

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



EL USO DE LA GESTIÓN Y CONTINUIDAD DE CONOCIMIENTO. UN PROYECTO PARA RECUPERAR LAS BUENAS PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO RECEPCIONAL, PARA OBTENCIÓN DE GRADO DE
MAESTRO EN EDUCACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Presenta: **LIC. RICARDO VALENZUELA ROMO**

Tutor: **DRA. MA. GUADALUPE VALDÉS DÁVILA**

Tlaquepaque, Jalisco. 16 de diciembre de 2021

Reseña

El uso del conocimiento en la vida cotidiana es una actividad que actualmente ha recobrado mayor relevancia debido a que propicia la producción de aprendizaje social a partir de la experiencia individual. Esto en lo familiar, laboral y social, las habilidades, competencias y actitudes que se desarrollan son elementos que la gestión del conocimiento los ha planteado como un valor agregado en las organizaciones.

Por este motivo, el recurso del saber se vuelve una necesidad de optimizar los recursos mediante rescatar conocimiento y generar condiciones para las personas puedan hacer mejor su trabajo mediante estrategias encausadas a generar condiciones para su integración.

Desde esta perspectiva, el conocimiento se vuelve el tema principal de la gestión de conocimiento como un recurso que puede mejorar las condiciones de vida en un entorno como el hospital a través de procesos fundamentales como los son: la externalización, combinación, internalización y socialización que favorecen la transmisión para que se vuelvan material o recursos en una búsqueda de mejora continua.

El tema de trabajo principal es el uso de la gestión y continuidad de conocimiento que beneficie el aprendizaje en personal de enfermería de un hospital psiquiátrico y que esta pueda favorecer las condiciones de vida de personas con padecimiento mental, esto quiere decir compartir sus experiencias o buenas prácticas de trabajo por medio del modelo dinámico SECI.

Con estos elementos, la visión organizacional se vuelva clave, por el hecho abrir la posibilidad de implementar herramientas o metodología orientadas a identificar los recursos del capital humano por medio de sus experiencia y buenas prácticas. Es trabajar bajo un modelo participativo que implique elementos de unidad y contrarresten la desigualdad de servicios que se ofrecen actualmente en los hospitales psiquiátricos del México.

Lo fundamental del proyecto es mejorar las condiciones de vida de las personas que reciben servicios de salud mental donde el estado se hace cargo de sujetos con limitaciones considerables de comunicación y reconocimiento jurídico que garantice el respeto de sus garantías como ser humano que debe ser tratado con respeto, igualdad y dignidad.

Palabras clave

Hospital psiquiátrico, derechos humanos, buenas prácticas y gestión del conocimiento

¿A quién quiero agradecer?

Principalmente a Dios, por permitirme haber concluido este logro académico que pongo al servicio de las personas y la sociedad en general. A mi papá, a mi mamá, hermanos, mi querida esposa Elia, mis hijos Raúl Emiliano, Ricardo Leonel y Carolina Fernanda quienes fueron el principal motor en los montos de debilidad, por último, a esta institución que le debo mucho de lo que soy. Al Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; ya que sin su apoyo nunca hubiese podido estudiar y sin ellos no sería quien soy.

Contenido

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	1
Introducción	6
Capítulo I Descripción del escenario hospitalario: el marco contextual del proyecto de gestión y continuidad del conocimiento	8
1.1 Antecedentes y contexto del hospital psiquiátrico.....	8
1.2 Los padecimientos mentales y el tratamiento de personas con enfermedades crónicas.....	10
1.3 Organigrama y servicios que ofrece el hospital psiquiátrico	12
1.4 Los enfoques y leyes en los tratamientos de hospitales psiquiátricos	14
1.5 El inmueble y sus espacios físicos.....	16
1.6 Las buenas prácticas en el cuidado hospitalario.....	17
Capítulo II. La invisibilidad del valor del saber y experiencia de los enfermeros en el aprendizaje de las instituciones de salud	20
2.1 Las prácticas de instituciones psiquiátricas enfocadas a la atención de usuarios institucionalizados.....	20
2.2 La pérdida de los saberes y conocimientos de enfermeros que se hacen visibles en su práctica profesional	30
2.3 El uso de la gestión del conocimiento en los enfermeros como factor de cambio en los tratamientos hospitalarios.....	34
Capítulo III Marco teórico: la gestión y continuidad del conocimiento	41
3.1 el uso de la gestión en beneficio del conocimiento organizacional	41
3.2 El conocimiento en las organizaciones	43
3.3 El modelo SECI de Nonaka y Takeuchi como un medio que de rescatar el conocimiento.....	44
3.4 La construcción del conocimiento como un ciclo en las personas y las organizaciones.....	47
Capítulo IV La implantación de la comunidad de práctica. Un plan de trabajo como un factor de cambio	49
4.1 Socialización del conocimiento (tácito a tácito).....	49
• Conformación de la comunidad de práctica	51

• Mapeo de la información como elemento de cambio	53
• Guion de entrevista	56
• Análisis de los datos.....	59
4.2 Externalización del conocimiento (tácito a explícito)	60
4.3 La internalización de las buenas prácticas en cuidados hospitalarios	63
Capítulo V. Los constitutivos de las buenas prácticas hospitalarias	67
5.1 Apego a protocolos de atención hospitalaria	67
5.2 Atención basada en la ética profesional.....	69
5.3 Atención cercana, escucha activa y resolución de conflictos.....	71
5.4 Empatía y aprendizaje de los usuarios	74
5.5 Trato digno y humano	76
5.6 Satisfacción personal	79
Conclusiones y reflexiones finales.....	81
Referencias.....	84
Anexos.....	89

Introducción

La gestión del conocimiento es una herramienta que ayuda a las organizaciones a adquirir, enriquecer, organizar y compartir el conocimiento entre todos los empleados; implica un proceso y actividades orientadas a potenciar el saber de las personas y de la organización misma. A través de espacios interactivos y de colaboración, las personas pueden aprender de la experiencia de otros, lo que deriva en un enriquecimiento mutuo del capital intelectual y en el aprendizaje de la organización. Externalizar y compartir favorece el aprendizaje a distintos niveles desde lo individual, grupal y organizacional.

Al reconocer que uno de los mayores activos que existe en toda organización es el conocimiento que poseen las personas y que por lo mismo, implica todo un proceso de creación y transformación, se decidió implementar un proyecto de gestión y continuidad del conocimiento en una organización hospitalaria con el objetivo de visibilizar el conocimiento tácito referente a la atención y buenos tratos que los enfermeros dan a los usuarios, ello con la intención de lograr a través de un proceso, la transferencia del conocimiento de las personas individuales a los grupos que forman parte de la institución. Dar cuenta de ese conocimiento que se ha logrado explicitar y que de un modo u otro caracteriza a las buenas prácticas en el cuidado hospitalario es el objetivo de este Trabajo de Obtención de Grado (TOG).

El presente informe está constituido por cinco capítulos. En el primer capítulo se hace una presentación de la organización; su razón de ser, los servicios que ofrece y el tipo de atención que brinda. De manera particular se incluyen notas distintivas del contexto en donde se implementó la primera fase del proyecto de Gestión y Continuidad de Conocimiento.

En el segundo se muestra la importancia que tiene la recuperación del conocimiento existente en cualquier organización en general y en particular de las buenas prácticas profesionales del personal de enfermería en un hospital psiquiátrico; su saber y experiencia se plantean como elementos que favorecen el aprendizaje de la institución y

con ello, los cambios y mejoras en la atención a los usuarios. Del mismo modo se presentan los riesgos que se corren cuando ese conocimiento no se reconoce e integra a los grupos que forman parte de dicha institución.

En el capítulo tres se desarrollan conceptos clave del modelo de Gestión del Conocimiento, la importancia de este modelo en las organizaciones, así como las ventajas y los beneficios que aporta.

En el capítulo cuatro se muestra el plan de trabajo que surge desde la participación de la comunidad de práctica y las distintas fases que componen el trabajo de Gestión y Continuidad del Conocimiento.

Dado que el conocimiento no puede ser considerado como algo exclusivo de cada persona que trabaja en la institución, sino como un bien que se comparte con la idea de que llegue a formar parte del saber cultural de la organización a fin de que pueda ser utilizado por todos, en el capítulo cinco se presentan los resultados que se obtuvieron a partir del análisis de las entrevistas; activo que incluye aspectos de la persona que hacen una diferencia en las prácticas profesionales orientadas al cuidado y atención de usuarios del hospital psiquiátrico. En la parte final del documento se incluyen las conclusiones, reflexiones finales, las referencias y los anexos.

Capítulo I Descripción del escenario hospitalario: el marco contextual del proyecto de gestión y continuidad del conocimiento

En el capítulo se presenta la descripción de la organización, espacio donde se llevaron a cabo las primeras fases del proceso de la gestión del conocimiento. Se incluyen los padecimientos mentales y sus tratamientos, los diferentes enfoques y leyes en los tratamientos, sus objetivos y los cambios que ha tenido en el tiempo hasta lo que es hoy en día. También se muestra su organigrama, el mapa del lugar y los servicios que está comprometida a ofrecer.

El capítulo inicia con una presentación de los antecedentes y la descripción de la organización donde se llevaron a cabo las primeras fases del proceso de la gestión del conocimiento, mencionando los paradigmas de atención que ha tenido a lo largo del tiempo. Continúa con un breve recuento sobre lo que son los padecimientos mentales para posteriormente presentar el organigrama de la institución y los diferentes enfoques y leyes que operan en los tratamientos de las enfermedades mentales.

1.1 Antecedentes y contexto del hospital psiquiátrico

El hospital psiquiátrico donde se llevó a cabo este proyecto de recuperación y continuidad del conocimiento está ubicado en el occidente del país. Surgió como un espacio para la recuperación de personas con padecimientos mentales graves y persistentes que les impedían ser independientes y autónomos en la sociedad. El nosocomio se creó por la necesidad de ofrecer un trato mucho más digno y próspero en el cuidado de la salud de las personas que sufren un padecimiento mental, mismos que en sus inicios eran reclusos en clínicas generales que no contaban con espacios adecuados para sus condiciones de incapacidad. Desde su inauguración surgió como un proyecto de “comunidad terapéutica” en donde, por ejemplo, las tareas de agricultura tenían un lugar preponderante en los tratamientos psiquiátricos.

Esta institución de salud mental se crea a partir de aspiraciones que se contemplaron en un plan nacional que permitió a través de acciones concretas, la creación de instituciones públicas de carácter Granja-hospital cuyo propósito era la atención de los usuarios con discapacidad mental, bajo un modelo denominado campestre. El cual, centra su atención en la terapia ocupacional que, por medio de tareas y actividades de agricultura y crianza de animales, se estimulaba y contribuía a la recuperación del paciente (Ramos, 1986, p.173).

En este tiempo los hospitales psiquiátricos eran considerados como comunidades terapéuticas; sus equipos tratantes vivían en el mismo lugar ofreciendo un servicio completo, situación que les permitía interactuar con los usuarios en todo momento, favoreciendo las relaciones interpersonales entre médicos-usuarios, lo que impactaba positivamente en su recuperación, en tanto esa interacción cotidiana era parte importante del el tratamiento, ya que el grupo tratante llegaba a conocer más a fondo a los usuarios y sus padecimientos.

Equipos interdisciplinarios, conformados por profesionales como: psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social y enfermero, se encargaban de los tratamientos en el hospital-granja. Cada uno atendía desde su área de especialización, buscando en todo momento la mejor opción que beneficiara la recuperación y la reinserción social de los usuarios.

En sus inicios, estos hospitales granja atendían a pacientes de edades tempranas, es decir, niños que provenían de otras instituciones públicas y que estaban en situación de abandono o abuso, además de que presentaban trastornos en el desarrollo. Con el tiempo esta población dejó de atenderse.

Con el devenir de los años se da paso a los avances de la psiquiatría moderna; adelantos científicos que, junto con los recortes en el presupuesto, provocaron un cambio de paradigma en la atención. De una visión campestre se transita a otra en donde el corte médico-psiquiátrica adquiere un papel preponderante en los tratamientos. El surgimiento

de las primeras generaciones de psiquiatras y los primeros fármacos en el mercado marcaron un cambio de enfoque.

Se da paso a la custodia de las personas severamente perturbadas en espacios designados al “cuidado de la salud pública”. A partir de la necesidad de los estados de atender el problema de manera urgente se pasa de las granjas a los grandes hospitales y con ello, la medicina psiquiátrica con sus avances rompía con toda la tradición utilizada hasta a mediados del siglo XX, ofreciendo un recurso terapéutico más efectivo, pero que con el tiempo deja ver que el principal problema es el aislamiento y abandono.

1.2 Los padecimientos mentales y el tratamiento de personas con enfermedades crónicas.

Muchas de las definiciones que han dado los especialistas de la salud mental a las enfermedades de tipo crónico señalan que los padecimientos de tipo orgánico o funcional hacen referencia a toda aquella reacción emocional o del comportamiento que se sale de la “normalidad social” y que modifica drásticamente la vida de los pacientes, dando como resultado una limitación en su calidad de vida (Avellaneda, Izquierdo et al 2007); situación que obliga a los usuarios a aprender a vivir bajo esas condiciones y a entender que este tipo de padecimientos deben de estar acompañadas por una gran capacidad de adaptación a su enfermedad y con ello, lograr el máximo de autonomía posible.

Carlin y Ridway (1985) describen que las enfermedades de tipo crónico degenerativo:

incluyen a aquellas personas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, trastornos maniaco depresivo, trastorno depresivo grave y recurrente, síndrome cerebro orgánicos, etc.) y presentan discapacidad y déficits en su funcionamiento psicosocial (autocuidado, relación social, ocio y tiempo libre, trabajo, relaciones familiares, etc.) que dificultan el desempeño social autónomo en la comunidad y pueden conducir a situaciones de desventaja social, desempeño, pobreza, aislamiento social, rechazo, estigma, etc.) sin olvidar los problemas de atención y sobre carga que sufren muchas familias que conviven con dicha persona (p.1).

Los padecimientos que se atienden en el hospital psiquiátrico en donde se ha implementado el proyecto de Gestión del Conocimiento son las siguientes: esquizofrenia en sus distintas clasificaciones, trastorno del estado del ánimo leve o profundo y personas con retardo mental. En muchos de los casos su vulnerabilidad limita su incorporación a la sociedad, ya que sus padecimientos mentales son de mantenimiento y contención por lo que deben permanecer al cuidado del Estado y del hospital. Al representar una limitación importante en su calidad de vida, precisamente porque se afecta o modifica considerablemente la salud, se hace necesario que estén al cuidado de instituciones de este tipo.

Se sabe que, en múltiples ocasiones, el tratamiento que reciben los usuarios provoca debilitamiento en el organismo, sobre todo cuando son poco efectivos y no consideran las siguientes variables:

- La biología humana (genética, envejecimiento).
- Medio ambiente: contaminación física, química y biológica.
- Estilos de vida o conductas insanas.
- Estimulación para la vida diaria.

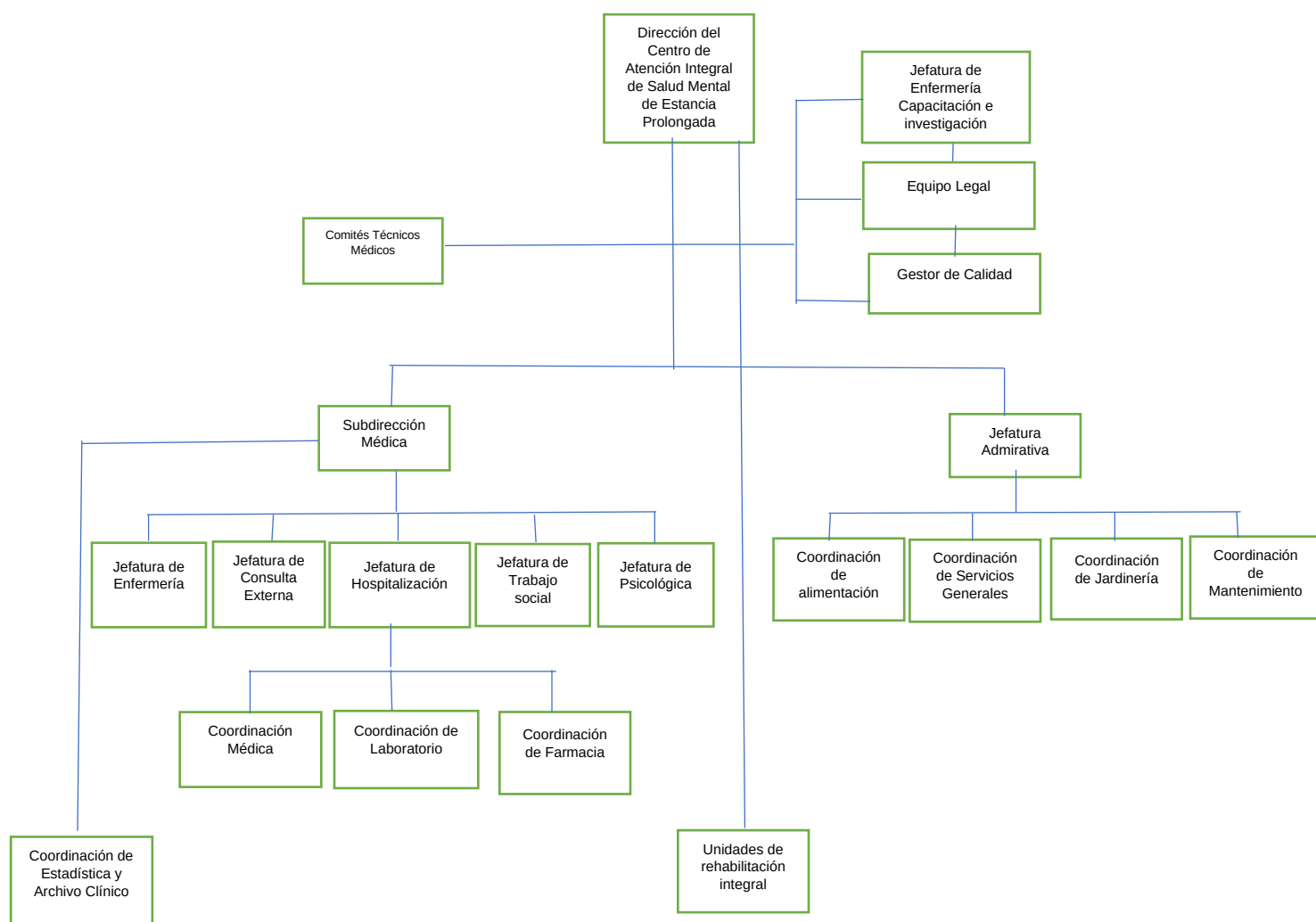
Los hospitales psiquiátricos son los lugares donde se ofrece el cuidado de tipo médico-psiquiatra, el cual se define como el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental; comprende actividades de prevención, curativa y rehabilitación; son establecimientos de salud que disponen de camas y servicios que buscan como elemento esencial la atención integral.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (2006) sostiene:

“que la salud es equivalente a la ausencia de la enfermedad y parte de anomalías biológicas subyacentes, aunado a otros factores que influyen en su desarrollo y sus consecuencias. La salud se vuelve como una experiencia directa o indirecta por los factores de recuperación que se encuentran más allá de síntomas determinados por la sociedad del momento” (p. 461).

1.3 Organigrama y servicios que ofrece el hospital psiquiátrico

Los diferentes servicios hospitalarios que ofrece a la comunidad y la presencia de organismos técnicos que orientan la toma de decisiones en cuanto al aspecto legal y calidad de los cuidados se representan en el siguiente organigrama, en el que además se visualiza la jerarquía de puestos que, por ende, permite comprender cuáles son aquellos cargos que tienen la facultad o potestad de las decisiones.



Fuente. Elaboración propia.

La presencia de un director y de las jefaturas de área, indica que prevalece un modelo de organización de los llamados jerárquicos. Desde los roles y funciones que tienen las personas que laboran en el hospital se busca garantizar de manera integral un servicio hospitalario de calidad, en donde el fin se centra en el cuidado y atención de los usuarios.

Los servicios que ofrece el hospital a pacientes institucionalizados están enfocados a su cuidado integral a través de tratamientos que favorecen su estabilidad biopsicosocial. En el funcionamiento de estos servicios, están presentes las disposiciones emanadas por la secretaria de Salud Mental del Estado. Los lineamientos se han de ver reflejados en las rutinas de trabajo, por ejemplo, el personal de enfermería atiende bajo estándares que se enmarcan en la atención a personas con discapacidad en todos los aspectos, sin perder de vista, el enfoque de los Derechos Humanos, ello con la finalidad de garantizar la calidad en los tratamientos.

