

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN – POSGRADO DE PSICOLOGÍA



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA



CON ORIENTACIÓN LABORAL Y ORGANIZACIONAL

**PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DE EQUIPO DE ALTO
DESEMPEÑO DE MEDICINA PALIATIVA Y PLANTEAMIENTO
DE PERFIL DE SUS INTEGRANTES.**

PROYECTO FINAL DE CAMPO

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA

POR,

LIC. LIZETH ELVIRA CINCO TAPIA

DIRECTOR,

DR. EDUARDO LEAL BELTRÁN

MONTERREY, N.L., MÉXICO.

JULIO 2012

**Propuesta de incorporación de Equipos de Alto Desempeño de Medicina
Paliativa y planteamiento de Perfil de sus integrantes.**

Por

Lic. Lizeth Elvira Cinco Tapia

Aprobado por los sinodales:

Dr. Eduardo Leal Beltrán

Mtra. Irma Fernandez Tovar

Dra. Tania Zertuche Maldonado

Curriculum Vitae

Originaria de La Paz, Baja California Sur, Lizeth Elvira Cinco Tapia realizó sus estudios profesionales como Administradora de Empresas. Posteriormente terminó sus estudios de Maestría en psicología con orientación Laboral y Organizacional en la división de posgrado de la facultad de psicología de la U.A.N.L.

Su experiencia de trabajo ha girado, primordialmente, entorno al área de Recursos Humanos, desenvolviéndose en el Instituto Mexicano del Seguro Social en las áreas de capacitación interna de personal , auditoría externa , afiliación y control de presupuesto de prestadores de servicio de practicas profesionales y servicio social en el estado de Baja California Sur.

Así como en el área de Recursos Humanos en la empresa ARCA Bebidas Envasadas del Pacífico S.A de C.V. en el calculo de impuestos IMSS e INFONAVIT para empleados de la empresa en el estado y soporte de capacitación, personal y nomina.

Posee experiencia logística de eventos empresariales internacionales en mercadotecnia convocados como “Medios y Marketing” en su edición 7ma y 8va.

Agradecimientos

Deseo expresar mi profundo agradecimiento y reconocimiento a un grupo de personas que son determinantes en el logro de este proyecto. En especial a:

Dr. Eduardo Leal Beltrán que con su sabiduría encausa y forja a descubrirnos como profesionales competentes.

Mtra. Chapis por su ejemplo vocacional e inestimable enseñanza en psicometría.

Dra. Tania Zertuche Maldonado por su valiosa aportación e inspiración.

Conacyt por el estímulo en la formación de investigadores.

Finalmente con amor a mis Padres, a Baldemar mi complemento personal y a Don Javier, su abuelo, que enfrenta su etapa terminal con valentía.

Propuesta de incorporación de Equipo de Alto Desempeño de Medicina Paliativa y planteamiento de Perfil de sus integrantes.

Resumen

Es el temor al dolor, al sufrimiento y a la soledad lo que el ser humano elude a lo largo de su vida, no difiere aún con una enfermedad de diagnóstico terminal; la detección de esta necesidad no es novedosa en el trayecto de la historia de múltiples esfuerzos de calidad humana por ayudar a la causa, sin embargo, la institucionalización y el reconocimiento del derecho humano de vivir sin o con el mínimo dolor aún en la etapa terminal se debe a una evolución proyectiva que estima el aumento de población en estas circunstancias.

Aristóteles refiere en la siguiente frase “El todo es mejor que la suma de sus partes” es por ello que esta propuesta de equipo de Cuidados Paliativos interdisciplinario que integra en su desempeño el compromiso médico, físico, emocional, social y espiritual en un sistema holístico que el paciente y sus familiares demandan.

Con miras al desarrollo que la institución pública o privada demande implementar con ayuda del Psicólogo Laboral Organizacional deseamos implementar.

