creo que es muy poca la gente que puedo captar en la sala de espera, a quien les interese el tema Diabetes.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

3.- Cuando un familiar acompaña a un diabético a la consulta, considero que lo sobrecargo de más preocupaciones si le hablo sobre la prevención y cuidados sobre el tema.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

4.- Mi obligación como enfermero con los pacientes diabéticos, consiste únicamente en ejecutar las indicaciones que me den, con mi mayor responsabilidad y esmero.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

5.- Los parientes de diabéticos acompañantes a la consulta, solo incrementan y complican mi tarea en el Equipo de Salud.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

6.- Hacer una tirilla (Haemoglukotest, Glucostix, etc.) a todos los diabéticos que concurren a la consulta, es un delirio imaginado por alguien que no tiene nada que hacer.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

7.- Considero que si el familiar de un diabético es obeso, es porque no le interesa hacer nada por sí mismo y su cuidado personal.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

8.- No creo que resulte eficaz organizar desde el Centro de Salud, grupos de visitas programas al supermercado, que eduquen al paciente sobre qué alimentos comprar y cuales no.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

9.- Revisar y llenar el cuaderno de cuidados domiciliarios del paciente diabético, es una tarea que me molesta y sobrecarga mi labor.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

10.- Como enfermero dispongo de muchas oportunidades al día para contactar pacientes diabéticos no controlados y derivarlos a la consulta oportuna.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

11.- Estoy interesado en trabajar en Equipo con diabéticos, pues creo que creceré personalmente al recibir, y crecerá todo el grupo con lo que aportaré.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

12.- Considero que los médicos generalistas están lo suficientemente entrenados para atender a los pacientes diabéticos en todas sus necesidades.

- () Estoy muy de acuerdo.
- () Medianamente de acuerdo.
- () Ni de acuerdo ni desacuerdo.
- () Medianamente en desacuerdo.
- () Estoy muy en desacuerdo.

ANEXO N° 2**FICHA PERSONAL****A- DATOS DE IDENTIFICACIÓN (Uso estrictamente confidencial)**

A.1. <u>Apellido y Nombres:</u>	C. <u>De Salud u Hospital:</u>.....
..... A.2. Sexo: Fem..... Masc..... A.3.	
A.3. <u>Edad cumplida en años:</u> a) 21 a 25 años; b) 26 a 35 años; c) 36 a 45 años; d) 46 ó más.* ver al final	
A.4. <u>E. Civil:</u> Soltero..... Casado..... Viudo..... Otro.....	
A.5/: <u>Domicilio:</u>.....	

B- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL AGENTE:

B.1: <u>Escolaridad:</u>
a)Primario Incompleta o menos:..... b)Primario Completo:.....c)Secundario Inc.:.....d)Sec. Completo:..... e)Terciario Inc.:.....f)Terciario Completo:.....
B.2.: <u>Título:</u> a)Enf. Empírico.....b)Auxiliar de Enfermería.....c)Enfermero Profesional..... d) Lic. En Enfermería:.....

C- SITUACIÓN LABORAL

C.1.: <u>Trabaja en:</u>.....
C.2: <u>Tarea que desempeña:</u>
a) Cargo efectivo:..... b)Efectivo por concurso:..... c) Contratado:.....
d) Otro: adscripto, trasladado, etc.:

D- AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN: (Profesión= Enfermería)

a) hasta 2 años b) de 2 a 5 años c) 6 a 15 años d) 16 a 20 años e) + de 20 años.

E- TIEMPO DE DESEMPEÑO EN EL CARGO (Cargo= Empleo en el Estado)

a) hasta 2 años b) de 2 a 5 años c) 6 a 15 años d) 16 a 20 años e) + de 20 años.

F- MOTIVOS DE INGRESO A LA CARRERA DE ENFERERÍA

a) Vocación:..... b) Salida Laboral:	c) Oportunidad laboral(salida no buscada):.....
d) Identificación con alguien cercano que es enfermero, o que trabaja en el Campo de la salud.....	
e) Otro motivo:	

G – GRADO DE SATISFACCION CON LA PROFESIÓN: (Profesión= Enfermería)

G.1.-: ¿Se siente recompensado con su Profesión? (**) (Recompensa= lo que siento que recibo, comparado con lo que siento que entrego)

Plenamente recompensado:..... Muy recompensado:..... Medianamente recompensado.....
Para nada recompensado:

G.3- ¿Cuál es a su juicio, la causa o razón más importante para su sentir?:

.....

H- GRADO DE SATISFACCIÓN CON SUCARGO ACTUAL: ()**

H.1.: ¿Se siente cómodo en su cargo actual?
 Muy cómodo..... Medianamente cómodo:..... Para nada cómodo:.....

H.2.: ¿Cuánto cree que influye el tema salarial en su sentimiento actual?:
 Mucho:..... Medianamente:..... Poco..... Nada.....