Las disposiciones generales en el marco de los derechos de las personas con discapacidad mencionan que es necesario:

1. Regular las bases de acceso a los servicios de salud mental en el estado de Jalisco, con base en los derechos humanos.
2. Establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Garantizar la calidad y profesionalismo de sus servicios.

El trabajo de la institución en general y el de los enfermeros en particular está orientado no solo a cubrir las necesidades básicas de los usuarios tales como, alimento, cobijo, seguridad y aseo personal, sino que en sus rutinas se tiene contemplado un servicio que vaya más allá del cuidado básico, lo que implica considerar la dimensión psico-emocional del usuario; se ha constatado que su atención provoca beneficios en su salud y estabilidad mental.

Las labores cotidianas del hospital están orientadas por rutinas de trabajo, en otras palabras, por actividades establecidas en los lineamientos o disposiciones de las instituciones de salud del estado y federación. Al derivarse de esos marcos normativos, se pretende que la atención cubra las mayores esferas de la persona.

Las jornadas laborales de los enfermeros se establecen por turnos: matutino, vespertino, nocturno y de tipo especial. Los enfermeros prácticamente están presentes las 24 horas, los 7 días de la semana durante todo el año. En los pabellones de estancias para mujeres y hombres están por lo regular cuatro enfermeros, además dos o tres pasantes de enfermería.

Las jornadas de trabajo son de 7 horas por día, inician con la entrega del reporte de incidencia, donde manifiestan los cuidados especiales de algunos usuarios y los estados de agitaciones que se suscitaron entre los turnos. De manera posterior, realizan el aseo de los enfermos por medio del baño o cambio a los usuarios según sea el caso y prosiguen con la contabilización del stock de medicamentos y con la preparación de las dosis que los psiquiatras han recetado (personal de calidad,2019).

Después de atender las necesidades básicas de sus usuarios, pasan gran parte de su tiempo observando y llenando expedientes o formularios médicos, ello con el fin de cumplir con los registros que han de llenar en las plataformas del gobierno federal; datos que se convierten en un requisito para el cumplimiento del cuidado de salud hospitalaria.

1.4 Los enfoques y leyes en los tratamientos de hospitales psiquiátricos

La ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de enero del 2020 menciona lo siguiente:

- I. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana en personas con discapacidad.

- II. La protección y el crecimiento de los valores en los servicios de salud que coadyuven a la creación, conservación o el disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social según su capacidad.
- III. La extensión de actitudes personales y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento, y restauración de la salud que otorgan los servicios.
- IV. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social en los hospitales que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- V. El conocimiento de las personas que dan el servicio para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

Los derechos humanos de las personas con discapacidad que reconoce la Organización Mundial de la Salud (2006) son los siguientes:

- a) El respeto de la dignidad, la autonomía individual.
- b) La no discriminación.
- c) La participación e inclusión plena en los tratamientos.
- d) El respeto por las diferencias.
- e) La igualdad de oportunidades.
- f) El respeto a la evolución de sus facultades.
- g) Accesibilidad.
- h) Igual reconocimiento como personas ante la ley.
- i) Protección contra la tortura y otros tratos degradantes.
- j) Integridad personal.
- k) Inclusión en la comunidad.
- l) Movilidad personal.
- m) Respeto a la privacidad.
- n) Respeto del hogar y de la familia.
- o) Educación.
- p) Salud.

q) Rehabilitación y rehabilitación.

(Ley General de Salud, 2020, pp. 1-14).

El principal factor de cambio en la atención son las organizaciones, la salud mental no se puede alcanzar sin buenas instituciones que orienten a las personas a la búsqueda de un servicio de atención hospitalaria que admita en su normativa de salud, el respeto y trato digno de los pacientes institucionalizados. Esto quiere decir, que los tratamientos hospitalarios se rigen desde la perspectiva de los derechos humanos de las personas y no solo desde el aspecto farmacológico. Por lo que todos los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de promover una atención que permita un mejor tratamiento dentro o fuera de los hospitales psiquiátricos.

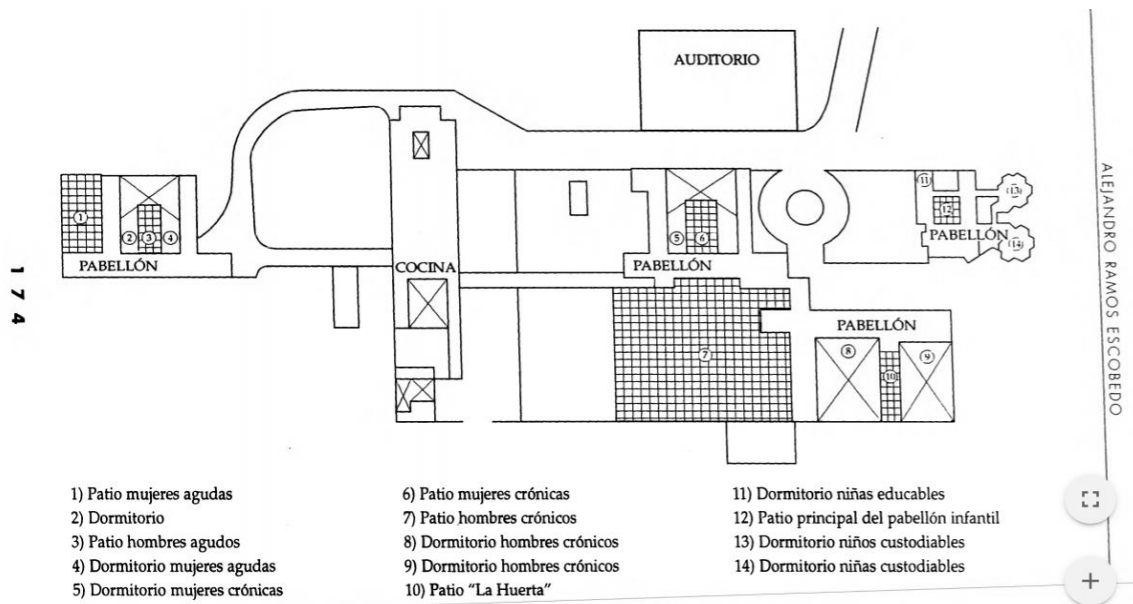
La organización cuenta con distintos organismos y servicios que permiten operar bajo los estándares que rigen el sector salud y también con leyes de cuidado hospitalario internacional, es decir su normativa no solo debe cumplir con criterios locales, sino con la actitud de todo un conjunto de personas que velan desde distintas aristas la salud del usuario.

1.5 El inmueble y sus espacios físicos

El lugar está compuesto por amplios patios llamados pabellones donde los usuarios pasan todo el día; son espacios destinados a la estancia de mujeres y hombres, además hay uno de tipo infantil previsto para personas diagnosticadas con retardo mental. Todos ellos son considerados como espacios para personas con enfermedades crónicas.

El resto del lugar está conformado por un área de consulta externa en donde se atienden las urgencias médicas o la estabilización de los usuarios, la huerta o vivero en donde los internos tienen actividades de estimulación y ocupacionales, además de las casas para la vida diaria. Aunque el lugar es amplio, con grandes extensiones de terreno para que el paciente pueda transitar, se le percibe con poca actividad e interacción. Muchos de ellos permanecen bajo los rayos del sol, bajo el resguardo y cuidado del personal de

enfermería durante las 24 horas los 365 días del año. La distribución espacial del hospital se muestra en la siguiente imagen:



Fuente: (Ramos, 1998).

1.6 Las buenas prácticas en el cuidado hospitalario

Los avances en el sector salud a nivel mundial y local han aportado enormes beneficios a la humanidad, logrando tratamientos específicos a enfermedades mucho más efectivas que permiten un aumento de la supervivencia y la mejora de la vida de los enfermos que la padecen.

Los rasgos que definen el modelo de buenas prácticas se enfocan en:

- Una práctica profesional en equipos que colaboran de manera integral.
- El Compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de mejores prácticas y con el aprendizaje organizacional.
- Un énfasis en la prevención, detección precoz y educación sanitaria.
- Una Gestión activa y condicionada de las enfermedades crónicas
- La importación de la investigación clínica.

- La atención sanitaria basada en la evidencia.
- El énfasis en la calidad.

(Nuño, 2007).

Todas estas características definen las buenas prácticas y permiten dar una atención sanitaria de alta calidad para mejorar el estado de salud de las personas de las comunidades. Se asume un proyecto cooperativo entre clínicos y gestores con responsabilidad compartida y coordinados dentro de un marco de los derechos de las personas y una claridad que ve la atención como el núcleo del servicio.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2011) menciona que una atención sanitaria surge de las necesidades de la salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de manera precisa, destinando recursos necesarios de forma oportuna y efectiva tanto como el estado actual del conocimiento lo permita.

La atención en pacientes con estadía crónica implica un proceso de atención hospitalaria integral que permita cumplir con distintos objetivos a la vez, es decir, una acción conjunta de los encargados, incluyendo a los enfermeros quienes deben favorecer la atención específica y activa que atienda todas las necesidades del usuario.

Un enfoque moderno del cuidado es aquel que implica a equipos multidisciplinarios, estructurados y organizados de tal manera que encuentren la mejor terapia idónea, tomando en consideración todos los factores propios del paciente para lograr el mejor resultado con el menor riesgo posible y la máxima satisfacción, mediante el uso responsable de los espacios y de los tratamientos.

Todo esto, desde una concepción más avanzada de lo que son los cuidados hospitalarios que colocan en el centro a la persona y no a su enfermedad. Al tener en cuenta cómo se desenvuelve o vive el individuo en su situación de salud, se podrán obtener mejores respuestas a la misma. Lo importante es plantearse cómo se puede ayudar al individuo a afrontar sus necesidades y alcanzar su bienestar posible, siempre bajo la premisa de una atención integral.

Elevar la variabilidad en el modo atención, implica tener en cuenta los mejores cuidados que existen hasta el momento y una planeación estratégica, que permita establecer las pautas de la recuperación en las personas. Todo esto implica considerar el modo de proceder de las personas y la organización para lograr mejoras en los resultados en la salud de pacientes y asegurar la utilización de los recursos materiales y humanos.

La interacción entre el enfermero-paciente es prioritaria en un sentido donde el ejercicio de la práctica profesional es el eje que permite articular las buenas prácticas que fortalecen la profesionalización del cuidado de enfermería.

Bajo esta premisa se identifica que las buenas prácticas de cuidados hospitalarios son el resultado de una interacción entre enfermero-paciente, del empleo de un lenguaje incluyente, del contacto físico y del cuidado emocional de los pacientes (Nuño,2007).

Capítulo II. La invisibilidad del valor del saber y experiencia de los enfermeros en el aprendizaje de las instituciones de salud

Este capítulo da cuenta de la importancia que tiene la recuperación explícita de las prácticas profesionales de enfermeros en un hospital psiquiátrico ubicado en el occidente del país; prácticas que se distinguen por la atención que dan a usuarios diagnosticados con enfermedades mentales. El saber y experiencia de estos profesionales de la salud no se aprovecha en la institución como un conocimiento que le permita aprender y mejorar. Al no integrarse como un saber en y de la organización, se queda en el plano intrapersonal, lo que conlleva riesgos importantes. El capítulo está conformado por tres apartados. En el primero se describen las prácticas de la institución y sus obligaciones como nosocomio de salud mental, además de que se mencionan algunos de sus principales retos como organización que se enfoca a la salud. En el segundo se presentan aspectos clave de la práctica de enfermeros que dan cuenta de lo valioso de su papel en los procesos de recuperación de los usuarios y las razones de incorporarlos en la dimensión institucional. En el último apartado se resalta la importancia de la gestión y continuidad del conocimiento en la mejora de las prácticas orientadas a los cuidados hospitalarios.

2.1 Las prácticas de instituciones psiquiátricas enfocadas a la atención de usuarios institucionalizados.

Las organizaciones mexicanas de salud mental en México enfrentan grandes retos con respecto a la atención y servicios hospitalarios que ofrecen. Uno de ellos tiene que ver con el abandono de las personas recluidas por parte de sus familias debido a la gravedad de sus padecimientos mentales, a la falta de recursos económicos, persistencia o gravedad de la discapacidad o por la falta de apoyos sociales.

Los trastornos mentales y sus padecimientos regularmente son persistentes a lo largo de la vida. Esta cualidad de baja recuperación y constante deterioro obliga a las familias al abandono, dejando a su familiar por periodos prolongados (meses o años) en hospitales bajo la tutela de autoridades gubernamentales y bajo el tratamiento de fármacos que en muchos de los casos provocan efectos adversos o negativos. Por lo general, las familias delegan los cuidados de las personas con padecimientos a los sistemas de salud con la esperanza de que se recuperen o logren avances significativos que les permitan su reintegración social.

Goffman (2001) describe a los hospitales psiquiátricos como “instituciones de salud mental de características totales; lugares de residencia y trabajo que se componen por un gran número de individuos en igual situación, principalmente de aislamiento social por periodos apreciablemente largos de tiempo, compartiendo su encierro, viviendo bajo rutinas diarias” (p.13) y recibiendo la atención que está formalmente establecida y administrada por los sistemas de salud en función del régimen vigente y bajo un propósito común de “recuperación”.

Goffman (2001) analiza las instituciones desde un enfoque sociológico y refiere que los hospitales psiquiátricos emplean estilos de orden autoritario, donde los servicios de encierro se justifican por un bien común y social, lo que deja a las personas sin el necesario contacto social. Existe evidencia que muestra la manera en que los usuarios que viven en los hospitales tienden a ser atendidos por servicios limitados, provocando una situación de despersonalización debido a que en su condición de internos son sometidos y obligados a sufrir los efectos de las reglas de sus tratamientos y, por lo tanto, muchas veces sus trastornos suelen agudizarse por la falta de estímulos y por el aislamiento social que impone la institución.

En el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), sobre la salud mental en México, se menciona que la atención hospitalaria en nuestro país es uno de los servicios psiquiátricos más señalados de manera negativa, debido a la constante

violación de los derechos humanos de los internos. El tratamiento que se ofrece en estas instituciones resulta ser insatisfactorio y con baja tasa de reinserción. Tal situación, no solo afecta la recuperación de las personas, sino también sus derechos como pacientes institucionalizados, debido a que los tratamientos farmacológicos son de larga duración, con efectos secundarios muy fuertes y limitados en su efectividad. Desde estas condiciones suele señalarse por diferentes medios que por el tipo de atención que se brinda en estas instituciones, se tiende a no respetar las garantías de los enfermos en su calidad de seres humanos.

El programa de acción específico de salud mental 2013-2018, en su plan nacional de desarrollo, señala lo siguiente:

Para llegar a la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades es fundamental generar acciones que contribuyan a preservar y mantener el bien común, por ello es necesario contar con un componente desde el modelo de atención a la salud en México como característica anticipatoria, el cual busca atender, no solo a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de fortalecer y crear determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos (Programa de acción específico. 2013, pp. 7-9).

De lo anterior se desprende que la atención brindada a los enfermos mentales, los cuales en su mayoría desarrollan padecimientos de carácter crónico, debe partir de una base o una visión amplia como ser humano, lo que significa que todas las áreas encargadas de su cuidado con sus respectivos recursos han de enfocarse en el bienestar de las personas desde una visión integral.

De esta manera, el trabajo de un enfermero o encargado de la salud mental debe visualizarse como parte fundamental en el programa de salud, sin limitar su acción a las rutinas de trabajo establecidas por organismos u organizaciones especializadas, ya que apearse a ciertos cánones sin mirar la parte humana de los usuarios, reduce sus

oportunidades de mejora. Una muestra que ayuda a entender el apego estricto al manual de funciones y de las actividades que realizan algunos enfermeros, es la siguiente:

“Visito las áreas, doy seguimiento a los procedimientos, ya que tenemos procedimientos que datan del 2009 o antes y estamos en proceso de actualización de estos procedimientos. Hago revisión también de las áreas eh... voy y visito los pabellones, actualizo la cédula de acreditación. Hago plan de contingencia, mi proyecto anual. Normalmente apoyo en todos los proyectos de la unidad y en cuidar que los servicios se estén manejando con calidad” (enfermero x. p,2)

Así como hay enfermeros que limitan su actividad a lo estrictamente señalado en los manuales y reglamentos, hay otros que realizan su trabajo de una manera constructiva, en el sentido que van más allá de las reglas; consideran de manera especial la parte humana de los usuarios, en tanto los estimulan, reconocen sus necesidades, crean lazos de amistad, los escuchan de manera activa y se preocupan por sus necesidades. Ante esta realidad, las organizaciones como el hospital psiquiátrico necesitan desarrollar mecanismos que permitan rescatar la experiencia de estos profesionales de la salud que desde su hacer, muestran de manera cotidiana que trascienden lo meramente clínico y laboral en la atención de los usuarios.

Distinguir a los enfermeros que hacen del contacto emocional y social con el usuario una herramienta que sana, que los hace sentir importantes y seguros, es una tarea que no conviene postergar, pues al hacer visibles esas acciones se tienen posibilidades de mejorar los resultados en términos de mejoría y bienestar de las personas. Hacer evidentes esas prácticas puede significar un cambio en los tratamientos que sólo se limitan a cumplir con los protocolos establecidos y que provocan que los usuarios no se sientan atendidos desde una dimensión integral.

En los servicios que ofrecen los enfermeros, hay prácticas que están mucho más orientadas al área psicosocial y a la estimulación de las diferentes áreas del paciente institucionalizado. El contacto cotidiano y la cercanía con el personal me permitió

observar y entender que la atención hospitalaria se hace de manera distinta; algunos enfermeros a diferencia de otros cumplen sus labores de cuidado con mayor calidad humana; son sensibles a las necesidades de afecto de los usuarios, intervienen de diferentes maneras para entretener, cansar y hacer su estancia más amena o simplemente por otorgar algo diferente a lo largo de su día. Este tipo de prácticas hace una diferencia en la calidad de la atención, por lo que es importante recuperarlas, rescatarlas y socializarlas entre los profesionales de la salud encargados de atender a las personas institucionalizadas.

Más allá de las normas que hay que seguir en el cumplimiento de su trabajo, estos enfermeros realizan los cuidados de distintas maneras, por ejemplo, uno de ellos inicia la rutina de trabajo con una gran sonrisa, expresando palabras amables, mostrando un trato cordial, de tal modo que llegan a impactar favorablemente al usuario. Al establecer una relación cercana y cordial le permiten que inicie el día con una actitud positiva; con ello se evita que se llegue a presentar algún tipo de alteración que termine en la inestabilidad de los usuarios. Estos actos de empatía y amabilidad de algunos enfermeros muestran que se preocupan por ofrecer un cuidado y una atención más amplia, es decir más allá de lo que dicen los manuales y procedimientos.

Por la forma en que se dirigen y tratan al usuario, se aprecia que de una u otra manera estos enfermeros contribuyen a su estimulación psicosocial; elemento que se considera fundamental en el tratamiento de las personas con padecimiento mental crónico, ya que les permite un mejor desempeño en los diversos roles sociales; en otras palabras, la estimulación es un factor determinante para su recuperación e integración social en su rol de hermano, hijo, papá, etc. Roder (1996) señala que, para lograr una adaptación social, las personas necesitan disponer de una serie de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que les permitan y faciliten la convivencia y el intercambio social.

Como se sabe, los padecimientos mentales en pacientes crónicos parten de una discapacidad que tiene que ver con el aspecto social. Su deterioro es el rasgo distintivo

donde presenta el déficit, por ello, la dimensión social y afectiva es clave en su tratamiento debido a que constituyen una fuente que ayuda al estrés y a las exacerbaciones de los padecimientos (Liberman, 1993).

Para Caballo (2007) las conductas socialmente inadecuadas están asociadas a respuestas que no están presentes en el repertorio de respuestas del individuo; situación que favorece una baja motivación, autoevaluación negativa, obstáculos ambientales, provocando en muchos de los casos la institucionalización que llega a limitar la reinserción social.