Índice

Capítulo 1	8
El rol del Psicólogo Laboral Organizacional en la formación y sinergia de un equipo de Medicina Paliativa.....	8
<i>Objetivo</i>	9
<i>Justificación</i>	9
<i>Preguntas de investigación</i>	9
<i>Delimitaciones</i>	10
<i>Limitaciones</i>	10
Capítulo 2	11
Marco teórico.....	11
2.1 <i>Fundamentos de Medicina Paliativa</i>	11
2.2 <i>Historia de la Medicina Paliativa</i>	12
2.2.1 <i>Dame Cicely Saunders</i>	13
2.2.2 <i>Legislación de Cuidados Paliativos en México</i>	14
2.3 <i>Modelo de aplicación de Medicina Paliativa</i>	17
2.4 <i>La Psicología aplicada en Medicina Paliativa</i>	18
2.5 <i>Equipos de Trabajo</i>	21
2.6 <i>Equipos de Alto Desempeño</i>	26
2.7 <i>Equipos Auto administrados</i>	33
2.8 <i>Sinergia de equipo</i>	34
Capítulo 3	36
Método	36
3.1 <i>Tipo de estudio</i>	36
3.2 <i>Escenario</i>	37
3.3 <i>Procedimiento</i>	37
3.4 <i>Análisis de datos</i>	38
Capítulo 4	41
Resultados y Discusión	41
4.1 <i>Indicadores de calidad</i>	49
4.2 <i>Dinámica de equipo</i>	50

<i>4.2.1 Misión</i>	50
<i>4.2.2 Visión</i>	50
<i>4.2.4 Número de miembros</i>	51
<i>4.2.5 Capacidades</i>	51
<i>4.2.6 Propósito</i>	51
<i>4.2.7 Metas de rendimiento</i>	52
<i>4.2.8 Enfoque y responsabilidad</i>	52
Capítulo 5	57
Conclusiones y recomendaciones	57
Referencias	59

Índice de tablas e ilustraciones

Ilustración 1. Equipo con desperdicio de energía (Senge, 2005).....	34
Ilustración 2. Equipo alineado (Senge, 2005).....	34
Tabla 1. Fuente Adaptada de Belbin. (citado por Furnham, 2001).....	31
Tabla 2. Perfiles de funciones y responsabilidad.....	48
Tabla 3. Personalidades del equipo.....	49
Tabla 4. Diagrama de flujo.....	56

Capítulo 1

El rol del Psicólogo Laboral Organizacional en la formación y sinergia de un equipo de Medicina Paliativa

La presente labor documental ha sido inspirada en la creciente demanda de servicios de salud de la población mundial, ante enfermedades progresivas e irreversibles que deploran la calidad de la vida humana.

En la búsqueda de la satisfacción y el bienestar de la población se han desarrollado ciencias y metodologías que con el tiempo han arriesgado la humanización de los servicios por desarrolladas tecnologías e investigaciones de alto nivel para resguardar los objetivos sanitarios en un ámbito estrictamente físico; en segundo plano se encuentran los cuidados de estímulo y motivación para conllevar enfermedades terminales por parte de disciplinas como la psicología y de labor social humanitaria.

Es así como la Medicina Paliativa y sus cuidados cumplen con el estándar y contribución al mundo de la salud, informando y difundiendo la importancia de la dignificación de la última etapa de vida, con cuidados y asistencia profesional por parte de un equipo multidisciplinario, estructurado y formalizado con ayuda de la Psicología Laboral Organizacional y creado para el otorgamiento de un servicio competente con la calidad y modernidad que se requiera en tratamiento al paciente y sus familiares .

En el transcurso del tiempo el ser humano evoluciona y gracias al avance médico tecnológico en la actualidad ha rechazado y rezagado su conciencia del envejecimiento y

el final de la vida; sin embargo con el aumento en la tasa de enfermos terminales es preciso puntualizar la importancia de los Cuidados Paliativos en el tratamiento del malestar moderado, intenso e insoportable que se acentúa a medida que la padecimiento progresa; es así como el equipo profesional intercede en el tratamiento medico y psicosocial del paciente con enfermedad avanzada en tiempo y forma como así se requiera.

Objetivo

Contar con una referencia confiable sobre lo que el Psicólogo Laboral Organizacional puede hacer para intervenir en el proceso de creación, entrenamiento y consolidación de equipos de alto desempeño multidisciplinarios y auto dirigidos de Medicina Paliativa.

Justificación

No se cuenta con información confiable y específica sobre lo que puede contribuir el Psicólogo Laboral Organizacional en la Medicina Paliativa.

Preguntas de investigación

¿Los modelos y metodología de la Psicología Laboral Organizacional podrían contribuir de manera específica en la formación y consolidación de un equipo profesional de Medicina Paliativa?