H.3.: ¿Cuál es a su juicio, la causa o razón más importante para su sentir? (puede ser de índole familiar, del ámbito laboral, personal, etc.) En caso de ser del ámbito laboral, por favor además de mencionarla descríbala:

I- RELACION CON ELTEMA DIABETES (entrenamiento= Instrucción + práctica especial)

I.1.- ¿Tuvo o tiene algún pariente o persona cercana en el afecto con Diabetes?: Si..... No:.....
I.2: ¿Tuvo algún entrenamiento especial en Diabetes antes de ingresar a su cargo actual?: Si/No
I.3.: ¿Tuvo otros trabajos simultáneos o anteriores relacionados con Diabetes?: Si..... No.....
 En caso afirmativo, especifique si desempeñó por más de 6 (seis)meses tareas en los siguientes servicios y/o Instituciones:

a)Servicio hospitalario de Clínica Médica:.... b) Servicios hospitalario de Oftalmología:.....
 c)Servicio hospitalario de Cirugía:..... d) Establecimiento Privado:.....
 e) Otro Centro de Salud c/Cons. Especializado f) Servicio Endocrinología y Diabetes.....

I.4: ¿Tuvo Instrucción previa en Diabetes? Si:..... NO:..... En caso afirmativo consigne si fue:
 a)Conferencias..... b)Jornadas.....c) Congresos..... d)Cursos específicos de la temática....
 e)Instrucción empírica (por ejemplo: haber atendido ó compartido con un familiar o persona cercana diabética).....

I.5: Por favor aclare en qué condición fue I.4.: Titular, adherente, expositor, solo asistente.

I.6: ¿Otra aclaración que quiera realizar?:

Firma Personal:.....

*Cada rango incluirá los años cumplidos, considerados desde el día del cumpleaños en el límite inferior, hasta los 11 meses y 29 días del límite superior del rango.

**A pesar de que esta FICHA es personal y absolutamente confidencial, garantizándose la no divulgación del contenido, todo el punto G y H es optativo de ser respondido. Dr Nelson E. Rodríguez Papini.

ANEXO N° 3**Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson. (1981/1986).**

Escala de valoración en la forma de frecuencia e ítems que integran el cuestionario “ Maslach Burnout Inventory “ (MBI).

0. Nunca. 1. Alguna vez al año o menos. 2. Una vez al mes o menos. 3. Algunas veces al mes. 4. Una vez por semana. 5. Algunas veces por semana. 6. Todos los días.

1. EE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.
2. EE Al final de la jornada me siento agotado.
3. EE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
4. PA Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.
5. D Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos
6. EE Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.
7. PA Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.
8. EE Me siento “ quemado “ por el trabajo
9. PA Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.
10. D Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
11. D Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.
12. PA Me encuentro con mucha vitalidad.
13. EE Me siento frustrado por mi trabajo.
14. EE Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
15. D Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.
16. EE Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.
17. PA Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.
18. PA Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes
19. PA He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.
20. EE En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.
21. PA Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.
22. D Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

EE: Agotamiento emocional.

D: Despersonalización.

PA: Realización personal en el trabajo.

La subescala de agotamiento emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo, la subescala de despersonalización (Depersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo (Personal accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse, en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Además, la subescala de realización personal es independiente de las otras dos subescalas, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la realización personal en el trabajo sea un constructo opuesto a agotamiento emocional y despersonalización. En el manual del cuestionario se recomienda mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única pues, entre otras razones no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen. Además, tampoco es posible afirmar que las tres escalas estén midiendo aspectos compartidos de un mismo constructo y por lo tanto unificables.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “ alto “, entre el percentil 25 y el 75 en la categoría “ medio “, y por debajo del percentil 25 en la categoría “ bajo “ (Maslach y Jackson , 1986). De este modo, un sujeto que se encuentra en la categoría “ alto “ en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización , y “ bajo “ para realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un sujeto con altos sentimientos de estar quemado.

Cuestionario MBI, Human Services Survey, Maslach y Jackson, 1981 / 1986.

Por favor valore su respuesta a las preguntas que le presentamos más abajo según la siguiente escala:

0. Nunca.

1. Alguna vez al año o menos.

2. Una vez al mes o menos.

3. Algunas veces al mes.

4. Una vez por semana.

5. Algunas veces por semana.

6. Todos los días.

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. ____

2. Al final de la jornada me siento agotado. ____

3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. ____

4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes. ____

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos. ____

6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí. ____

7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes. ____

8. Me siento “quemado” por el trabajo. ____

9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. ____

10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. ____

11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. ____

12. Me encuentro con mucha vitalidad. ____

13. Me siento frustrado por mi trabajo. ____

14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. ____

15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. ____

16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés. ____

17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. ____

18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes. ____

19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. ____

20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. ____

21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. ____

22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. ____

“