La estimulación psicosocial se presenta en forma de destrezas que permiten expresar y comunicar a los demás de modo adecuado nuestros afectos, deseos, opiniones y expectativas, buscando hacer respetar nuestros derechos y los de los demás. Lo social posibilita satisfacer nuestras necesidades materiales (encontrar trabajo, administrar dinero, etc.) y afiliativas (ser escuchado, recibir afecto, etc.). La mayoría de estas necesidades se deben de satisfacer a través del contacto e interacción con otras personas, tal es el caso de los enfermeros que a partir de las formas en que se relacionan, estimulan el desarrollo de esas destrezas emocionales, mismas que se aprecian cuando el usuario comunica sus sentimientos, afectos o necesidades.

Diferentes estudios han demostrado que uno de los principales problemas para la recuperación de los usuarios crónicos institucionalizados es la no estimulación de las habilidades sociales, tales como: hacer amigos, iniciar una conversación, pedir ayuda, tener éxito en una entrevista, afrontar la crítica, etc., por ello la estimulación psicosocial se convierte en un recurso para el desarrollo del potencial humano (Kelley, 1987; Liberman, 1989; Sotillo et al, 1991; en Caballo, 1993).

Se considera que las conductas y actitudes que ponen en juego los enfermeros en su relación con los usuarios se tornan en un elemento clave en el tratamiento, pues a través de esa interacción les estimulan sus habilidades sociales, que como señalan Arón y Milicic (1993), les permiten interactuar con otras personas de forma aceptable y valorada, además de que les generan conocimiento. En un sentido amplio, la estimulación

psicosocial se puede entender como conductas o habilidades cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal (Bellack y Mueser, 1993); representa un proceso de afrontamiento por el cual se logra una capacidad social adecuada para vivir en un entorno concreto. Estas habilidades posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social (Liberman, De Rissi, y Mueser, 1989; en Liberman, 1993).

Actualmente existe la necesidad de combinar el tratamiento farmacológico con orientaciones de tipo psicosocial con la intención de ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente. Esta apuesta con respecto al tratamiento, se puede apreciar en el trabajo de algunos enfermeros, quienes independientemente de los principios y orientaciones que se emitan con respecto al tratamiento, ellos lo asumen, lo viven y lo muestran en las interacciones que establecen con los usuarios, pues es evidente que enseñan desde la acción habilidades interpersonales a pacientes crónicos; situación que de un modo u otro contribuye a que los internos logren desarrollar competencias en las áreas de funcionamiento interpersonal: la adquisición y reproducción de respuestas, el fortalecimiento de las respuestas más adecuadas y la transferencia o generalización de las respuestas adquiridas.

Por el valor que tiene la estimulación psicosocial en el tratamiento de personas con padecimientos mentales, Camacho y Camacho (2005) mencionan que “el entrenamiento en habilidades sociales constituye un procedimiento básico”, ya que muchos problemas como “la ansiedad social, la depresión, la esquizofrenia, delincuencia, son áreas que a través de la estimulación psicosocial pueden mejorar (pp. 5-7).

La salud, desde el punto de vista subjetivo, se relaciona con un sentimiento de bienestar y con la capacidad de funcionamiento de la persona (Oblitas, 2008); abarca diversos aspectos y dimensiones, por lo mismo, resulta inviable pensar que los tratamientos

solo se privilegien desde una sola perspectiva, la clínica. El medio social y cultural en el que se desenvuelve también tiene una impronta en el bienestar, en este caso de los usuarios del hospital psiquiátrico.

Es en este sentido que se resalta el papel de los enfermeros (personal más antiguo) de la institución, ya que desde su hacer favorecen relaciones y tratamientos mucho más completos y estimulantes. Toda esa acumulación de experiencias y saberes que ponen en uso en su interacción con los usuarios y que sirve para construir una base de conocimiento compartido a nivel de la institución no se recupera ni explícita, por lo que otros que también participan en su atención, no lo utilizan, por lo mismo, no contribuyen de igual manera a la estimulación y al desarrollo de competencias psicosociales que mejoren la calidad de los servicios y establezcan una atención mucho más homogénea y humana. Esa experiencia que se pone de manifiesto en la atención que dan estos enfermeros a los usuarios puede ser compartida y enriquecida a través del tiempo entre las generaciones antiguas y el personal nuevo que se va integrando a la organización.

Al explicitar y compartir el conocimiento y la experiencia con otros, hacen que las prácticas sean de calidad, con especial énfasis en la atención psicosocial, lo que significa poder incidir en cambios importantes en el trato de las personas hospitalizadas a través del uso, la gestión y continuidad de conocimientos, que permita mejorar el hacer profesional de un grupo de enfermeros, sobre todo de los que recién ingresan a laborar en el hospital. Rescatar las buenas prácticas de cuidados hospitalarios y sus procesos de atención puede ayudar a incidir en la relación del enfermero-usuario, y con ello, se estaría logrando un apego a las normas que se señalan en los Servicios en Unidades de Atención Integral Hospitalario Médico-Psiquiátrica (1995):

NOM-025-SSA2-12, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre del 1995, donde se considera que se tiene como objetivo establecer criterios de operación y organización en los hospitales de salud mental que faciliten actividades que se acerquen a una atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, y mejorar la vida de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

Ampliar y enriquecer el conocimiento de todos los involucrados en la atención de los usuarios significa favorecer el desarrollo de condiciones de vida de las personas institucionalizadas. Bajo un carácter mucho más digno, se puede incentivar un cambio en la atención y con ello, dar respuesta a sus necesidades, por ende, los cuidados en

salud mental deben ofrecer respuestas mucho más particulares en donde los servicios surjan de la necesidad particular de cada usuario y de una atención basada en el conocimiento que desde la cercanía y el trato digno como elemento principal, es decir de las buenas prácticas muestren que en la interacción con el usuario predomina un enfoque humano.

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2 (1994) para la presentación de los Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-psiquiátrica considera:

Para la presentación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica contempla en su esquema de atención tratamiento de personas que padecen enfermedades mentales y del comportamiento que experimentan cambios acelerados en función de la ciencia y los programas comunitarios, como factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad, así como de los recursos terapéuticos, físicos y financieros para su atención con el objetivo de unificar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las unidades que presentan atención hospitalaria médico-psiquiátrica (NOM-025. párr. 4-5).

Ante tal obligación, el hospital psiquiátrico y en especial los trabajadores están llamados a transformar sus prácticas, orientarlas a una propuesta de mejora continua y más humana de cuidados hospitalarios. La experiencia de los enfermeros que en su práctica muestran el rostro humano, puede convertirse en una lección de aprendizaje a la organización misma, para ello se requeriría un sistema que permita la continuidad del conocimiento y evite caer en errores al no aprovechar la experiencia o el conocimiento de los demás. Para mostrar el por qué es importante la preservación y continuidad del conocimiento en una institución, se incluyen las siguientes ideas de Beazle y Harder (2002):

Una de las amenazas en las empresas de tipo aguda, es atribuida a la pérdida del conocimiento experto, momento cuando se presenta la jubilación inminente de sus trabajadores, situación crónica, que se manifiesta como el agotamiento del conocimiento

y perdida de continuidad de la competitividad en las empresas donde los empleados no son capaces de aportar a la continuidad del conocimiento operativo al grado de expertos (p.14).

El valor del conocimiento en las organizaciones se ha vuelto primordial, razón por la cual se tendría que pensar en estrategias que permitan recopilar el conocimiento que tienen las personas e incorporarlo a la institución con la idea de que ese saber pueda provocar que los demás enfermeros o grupos tratantes aprendan de aquellos que se distinguen por el trato cercano, cordial y amable que ofrecen a los usuarios y que se refleja en tratamientos y actuaciones más acertadas y humanas.

La atención hospitalaria de Jalisco tal y como se hace hoy en día está llamada a reconfigurarse a partir de analizar y hacer efectivo el tan señalado tratamiento integral que tiende a nombrarse en la misión que tiene el hospital psiquiátrico, la cual, aunque supone es una guía a las personas que trabajan en el lugar, no impide o se contrapone con la lectura que se haga a las necesidades de los usuarios, las cuales también se convierten en ejes rectores de sus prácticas. Beazley et al (2002) mencionan que las estructuras y los actores deben partir desde la visión de las necesidades de los usuarios, lo que implica generar nuevas estrategias que mejoren la atención integral, mismas que pueden plantearse o enriquecerse a partir del uso del conocimiento con que cuentan las personas que realizan buenas prácticas, ya que con ello se favorece una creación continua de información orientada a la promoción de tratamientos mucho más acordes a los requerimientos de las personas.

Para mostrar la poca o nula importancia que se le da a acciones enfocadas a recuperar y socializar las buenas prácticas de enfermeros o profesionales de la salud que se distinguen por estimular la dimensión emocional, social y afectiva de los usuarios, nos encontramos que los 700 artículos sobre tratamientos de enfermedad mental publicados hasta el 2008, abordan temas de tipo epidemiológico, evaluaciones clínicas, intervenciones clínicas, psicoterapéuticas, estudios genéticos, evaluaciones y políticas

de servicios; estudios que se sitúan a niveles fenomenológicos y de intervención pero no estudios relacionados con el conocimiento que produce la práctica de cuidados hospitalarios entre enfermero-usuario en la instituciones de salud mental.

2.2 La pérdida de los saberes y conocimientos de enfermeros que se hacen visibles en su práctica profesional

Hay enfermeros que en sus rutinas de trabajo llenan de manera ordinaria los formularios y requisitos que les obliga la secretaria de salud, esto quiere decir, que se apegan a lo establecido por el sistema de Salud Mental (mantener limpios a los usuarios, administrado medicamentos, revisión de signos vitales etc.) sin que ello signifique que cuestionen y reflexionen sobre sus prácticas y en especial, aquellas que cumplen o incumplen con los requerimientos que les obligan a respetar los derechos humanos de los usuarios.

En sus jornadas laborales no tienen presente algún espacio o mecanismo que les permita compartir sus aprendizajes, dificultades o aciertos sobre lo que hacen a lo largo del día. En sus rutinas no aparece el tema de la gestión y continuidad del conocimiento como parte de sus tareas, situación que conlleva a que unos repitan viejos patrones que no les permiten mejorar o reaprender de una manera reflexiva y por lo mismo, tener la posibilidad de identificar áreas de mejora. Esta falta de espacios o mecanismos para analizar sus prácticas evita que las “buenas prácticas” no se socialicen o compartan y solo se queden en el ámbito personal, en otras palabras, en la persona que tiene ese conocimiento; situación que evita que el colectivo y la organización aprenda y mejore.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), en específico en la Carta de los Derechos Humanos, se menciona que la atención psiquiátrica tiene el objetivo fundamental de prevenir y tratar la enfermedad mental, así como la rehabilitación al usuario que se encuentre bajo la tutela del estado y en sus nosocomios. En ningún caso se puede limitar o anular algún derecho como ser humano, independientemente de su padecimiento mental, ya sea transitorio o grave a lo largo de la vida. Por este motivo

resulta conveniente que aquellas experiencias o prácticas positivas que los enfermeros desarrollan en esta dirección se compartan e integren en la organización.

Al no atender las necesidades de las personas institucionalizadas en la organización bajo una perspectiva de gestión y continuidad del conocimiento se evita que el hospital psiquiátrico aprenda a partir de la recuperación de la experiencia de los que ahí laboran, ejemplo de ello se muestra en la siguiente viñeta:

“el hospital está perdiendo gente muy importante que le gusta trabajar, no les da seguimiento a sus propuestas, como por ejemplo la iniciativa de incluir en los pabellones áreas de oxigenación, para encargado de enfermería esto es un problema. Como muestra esta semana una persona con mucha iniciativa acaba de renunciar” (enfermero 1. p,3).

La riqueza de conocimiento que tienen las organizaciones surge de su personal o miembros, por lo que es importante retomar la experiencia de aquellos enfermeros que se jubilan o se retiran por renuncias, ya que, de lo contrario, el saber de estas personas se pierde. La organización que no aprende se empobrece, puesto que esa experiencia y conocimiento práctico no es compartido por carecer de mecanismos o momentos de encuentro para tal fin: una enfermera informa en una conversación *“los directivos del hospital no tienen en sus planes hacer alguna entrevista de salida para su personal”* (enfermero 3. p,12).

Tal situación, es una muestra de la poca importancia que se le da al conocimiento práctico de los enfermeros. Para Beazle et al (2002), la falta de recuperación de la experiencia de las rutinas de trabajo suele ser una de las principales amenazas en las organizaciones, ya que como lo menciona la teoría del conocimiento en las empresas, esto puede ser una de sus principales debilidades inminentes para el hospital: Un ejemplo de la pérdida del conocimiento operativo en las personas es el siguiente:

“Viene un cambio por la jubilación y la persona que llega tiene la capacidad y las herramientas para hacerlo. Tiene el conocimiento, pero no es un líder, desde este punto empezamos a perderlo. Después del cambio se empezaron a perder muchas de las cosas

que funcionaban en las áreas de enfermería. Actualmente se le da la oportunidad a un chavo joven que no tiene la experiencia” (enfermero, 1. p,3).

Otro ejemplo que muestra la poca o nula importancia que se le da al conocimiento de los enfermeros en el hospital psiquiátrico se aprecia en el momento en que suceden los cambios de pabellones, es decir, a la hora de la rotación programada. Aunque dicha rotación se sustenta con el objetivo de cuidar el desgaste laboral y emocional de sus empleados, la comunicación que se supone debe existir entre quien entrega y el que recibe no existe:

“nos acaba de suceder acaban de realizar cambios en los pabellones como parte del rol de enfermería y las áreas que ya estaban trabajadas con los usuarios se perdieron. Lo que Jorge (un enfermero) ya estaba trabajando en estancia prolongada no se siguió y lo cambiaron a pabellón breve y el área ya esta caída” (enfermero 3, p, 1)

Aunque tal movimiento de rotación está encaminado al cuidado del personal, por la forma en que se sucede, provoca que los usuarios se desequilibren en el ámbito clínico y emocional por los lazos afectivos desarrollados y por la falta de continuidad o apego al tratamiento médico psiquiátrico sugerido y recomendado por el grupo tratante anterior.

.

En otras palabras, no hay mecanismos que faciliten la recuperación y transición de las actividades, ya que no se realizan entrevistas entre las personas que salen o entran al pabellón para dar y recibir recomendaciones que favorezcan la adaptación del nuevo personal de enfermería y de los usuarios. Los aciertos que se han ganado con la experiencia no son tomados en cuenta y se olvidan las posibles sugerencias que podrían ayudar al nuevo equipo tratante en su etapa de adaptación.

Los conocimientos que no se comparten entre el mismo personal provocan un efecto de retroceso en los tratamientos, afectando la recuperación de los usuarios, los cuales recienten el cambio, en tanto los tratos y formas de interacción son distintas, los horarios se modifican, la paciencia para su padecimiento difiere y esto los afecta de manera

negativa y global, desestabilizando su estado emocional debido a sus tratamientos y a la ruptura de las relaciones afectivas entre el usuario y el profesional de la salud por los cambios de turno. Las metas o logros alcanzados, se pierden cuando el usuario entra en interacción con otro enfermero que solo se centra en cumplir su trabajo desde el reglamento mismo.

En la organización del hospital psiquiátrico no se tienen mecanismos que permitan recuperar la experiencia en un sentido de valor. Se atienden a usuarios sin observar todos los actores que están presentes en su recuperación, minimizando los efectos del contacto y las diferencias positivas que provoca hacerlo. El tratamiento se realiza bajo los diagnósticos basados en la estadística psiquiátrica establecida, pero no se llega a la gestión de conocimiento sobre lo que se realiza a diario, solo se limitan al uso de notas en el expediente con información explícita, sin reconocer la importancia del uso del conocimiento tácito en la organización.

El conocimiento al no ser de carácter relevante, no se registra, inclusive al momento de la rotación entre los psiquiatras se atreven a cambiar tratamientos a base de pruebas; esperando que con los nuevos medicamentos los usuarios reaccionen mejor, pero en algunos casos sucede lo contrario; el usuario retrocede en su estabilidad. Los manuales de farmacología clínica se basan en evidencia para mostrar su eficacia en el tratamiento a los pacientes, pero su efectividad se puede medir solo a lo largo del tiempo y en este caso, con el cambio que se hace, se rompe el proceso que se alcanzó con los antecesores. Un psiquiatra aplica y modifica sus procedimientos de manera que va valorado su respuesta bajo los criterios que Schatzberg (2018) señala:

Primero. Las pautas pueden caducar con el reporte de evidencias nuevas o diferentes tratamientos. Segundo. la evidencia disponible en la literatura no siempre puede ser muy eficaz para los tratamientos por su condición atípica o comórbidas. Tercero. La evidencia a menudo se modifica, si el médico encuentra una falta de respuesta a la terapia inicial (p.4)

Los enfermeros y grupos tratantes reconocen la falta de algún sistema de gestión o continuidad de conocimiento que les permita mejorar la situación laboral que viven debido a que observan que las personas recaen en sus tratamientos y son afectados por estos cambios o rotaciones, ya que son confundidos con respecto a las prácticas de cuidados hospitalarios, provocando tratamientos repetitivos sobre los que cada uno de los responsables de la salud los aplica y cree que lo está haciendo bien.

2.3 El uso de la gestión del conocimiento en los enfermeros como factor de cambio en los tratamientos hospitalarios.

El proyecto de gestión y continuidad del conocimiento en el personal de enfermería se presenta como la opción que posibilitará identificar los constitutivos de las buenas prácticas en los cuidados hospitalarios y con ello, dar importancia al conocimiento mismo que permitirá mayor eficacia, productividad y menor frustración entre los usuarios y las personas tratantes.

La continuidad del conocimiento se describe como la transmisión efectiva y eficaz del conocimiento operativo crítico, aquella que favorece acciones puntuales encaminadas a una atención basada en evidencia donde todo lo que se hace está comprobada tanto de manera explícita como tácita, individual e institucional de quien lo llega a desarrollar (Beazley et al., 2002). Todo esto para contrarrestar las amenazas o efectos negativos en los que se puede caer al no contar con el conocimiento.

La continuidad del conocimiento en el hospital debe convertirse en un factor que influya positivamente en el cuidado y tratamiento integral de los usuarios a cualquier nivel provocando estabilidad y su recuperación. Esta continuidad es la que permite enriquecer lo que se hace en todos los niveles y facilita la llegada de la innovación, traducida en mejores tratamientos que den una respuesta integral a las necesidades cambiantes de los internos.

La oportunidad de recuperar e integrar de manera positiva y continua, las buenas prácticas de enfermería a partir de los procesos que ofrece la gestión del conocimiento facilitarán una maximización de los servicios dentro de la planeación, evaluación y remuneración de los programas y el aprendizaje en la organización.

Para crear y conservar conocimiento se consideró importante poner en marcha una comunidad de práctica con el personal de enfermería, oficina de calidad y servicios. Dicha comunidad surgió por invitación directa, debido a que en sus labores administrativas y de cuidado a las personas internadas en el hospital, mostraban cercanía, trato humano y una constante preocupación por mejorar su calidad de vida.

A través de la implementación de la comunidad se esperaba que los miembros en las reuniones establecidas se orientarían a identificar aquellas actividades que realizan en sus labores cotidianas y que benefician al usuario por el trato humano, precisamente porque están centradas en el respeto del ser, ya que es el punto de apalancamiento para la productividad de conocimiento que mejora los cuidados hospitalarios. Con la ayuda de un proyecto de gestión del conocimiento, el hospital podría reflexionar sus tratamientos de la salud mental para ser enriquecidos a partir del rescate del conocimiento de las personas.

A través del análisis y reflexión colaborativa de los cuidados hospitalarios que ofrecen los profesionales de la salud, en especial aquellos que muestran su sensibilidad y cercanía, en tanto consideran las necesidades de los usuarios, se podría poner en evidencia todo lo bueno que se hace a favor del bienestar de las personas hospitalizadas y con ello, lograr implementar ese conocimiento en las diferentes áreas de la organización.

El personal de calidad, el enfermero y un servidor hemos identificado actores que se caracterizan por realizar buenas prácticas de cuidado en el hospital psiquiátrico, por ello la necesidad de recuperar y codificar el conocimiento tácito para hacerlo explícito y con ello, contribuir a la construcción de un ambiente que beneficie la colaboración, el trabajo

digno y la creación de programas de capacitación orientados a la reflexión sobre ser un enfermero empático con las necesidades tanto físicas como emocionales de los usuarios, situación que es clave para su recuperación

Los riesgos de no atender las necesidades bajo esta perspectiva serían los siguientes:

- Que los servicios hospitalarios sigan con el no cumplimiento cabal de su razón de ser y con ello, toda recuperación sea un aspecto que aún quede lejos de alcanzar, precisamente porque los servicios que ofrecen no atienden de manera integral a los usuarios. Habría que recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala en su sistema de evaluación de la salud mental que los servicios en esta área se caracterizan por ser insatisfactorios y por la violación de los derechos humanos.
- Los servidores públicos en los hospitales de salud mental al no cambiar seguirán siendo de los más señalados y rezagados en materia de capacitación o de actualización en el tema de los derechos humanos; seguirán mostrando que los profesionales que trabajan en los hospitales psiquiátricos solo toman pocos temas de actualización a lo largo del año. A este respecto la Organización Panamericana de la salud / Organización Mundial de la Salud (2011) señala que solo un 15% de todas las plantillas de enfermeros, recibe algún tipo de capacitación a lo largo del año.