¿Al conocer la naturaleza psicosocial de los equipos de clase mundial de Medicina Paliativa, se podría proponer un modelo específico de responsabilidad, funciones y sinergia, aplicando la Psicología Laboral Organizacional?

Delimitaciones

La vigente disertación es defendida por investigación descriptiva exploratoria estructurando información tanto en bases de datos como en revisión bibliográfica, así como, entrevistas formales examinadas por instituciones relevantes. Por lo que no incluye la observación directa de campo.

Limitaciones

En México no se ha establecido de manera formal un equipo de Cuidados Paliativos, por lo que el estudio no implica la referencia de un escenario en donde se practique la especialidad mencionada.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Fundamentos de Medicina Paliativa

Esta disciplina tiene como plataforma y disposición la dignificación de la última etapa en pacientes con enfermedades terminales transmisibles y no transmisibles, ya sean estos niños, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad, destinando sus recursos a la disminución en el sufrimiento y padecimiento por medio de cuidados profesionales de un equipo multidisciplinario formados en Medicina Paliativa concientizados en valores y objetivos veraces, éticos y competitivos para el análisis y resolución de los problemas de carácter especial que requiera la evolución de la enfermedad terminal de cada uno de sus pacientes y la inclusión de sus familiares en cada caso en particular de representación y correlación humana y tecnológica para “aliviar el dolor y tratar otros síntomas penosos y debilitantes” (Sepulveda, 2007) como lo menciona la Asesora Principal de Cuidados Paliativos de la Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2004):

A pesar de una tasa de supervivencia general de 5 años, de casi un 50% en los países desarrollados, la mayoría de los pacientes con cáncer tarde o temprano necesitarán cuidados paliativos. En los países en desarrollo, esa cifra es de al menos 80%. En todo el mundo, la mayoría de los cánceres se diagnostican cuando ya son avanzados e incurables.

La atención de los moribundos se extiende más allá del alivio del dolor y los síntomas. También responde a las necesidades sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes y sus familias. Por consiguiente, es importante evaluar estas necesidades y poder responder con un enfoque holístico

2.2 Historia de la Medicina Paliativa

Las bases de los Cuidados Paliativos se establecieron precedente a su terminología actual, es así como lo describe Twycross (2000) con la fundación del primer hospicio fundado para moribundos probablemente en Lyon en 1842, por Madame Jeanne Garnier, denominado por su fundadora “Un hospicio y un calvario”.

Se tiene noción que en 1879 fue abierto en Dublín un hospicio para moribundos por la Madre Mary Aikenhead, en ese periodo se abrieron en Londres otros hogares, y se registra en la fecha de 1885 el Hospicio St. Columba , al igual que en 1892 el Hostal de Dios y es en 1893 el origen de St Luke´s Home el único fundado por un médico, el Dr. Howard Barret, sin embargo no tuvo conexión alguna con la antes mencionada precursora.

Es así como subsiguientemente en Hackney, Gran Bretaña en el año de 1905, se creo con la misma finalidad el hospicio St. Joseph a cargo de las Hermanas de la Caridad en concreto por la Madre Mary Aikenhead..

Consecutivamente en el año de 1911 Douglas Macmillan, un empleado civil, fundo la National Society for Cancer Relief, quien por medio de las donaciones económicas a las familias de pacientes cancerosos moribundos, suministra la obtención de medios como: cobertores, calefactores y alimento, permitiéndoles acceder a medidas de confort extra. (Twycross, 2000)

Es así como surge el acontecimiento más significativo con una asistente social de nombre Cicely Saunders del Hospital St. Thomas y voluntaria en el St. Lukes Home, en Londres. Quien posteriormente de estudiar ciencias y recibirse de la escuela de Medicina,

se convirtió en la primera doctora de tiempo completo que trabajó en el hospicio St. Joseph; (Barreto & Soler, 2012) y a principios del s. XX siendo su mayor exponente la fundación en 1967 del St. Christopher Hospice. La propia autora, en el primer Manual de Medicina Paliativa resume las claves de esta filosofía, a saber, la muerte en paz y la vida activa hasta la muerte.

2.2.1 Dame Cicely Saunders

Nacida el 22 de junio de 1918 en Barnet, Hertfordshire, se formó como enfermera, trabajadora social médica y finalmente como médico. Participó en el cuidado de los pacientes con enfermedad terminal desde 1948, disertó ampliamente sobre este tema, escribió cuantiosos artículos y ha apoyado en varios libros.

Fundadora del St. Christopher`s Hospice en el año de 1967 fue en primer hospicio que vinculó a expertos en dolor y el control de los síntomas, la atención compasiva, la enseñanza y la investigación clínica. St. Christopher`s Hospice es pionero en el campo de la Medicina Paliativa en todo el mundo.

A través de su visión, la práctica clínica y la difusión de su trabajo, revolucionó la forma en que la sociedad cuida de los enfermos, moribundos y afligidos.

Su visión de establecer su propia casa para los moribundos se apoyó en su fe religiosa inicialmente, pero St. Christopher`s Hospice se convirtió en un lugar que dio la bienvenida a personal y pacientes de cualquier fe o ninguna. Sin embargo un factor fundamental en su compromiso con la muerte fue la fe.

Dame Cicely es reconocida como fundadora del movimiento Hospice moderno y ha recibido numerosos honores y premios por su trabajo.

Dame Cicely reconoció la insuficiencia de la atención de los moribundos que se ofrecen en los hospitales. Muy a menudo, los pacientes y las familias se les expresó la frase “no hay más por hacer” sin embargo Dame Cicely se negó a aceptar esto.

Una investigación pionera en el uso de la morfina como un fármaco eficaz para el control del dolor se realizó en St. Christopher`s Hospice, junto con otros estudios detallados de nuevos enfoques de control de los síntomas. Dame Cicely también entiende que una persona moribunda es más que un paciente con síntomas a controlar. Ella se convenció de la importancia de la combinación de una excelente atención médica y de enfermería con apoyo “holístico” que reconoce la necesidad práctica, emocional, social y espiritual.

En el año 2001 St. Christopher`s Hospice recibe el premio Conrad Hilton Humanitarian, el magno premio humanitario en el mundo de un millón de dólares para el trabajo originado por Cicely Saunders a través del hospicio.

Dame Cicely Saunders murió pacíficamente el 14 de Julio de 2005 en el St. Christopher`s Hospice al sur de Londres en el hospicio de fama mundial que ella misma fundó en la década de 1960, y la cuna del movimiento de hospicio moderno. (St. Christopher`s Hospice)

2.2.2 Legislación de Cuidados Paliativos en México

En el año 2009 el gobierno de México en materia de salud actualizó las disposiciones generales en la gestión de este servicio incluyendo apartados en la Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2006) en la cual establece reformas y la creación del apartado 166 Bis acerca de los Cuidados Paliativos:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XXVII Bis. El tratamiento integral del dolor, y...

En disposición de los Cuidados Paliativos en situación terminal la ley mexicana declara lo siguiente:

TITULO OCTAVO BIS

De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal

CAPÍTULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Se agrega el apartado que otorga referencia a terminologías a considerar en Cuidados Paliativos:

Artículo 166 Bis 1. Para los efectos de este Título, se entenderá por:

- I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;
- III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;
- VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Artículo 166 Bis 2. Corresponde al Sistema Nacional de Salud garantizar el pleno, libre e informado ejercicio de los derechos que señalan esta Ley y demás ordenamientos aplicables, a los enfermos en situación terminal.

2.3 Modelo de aplicación de Medicina Paliativa.

Se presenta a continuación el programa de Cuidados Paliativos de Edmonton (EZPCP) (2001), antes llamado El Programa Regional de Cuidados Paliativos (RPCP) es una comunidad basada en un modelo de servicios de Cuidados Paliativos. El programa está centrado en proveer acceso a los Cuidados Paliativos en casa y en todas las instituciones de salud en la región.

El Programa Regional de Cuidados Paliativos (RPCP) ha estado en operación desde Julio de 1995. Anterior a este programa el acceso a servicios de Cuidados Paliativos eran inadecuados. Existían dos unidades de Cuidados Paliativos, una en el Hospital General de Edmonton, y otra en el hospital Misericordia.

El enfoque central del programa es el paciente y su familia, con resultados que describen el sentido del mismo. Los componentes de la atención, cuidado médico en casa y familia, clínicas ambulatorias, hospicios paliativos, consultores regionales, cuidados intensivos (referidos de hospitales) y unidades de cuidados terciarios son centrados en coordinación con la oficina regional.