Un proyecto de gestión y continuidad del conocimiento considera trabajar y contrarrestar dichas problemáticas en el hospital, fomentando una mejor reflexión, evitando la insensibilidad que padecen las personas por el poco aprendizaje situado dentro del hospital psiquiátrico, el cual no favorece el aprendizaje entre las personas y por ende el organizacional.

Para lograr este proceso de transformación de las prácticas de los cuidados hospitalarios se consideró realizar un proceso de gestión y continuidad del conocimiento, esto quiere decir rescatar las buenas prácticas de cuidados hospitalarios en el personal de enfermería a partir de un proceso de reflexión-acción, para la identificación, materialización e integración de conocimientos acerca de cuidados mucho más dignos a los pacientes institucionalizados.

Con el uso de la gestión de conocimiento como propuesta metodológica dentro del hospital se pretende identificar, crear y compartir conocimiento existente en la organización, de tal manera que los individuos puedan enriquecer y construir nuevo conocimiento para mejorar los cuidados hospitalarios. Tal como afirma Senge (1990) “Las organizaciones que aprenden invierten en la calidad de pensamiento, en la capacidad de reflexión y de aprendizaje en equipo, y en la habilidad de elaborar visiones compartidas y conceptos comunes de las cuestiones complejas” (p. 52).

Desde tal visión, los enfermeros podrían identificar desde sus prácticas cotidianas procesos de enseñanza para ellos mismos y para otros y con ello, impactar a la organización en general. Por lo tanto, la gestión y continuidad de conocimiento en el cuidado hospitalario puede mejorar y desarrollar nuevas y mejores competencias en el cuidado de los pacientes. Senge (1990) describe que el conocimiento que existe en una organización es el fruto de la información que converge en la experiencia que tienen las personas y el entorno, misma que describe la información a través de anécdotas o experiencias.

Las buenas prácticas marcan una diferencia en la estabilidad y el tratamiento de los usuarios institucionalizados, por ello, el presente trabajo tiene como objetivo generar un proyecto de gestión y continuidad del conocimiento entre el personal de enfermería y de los cuidados a fin de comprender que la generación de estrategias de gestión y continuidad de conocimiento es un tema que se construye todos los días en el hospital y que los enfermeros son el eslabón que muestra desde su acción lo que significa una

atención integral, en otras palabras reconocer la importancia que tiene el conocimiento como un asunto de valor para la mejora de sus procesos de atención.

Rescatar el conocimiento para generar mejores prácticas entre los enfermeros como una comunidad de práctica, que comparta una visión de conjunto de las problemáticas o intereses acerca de un tema, además de que profundicen en el conocimiento que se puede lograr por medio de la experiencia y la interacción continua. Wenger citado en Sanz, (2010) refiere que la razón de ser de estas comunidades está en el proceso de compartir las experiencias como un efecto dinamizador, donde las necesidades convergen entre los miembros para dar una respuesta a la problemática. En otras palabras, las comunidades de práctica permiten:

- Promover un trabajo colaborativo entre los enfermeros y fomentar la gestión y continuidad del conocimiento que genere una dinámica activa en la organización.
- Que los enfermeros lleguen a ser gestores de su propio conocimiento, y desde su experiencia puedan crear aprendizaje significativo que mejore las condiciones de atención, en especial el sentido humano que tienen por derecho los usuarios.
- Generar documentación institucional que reconozca que el cuidado hospitalario que ofrecen los enfermeros es un capital valioso para la recuperación de las personas institucionalizadas.

Para llegar a establecer el proceso de transformación de la gestión y continuidad del conocimiento, se pretende rescatar las buenas prácticas del personal. De tal manera que los individuos puedan utilizar el nuevo conocimiento para mejorar sus prácticas cotidianas, como lo señala Senge (1990) en su teoría: las organizaciones que logran aprender e invierten en mejorar la calidad de pensamiento, en la capacidad de reflexionar, de aprendizaje en equipo, en la habilidad de elaborar una visión compartida y conceptos comunes de las cuestiones, mejoran sus procesos y reinventan las tareas cotidianas. Desde esta perspectiva, los enfermeros se convierten en aprendices de su

experiencia y esto les sirve para dar inicio al proceso de gestión de su propio conocimiento que lleve a los cambios que necesita la institución; cambios que traigan consigo, una atención mucho más positiva entre los miembros de la organización y que permita mejorar al cuidado hospitalario.

La OMS (2011) señala que los cambios en el sistema de atención hospitalaria no solo deben surgir de arriba hacia abajo, sino también de abajo hacia arriba, buscando una situación óptima de servicios y recursos de la salud mental. Por lo que compartir procedimientos, técnicas e ideas entre las personas de enfermería, contribuiría al logro de este objetivo.

La gestión del conocimiento aporta beneficios a las organizaciones como en este caso al hospital, debido a que el objetivo es retener el cúmulo de experiencias y estrategias de cuidados entre los enfermeros del hospital, para que posteriormente las compartan entre los participantes y las usen en sus prácticas cotidianas, Con ello también se institucionalizan ambientes colaborativos al compartir las vivencias. A su vez, este modelo puede lograr entre los miembros una manera de solucionar las dificultades que se viven de manera cotidiana en el momento de dar el servicio a los usuarios en el hospital y documentar sistemáticamente sus activos del conocimiento.

Como parte del ciclo de la vida del conocimiento propuesto por Firestone y McElroy (2003), se reconoce que la producción de conocimiento en una organización se da mediante la formulación de declaraciones que son codificadas por los mismos integrantes. Al respecto Nonaka (1994) opina que la formulación de conocimiento en una organización se da a través del intercambio entre conocimiento que son plasmados por el lenguaje y el desarrollo de procesos y habilidades sociales.

Por otra parte, para que se llegue a dar el aprendizaje individual o grupal en las organizaciones Firestone McElroy (2003) señalan que hay que reforzar a través de políticas que permitan procesar el conocimiento, su producción, uso y difusión. En ellas

se establece el grado de compromiso de las personas para elegir y dar cabida al aprendizaje que puede mejorar las prácticas cotidianas.

En la actualidad, las necesidades de las organizaciones han cambiado. A las personas ya no se les debe de pagar solo para hacer una tarea, sino para pensarla. Ahora, las empresas son de conocimiento y en este sentido, las personas en las organizaciones pueden llegar a ser competitivas y cubrir las necesidades de los usuarios

Capítulo III Marco teórico: la gestión y continuidad del conocimiento

En el presente capítulo se desarrollan los conceptos clave que forman parte del modelo de Gestión y Continuidad del Conocimiento. Se presentan ideas que ayudan a comprender el papel que tiene la comunidad de práctica en la intervención que se enfoca en la mejora de las prácticas cotidianas de los enfermeros del hospital psiquiátrico con el fin de obtener mayores beneficios para los pacientes institucionalizados.

3.1 el uso de la gestión en beneficio del conocimiento organizacional

La gestión del conocimiento es una herramienta que nace como una gran necesidad de adaptación del ser humano y las empresas a su entorno, entendiendo que el uso del conocimiento es un elemento que se puede aprovechar en beneficios de las personas y la organización misma. La gestión es un medio por el cual se establecen actividades para favorecer la integración de la experiencia de las personas y la organización. El uso que se le da al capital intelectual se orienta a enfrentar las necesidades de sus clientes (Nonaka, 1994). Ese conocimiento también facilita la elaboración de planes que a su vez contemplan objetivos reales. A partir de ellos, se pueden crear nuevas estructuras, capaces de transformar y renovar una cultura organizacional, así como la de sus individuos.

Muchos autores se refieren al concepto de conocimiento como aquella información o datos que se encuentran en las personas y que tiene el potencial de abstraerse, codificarse o transmitirse (Canals, 2003). Para Nonaka (1994) representa a los mensajes y creencias creadas por medio de la información que rodea al individuo.

Existen tipos de conocimiento, el llamado tácito y el explícito, cada uno con cualidades y características particulares, por ejemplo, el conocimiento tácito es difícil de sistematizar o comunicar por ser de uso más personal y porque se encuentra en la acción, en el compromiso y la participación de las personas en los contextos. En cambio, el conocimiento explícito hace referencia a lo que está codificado, por lo mismo se puede transmitir a través del lenguaje formal y semántico, es decir, se puede representar fácilmente para su transmisión y continuidad, lo que permite enriquecerse y por lo mismo, enriquecer a las personas y a la organización.

Se puede decir que la cultura organizacional es lo que la gente sabe y hace en el día a día; es parte de la misma organización. Nonaka y Takeuchi (1995) mencionan que el “conocimiento es equivalente a los patrones inherentes de cultura. El conjunto de acciones o patrones de comportamiento basadas en acciones y situaciones de la historia misma” (p, 60).

De acuerdo con otros autores como Minakata (2009) el conocimiento se define como experiencias y prácticas que pueden ser de tipo intelectual de resolución de conflictos o inclusive, la transformación de las relaciones de sí mismo y la sociedad a la que pertenece. Así, la gestión y continuidad del conocimiento se constituye por procesos cíclicos, en donde las personas y la organización desarrollan instrumentos y competencias que permiten la mejora constante y el aprendizaje grupal u organizacional, en función de compartir y el conocimiento para impactar o innovar la organización.

Para la gestión y continuidad del conocimiento es fundamental considerar los elementos como: las personas, la tecnología y el contexto mismo. Donde lo importante es que las personas interactúen, ya que es un elemento primordial del entorno físico y social; la interacción se convierte en un papel relevante a la hora de trabajar en el conocimiento (Canals, 2003, p. 17).

Para la continuidad del conocimiento, el contexto actúa como un elemento catalizador para la creación y continuidad. Dicho de otra manera “las comunidades y las personas

son el ejemplo de excelencia de un contexto que potencia las capacidades de las personas mediante la creación del capital social” (Canals, 2003: 21).

Para iniciar el proyecto de gestión con alta probabilidad de éxito es recomendable involucrar a las personas claves que beneficien el futuro de tecnologías como:

“La extracción del conocimiento basados de datos (data mining) la visualización de información, la interacción de personas-ordenador (Human-Computer Interaction) (..) que pueden dar lugar al desarrollo de tecnologías que beneficien el futuro de la gestión del conocimiento” (Canals, 2003, p. 22).

La integración de nuevo conocimiento surge con la teoría de la complejidad, misma que permite entender que la gestión y continuidad es una de las características fundamentales de los sistemas, es decir que bajo su dinámica se producen lineamientos que hacen posible la aparición de patrones de comportamiento a un nivel global a partir de las interacciones de los agentes individuales (Canals, 2003, p. 24).

3.2 El conocimiento en las organizaciones

Para Canals (2003), el conocimiento en las organizaciones es una creencia justificada. Es decir, que para poder asegurar que poseemos conocimiento se debe albergar la creencia, que sea objetivamente verdadera y además que pueda sustentarse de hechos suficientes y sólidos (p, 27).

En cambio, para Nonaka (1994), es la información como una corriente de mensajes, como un medio material para iniciar y formalizar el conocimiento existente, el cual puede ser visto desde perspectivas diferentes, de la sintácticas por el volumen que tienen y de las semánticas por los significados que poseen. El aspecto semántico de la información hace referencia a una teoría sobre el contenido de nuestros mensajes. Los aspectos semánticos de la información son los más relevantes debido a que se enfocan en el significado, por lo que es importante concentrarse en ellos para llegar al nuevo aprendizaje.

Para Canals y Nonaka (1995) la creación del conocimiento surge cuando lo tácito se logra explicitar o de igual manera cuando lo explícito se vuelve tácito en las organizaciones, esto quiere decir que cuando el conocimiento personal impacta a lo organizacional, se crea la espiral del conocimiento que permite la innovación de procesos, estrategias, productos, servicios o tecnologías.

La continuidad del conocimiento en las organizaciones es un elemento clave a la hora de adaptarnos a nuestro medio, cuando más variables existan, más a menudo nos veremos obligados a modificar nuestro conocimiento (Canals, 2003, p. 30), esto quiere decir, aprender nuevas cosas y desaprender lo aprendido.

Además, para lograr el cambio de la continuidad del conocimiento se debe impactar a las personas, pues al ser un elemento que posee conocimiento y lo utiliza para realzar sus acciones, puede producir acciones diferentes orientadas a los objetivos de la organización mediante el contrato de acuerdos (Canals, 2003. p. 33).

3.3 El modelo SECI de Nonaka y Takeuchi como un medio que de rescatar el conocimiento

Para Nonaka (1994) la información es una corriente de mensajes y materiales para la creación de conocimiento, el cual puede ser visto desde diferentes perspectivas, en relación con volumen o significado. En este sentido para que los enfermeros logren replicar las buenas prácticas deben de partir del significado de entender los cuidados hospitalarios, por lo que es importante que se concentren sobre ello y permitan la incorporación de un nuevo conocimiento.

Nonaka y Takeuchi (1995) comparten la idea de que un conocimiento creado y organizado por las corrientes de información que comparten las organizaciones y las personas es capaz de crear nuevos conceptos o significados.

En su modelo se distinguen dos tipos de conocimiento:

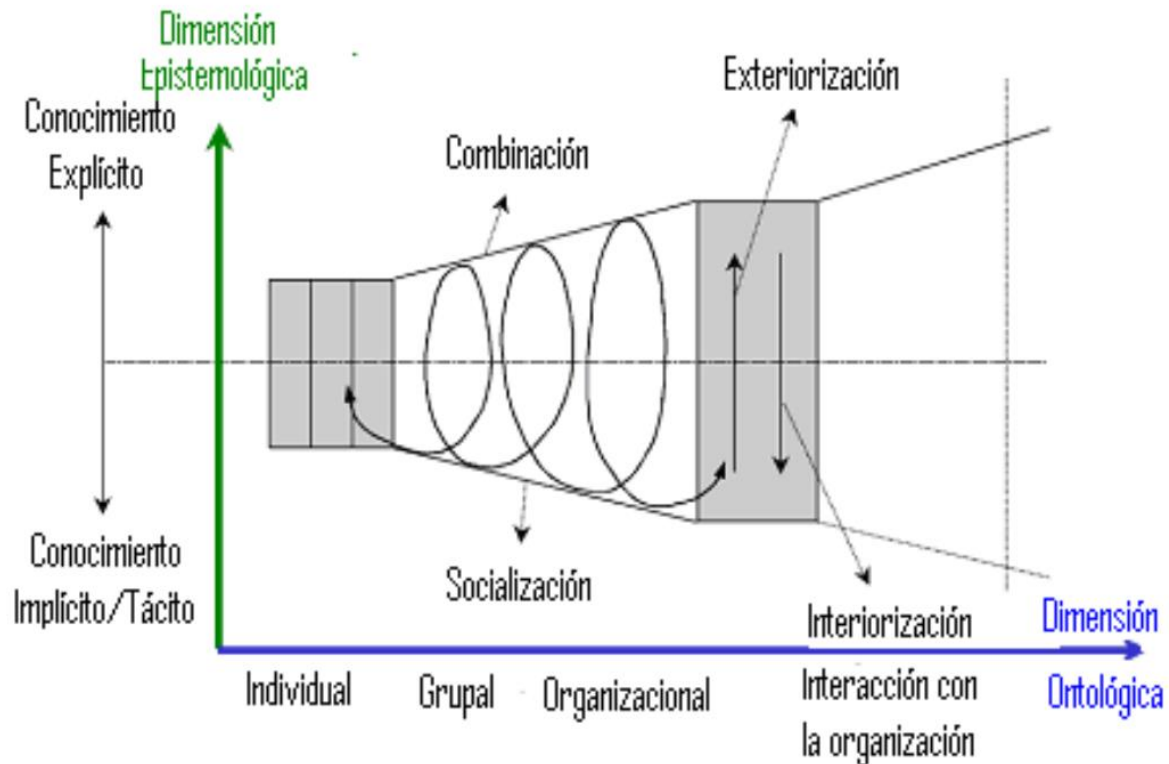
- El conocimiento tácito: es aquel que poseen las personas, desde lo cognitivo y técnico. Los aspectos cognitivos incluyen paradigmas, creencias y puntos específicos de vista. En cambio, los conocimientos técnicos se refieren al saber hacer; son conocimientos que se aplican en acontecimientos específicos y que muchas veces son difíciles de acceder o comunicar con otros. La visión subjetiva es muy importante, así como las ideas, los valores y las emociones, ya que dan un sentido a la acción y construyen experiencia.
- El conocimiento explícito: surge cuando aquel conocimiento tácito se pudo concretar de manera formal y sistémica por lo mismo, se puede articular, comunicar y transmitir fácilmente. Este conocimiento no llega al ámbito personal, es un conocimiento social y cualquier miembro que este en la organización lo puede aprender, por medio de los sistemas escritos o inclusive digitales.

Para que la creación del conocimiento se llegue a concretar se debe partir de la explicitación del conocimiento tácito de las personas y posteriormente hacerlo explícito para el resto de la organización. Esto es partir de lo individual y trasladándolo a lo grupal para crear el conocimiento y entender la teoría dinámica que permite la innovación de nuevos procesos estratégicos, productos y/o tecnologías (Nonaka, 1995).

Además, el modelo de Nonaka y Takeuchi de creación de conocimiento plantea cuatro formas de conversión. *Socialización, Externalización, Combinación e Internalización*. Al movimiento que se da de la espiral entre el conocimiento tácito a tácito se le denomina socialización; en cambio, cuando surge del conocimiento tácito a explícito se le denomina externalización; cuando se mueve el conocimiento entre lo explícito a lo explícito, se llega al movimiento llamado combinación, otra forma de convención que surge en la espiral es la internalización que consiste en apropiarse del conocimiento explícito y llevarlo a conocimiento tácito.

La siguiente figura muestra de manera gráfica las cuatro formas de conversión del conocimiento, su espiral para la creación y sus dimensiones:

Figura 1. formas de creación de conocimiento.



Fuente: Nonaka y Takeuchi (1995).

Para llegar a la creación del conocimiento organizacional, deben estar las cuatro formas de conversión presentes y organizadas de tal manera que se logre un ciclo continuo de la espiral ascendente del conocimiento, mismo que se representa en la figura anterior.

Para llegar al equilibrio en la organización entre el cambio rápido y la continuidad es necesario que:

“las personas tengan presente que la pérdida de su conocimiento se produce por factores que impactan negativamente la productividad y la utilidad que, si no se ataca, puede disminuir la creatividad, la innovación y el cambio” (Beazley, 2002, p.39).

La continuidad del conocimiento más que un programa es una herramienta innovadora, es una nueva perspectiva encaminada a tener un efecto sobre la estructura, las

estrategias, las operaciones y la cultura misma de la organización. Centra la atención en el activo crítico que es el conocimiento, en la manera de cómo se conserva y se fortalece dicho activo (Beazley, 2003, p. 55).

3.4 La construcción del conocimiento como un ciclo en las personas y las organizaciones

Generar conocimiento es una búsqueda en las organizaciones para expandirlo y llegar a mejorar los procesos. Firestone y McIeroy (en Ortiz y Ruiz, 2009) mencionan que el componente de los grandes procesos para lograr la producción e integración de nuevo conocimiento surge por medio de:

- Producción del conocimiento: son los procesos por los cuales se crea nuevo conocimiento en las organizaciones. Esto es un sinónimo de aprendizaje que se enfoca en mejorar las condiciones de vida mediante la innovación y la creatividad.
- Integración del conocimiento: son procesos o actividades por las cuales una organización introduce el valor del conocimiento en su ambiente operacional y favorece que sus miembros tengan actividades de que permitan la transmisión, enseñanza de su conocimiento como elemento que busca resolver las problemáticas que se enfrentan.

Compartir implica que las personas y la organización formulen el valor del conocimiento como un factor de cambio y se aprecie como algo que se pueda enriquecer desde lo individual o grupal, además de que se pueda validar o corregir antes de llegar a compartirse con el resto de la organización.