La educación y programas de investigación son coordinados con las actividades de la División de Medicina de Cuidados Paliativos, Departamento de Oncología y la Universidad de Alberta. Los pacientes y sus familiares tienen acceso a consultores de Cuidados Paliativos, independientemente del ámbito de la atención. El programa cuenta con los criterios de admisión para cada nivel de atención, la asistencia en la continuidad de la atención a los pacientes.

Un comité de consulta representa a las partes interesadas de la comunidad, atención domiciliaria, atención permanente de cuidados intensivos. Cross Cancer Institute, Alberta Health y los médicos de familia colaboraron en el diseño y la operación inicial del programa. Este comité ya no satisface la demanda regional para el acceso requerido por lo que un Programa Regional Consejero de Cuidados Paliativos ha sido creado y se reúne cada 2 a 3 meses.

2.4 La Psicología aplicada en Medicina Paliativa.

Los estudios de Gardner (2006) referentes a la teoría de inteligencias múltiples, el cual diversifica del concepto tradicional. “Una inteligencia es una capacidad de cálculo – una capacidad de procesar un determinado tipo de información” define que las inteligencias trabajan siempre en un concierto, y cualquier papel de adulto sofisticado implicará una fusión de varias de ellas excepto en individuos anormales.

1. Inteligencia Musical.
2. Inteligencia Lógico-Matemática.
3. Inteligencia Lingüística.

El don del lenguaje es universal, y su rápido desarrollo y sin problemas en la mayoría de los niños es sorprendentemente constante a través de las culturas. Incluso en las poblaciones de sordos en lenguaje de signos manual no es explícitamente enseñado, los niños suelen inventar su propio manual de operar independientemente de la modalidad de entrada específica o canal de salida.

4. Inteligencia Espacial.

5. Inteligencia Interpersonal.

La inteligencia interpersonal se basa en una capacidad básica para notar las diferencias entre otras-en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y los deseos de los demás, incluso cuando las esconden.

6. Inteligencia Intrapersonal.

Conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a su vida propios sentimientos, un rango de las emociones, la capacidad de hacer la discriminación entre esas evoluciones y, finalmente, para marcar entonces y para dibujar sobre ellas como un medio para comprender y guiar propio comportamiento. Una persona con una buena inteligencia intrapersonal posee un modelo viable y eficaz de él-o ella-yo-un consistente con la descripción construida por los observadores cuidadosos que conocen a esa persona estrechamente.

7. Inteligencia Corporal y Kinestésica.

8. Inteligencia Naturista.

Como referente esencial por parte de los profesionales del buen manejo de la última etapa de la vida, la empatía enmarca una cualidad significativa más allá de lo que la simpatía o la piedad puedan socorrer.

Como lo alecciona Serrano González (2002) a continuación:

Los pacientes necesitan la empatía de sus médicos en todos los estadios de la enfermedad pero esencialmente en las formas progresivas como un repertorio más de la terapia y sobre todo cuando éstas llegan a ser inefectivas y la capacidad de la enfermedad progresa.

Es como el profesional de la salud se convierte en el instrumento más importante del tratamiento, precisamente por que no hay nada más que ofrecer. Es indispensable que los profesionales de la salud tengan el discernimiento del miedo que los pacientes y la familia pueden sentir de que no son importantes, para así, “poder expresar sus sentimientos a través de su natural empatía, adquirida a lo largo de su experiencia profesional”. (Serrano Gonzalez, 2002)

Como referencia a modelos empleados en instituciones y organizaciones que manejan equipos y/o grupos de trabajo se encumbra en la labor del psicólogo británico Bion (citado por Furnham, 2001) el cual en 1962 plantea lo que se conoce como modelo Tavistock las cuales emplean diferentes premisas proyectadas “Cuando el conjunto se convierte en un grupo, este último se comporta como un sistema, una entidad que, en ciertos sentidos, es mayor que la suma de sus partes, y su objetivo principal es la supervivencia”; hacer a un lado la individualidad de las personas y tener la habilidad de distinguir las interacciones colectivas que generan los miembros del equipo. En términos “Gestalt” (configuración unificada cuyas propiedades no pueden obtenerse de sus partes),

el grupo es lo más importante y los individuos pasan a segundo plano. Por lo que el enfoque del grupo se condensa de los siguientes puntos:

- La función primordial de todo grupo es lo que debe hacer para sobrevivir.
- El grupo tiene una vida propia que emana de las fantasías y proyecciones de sus miembros.
- El grupo usa a sus miembros en favor de su tarea primordial.
- El comportamiento de cualquier miembro del grupo en determinado momento es la expresión de sus propias necesidades, historia y pautas de comportamiento del grupo.
- Todo aquello que haga o de lo que hable el grupo, será el tema y el reflejo del grupo mismo.
- Entender el proceso del grupo brinda a sus miembros una mayor conciencia de la capacidad de tomar decisiones a las que antes no tenía acceso sobre sus identidades y funciones en un ambiente de grupo.

Para Bion (citado por Furnham, 2001) la comparación con los sueños es que los grupos tienen un aspecto evidente manifiesto y un aspecto latente no evidente. Al buscar el equilibrio del grupo solo se logra mediante diferentes estructuras de comportamiento y psicológicas, incluidos los sistemas de protección personal, reglas esenciales, expectativas y normas de grupo.

2.5 Equipos de Trabajo.

Desde siglos atrás precisamos la reunión de personas en beneficio del alcance de objetivos, “los seres humanos somos animales sociales. Buscamos compañía de otros y

hasta el trabajo más primitivo en las sociedades que se dedican a la caza y la recolección es fundamentalmente una labor de cooperación y colaboración” (Furnham, 2001).

Sucesivo incluye en su concepción Hawthorne en 1925 (citado por Menchaca, 2008) “confirmó que las compensaciones económicas no son la única motivación del hombre, sino que existen otros tipos de recompensa: las sociales, simbólicas y materiales”. Resaltando así la sociabilidad del individuo refirió Menchaca (2008).

Al involucrarnos en la creación de una estructura organizada en aplicación de métodos con ayuda a terceros, es indispensable la fusión de un espíritu colaborador como la comunicación de sus partes, las cuales buscan la decodificación y el canal adecuado para la interpretación de mensajes en circunstancias significativas para la labor.

“Los equipos rinden más que los individuos actuando solos o en mayores grupos organizativos, especialmente cuando el rendimiento requiere habilidades, juicios y experiencias múltiples” (Katzenbach & Smith, 1996)

Consecutivamente formalizando que Katzenbach J. R. (2000) aludo lo siguiente:

El verdadero equipo aúna la combinación de habilidades de varios líderes e integrantes para dar forma a productos de trabajo colectivos o conjuntos... no sólo se caracteriza por su disciplina e intenso trabajo sino también por el empowerment, la convivencia y la dinámica de grupos.

Lo que dio pie a lo que Ivancevich, Konopaske, & Matteson (2006) sugieren como:

“Un equipo es un grupo maduro cuyos miembros tienen cierto grado de interdependencia y motivación que les permite alcanzar metas comunes”.

Al puntualizar el esclarecimiento de Katzenbach (2000) “El requisito más importante para crear un equipo es un objetivo de desempeño claro y exigente con el cual todos los integrantes estén comprometidos”.

Sin embargo se deben reconocer características importantes para permitir la rotación de liderazgo y contribuir como miembro activo en un equipo al converger un modelo para trabajo en equipo y liderazgo que menciona en su recaudación Cantú (2011) Se basa en la hipótesis que para que un grupo (grande o pequeño) responda a su líder, necesita tener una tarea especificada con claridad, relacionada con el equipo y con objetivos congruentes con los de sus miembros.

Acorde traspasan por las diversas etapas de desarrollo los grupos manifiestan ciertas características importantes tales como las designan Ivancevich, Konopaske, & Matteson (2006):

Composición,

“Se relaciona con el grado de semejanza entre los miembros del grupo” Los miembros comparten diversas características similares denominados homogéneos o con pocas a nula característica similar y se denominan heterogéneos.

La composición del grupo es trascendental, pues interviene en otras características y resultados.

Condición en la Jerarquía,

La condición determinada a una posición suele ser resultado de ciertas características que varían de una posición de otra. La condición en la jerarquía, y sobre todo la deferencia

hacia quienes están en la cima en ocasiones tiene efectos no esperados ni razonados en el desempeño.