Por último, el compartir conocimiento es lo estratégico y es el elemento fundamental entre los agentes que promueven el cambio, también es un recurso que mueve a las personas para llegar al punto donde la organización tenga planeado llegar.

Integrar ese conocimiento en sus dinámicas cotidianas puede ser la clave para que las interacciones les permitan crecimiento y retroalimentación. Canals (2003) habla que el

conocimiento debe verse como algo gradual, mostrando que tiene un ciclo de inicio y final; que poco a poco se va degradando y en ello, se encuentra o vive la gestión y continuidad del conocimiento, siendo esta la búsqueda por naturaleza de metas y necesidades de las personas con quienes conviven.

Capítulo IV La implantación de la comunidad de práctica.

Un plan de trabajo como un factor de cambio

En este capítulo se presenta el plan de trabajo que surge en y de la colaboración de la comunidad de práctica, misma que fue constituida como parte esencial del proyecto de la Gestión y Continuidad del Conocimiento en un hospital psiquiátrico ubicado en el occidente del país. Aunque se desarrollan todas las fases previstas en el modelo de Nonaka y Takeuchi: Socialización, Externalización, Combinación e Internalización, se aclara que la intervención se focalizó únicamente en la primera fase, pues las condiciones del contexto pandémico por COVID- 19, impidieron darle seguimiento al proyecto de Gestión. Al reconocer que la continuidad es importante a fin de lograr que la organización aprenda, se tiene previsto continuar con el desarrollo del proyecto más allá de los tiempos curriculares que establece la maestría en Educación y Gestión del Conocimiento. El contenido del capítulo, además de mostrar las etapas del proyecto muestra aspectos relevantes de la comunidad de práctica.

4.1 Socialización del conocimiento (tácito a tácito)

Como se ha mencionado en el capítulo anterior la socialización del conocimiento se hace a través de la experiencia compartida entre los miembros de una comunidad, operación que se puede realizar por medio de la observación, la imitación o la práctica (Nonaka, 1994). El conocimiento tácito existente en las personas es relevante, ya que es un elemento fundamental que permite identificar la estructura, su valor, e información contextual y enriquecer los procesos de trabajo en las organizaciones. Davenport (2001) señala que este conocimiento es muy útil puesto que después se aplica y usa en las organizaciones que lo pueden arraigar a través de documentos, rutinas, procesos prácticos e institucionales.

De acuerdo con el modelo de Nonaka y Takeuchi (1995) explicitar las experiencias posibilita pasar del conocimiento tácito al explícito y por lo mismo, a una categoría donde este estará disponible para el resto de la comunidad.

Firestone y McElroy (2001) citado en Ortiz y Ruiz, (2009), mencionan que el ciclo de vida del conocimiento se caracteriza por ser un proceso; mediante la adquisición y reproducción de información se formula nuevo conocimiento y por medio de su validación, el grupo reaprende sus formas de trabajo o sus prácticas. La finalidad es que llegue a consolidarse como propuesta de gestión del aprendizaje entre los individuos.

Para la adquisición de nuevo conocimiento es importante que la experiencia se amplíe y se vuelva relevante. En este sentido según Wertsch (1988) la generación de nuevos aprendizajes surge cuando la experiencia, el conocimiento, la información, el aprendizaje social y el aprendizaje organizacional entre los miembros es un elemento común.

De acuerdo con Nonaka (1994), la socialización del conocimiento es fundamental debido a que se da cara a cara y permite la construcción de confianza entre los miembros, favoreciendo perspectivas comunes y la sincronización de la misma experiencia. Por este motivo la socialización de las buenas prácticas de cuidado entre los enfermeros del hospital psiquiátrico es recomendable, ya que gracias a ella será posible transferir la información y las habilidades pertinentes y necesarias, para el cuidado integral de los internos.

En esta fase se realizaron diversas actividades, a continuación, se señalan con la intención de mostrar acciones encaminadas a la gestión y continuidad del conocimiento de las buenas prácticas de cuidado entre los enfermeros del hospital psiquiátrico.

- **Conformación de la comunidad de práctica**

En el caso del presente proyecto la construcción de la comunidad de práctica tenía la finalidad de que sus miembros, es decir, los enfermeros compartieran el conocimiento tácito relativo al cuidado hospitalario a los usuarios. Por este motivo resultaba importante que socializaran las maneras particulares en que cuidaban y daban atención a las personas internas. Se trataba de que describieran cómo lo hacen, cuáles eran los detalles de esas prácticas, los modos de comunicarse, rutinas, etc. Desde esa indagación del conocimiento se definió la manera de dar vida a la comunidad de práctica. En su conformación se realizaron distintas acciones, a saber:

1. Seleccionar los integrantes o miembros claves en la organización, con el propósito de crear una comunidad de práctica, siguiendo los siguientes criterios de selección: enfermeros que se distinguían por sus buenas prácticas, es decir, por dar un trato digno e integral a los usuarios, que tuvieran disposición a participar, compartir ideas y reflexionar sobre su hacer.
2. Una vez identificados y seleccionados los enfermeros que cumplían con esos criterios, se conformó la comunidad. Se establecieron reuniones para informarles el objetivo del proyecto, sus alcances, así como los beneficios que tendría para las personas involucradas, haciéndoles saber que su experiencia era importante y valiosa, por lo mismo, digna de recuperarse y compartirse con el resto de la comunidad. En esas reuniones se analizaron y compartieron los flujos del conocimiento por los cuales se trabajaría, ello con la intención de plantear los resultados y validar en conjunto los alcances del proyecto.
3. Se establecieron los roles de los miembros a partir de sus responsabilidades. Se identificaron las herramientas y fortalezas de cada uno de los integrantes de la comunidad y se delimitaron tiempos, horarios y condiciones para su participación, entre ellas, la libre decisión de ser parte del grupo.

La comunidad de práctica fue el principal actor en el proyecto de la gestión del conocimiento, debido que sus integrantes fueron los que recuperaron y aportaron

experiencia y saber, en el entendido que todas las personas y las organizaciones tienen actividades que concentran conocimiento sobre sus prácticas cotidianas y al lograr nombrarlas e identificarlas se convierte en la base de la intervención. Canals (2003) menciona que el cambio en las organizaciones se favorece a partir de que se identifica el conocimiento, desde lo que se vive y se tiene.

La recuperación de su conocimiento fue el primer paso para saber y entender los aspectos tácitos y explícitos de sus miembros y la organización, todo esto significa en términos de la teoría, la definición de bancos o yacimientos en donde se encuentra el capital intelectual, por ello la importancia de iniciar la búsqueda del conocimiento para poder entender la manera en que está constituido.

Fueron 4 personas las que conformaron la comunidad, mismas que se distinguían por realizar trabajos fuera de lo común, mostrando el gusto por servir y ofrecer tratos más humanos a los usuarios. Con ellos se inició la propuesta de generar el grupo de trabajo como una comunidad de práctica en el hospital, y con ello, un proyecto que permitiera la gestión del conocimiento entre sus miembros. Todos ellos son enfermeros y tienen una trayectoria de más de 30 años de servicio. Por cuestiones de confidencialidad se identificarán con números: enfermero 1, 2 ,3 y 4.

El número uno es miembro activo del equipo de enfermeros que están capacitados para contener y someter a través de las técnicas de sujeción a los pacientes que entran en algún estado de agitación (alteración emocional o mental que provoca reacciones desmedidas de fuerza que pueden dañar a ellos mismo o personas que los rodea). En su tiempo libre práctica la lucha libre y forma parte activa en un grupo de luchadores.

El segundo es un enfermero que tiene aproximadamente 35 años laborando en el lugar, por tal motivo, los pacientes lo identifican con facilidad y con mucho agrado. Sus estudios académicos lo especializan en usuarios de geriatría. Desde hace dos años labora en oficina de calidad.

El tercero es una mujer encargada del área de calidad, su edad aproximada es de 50 años. En sus inicios era enfermera, pero a través del tiempo ha ocupado

diferentes cargos en los hospitales de salud mental; su trayectoria le permite saber cómo gestionar recursos a nivel federal para que mejoren las condiciones en el hospital y cada vez el servicio pueda estar en constante mejora. Su participación en el grupo de trabajo fue clave debido a que conoce las rutas por las que se pueden identificar las fuentes de información que permitan integrar el capital intelectual que se produzca a partir de la realización del proyecto.

La cuarta persona es una de las enfermeras con más trayectoria en el lugar; luego de ser joven al hospital y este año está en trámites de jubilación. Desde su ingreso ha estado al cuidado de usuarios psiquiátricos. A su ingreso al nosocomio era personal de vigilancia, con el paso del tiempo y debido a su continua preparación se convirtió en una mujer que tiene personal a su cargo.

Por último, un servidor, mi labor en la comunidad de práctica se ha centrado en promover la gestión de conocimiento, mostrar su importancia, promover sus valores y los metas que podemos lograr. Conozco el lugar desde el 2016 debido a que he participado en el desarrollo de talleres e intervenciones desde el área de la educación por medio de los servicios profesionales de alumnos de una universidad privada durante más de 4 años en hospital; intervenciones que promueven la estimulación y psicoeducación y la mejora de espacios a fin de incidir en la calidad de vida de los pacientes de áreas breves y crónicas.

- **Mapeo de la información como elemento de cambio**

El mapeo facilita que la comunidad logre identificar datos e información que ayude a comprender la relación enfermero-paciente, es decir, el conocimiento que se construye a diario y que es necesario explicitarlo. Desde la teoría de Toledano (2011) el mapeo del conocimiento tiene el objetivo de hacerlo visible en la organización, ya que esto facilita tener una mirada a sus cualidades y aplicaciones.

Realizar un mapeo permite entender el estado de conocimiento, identificar con lo que cuenta la organización, entender cómo se trabaja, cómo se comportan, sus posibles resultados y quiénes son los principales proveedores (Toledano, 2011). Mapear el conocimiento implica buscar aquella información valiosa que suele estar

presente en las personas y entender la manera en que se distribuye entre ellas, en este caso, entre los enfermeros, además de identificar los documentos con que cuenta la organización y los productos que utilizan en la oficina de calidad. Por esta razón una de las fases clave del proyecto ha sido la recuperación de información, ya que, a partir de ella, se pretendía crear recursos donde los miembros del hospital no solo se reconocieran como miembros activos, sino aquellos aspectos que se requerían reaprender respecto de los cuidados hospitalarios. Hay que entender que en ocasiones se hace difícil tener una imagen clara y completa para lograr verse como una institución que tiende a optimizar y tomar todos sus recursos para mejorar (Toledano, 2009).

Hacer mapeo del conocimiento en una organización significa identificar con lo que se cuenta en la práctica. Ese saber permite que se obtengan beneficios tanto para las personas como para la gestión. Lo que significa que se puede ahorrar tiempo y esfuerzo, ya que permite evitar la reelaboración de conceptos y facilita los grados de experiencia en el mayor intercambio entre los miembros (Canals, 2003).

Para esta fase se realizaron los siguientes pasos:

- Analizar en conjunto el estado del conocimiento encontrando fortalezas, debilidades o áreas que se podrían mejorar.
- Entender ¿qué tipo de conocimiento deseamos identificar?
- Detectar los medios por los cuales fluye el conocimiento en la organización.
- Identificar qué personas en la organización realizan las buenas prácticas.
- Conocer las memorias institucionales y la forma en que se transmiten.
- Indagar la manera en que se promueve el aprendizaje y la mejora continua.
- Documentar la información con que cuenta la organización.

En el siguiente gráfico se representa el proceso y las acciones realizadas en la fase del mapeo de conocimiento:

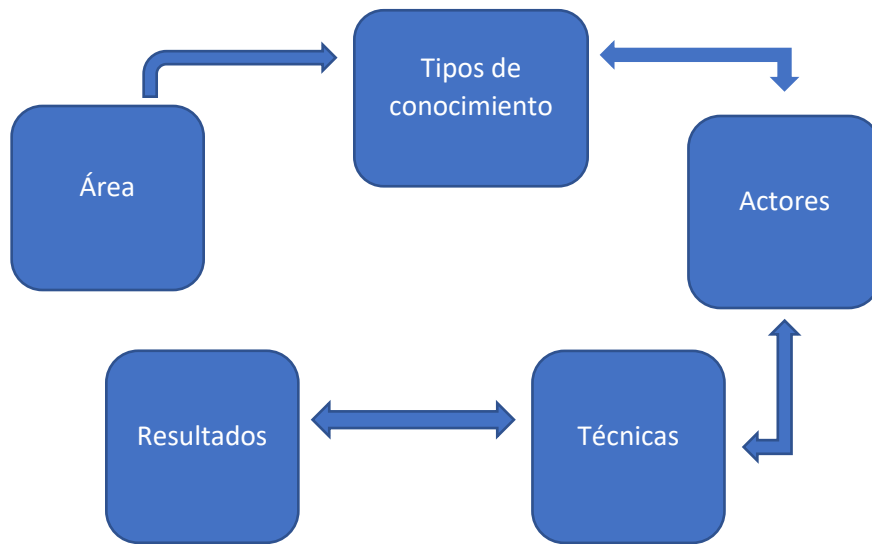


Gráfico 2. Formato de indagación y mapeo. Fuente: elaboración propia.

En la elaboración de indagación del conocimiento se buscaba:

- Reflexionar sobre el cómo y dónde está el conocimiento, para posteriormente acceder a él.
- Entender si existen documentos o lineamientos que orienten los cuidados hospitalarios y sus buenas prácticas.

De acuerdo con Toledano (2009), para establecer los elementos fundamentales que se integran en el campo de una organización, existen tres elementos principales a considerar: el humano, el capital estructural o también llamado organizacional y el conocimiento creado en las organizaciones que se mantiene en los sistemas y desarrollos tecnológicos. Por tal motivo la búsqueda de conocimiento en las organizaciones se lleva a cabo en las fuentes de las personas, los documentos y los sistemas por los que fluye la información.

El mapeo de la organización se vale de métodos de recolección de datos e información variada como los que enmarca y sugiere Toledano (2009): encuestas, entrevistas y grupos de interés o enfoque, observaciones de trabajo en ambientes naturales, observación de documentación, políticas, rutinas de trabajo etc. Para este

proyecto se privilegió principalmente el uso de las entrevistas a los miembros de la comunidad (ver anexo 1).

- **Guion de entrevista**

Como parte del plan de mapeo que investiga la información en los miembros claves, se utilizó el siguiente guion de entrevista:

Estrategia de búsqueda de información y mapeo	Preguntas guías
1. Entrevistas del servicio hospitalario que ofrecen los enfermeros	• ¿Qué elementos se hacen presentes en la atención de las necesidades de los pacientes? • ¿Qué recursos se utilizan para atender las necesidades de los usuarios? • ¿qué reacciones se tienen cuando el paciente se agita o exige un trato diferente? • ¿Qué tipo de vinculación se establece con los usuarios?
Preguntas dirigidas a los enfermeros sobre la manera de evaluar necesidades.	• ¿De qué manera se atienden las necesidades humanas de los pacientes? • ¿Qué estrategias o recursos se utilizan para que los usuarios se mantengan tranquilos sin llegar a someterlos o hacer el uso de los medicamentos?

	• ¿Cuándo el usuario presenta una crisis difícil de controlar en quién te apoyas para solucionar el problema? • ¿Cuándo se obtienen buenos resultados en la atención de los usuarios, se comparten con otros miembros de la institución? y cuál es la manera en que se transmite? • ¿Qué cuidados se identifican por su efectividad y funcionamiento en la atención de los usuarios? • ¿Por qué crees que han funcionado? • ¿En qué o en quién te apoyas para dar el mejor servicio a usuarios que se consideran difíciles en su trato?
Entrevistas realizadas a miembros claves en la organización para aclarar o ampliar la información sobre la manera en que se comprende dar servicio hospitalario.	• ¿Qué estrategias del manejo de la información utilizan entre los enfermeros o grupos tratantes? • ¿Bajo qué criterios se pueden cambiar los tratamientos en los usuarios?
Entrevistas sobre planeaciones a miembros claves.	• ¿Con qué frecuencia se comparten los cuidados hospitalarios de manera estratégica con las nuevas generaciones?

	• ¿Existen estrategias de trabajo hospitalario? ¿cuáles? • Existe una planeación ¿De qué manera se construye y se comparte?
--	--

Los instrumentos que se utilizaron para la identificación de las buenas prácticas fueron entrevistas semiestructuradas, en donde se privilegiaban preguntas que permitieran indagar acerca del qué y cómo de sus labores cotidianas.

La entrevista se considera un instrumento lingüístico que permite a las personas ofrecer explicaciones desde su forma muy particular de hacer las cosas; sus prácticas se convirtieron en el objetivo de la entrevista, ya que al ser un método o conjunto de acciones desde las ciencias sociales humanas (Walker 1998), permite que las preguntas generen una conversación en donde fluyen las visiones y reflexiones acerca de sus propias acciones. Walker (1998) señala que la entrevista lleva implícita supuestos donde el investigador puede acceder a explicaciones reflexivas contadas desde la propia experiencia de la persona que proporciona información (pp. 12-16).

Esta herramienta permitió acceder al conocimiento de las labores cotidianas de los enfermeros, al lugar donde se convive con el usuario, a sus concepciones relacionadas con el cuidado y sus prácticas cotidianas. Por su flexibilidad permite una indagación profunda y con ello, se logra acceder al conocimiento y a la experiencia.

El formato semi estructurado de las entrevistas permitió acceder a una gran variedad de elementos importantes para la interpretación, tales como: las percepciones, sentimientos desde el aspecto humano que dejan vislumbrar las prácticas en los cuidados hospitalarios. Las entrevistas se desarrollaron principalmente con los miembros de la comunidad de práctica, a saber, dos

enfermeras y dos enfermeros que realizan las actividades de cuidado en los pabellones y en dos personas que se enfocan a la atención de la oficina de calidad dentro de la organización.

- **Análisis de los datos**

El proceso de análisis de datos cualitativos hace alusión al contenido de las entrevistas, mismo se sistematiza de manera sistemática y metódica. En ese proceso, las notas al margen de los registros fueron valiosas, ya que correspondían a ideas que ayuda al investigador a construir sentido.

El proceso de análisis de los datos se realiza a través de tres aspectos clave: reducción de los datos, disposición y transformación de estos y por último la obtención de los resultados y verificación de sus conclusiones. (Rodríguez y Medina 2014).

A su vez cada aspecto está constituido por un conjunto de actividades y operaciones más específicas, por ejemplo, en la tarea de reducción de datos, se hacen presentes las operaciones de separación de unidades, síntesis y agrupamiento de las unidades y clasificación; en el que corresponde a la disposición y transformación de datos, las operaciones hacen referencia a esos dos procesos (disposición y la transformación) y el último aspecto se enfoca en la construcción y verificación de las conclusiones.

Hernández (1994) señala que el análisis parte de los vínculos entre las categorías, comparándolas y relacionándolas. Para llegar a una buena interpretación es evidente que se descarta el uso lineal, ya que no es posible acceder al campo de la construcción de los significados de manera secuencial, fragmentada y descontextualizada. Mediante este proceso circular, el investigador, comienza a descubrir que las categorías se solapan o bien no contemplan aspectos relevantes; estas situaciones obligan al investigador a empezar nuevos ciclos de revisión, hasta conseguir un marco de categorización potente que resista y contemple la variedad de datos incluidos en los múltiples textos (Rodríguez, Quiles y Herrera, 2005). Como señalan los autores, esto no sería posible desde procesos lineales en los que no

hicieran posible acceder nuevamente al campo a recoger más datos, o bien, volver a revisar los textos bajo nuevos criterios de codificación (p.4) .

Para lograr entender la secuencia y construcción del análisis desde el ámbito cualitativo, se realizaron las siguientes acciones:

- 1.- Lectura global del contenido de cada entrevista
- 2.- Establecimiento de criterios para identificar y ubicar las unidades de análisis (segmentación en el texto). En este caso se optó por los criterios que Rodríguez (1996) denomina temáticos, en donde el texto se va reduciendo en función de los temas que se distinguían en las entrevistas.
- 3.- Asignación de códigos en función del contenido temático, por ejemplo: empatía, comunicación cercana, apego a las normas, etc.
- 4.- Agrupación de códigos por similitudes, es decir se pusieron juntos todos aquellos códigos que compartían atributos semejantes. A partir de esta clasificación se construyeron las categorías analíticas: Apego a protocolos de atención hospitalaria, atención basada en la ética profesional, atención cercana, escucha activa resolución de conflictos, empatía y aprendizaje de los usuarios, trato digno y humano y satisfacción personal.