Funciones,

Cada lugar en la estructura del equipo tiene una función asociada que consiste en los comportamientos que cabe esperar de quien ocupa esa posición. Estos comportamientos esperados también involucran funciones percibidas que son el conjunto de comportamientos que la persona que ocupa una determinada posición considera que debe representar y las funciones representadas es el comportamiento que en verdad manifiesta la persona.

Normas,

Son criterios de comportamientos que establecen los integrantes y asientan particulares características relevantes para ellos.

La definición de normas de conducta que presenta Cantú (2011) implanta que “son el conjunto de reglas que guían el comportamiento de sus miembros” y adjunta que un equipo con normas estrictas y alta cohesión poseerá persistentemente un alto desempeño. Si las normas son débiles, el desempeño será deficiente, aun en un equipo de fuerte cohesión. Sin embargo, equipos sin cohesión, pero con normas estrictas, sólo podrán tener un desempeño normal.

Liderazgo,

En un grupo formal el líder castiga o recompensa que no se sujeten a las normas, pero donde no se presenta un líder formal como es el caso de los equipos de trabajo autónomos y los equipos que se manejan solos, se comparten colectivamente las obligaciones del líder entre sus miembros.

Cohesión,

Comprende la cercanía manifestada como actitudes, conductas y un desempeño cercano o habitual,

Es una fuerza que hace que los miembros permanezcan en el equipo “y es mayor que las fuerzas que los impulsan hacia afuera de él”.

Para Munchisky (2002) la cohesión se basa en dos formas de atracción: atracción hacia las tareas del equipo y hacia los miembros del equipo. Una alta cohesión de cualquier tipo, aumenta la probabilidad de que los miembros del equipo pidan asistencia o encomienden en otros que sepan más sobre las tareas que se están elaborando. Esto facilita la toma de decisiones gracias a la comunicación abierta entre sus miembros y los hace sentir más confiados para expresar sus diferentes puntos de vista e ideas.

Sin embargo el exceso de cohesión produce efectos no deseados como el pensamiento de grupo el cual refiere Ivancevich, Konopaske, & Matteson (2006) “deterioro de la eficacia mental, la evaluación de la realidad y el juicio moral en beneficio de la solidaridad del grupo” .

Hace mención Munchisky (2002) en las recompensas que se concentran en los logros del equipo probablemente mejoran el grado de cohesión, que las gratificaciones individuales lo cual la debilitan.

2.6 Equipos de Alto Desempeño

El progreso estructural de equipos a través del tiempo lo plantea Tuckman (1965) al identificar la clasificación obsoleta existente antepuesta a su época, por lo tanto, ofrece un modelo conformado de cuatro etapas generales en la proposición y consistencia desarrollo de equipos pequeños como a continuación la representación vigente con una quinta etapa anexa posteriormente. Expresadas etapas por Stoner, Freeman, & Gilbert Jr, (1996) son puntualizadas a continuación:

La formativa,

En la etapa inicial, el grupo se forma y aprende el tipo de conducta que le resulta aceptable del grupo. El grupo, explorando lo que funciona y lo que no, establece reglas básicas, implícitas y explícitas, que abarcan la ejecución de tareas específicas, así como la dinámica general del grupo. En términos generales, esta etapa es un periodo de orientación y aclimatación.

La tormentosa,

Conforme los miembros del grupo se sienten más cómodos unos con otros, quizá se opongan a que se forme una estructura de grupo y empiecen a reafirmar sus

personalidades individuales. Los miembros muchas veces se tornan hostiles e incluso contra las reglas básicas establecidas en la etapa formativa.

La normativa,

En este punto se abordan los conflictos que han surgido en la etapa anterior y, supuestamente, se resuelven. Se presenta la unidad del grupo conforme a los miembros van estableciendo metas, normas y reglas en común. El grupo entero participa, en general, y no sólo los pocos miembros que hablan. Los miembros empiezan a expresar sus opiniones personales y a establecer relaciones estrechas.