4.2 Externalización del conocimiento (tácito a explícito)

Se diría que el proceso de la continuidad del conocimiento articula y diseña internamente estrategias que cotejan y combinan el nuevo conocimiento con información teórica y metodológica.

Este proceso también se puede definir como un proceso de conceptualización (Nonaka y Takeuchi, 1994) en el cual el uso del diálogo se vuelve una de las principales herramientas, por ejemplo, el uso de metáforas y la dialéctica permite hacer explícito el conocimiento tácito creado en el proceso de la socialización, ello favorece el proceso de la creación de conceptos.

Para lograr la continuidad e integración de los nuevos aprendizajes se trabajará por medio de:

- Identificar el conocimiento que es útil y que es conveniente seguir con el fin de lograr integrarlo con el organizacional.
- Diseñar el plan para su integración, ya sea por charlas, cursos o de manera explícita en documento en sus áreas de trabajo. Planeando propósitos, estructuras, maneras de evaluaciones.

Mediante el desarrollo de esta fase se buscará mejorar los activos de conocimiento como lo refiere Canals (2003)

“la gestión de conocimiento es activos de conocimiento las bases de datos o documentos, pero también las capacidades concretas de cada individuo, o las rutinas, o los procesos necesarios para el cumplimiento de la tarea diversa o inclusive el espacio físico de manera en que se fomentas las condiciones idóneas para la creación de conocimiento y su difusión” (p,14).

Teniendo como guía la comunidad de práctica se buscará que las estrategias entre los enfermeros fomenten el descubrimiento de nuevas maneras de planear los cuidados y que los resultados sobre lo aprendido permanezcan entre las distintas generaciones.

El modelo de Nonaka, y Takeuchi (1994) establece que para la conversión del conocimiento explícito a explícito se debe privilegiar una visión centrada en compartir el conocimiento, de una manera donde el aprendizaje o el aprender permita que se lleve a cabo la interiorización en las personas. De esta forma el conocimiento se consolida y se vuelve operacional.

Nonaka y Takeuchi (1994) lo definen como el proceso de sistematizar conceptos mediante el conocimiento que implica diferentes sistemas de comunicación de manera explícita, tales como: documentos, reuniones, conversaciones telefónicas o de redes computacionales que permitan compartir.

Firestone y McElroy (2001, citado en Ortiz y Ruiz 2009) llaman a la fase de la internalización como “integración del conocimiento”, misma que consiste en poner en práctica acciones del nuevo conocimiento y enriquecer el antiguo.

Para la internalización es necesario según Nonaka y Takeuchi (1995) y Firestone EcElroy (2001):

- Difundir ante otros miembros de la organización el conocimiento nuevo, esto implica la transmisión por medio de charlas, documentos o capacitaciones para actualizar y validar o procedimientos que tiene la organización.
- Mediante las sesiones el trabajo conducir la integración del conocimiento de una manera sensible, esto es, entender y favorecer la información para ser incorporados de manera natural en las labores cotidianas del trabajo.
- Cuando el conocimiento forme parte de la organización, definir la manera de administrar, organizar y acceder a la información de manera fácil y rápida.

Las actividades que se desarrollen en esta fase estarán orientadas a construir nuevos modelos o estrategias de forma escrita buscando que los cuidados en los pabellones sean uniformes.

La integración de nuevo conocimiento implicará un trabajo en conjunto en donde la negociación de significados es vital, ello con el fin de respetar los procesos del individuo, donde el aprendizaje pueda ser percibido como institucional. En este sentido, el modelo que se ha adoptado para esta fase es el aprendizaje cooperativo donde el intercambio entre el personal experto que muestre el uso de las buenas prácticas y novatos será fundamental.

La cooperación implica un trabajo en conjunto donde se negocian los significados y se compartan las historias positivas (Beazley y Harder, 2002). De esta forma procesos de acompañamiento a los enfermeros, en especial en los procesos difíciles del cuidado hospitalario de los usuarios y la construcción conjunta de nuevos conocimientos para la organización.

Toda esta labor de acompañamiento y construcción de nuevos significados permitirá el planteamiento de mejores resultados debido a que proviene de un trabajo cooperativo entre los enfermeros y la responsabilidad de las consecuencias

para ser tomada de manera grupal y abalada por la organización (Egg y Kauhak, 2001).

4.3 La internalización de las buenas prácticas en cuidados hospitalarios

Es el proceso de convertir conocimiento explícito a tácito, a través de la organización para favorecer y enriquecer el conocimiento que tiene la organización y sus miembros (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). La internalización permite el aprendizaje, debido a que los individuos reconfiguran su conocimiento y esto amplía su hacer cotidiano.

El conocimiento que contiene una organización es la suma de un conocimiento personal, y es de todas las prácticas de cada miembro en la institución, por este motivo la importancia de concretar conocimiento en su capital intelectual como un mecanismo que valore y pondere el conocimiento que se debe compartir.

En la etapa del proceso de la gestión del conocimiento es el momento en que una comunidad de práctica ya ha producido conocimiento, éste ha pasado por la validación de todos sus miembros (los enfermeros), por tal motivo, se encuentra listo para ser validado y transmitido a otras personas en la organización (Firestone Y McElroy (en Ortiz y Ruiz, 2009).

Integrar es transmitir el conocimiento y hacerlo llegar a todos los miembros de la organización, para ello, se requiere promover condiciones que determinen la generación, abstracción y accesibilidad, de tal manera que pueda ser fácil de comunicar y familiarizar (Canals, 2003).

El transmitir refiere a una estrategia de conocimiento capaz de almacenar y compartir entre las personas, la tecnología y el contexto; son elemento claves en la gestión, pero de igual manera al momento de querer compartir e integrar suelen ser claves. Enriquecer el capital social de una organización suele ser la riqueza y elemento que asegura Canals (2003), es el contexto que proporciona los elementos físicos, sociales para dar vida al nuevo conocimiento.

Las organizaciones crecen en la medida que su capital mejora; el aumento de su conocimiento se va alimentado por las prácticas cotidianas de la institución y su incidencia en la modificación de sus servicios donde el conocimiento nuevo (o buenas prácticas) pueda generar datos e información disponible para el resto. Por tal motivo para llegar a mejorar los procesos deben adaptarse de manera crítica en cualquier situación que se apliquen.

En lo que respecta al proyecto de rescate de buenas prácticas el hospital psiquiátrico requiere de espacios donde se pueda almacenar, difundir y capacitar las nuevas estrategias de cuidado hospitalario. Donde se tenga acceso al nuevo conocimiento y la implementación de sistemas que lo alimenten. Es así como el sistema de almacenamiento y difusión se plantee muy práctico, reconociendo las carencias del lugar, la resistencia de sus miembros y la cultura de poco valor que se da al conocimiento.

El proyecto de rescatar las buenas prácticas radica en la difusión, almacenamiento y acceso al mismo por parte de otros enfermeros de la organización; tiene como finalidad unificar las buenas prácticas e institucionalizarlas dando acceso a recursos de cuidados donde se mencionan maneras particulares que benefician y enriquecen lo que se hace.

Los pasos que se proponen:

1. Otorgarle un espacio al manual de buenas prácticas en cuidados hospitalarios, así como los recursos que se necesitan para la implementación o capacitación necesaria.
2. Colocación en diagramas de flujo que orienten a los enfermeros nuevos a sensibilizar las necesidades de atención que se deben integrar o familiarizar.
3. Compartir entre grupos de responsables de áreas, la incorporación del manual para seguir retroalimentando y realizar las adaptaciones necesarias.
4. Compartir los programas de capacitación a las áreas que mantienen cuidado directo con el usuario.
5. Incluir en los informes anuales de capacitación un apartado de seguimiento de logros, permitiendo estar vigentes y la vista y validación de todos.

6. Elaborar el informe a la dirección del hospital sobre los logros alcanzados hasta el momento y las posibles áreas de aplicación en el futuro.

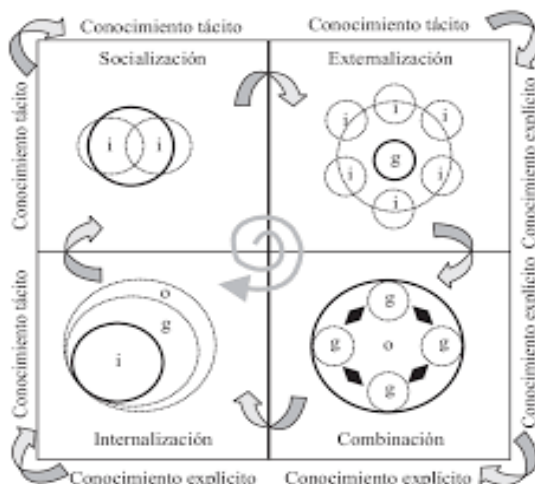
Sus conocimientos de lucha los pone al servicio de los pacientes, otorgando un momento de ocio y distracción a lo largo del día de los pacientes. Durante la fase de integración se implementarán las siguientes acciones para producir el aprendizaje organizacional y colaborativo:

- Poner en práctica la comunidad ofreciendo las metodologías de intervención y maneras de trabajo para compartir e integrar la información. Fomentar la participación de otros miembros al momento de compartir los resultados con el objetivo facilitar el aprendizaje de aquellos que no son miembros.
- Proponer espacios donde de manera conjunta se pueda compartir el conocimiento.
- Implementación métricas o elementos que permitan evaluar los logros alcanzados hasta el momento.
- Promover estrategias de forma colaborativa en las sesiones donde se valore el conocimiento y este
- se encuentre orientado a la visión de la organización.
- Implementar las nuevas estrategias de cuidado hospitalario previstas bajo la supervisión de los resultados que se pretenden lograr.
- Analizar los resultados de las prácticas evaluando el sentir del usuario y los objetivos de la organización.
- Generar acuerdos que permitan enriquecer los lineamientos de las buenas prácticas para enriquecer sus documentos.

El modelo de creación del conocimiento partió de identificar y valorar la importancia de ser una comunidad que aprende con la ayuda del modelo SECI de Nonaka y Takeuchi, donde la ejecución de las etapas permite promover los planos del conocimiento de manera individual y grupal en el hospital psiquiátrico. Takeuchi (1999) refiere que el conocimiento organizacional es una interacción continua de

conocimiento tácito y conocimiento explícito, que se adquiere de diferentes formas y se representa mediante la siguiente imagen:

Figura 1. El proceso SECI



Fuente: (Nonaka, Toyama y Konno, 2000).

La creación de conocimiento como espiral inicia en el nivel individual se orienta a las comunidades por medio de la interacción para cruzar los límites de sus departamentos en la organización (Nonaka y Takeuchi, 1999). Esto es establecer el proceso de una manera ontológica, conformada por sus niveles de conocimiento que pasan por lo individual, grupal, organizacional e interorganizacional.

Por último, se menciona que el modelo de creación de conocimiento se plantea como uno proceso mediante el cual el conocimiento se transfiere en espiral, permitiendo que este se socialice, externalice combine e internalice. El proyecto en el hospital solo abarca la socialización como identificación de conocimiento y el resto de las etapas quedan es este momento como propuestas debido a los tiempos de entrega del trabajo de la maestría.

Capítulo V. Los constitutivos de las buenas prácticas hospitalarias

El presente capítulo muestra los resultados obtenidos a partir del análisis de datos que se recopilaron a través de entrevistas cualitativas con los miembros de la comunidad de práctica que participaron en el proyecto de Gestión del Conocimiento. Estos resultados que corresponden a la primera fase del proyecto dan cuenta de los constitutivos de las buenas prácticas de los cuidados hospitalarios en un hospital psiquiátrico de Jalisco. Muñoz, González y Moreno (2015) señalan que las buenas prácticas son un indicador en las instituciones de salud que favorecen la prevención de eventos nocivos por los que pueden pasar los individuos, las familias y las instituciones. Para Sanz y Cazares (2008) las buenas prácticas representan un recurso humano, en tanto son secuencias de acciones productivas relacionadas con una tarea.

El capítulo se conforma de una serie de categorías interpretativas que se construyeron de manera inductiva a partir del conocimiento y experiencia de los enfermeros, mismo que es digno de rescatar y compartir, pues la finalidad última de este proyecto se centra en el aprendizaje de la organización. A continuación, se presenta cada categoría en términos de núcleos de significado.

5.1 Apego a protocolos de atención hospitalaria

Apegarse a los protocolos de atención hospitalaria es una práctica que los enfermeros realizan de manera puntual y sistemática, pues ello les permite velar por el cuidado y bienestar de los usuarios. Al hacerlo se aseguran que los espacios estén organizados, limpios y seguros, que los horarios de cuidado paliativos o de estimulación se cumplan, que la higiene personal de los usuarios se lleve a cabo en tiempo y forma. Al hacerlo se sienten satisfechos y seguros, pues ello les ayuda a garantizar un mayor respeto y apego a los tratamientos. Al realizar su práctica en función de los reglamentos establecidos por la institución y por las disposiciones y

normas emanadas por organismos internacionales, sienten que cumplen con una de las máximas profesionales, es decir el cuidado integral y el bienestar de los usuarios. Para mostrar mediante un ejemplo la forma en que visualizan la función que tienen los reglamentos en el cuidado hospitalario, se incluye la siguiente viñeta:

Apego a los procedimientos por los cuales se rige el personal de enfermería es ser responsable por el hecho de haber sido capacitado de manera técnica y práctica al apego de las mismas y mediante ellas se mantiene la evaluación y actualización constante (E.2.p.4).

Adherirse a los protocolos les posibilita hacer de la mejor manera posible su trabajo, Desde esos marcos institucionales se aseguran que el cuidado de las personas sea un punto prioritario en sus funciones, que prevalezcan relaciones basadas en el respeto, una mayor calidad en el seguimiento a los tratamientos, prevenir abusos u omisiones que se puedan presentar en el proceso de atención en las áreas de urgencias, en los pabellones, en la alimentación y en el correcto uso de las técnicas de sujeción que les permiten controlar al usuario cuando se desestabiliza sin provocarle daños o lesiones.

Los enfermeros entienden que sus obligaciones y compromisos establecidos se apegan a criterios de calidad para beneficio del usuario. Saben lo importante que es coordinarse con los servicios de salud cuando los medicamentos no se entregan a tiempo, reportar a las instancias correspondientes situaciones de riesgo, mantener niveles de baja incidencia y la estabilidad de las personas institucionalizadas. Para ilustrar el valor que los enfermeros les dan a los protocolos de atención se incluye la siguiente viñeta:

Seguimiento de los reglamentos establecidos permite entender la salud desde evitar incidencias o factores de riesgo por los que pueda atravesar el usuario en su instancia hospitalaria (E.3.p. 4).

Seguir las reglas es garantizar el cuidado de los usuarios, esto es, que, al tener en claro los valores morales de respeto, cuidado, responsabilidad, empatía y libertad por los que se rigen como comunidad, saben que la atención que brindan tiene su base en los derechos de los usuarios a quienes reconocen como personas con

discapacidad y por lo mismo, en situación de vulnerabilidad. El respeto a sus garantías se vuelve un asunto fundamental por las siguientes razones: se reconocen sensibles a su condición, logran ponerse en su situación y desde ahí se dan cuenta que no les gustaría que ellos o algún familiar que llegara a necesitar un servicio de salud fuera maltratado, ignorado, ridiculizado o exhibido, dicho de otra manera, experimentan lo que señala el refrán “no le hagas a otro lo que no te gustaría que te hicieran”. Además de esas razones, señalan lo importante que es sentirse tranquilos y con la conciencia limpia por el servicio humano que brindan. Por estos motivos se aprecia que su trabajo es congruente con uno de los artículos que comprende la Ley general relativo al derecho de las personas con discapacidad y de inclusión social:

Las personas con discapacidad pueden conseguir la igualdad de oportunidades y ejercer sus derechos con ayuda para hacer su propia vida, permanecer tranquilo en los espacios y favorecer las candidaciones de accesibilidad para que los sitios y los espacios sean accesibles y lograr que se trabaje la discriminación (p.15).

5.2 Atención basada en la ética profesional

Los valores que están presentes en el quehacer profesional de los enfermeros que participaron en la comunidad de práctica, tales como la responsabilidad, el respeto, la honestidad y la solidaridad constituyen un marco que sirve de soporte a su actuación en el contexto hospitalario, en donde de manera clara se percibe que dejan de lado los beneficios e intereses personales para enfocarse en el bienestar de los usuarios. La responsabilidad la viven como una manera de asumir el compromiso de sus propias acciones y de rendir cuentas por lo que hacen o dejan de hacer.

La atención hospitalaria en el psiquiátrico se traduce en un trato en donde la dimensión humana adquiere el mismo valor que las demás dimensiones de la persona. Tienden a privilegiar lo positivo y no lo negativo o la dificultad del usuario. Si bien reconocen la enfermedad, en su trato prevalece, la dimensión completa de

la persona, en tanto reconocen que los usuarios no son la enfermedad, sino personas con fortalezas y potenciales.

Para los enfermeros no basta cumplir con las funciones establecidas en un manual de procedimientos, sino que se enfocan en las necesidades de la persona, en su dimensión personal. En la interacción que establecen, les hablan por su nombre, les preguntan por su estado de ánimo, platican con ellos, los escuchan, y se preocupan por ayudarles a ser más autónomos, por ejemplo, les enseñan a conocer sus medicamentos a partir del color de las pastillas, usan nemotécnicas para estimular su memoria, les modelan la manera en que se abre la puerta, los ayudan a que aprendan a doblar las sábanas del dormitorio y la forma en se traslada a los compañeros de un lugar a otro.

Las experiencias previas relacionadas con problemas o contingencias, por ejemplo: diagnósticos no adecuados, violencia dentro de los pabellones o abandono de personas, las usan para adelantarse a cualquier acontecimiento; hacen previsiones con el fin de mejorar procesos y evitar errores en la medida de sus posibilidades. Esta ética del cuidado también se hace visible en la atención holística e integral que tienden a privilegiar, esto es, observan y analizan al usuario desde el primer contacto, revisan su estado físico y emocional, están atentos a las reacciones adversas provocadas por el encierro, a sus logros o avances significativos, los estimulan en el desarrollo de sus habilidades físicas y mentales. Este cuidado desde una ética profesional repercute de manera positiva en el bienestar y la recuperación del usuario.

Para estos enfermeros es muy importante el respeto de las garantías individuales de los internos, pues al hacerlo evitan que se violenten sus derechos humanos. En el cumplimiento de sus deberes se aseguran de no cometer negligencias médicas, abandonar e ignorar a los pacientes, usar castigos físicos o emplear fuerzas desmedidas en su contención. Un ejemplo que muestra la manera en que viven la ética es el siguiente:

La atención desde lo que me dice la ética es ofrecer un servicio desde la diferente necesidad de los usuarios, que permita atender en lo que realmente hace falta y con

ello evitar situaciones de riesgo, recaídas y disminuir factores que provoquen enfermedad en el ambiente que se vive en el hospital (E.1.p.2).

La interacción del enfermero con el usuario en los pabellones se rige por el marco de los derechos de las personas con discapacidad. De una u otra manera saben que las interacciones que establecen con el usuario pueden repercutir o beneficiar su salud; desde su forma de ser contribuyen a la armonía; entienden que su actuar genera seguridad y confianza:

Crear una cultura responsable es emitir las incidencias en los pabellones y beneficiar la participación responsable de los enfermeros, usuarios, familia y grupo tratante (E. 3. p.3).

5.3 Atención cercana, escucha activa y resolución de conflictos

La atención en el contexto hospitalario significa para los enfermeros de la comunidad de práctica ir más lejos que obedecer instrucciones. Para estos profesionales de la salud, es importante interactuar con ellos y escucharlos de manera activa, pues les ayuda a detectar sus necesidades y requerimientos en todas las dimensiones de la persona, en otras palabras; muestran capacidad e interés genuino por el usuario y su bienestar.

Desde el ingreso de los usuarios al hospital, estos enfermeros lejos de tratarlos como personas desconocidas o marginadas les reflejan desde el modo de proceder que son seres humanos, con valores, potencialidades y con sentimientos, para ellos, no son un número más o un mero diagnóstico que revela enfermedad. Lejos de despersonalizarlos los ubican como personas, por lo mismo tratan de enfocarse en sus sentimientos y necesidades; entienden que atrás de sus preocupaciones, molestias, quejas y exabruptos hay razones por las que actúan de tal o cual modo.

Para atender de manera cercana las incidencias, acontecimientos, peticiones, preferencias, temores de las personas con padecimientos mentales que se encuentran al cuidado del personal en un hospital psiquiátrico, los enfermeros

escuchan con plena conciencia, es decir, se enfocan en los mensajes corporales o en los mensajes que los usuarios, familiares y compañeros comunican. En la siguiente viñeta se puede apreciar el valor que le otorgan a la escucha activa:

“Escuchar es observar de manera activa el estado del lugar, aspectos emocionales de las personas y los usuarios entendiendo las manifestaciones físicas del usuario, todo esto por las visiones que enmarcan los procedimientos que buscan garantizar que no falte la atención o situaciones de riesgo por las que pueda pasar durante su estancia” (E,1. p.2).

Estos enfermeros antes de actuar se aseguran de cuál es el mensaje que se les quiere transmitir; se colocan en una actitud empática, en el sentido que se ponen en el lugar de otro para entender su sentir y la emoción que experimentan. Desde este contacto comunican al otro que están presentes, que ponen atención y observan, que dan respuesta a sus manifestaciones y con ello, les proporcionan el servicio que requieren o demandan. Un ejemplo de esta capacidad que tienen los enfermeros se presenta la siguiente viñeta:

“Escuchar es lo principal en nuestro trabajo y para emitir recomendaciones de mejora para el cuidado en las diferentes áreas y evitar caer en falta de servicios o excesos de tratamientos que se alejen a los usuarios de la mejora y la frecuencia de incidencia en cuanto a la calidad y trato digno (E, p. 4).

A partir de esa escucha activa y empática atienden las demandas, necesidades y quejas, ya sean del mismo usuario o de los familiares que exponen algún tipo de conflicto o malestar en función de los tratamientos que reciben sus padres, hermanos o hijos. Desde lo que escuchan, logran comprender y actuar en consecuencia, esto es, conectar servicios entre diferentes instancias, brindar información particular, reportar incidencias, etc. La OMS (2018) describe que las buenas prácticas significan la atención específica, activa e integral que deben recibir las personas o los enfermos con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables y sus familias, atendiendo todas sus necesidades.

Para estos enfermeros, la dimensión humana es relevante, por ello muestran su sensibilidad hacia el otro, sean usuarios, familiares de los internos o sus mismos

compañeros de trabajo; los escuchan respecto a sus dudas, errores, aciertos y preocupaciones asociadas con las funciones que realizan desde el rol que desempeñan.

La atención a los usuarios psiquiátricos significa hacer uso de todos sus conocimientos formales e informales y de los recursos técnicos o tecnológicos, pues a través de ellos obtienen información que, a su vez, les permite resolver los conflictos o atender necesidades puntuales.

Ellos saben que al ser parte del equipo tratante, que incluye al médico, psiquiatra o cualquier empleado de la organización, pueden influir de manera directa o indirecta en la atención de los usuarios, esto es, ofrecer un servicio desde la necesidad, las dudas, las experiencias dolorosas que viven porque han sufrido un abuso o cuando se sienten ignorados porque se les ha dejado de atender.

En ocasiones, a partir de esa escucha se convierten en porta voz de sus demandas; al hacerlo, tratan de que un problema se resuelva o que una situación mejore por el bien del usuario para ello crean o se aseguran que existan las condiciones, entre ellas, la confidencialidad.

La empatía que establecen los enfermeros con los demás los hace que se distingan por la importancia que le dan a la persona, pues a pesar de la gran cantidad de tareas que tienen encomendadas, se dan tiempo y espacio para estar, escuchar al usuario, investigar a fondo lo que ocurre y registrar cualquier tipo de incidencia; saben que cuando documentan, el otro compañero tendrá antecedentes y recursos para responder del mejor modo a la situación; se aseguran de contemplar la mayor parte de elementos con el fin de que se otorgue un mejor seguimiento a la situación. Un ejemplo que da cuenta de cómo a partir de la escucha con todos los sentidos buscan ofrecer un servicio o una atención cercana es el siguiente:

Es vigilar las incidencias cotidianas por medio de los mecanismos de información escrita o sistemas de seguridad en los recorridos por los pabellones, atiende las quejas que realizan los usuarios de manera verbal y la omisión de responsabilidades en sus procesos de atención hospitalaria y que permitan ofrecer un servicio cercano

donde el usuario, familiar y empleado de la institución se sientan con un servicio que lo escucha y lo entiende (E. 1. p.2).

Dar solución a una problemática significa para los enfermeros la tranquilidad de las personas y de ellos mismos. Al escuchar las quejas de los usuarios por mínimas que sean, los enfermeros cuidan la confidencialidad de quien la realiza, son cuidadosos al momento de integrar la investigación para manejar la vulnerabilidad, pues evitan que alguien pueda quedar expuesto.

Esa escucha y atención cercana, es una forma en que los enfermeros brindan apoyo emocional, pues al sentirse escuchados, experimentan mayor confianza; minimizan sus temores y sienten seguridad. La escucha activa se convierte en un tipo de acompañamiento, pues al hacerlo los enfermeros se implican de manera genuina con el usuario.

5.4 Empatía y aprendizaje de los usuarios

La empatía en el cuidado de los usuarios se hace presente. Los enfermeros a partir de una actitud empática pueden entender las diferentes necesidades con las que llega el usuario al hospital psiquiátrico. Comprenden los sentimientos que experimentan, se dan cuenta que son personas afectadas emocional, física y mentalmente. En otras palabras, entienden intersubjetivamente sus vidas, saben que son personas que fueron agredidas, abandonadas, que sufren lesiones mentales o físicas o que presentan secuelas como consecuencia del maltrato. Se dan cuenta que cuando llegan a pedir ayuda al hospital psiquiátrico, es porque lo necesitan.

La empatía la manifiestan como una habilidad que les permite entender dolores físicos o emocionales, tristezas a nivel enojo, desvalorización personal o tristeza profunda. Muestran su capacidad para ponerse en el lugar del otro y entender la realidad desde los sentimientos con los que llega el usuario y las familias. Para los enfermeros la empatía que establecen significa:

Ser sensible a los sentimientos propios y de los usuarios a quienes se les da el servicio, permite evaluar las distintas necesidades que manifiestan los usuarios y orientar la tranquilidad de poder solucionar los problemas que estén en nuestras manos (E.2.p.2).

Por medio de la empatía llegan a conocer a las personas; conocimiento que les ayuda a establecer acciones y estrategias para un mejor trato en lo particular y colectivo. Desde esa actitud empática entienden cuando están felices, tristes, enfermos, ansiosos, amenazantes con ellos mismos o con otros. Es entender su condición a un nivel de conexión físico-emocional que les permite ser más efectivos, en tanto saben escuchar, comprenden la realidad del otro, desde lo que vivió o está viendo y con ello, logran que el usuario se sienta comprendido. Un ejemplo que da cuenta de esta empatía lo muestra esta viñeta:

Es aprovechar la confianza en un sentido que beneficie la seguridad de lo que estamos haciendo, al momento de contener una situación de crisis en los pabellones, en usuarios nuevos y lograr canalizar sin alterar el estado del lugar y los usuarios (E.4.p.5)

La empatía les ofrece oportunidades para aprender formas de cuidar de los usuarios, en donde el respeto y la adaptación son elementos claves en su función. Comprender implica considerar al otro en todas sus dimensiones, pero sin llegar a perder el objetivo de su labor, es decir, la recuperación de la salud. Los pacientes y enfermeros en el hospital por medio de la empatía en la relación usuario-cuidador comprenden que las acciones, sentimientos, ideas, conductas, decisiones y su forma de ser son fundamentales en su trabajo.

El compartir mucho tiempo con los usuarios les facilita conocerlos y al mismo tiempo ser el apoyo a sus necesidades personales o familiares; permanecer atentos les ayuda a dar el apoyo que se requiere, enriquecer su conocimiento como cuidador, ofrecer la confianza y la seguridad al interno, saber qué hacer en el momento de intervenir ante cualquier evento o situación de riesgo. Un enfermero explica los beneficios bidireccionales que la empatía ofrece, pues además de que le ayuda y le

permite brindar un mejor servicio a los demás, le da oportunidades para aprender a partir de la experiencia:

Es aprendizaje en la relación usuario-enfermero para ayuda mutua entre el cuidado humano y favorecer el conocimiento que ofrece la experiencia para favorecer estrategias de trato digno entre el usuario y el cuidador (E.2.p.2).

La empatía entre cuidar y ser cuidado permite que los enfermeros aprendan en la relación con el usuario, llegan a apreciarlos como seres humanos, establecen canales de comunicación deferentes, vínculos afectivos, ya que los consideran como parte de su familia, en tanto comparten tiempos y espacios de manera cotidiana. En este sentido se convierten en proveedores de afectos y sentimientos positivos, al identificarse con los usuarios establecen ambientes más positivos, en donde la confianza la reconocen como elemento valioso en la atención y recuperación de las personas que permanecen internadas en el hospital psiquiátrico.

La manera en que los enfermeros muestran su empatía corresponde a lo que señalan Garaigordobil y De Galdeano (2006): la empatía como enfoque multidimensional, hace énfasis en la capacidad de la persona de entender que puede dar respuesta a las demandas de otros teniendo en cuenta los aspectos cognitivos como efectos y destacando la importancia de discriminar entre los propios y los otros. Esto implica respuestas emocionales, experiencias variadas y la capacidad para diferenciar para tomar una perspectiva. Este aporte que hacen los autores refleja la postura de los enfermeros en tanto primero entienden lo que el usuario siente, necesita y después ofrecen el apoyo más pertinente y adecuado a sus demandas, ya sean físicas o emocionales.

5.5 Trato digno y humano

Los enfermeros conocen que un trato digno y humano en el hospital es clave para la recuperación de las enfermedades mentales, esto es, al tener en cuenta esta máxima, se esfuerzan por hacer su trabajo lo mejor posible, ya que reconocen que

los pacientes en el hospital psiquiátrico son merecedores de respeto, seguridad, calidad en los servicios y trato digno.

Desde esta postura consideran a todas las personas sin importar la discapacidad o situación económica; realizan su trabajo con gusto, disfrutan lo que hacen, se conectan emocionalmente con su servicio y se motivan cuando ven la evolución positiva de los usuarios. Esta forma de ser y hacer su trabajo coincide que los señalamientos que hacen Navarro, Labrada, y López (2009) con respecto a las buenas prácticas que representan a los cuidados paliativos y que se centran en la persona y no en su enfermedad, pues, ante todo, el personal de enfermería se plantea cómo pueden ayudar a la persona a afrontar su realidad.

En el siguiente ejemplo se puede apreciar como uno de los enfermeros señala lo importante que es la dignidad humana en su trabajo:

Es el trato humano un motivo de valor que se aprende desde casa, trabajar con personas implica entender que también en cualquier momento un familiar necesite un servicio hospitalario en cualquier hospital y no se vale que la traten mal (E,4. p.5).

El que las personas que están internadas gocen de un trato digno y humano en el hospital es un motivo de valor para los enfermeros, pues saben que al atenderlas les permite sentir que contribuyen a un bien mayor. Entienden que al compartir el espacio se les facilita entrar en diálogo directo y, por lo tanto, convertirse en un personaje importante que interviene en los tratamientos o en la prevención de efectos negativos derivados de situaciones de riesgo.

Desde el momento que ingresa el usuario a la organización es atendido y acompañado por el departamento de enfermería y durante el proceso de la atención, el enfermero vigila y monitorea cualquier situación; valora y está al pendiente de sus altas o retrocesos, es sensible a sus necesidades y como cuidador, establece vías de comunicación con los otros miembros del hospital psiquiátrico, todo ello, con el afán de atenderlos de manera digna. Un enfermero da un ejemplo sobre el trato digno que merece el usuario:

Establecer vías de una buena comunicación con otras áreas de manera directa permite al personal de enfermería ser parte de la solución para posteriormente analizar las problemáticas o factores por los cuales se generó una situación de omisión de responsabilidad (E.1.p.1).

Para los enfermeros es vital el buen trato a los internos, desde su experiencia reconocen que los afectos, la cercanía, ayuda a mejorar su salud. Este saber que han adquirido a través de la experiencia coincide con los resultados de un estudio cuyo objetivo se centraba en disminuir las recaídas de las personas hospitalizadas. Los investigadores demostraron que las buenas prácticas de los profesionales de la salud influían positivamente en la recuperación de los enfermos, las recaídas disminuyeron en un 20%. Desde ese resultado, mejoraron una guía de prevención de recaídas y lesiones derivadas de malas intervenciones y cuidados laxos. A medida que se implementaron las buenas prácticas en un programa preventivo de recaídas observaron la disminución de las mismas. (Muños, Gonzáles y Moreno 2015).

Las buenas prácticas tal y como lo señalan Torres y Rivas (2010), se perciben, tanto el paciente como los mismos familiares las advierten y refieren que la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia en el hospital se enmarca en los derechos humanos de las personas, ya que reciben un trato equitativo, digno desde donde protegen su salud y brindan seguridad. Para Navarro, Labrada y López (2009), las buenas prácticas son un elemento que ayuda a elevar los cuidados y el conocimiento de los pacientes debido a que les permiten evaluar la calidad y confort que les ofrece el grupo tratante. Estos autores señalan que los enfermeros que toman las buenas prácticas como elementos de trabajo incrementan su nivel de atención, brindan cuidados especiales en donde sus valores como persona y creencias como sujetos se hacen visibles. Toman decisiones y resuelven problemáticas o necesidades de los usuarios y sus familias; sus atenciones y soluciones surgen desde la experiencia que sustenta el ejercicio profesional

Por la cercanía que mantienen con los usuarios, los enfermeros en el hospital en la relación de cuidador-cuidado manifiestan actitudes, sentimientos, y valores que se diferencian del resto del personal; se preocupan por el confort de las instalaciones, la calidad en los tratamientos, seguridad en las instalaciones, alivio del dolor y por crear condiciones favorables. El trabajo de los enfermeros es integral y evalúan en todo momento las condiciones del lugar. Para Navarro, Labrada, y López (2009), la atención a los enfermos implica hacer uso de los aspectos humanos y científicos con los que cuentan las organizaciones y en específico los enfermeros por la atención más directa que tienen con los usuarios.

Las prácticas de estos enfermeros coinciden con lo que plantea Nussbaum (2012), quien concibe a cada persona como un fin en sí mismo; se ocupan no solamente del bienestar, sino también de las oportunidades disponibles en términos de una ampliación de las libertades desde su realización y se interesan por la justicia social y consideran la individualidad de cada usuario (pp. 37-65).

5.6 Satisfacción personal

La satisfacción personal de los enfermeros la experimentan cuando tienen la sensación de haber hecho bien su trabajo. Saben que hacer bien las cosas es poner a trabajar todos sus sentidos por el bien del otro:

Es una sensación de haber hecho bien o de la mejor manera el trabajo, debido a que se tiene claro que el servicio que se realiza es para una persona y ella en mucho de los casos no es responsable de su condición (E.3.p.4).

Para los enfermeros la satisfacción personal es bidireccional, esto es, que al dar un buen servicio satisfacen al usuario, pero también a ellos mismos ya que se sienten muy bien por las respuestas que obtienen; aprecian sus logros y en ocasiones son un ejemplo positivo para otros profesionistas que también laboran en el hospital. Por su manera de ser y hacer sus funciones además de que se auto perciben eficientes y eficaces, logran el reconocimiento de los otros, sean de sus compañeros o de los usuarios quienes los perciben como alguien conscientes, que los escucha, que atiende sus necesidades y que se compromete:

La satisfacción es disfrutar de los agradecimientos como en elemento personal que me permite seguir superando las dificultades o creencias que se presentan. (E.3.p.4).

La satisfacción que experimentan influye en su calidad de vida profesional, disfrutan su trabajo y están atentos a identificar aspectos que pueden mejorar en su siguiente jornada. Evalúan diariamente lo que hacen y con ello, comprenden que al atender los sentimientos y emociones de los usuarios hay beneficios palpables, por ejemplo, un enfermero enseñó a una usuaria a tejer pulseras, con esta actividad permitió que la paciente aminorara su agresividad y conductas disruptivas. Cardona y Agudelo (2007) “señalan que la satisfacción personal es la satisfacción con la vida que a su vez está relacionada con la valoración individual y con las apreciaciones subjetivas y objetivas” (p.2).

Las buenas prácticas que se hacen presentes en el sector salud, aportan grandes beneficios a la humanidad, ya que desde el hacer profesional se logran tratamientos personalizados en padecimientos crónicos, lo que permite un aumento considerable en la supervivencia y dignidad de las personas.

Conclusiones y reflexiones finales

Al implementar un proyecto de Gestión y Continuidad del Conocimiento en una organización como el hospital psiquiátrico se abren posibilidades para identificar, recuperar y socializar el saber de los enfermeros que está vinculado a sus años de servicio, a sus experiencias y vivencias. Al hacer visibles los constitutivos de ese conocimiento intangible que alude a los valores, a las actitudes, creencias y formas en qué significan y entienden a los usuarios del nosocomio, se inicia un ciclo de aprendizaje en donde unos enfermeros aprendan de otros y con ello, la institución se enriquece, pues ese saber puede trascender del plano intrapersonal al interpersonal, es decir de lo individual a lo social.

Los valores, las actitudes, los sentimientos que forman parte del saber en términos de habilidades socioemocionales de los enfermeros, los reflejan en la atención, interacción y en los cuidados que ofrecen a los usuarios. El respeto lo manifiestan de diversas maneras, predominando la forma en que se dirigen a los usuarios, los llaman por su nombre, escuchan de manera atenta opiniones, quejas, decisiones. El centro de interés está en la persona, en su dimensión de SER.

Las prácticas de los enfermeros que se distinguen por el servicio y atención al usuario en el hospital psiquiátrico representan lecciones que pueden ser aprendidas por los demás integrantes de los equipos. El saber y la experiencia que forma parte de los depósitos de conocimiento de una persona puede utilizarse como un contenido de aprendizaje de los programas de formación y actualización que se ofrecen en la institución. Por lo valioso del recurso, resultaría inviable no utilizarlo como activo que confronta, enriquece, valida o estimula cambios en las prácticas de los demás, pues al hacerlo se estaría impactando en el bienestar y calidad de vida de los usuarios.

El conocimiento es un elemento acumulativo en la vida de las personas que beneficia la calidad de los servicios, por tal motivo es importante la creación de mecanismos que permitan compartir y hacer que el mismo sea de uso común, por ello, la importancia de establecer en las organizaciones programas que faciliten la integración de nuevas maneras de hacer las cosas.

- En el proceso de identificación y recuperación de los conocimientos intangibles de los enfermeros que se caracterizan por realizar buenas prácticas, los ambientes positivos son esenciales, pues permiten que la externalización y socialización de experiencias se hagan en un clima de confianza, respeto y apertura, sin el temor de que al compartir experiencias y vivencias relacionadas con su práctica profesional se sientan juzgados o evidenciados.
- Compartir de manera abierta y clara el sentido de la Gestión y Continuidad del conocimiento, favorece que las personas que participen en el proceso lo hagan desde el convencimiento y no desde la obligación ni el deber. Las claridades con respecto al qué, porqué, para qué y cómo se convierten en una estructura de sentido que incide de manera favorable en la involucración y permanencia de las personas en el proyecto.
- Los intereses y necesidades de las personas representan el germen del proyecto de Gestión y Continuidad del conocimiento. Lo que se impone por mandato limita la participación y la involucración de las personas en proyectos de este tipo. La experiencia y saber de las personas es un ingrediente clave en el proceso.
- La comunidad de práctica es una estructura indispensable para el logro de los objetivos del proyecto, mismos que deben ser claros y alcanzables en un tiempo determinado. En este caso, los miembros de la comunidad se convirtieron en yacimientos ricos de experiencia desde donde se pudo hacer visible el conocimiento implícito a través de la recuperación.

El diálogo y la conversación son las principales herramientas de la Comunidad de Práctica, a través de ellas se logró dar cuenta de los

elementos constitutivos de las buenas prácticas de los enfermeros. Fueron un medio para la realización del mapeo.

- El mapeo del conocimiento relativo a los constitutivos de las prácticas profesionales de los enfermeros que se distinguen por la atención y servicio que ofrecen a los usuarios es un antecedente que será clave para darle continuidad al proyecto de Gestión del Conocimiento.
- Cambiar el paradigma de valor desde el conocimiento es una tarea de toda una organización. Al reconocer que el conocimiento surge de manera ascendente y descendente la organización se coloca en clave de aprendizaje, pues el saber que se repercute de manera positiva en el bien de toda la comunidad.

Referencias

- Aarón A. y Milicic, N. (1993) *Vivir con otros: manual de desarrollo de habilidades sociales*. Santiago: editorial universitaria.
- Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J.R. (2007). *Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 177-190. Recuperado en 19 de abril de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300002&lng=es&tlng=pt.
- Beazley, H. y Harden, D. (2002). *Continuidad del conocimiento en las empresas*. Colombia, Chile, México: Ediciones Norma.
- Bellack, A, Mueser K. (1993). *Psychosocial Treatment for Schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, (19), 317-336.
- Berenzon, S, Saavedra N, Medina M.E. (2011) *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*.
- Camacho, C. y Camacho, M. (2005). *Habilidades sociales en la infancia*. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* (3), 1-27.
- Cámara de Diputados del congreso de la Unión. (24 de febrero del 2020) *Ley General de Salud*. Decretos Generales. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf
- Cardona, D., Angulo, H (2007). *Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín*. *Revista de salud pública*.
- Canals, A. (2003). *Gestión del conocimiento*. México. Gestión 2000.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (03 de diciembre 2019) *Importancia de que las personas con discapacidad sean consideradas sujetos plenos de derechos y obligaciones* (ley 466 2019).Do:https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-12/COMUNICADO_466-2019.pdf

Davenport,T,H,. y Prusak, L. (2001). *Conocimiento en acción: Cómo las organizaciones mejoran lo que saben*. Buenos Aires. Pearson Educación.

Eggen, P y Kauchak, D. (2001). *Estrategias docentes. Enseñanzas de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades del pensamiento*. México: Fondo de Cultura Económica.

Garaidordobil, M., y De Galdeano, P. (2006) *Empatía en niños de 10 a 12 años*. Psicothema. 18 (2), 180-186.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (1ª ed.). Argentina. Amorrortur Editores.

Hernandez, R. (1994). *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill.

Liberman, R (1993). *Social skills training for psychiatric patients*. Nueva York: Pergamon Press

Liberman, R. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martinez, Roca.

Muños, L., Gonzales, E., y Moreno, T (2015). Implementación de guía de buenas prácticas en España. Programa de centros de comprometidos con la excelencia de cuidados. MedUNAB, 17(3), 163-169.

Navarro F, P. M., Pérez, R., & Parada, N. (2009). *Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud*. Revista Cubana de Enfermería, 25(1-2), 0-0.

- Nonaka, I. (1994). *Una teoría dinámica de creación de conocimiento organizacional*. Organization Science, (pp5-1).
- Nonaka, I. y Takeuchi, H. (1999). *La organización creadora de conocimiento: Cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación*. México, Oxford University Press.
- Nonaka, I. Toyama, R. y Konno, N (2000). *SECI, Ba and Leadership: Un modelo unificado de creación dinámica de conocimiento*. Planificación de Long Ranger Planning, 5-34.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 (Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental) 01 de octubre del 2015) (Presentación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. (Pablo Antonio Kuri Morales)
- Nuño, S (2007). *Buenas prácticas atención sanitaria el caso Kaiser permanente*. Red de innovadores de la Organización Mundial de la Salud. Universidad de país vasco. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38377455/caso_kaiser.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DCaso_kaiser_de_gestion_sanitaria.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS
- Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona, España. Paidós.
- Oblitas, L (2008). *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. Unicef.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe de la evaluación de sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de Evaluación para Sistemas de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*. México.

- Ortiz, S y Ruiz, A. (2009). *Gestión del conocimiento de segunda generación*. Modelo de Firestone y McElroy. Documento interno ITESO, Guadalajara, México.
- Ramos, E. (1998). *El manejo del paciente crónico en el hospital psiquiátrico de Jalisco*. Recuperado de <https://www.colmich.edu.mx/relaciones25/files/revistas/074/AlejandroRamosEscobedo.pdf>
- Rodríguez Sabiote, Clemente, Lorenzo Quiles, Oswaldo, Herrera Torres, Lucía Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM* [en línea]. 2005, XV(2), 133-154[fecha de Consulta 27 de Abril de 2021]. ISSN: 1405-3543. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>
- Rodríguez García, Marta, & Medina Moya, José Luis. (2014). Entre la complejidad y el arte: el análisis de datos en cualitativa. *Index de Enfermería*, 23(3), 157-161. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200009>
- Roder, V. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Madrid: Arie
- Sanz, L y García, E. (2008) *Buenas prácticas en Recursos Humanos*. Madrid. ESIC Editoriales.
- Savary, L. (1981). *Como lograr una nueva personalidad*. Buenos Aires: Ludium.
- Senge, P (1990). *La quinta disciplina. Como impulsar el aprendizaje en las organizaciones inteligentes*. Buenos Aires. Garnica.
- Toledano, R. (2011). *Gestión del cambio planeado en organizaciones: aspectos fundamentales*. Documento de trabajo no publicado, ITESO, Guadalajara, México.

- Torres, M. y Rivas, E. (2010). *Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera o un enfermero*. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 18(3), 60-64.
- Vinaccia, S. Orozco y Lina, M. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. Diversitas, 1(2), 125-137. Recuperado en 19 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=es.
- Wenger, E. (1998). *Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Wertsch, J.V. (1988). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós. (Capítulo 3, pp. 75-92: Los orígenes sociales de las funciones psicológicas superiores.
- Woods, P. (1989). *La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa*. Barcelona, España: Paidós.

Anexos

Entrevistas realizadas a empleados del hospital psiquiátrico del área de salud quienes nos describen sus actividades cotidianas que ofrecen a usuarios de consulta externa e institucionalizados. El objetivo de la entrevista fue identificar aquellas prácticas cotidianas para ayudar y favorecen en los tratamientos hospitalarios a mejorar la salud y otorgan un trato humano. Al que llamare buenas prácticas de cuidados hospitalario en usuarios psiquiátricos.

Entrevistador: buen día me puedes platicar un poco sobre las tareas que realizas en el hospital psiquiátrico.

Entrevistado: primeramente, al iniciar mi jornada laboral reviso las incidencias que pudieron ocurrir un día anterior, leo la bitácora de incidencia me permite ponerme al tanto sobre lo que ocurrió el día anterior y si hay alguna urgente hablo con el encargado que tenga que dialogar. En cuanto llega en deajo de capturar en la plataforma y me voy con él para ver qué solución le damos algo que allá sucedido durante las 24 horas, porque los eventos de riesgo me llegan mañana por la mañana como a las 9:00 de la mañana entonces ese no los registro hasta el siguiente día, esto quiere decir voy atrasado, haz de cuenta por tengo solo 21 días porque me da un eso la plataforma de espacio para poder estar registrando. Entonces no todo prácticamente se va a la plataforma hay ciertos eventos que tiene que verse en el momento. Por ejemplo, con el psiquiatra con ello cuando ocurren los errores de medicación y con la jefa de farmacia, si los errores de medicación están muy graves hay que hablarlo con el psiquiatra o el médico adscrito o con su jefe. Ahí deajo que intervenga la licenciada para que el jefe a jefe realicen la intervención, pero en cambio yo si directamente hablo con enfermería, cualquier cosa o situación que sucede o que lo veo adentro de los pabellones cuando doy mis recorridos. Si veo que algo dentro de los procedimientos que están ya establecidos por el departamento no están haciendo la intervención adecuada le hago directamente la mención al personal o que lo vea con sus supervisores eso es como la rutina de lo que compete a lo que de enfermería le toca con los pacientes y ya de ahí si sale algún evento que tengamos que hacer, como ahorita la vigilancia de las cámaras,

no sé si ya viniste en estos últimos días, están instando otras más entonces esa parte también si hay algún evento que yo haya visto o que haya sucedido algo me voy a buscar a qué hora fue cómo fue revisar directamente con los procedimientos para la intervención con el paciente una intervención de calidad edad que no se violen los derechos de los pacientes.

Entrevistador: Este trabajo que haces de manera cotidiana ¿de qué te das cuenta de que ayuda a los usuarios? porque es bueno para el paciente. ¿qué procuras con todo este servicio?

Entrevistado: pues que se les intervenga inmediatamente por el área que esté implicada, por la falta de atención o el exceso. Todo tiene que a ver con un equilibrio tanto para uno solo lado o para el otro, por eso es lo que he visto que hay buen beneficio.

Entrevistador ¿tú qué buscas conseguir con este trabajo?

Entrevistado: que las áreas que están implicadas en el procedimiento mejoren de esa forma, pues que el paciente mejore.

Entrevistador: Mejoren en qué aspecto, me puedes dar un ejemplo alguna situación que te haya sucedido.

Entrevistado: Una contención el paciente si era un paciente sumamente muy agitado o fortachón que no lo hubieran podido controlar entre 6 gentes y el procedimiento dice que mínimo debemos de tener 5 ahí se debe cuidar que el procedimiento tenga el personal suficiente. Esto para poderlo hacer o las úlceras por presión que si el paciente está todo el momento en una posición en la cama y después de un rato checo y sigue igual. haz de cuenta que si veo a un paciente en mujeres crónicas y voy a las 7:00 de la mañana o 9:00 vamos a ponerle 2 horas y esas 2 horas sigue las mismas posiciones la intervención está realizando mal, porque el paciente con esto no mejora para que enfermería este haciendo lo que te decía hace unos rato procedimientos sean los adecuados que si los lleven tal cual estén establecidos.

Entrevistador: De todo esto que hacer ¿tú qué quieres que se logre en el paciente?

Entrevistado: Evitar daños, y la atención este cada vez mejor, pues para que se retire más rápido son pacientes que están entrando y saliendo del hospital y si logramos que este el mayor tiempo estén en su casa y no aquí. La estancia sea más corta.

Entrevistador: ¿Qué aspectos son más importantes de cuidar?

Entrevistado: Pues que no tengan complicaciones en su salud que no se compliquen otras cosas, por ejemplo, un paciente que esta mucho tiempo en cama, aunque sea crónico o crónicas que no se compliquen y estén menos tiempo. Que se solucione el motivo por el cual se llevó mínimo deambulando y no solo en la cama no le valla afectar, prácticamente eso sería lo que le hacemos ver a lo hora de cuidarlos, si por medio del jefe del departamento o los supervisores y el personal.

Entrevistador: Tú qué notas en el paciente que te permite entregarte de esa manera.

Entrevistado: Los sentimientos de alcanza y notar que quien está moviendo ahí es una persona y por él hacer que el trabajo sea mejor. Porque cuando entras a los patios los pacientes te dicen no tengo pantalón, no tengo playeras, y ya a veces sin necesidad que alguien diga que le traigas un suéter ves que toda esa parte este bien veas eres el enlace con el equipo administrativo y la jefatura es ubicar que tengan eso faltantes.

Entrevistador: Al entrar a los patios ¿qué lo primero observas y por qué?

Entrevistado: Te digo lo más importante que el ver que personal los esté haciendo los procedimientos porque eso nos va a evitar que pacientes se está deteriorando más, evitar en los prolongados su deterioro y en los temporales evitar que si la hospitalización no sea prolongada.

Entrevistador: ¿Por qué es bueno hacer eso que haces por lo pacientes?

Entrevistado: En los temporales que el medicamento que el paciente tiene recetado se esté dando oportunamente, porque te digo como es la rutina más importante es la de los eventos de riesgo como rutina aquí te dicen todo lo que están sucediendo, por ejemplo, ¿en dónde se caen más veces?, ¿dónde se requiere más que se dé

más atención? Entonces de esa forma por ejemplo para este año yo dentro de mis encargos y no solo anotar en la plataforma es dar un informe para después se habla con el jefe del departamento, para llevar un registro explicando donde se dan más eventos o en qué servicio y en qué turno. De mi parte registrar el número de personal. Por lo que decía, que tal si yo ahorita en hombre crónicos tengo diez personas trabajando, y cuándo había diez en la mañana se cayeron 4 y ayer que había tres no se cayó ninguno. El chiste es evitar que se relajen en el trabajo porque están completos. Entonces esa es la parte que dices uno en esta hoja se ve cuando enfermeros estuvieron en el turno, dependiendo donde aparece el evento de riesgo. Te voy a decir un ejemplo, en patio de agudas había 12 usuarios y nada más tenía un enfermero y si en ese rato una paciente aguda desgredió a otra en el baño y la enfermera dice porque no te diste cuenta de que le jalo el pelo o le dio unos buenos rasguños porque estaba en el jardín con otro paciente que estaba queriendo subir al alambre, son ejemplos, muy palpables que pudieras suceder y que simplemente no se atiende por una sola persona. Siempre por mínimo que la motricidad o la agitación lo permita y es ver que estén seguras. Ver quién está apoyando en ese momento, si no hay nadie oye nos es imposible siendo tan impredecible los pacientes se puedan pasar esas cosas o cubrir que no sucedan.

Entrevistador: Tú como encargado también ves por ambas partes el paciente y el trabajador.

Entrevistado: Hay cosas que no se pueden controlar porque a veces hay poco personal.

Entrevistador: ¿Por qué es importante ayudar de esa manera?

Entrevistado: fuera de esto, humanamente lo que la casa que te enseñaron es decir dices no sé si te platicué todo lo que fui haciendo para estar primero como vigilante para eso te contrataban, como vigente de psiquiátrico no, de hecho, eran los nombramientos que eran lo que le decía al maestro x que vino a las encuestas, le compartí mi experiencia y me dijo ya no le platicara porque lo mandaría llorando. Le decía, en la academia me decían vas a realizar intervenciones en los hospitales civiles y digo como buen egresado de la universidad x te dice el recurso está bien

escaso para la secretaría de salud, los recursos públicos no están tan buenos así que se las van arreglar con sus propios medios a lo mejor eso me engancho y me permitió llegar para acá en todos mis otros trabajos, pero al inicio no todo tenía que ver con enfermería y dices ahora que estoy aquí digo no estas cuidado a un borracho estas cuidado a alguien que quedó o nació dañado. Si aquí estoy haciendo mi función en preguntarme porque se movió o es decir uno eres el responsable de lo que están haciendo, porque sus voces, o por los motivos por los que se mueve es interesante en lo que sientes ¿Quién te está ablando? a lo mejor porque su movimiento fue dar tres pasos y se regresó cinco.

Entrevistador: yo veo que te llevas muy bien con los pacientes los observas, tratas de entender, pero cuál es la clave para saber lo que necesita el paciente de manera muy particular.

Entrevistado: yo he visto que la habilidad es observar, es encontrar la necesidad hasta lo más sencillo, si ahorita vamos con algún paciente y nadie lo toma en cuenta. Siempre que vienen ustedes sacan a x pacientes es raro que integren a uno más o diferente, porque quedó como historial de los que ya se fueron entonces si mañana llegas con todos los x personas y dejar que encuentren otros pacientes antes sabes que tiene otras capacidades. Lo que pasa que no eran los mismos que están siempre conocieron en llevar 1 o 2 de las anteriores, pero agregaron a o tras y encuentras otras habilidades que sabían que tenía este paciente. Lo importante es ir viendo desde la rehabilitación que habilidades tiene cada uno que es lo que puede hacer y qué es lo que cada uno puede ya que dentro de algunos turnos se apoyan con pacientes para darle a otro grupo de pacientes darle de comer entonces dices tú yo digo el ejemplo como es el estigma no podemos quitar a pesar de ser profesionales de la salud.

Entrevistador: para ti es importante observar al paciente y dejarlo hacer cosas que uno no conocía

Entrevistado: Correr riesgos, a lo mejor el estigma se te quita o esperar que lo que él debe hacer, sino corres riesgos entonces la otra parte fue la formación de este primero toda la carrera general hacer más posibilidades desde la psiquiatría, pues

ahora sí que mucho de las personas no desarrollan desde la carrera o la especialidad otras herramientas que les permitan intervenir directamente. Es dejarlos que hagan otras cosas solitas.

Entrevistador: todo este tipo de cosas ¿por qué son importantes?

Entrevistado: la práctica hace al maestro, entonces así como a veces es mínimo el personal compartir te cuestionan porque siempre con ese paciente este, por ejemplo, los compañeros ya no ven ir más adelante sino porque te ven a veces los compañeros raro que algún compañero te diga que te ayuda a realizar x trabajo, para que lo sigan y se animen hace falta es compromiso con cada uno y con la carrera porque también la formación tiene mucho que ver que te haya nacido hacerlo, tiene que gustarte hasta lo institucional y te dicen o te hablan para atender otro paciente, pero si lo más difícil es inculcar dentro de los procedimientos dentro de lo que ya está establecido te puede servir a ti, pero al resto es lo más difícil en el personal cambie.

Entrevistador: de todas las buenas cosas que realizas con los pacientes ¿por qué es importante rescatarlas?

Entrevistado: En la oficina de jefatura directamente para que no sea desde un área menor sino desde la misma jefatura, está la jefatura y la misma sub-jefatura para llegar a establecer como un procedimiento nuevo e incluir en que apartados o procedimientos puedes incluir ciertos puntos para poder mejora. La gente trabaja bajo los dictámenes de la dirección, por ejemplo, hoy agarro a x de crónicas la tengo bañadita la traigo pegada conmigo y digo haber traerla ocupada, porque si no van a decir es más cómodo solo dale su desayuno y sentarme a pasar las horas para que salga el turno, no ven esa parte buena el turno pasa rápido al estar haciendo algo porque hay actividades desde enfermería que la gente debe conocer.

Entrevistador: algunos enfermeros las peinan platican con ellas y se relacionan de manera positiva.

Entrevistado: fíjate que desde que estaba yo en enseñanza les decía a los muchos que llegaban nuevos de servicio social ustedes ya vienen científicamente bien

formados, pero cuando había un 40% de personal empírico, les decía el personal nuevo el personal empírico les van a enseñar como acercarse a cada paciente y tú vas a decir acercar de esta forma o como lo aprendiste en la escuela, pero vamos viendo o conjugando lo teórico con la práctica de aquí del personal. Entonces esa parte rendirá mucho o hacia bien para el paciente y es dependiendo como quien lleve ahí el liderazgo o la enseñanza para que el mismo pasante o personal nuevo se integre a las actividades. A pues a mí me combine solo dar medicamentos, llevarlo a comer, si es hora de que le toca bañarse que se bañe. Fíjate cómo han cambiado las cosas cuando yo era el vigilante llegamos era o te lo tomas o te lo tomas, no era a ver si querías, era no aquí viene a tomarte el medicamento, eso era lo que yo empecé a observar y dije, eso no está bien, hay que irlos modificando, invitarlos y ver de qué forma el paciente ahora sí que la conciencia de la enfermedad a veces ya que estés afuera, hasta que el paciente acepta que está enfermo y tú ves a lo largo de los años cuantos pacientes han regresado a su consulta o consulta abierta, se acuerda enfermero cuando me atendió hace años. Tú que sentirías cuando dicen recuerdas cuando me traían bien amarrado en la ambulancia o la patrulla y usted me desamarro, se siente seguir haciendo las cosas bien, así que sigo de metiche en todos lados para procurar que siga bien el paciente y que cada vez este con más apego al tratamiento. Que sabe que lo que hizo no estaba bien, como el que me halla mordido o golpeado en la nariz no me hizo correr. El chiste es ir viendo cómo mejorar las intervenciones para evitar. Ya estoy viejo si veo que este uno fortachón digo hay se ven y pido apoyo a quien sí pueda. Digo ya le hablé, ya le dije y veo que alguien con más habilidad le digo vente para acá para llevar la intervención más oportuna. Eso es lo que al paciente cada vez le ayuda a que te tenga más ley es el apego se haga más con uno. Saben que están haciendo caso a algo que necesitaban, el paciente te dice me duele una muela y le digo cómo te llamas y dice fulano de tal y ya voy con el odontólogo estoy ahí de metiche un paciente quiere que lo veas quieren que me lo traiga y les digo un paciente para que se lo lleven y así el paciente sabe que le van a curar esa molestia de una muela hasta se le olvida cuando va a salir la puerta va a correr porque va a una atención y así yo me pego con dos gentes con el que saco la cita y el que lo llevo a que lo

arreglaran entonces el paciente ya empieza a ayudar y hace más cosas es como el paciente lo vas observando. Es mejorar el apego a como el paciente lo va desarrollando. Ya vez como el paciente no se quiere ir el que quería correr ya después no quiere irse dice no me tratan mejor aquí que en mi casa o en la calle.