La activa,

Como se han resuelto cuestiones estructurales, el grupo empieza a funcionar como unidad. Ahora, la estructura del grupo sostiene y facilita la dinámica y la actuación del grupo. La estructura se convierte en una herramienta del grupo y deja de ser objeto de pleitos. Así, los miembros pueden aplicar sus esfuerzos, dentro de la estructura del grupo, para realizar las tareas correspondientes, en lugar de dirigirlos al desarrollo del grupo.

La disolutiva,

Por último, en el caso de grupos temporales como los cuerpos para tareas, éste es el punto donde el grupo termina las actividades. Con la desbandada en mente, el enfoque del grupo se aleja del buen desempeño en la tarea y se dirige al cierre. La actitud de los miembros va de la emoción a la depresión.

Sugiere Tuckman (1965) que no todos los grupos se adhieran en forma estricta a este marco sino que, en muchos casos, el marco puede explicar por qué los grupos tienen dificultades.

En la clasificación de estos grupos figuran sin número de elementos que conlleva a la asociación que generan Stoner, Freeman, & Gilbert Jr, (1996) apuntando a que “algunos grupos tienen características tanto de los equipos formales e informales. Un ejemplo los superequipos o equipos de alto desempeño”

La discrepancia de los equipos de alto desempeño con otros equipos formales es la no aplicación de una “jerarquía piramidal” la cual sucesivamente puede ser costosa y no resuelve los problemas que acontecen con la tarea diaria del trabajador

Seguidamente Stoner, Freeman, & Gilbert Jr, (1996) aportan que los equipos de alto desempeño bien dirigidos se manejan solos, arreglan sus programas de trabajo, fijan sus cuotas de productividad, piden su equipo y suministros, mejoran la calidad del producto e interactúan con los clientes y otros equipos de alto desempeño.

Los equipos de alto desempeño tienen más sentido cuando existe un problema complejo por solucionar o niveles administrativos que detienen el progreso y se deben superar; el concepto básico en este caso es la interfuncionalidad. Los mandos medios se pueden sentir amenazados por los equipos de alto desempeño por que dejan pocos peldaños en la escalera corporativa por los cuales se puede ir subiendo detallan Stoner, Freeman, & Gilbert Jr. (1996)

Conforme al proceso de madurez en un equipo se superan conductas que amenazan su integración las cuales podemos identificar por medio de las etapas de

Katzenbach sugeridas por Cantú (2011) donde el comienzo es cuando el equipo inicia labores, trata de ajustarse a lo aprendido durante la capacitación y las normas previamente acordados, sin embargo al presentarse los primeros conflictos interpersonales del grupo disminuye su desempeño. A lo que llama trabajo en equipo “aparente”; al manejar adecuadamente los conflictos con la intervención de el estímulo del líder suceden a conformar un equipo “real” con potencial para tener un alto desempeño el cual es logrado cuando todos los miembros experimentan un intenso deseo por la superación personal y un alto compromiso de colaboración con el resto del equipo.

La estructuración de la representación de un cuadro con descripciones de las ocho funciones de Belbin (citado por Furnham, 2001) las cuales consideran el desempeño de los integrantes del en equipo en base a su personalidad, además de sus resultados. Ciertas personas pueden considerarse cómodas en algunas de estas funciones, pero otras solamente tienen cubiertas todas las funciones (es decir, son heterogéneos), mientras que los equipos con menos éxito tienen miembros que no satisfacen el desarrollo de alguna función en especial (es decir, son homogéneos).

En el mismo marco Cantú (2011) refiere lo siguiente: “Un equipo eficiente debe contar con miembros que aporten una combinación apropiada de habilidades y con personalidades complementarias para intercambiar opiniones”.

<i>Tipo</i>	<i>Simbolo</i>	<i>Características típicas</i>	<i>Cualidades positivas</i>	<i>Debilidades permisibles</i>	<i>Contribuciones observadas</i>
1.Líderes de equipo a) Presidente	P	Calado, seguro de sí mismo, controlado.	Capacidad para tratar y recibir a todos los posibles contribuyentes con base en sus méritos, sin prejuicios; fuerte sentido de los objetivos.	Normales en términos de inteligencia, habilidades creativas.	1. Aclaración de las metas y objetivos. 2. Selección de los problemas sobre los que se deben tomar decisiones y establecimiento de sus prioridades. 3. Ayuda para el establecimiento de funciones, responsabilidades y límites de trabajo en el grupo. 4. Adición de los sentimientos y logros del grupo y articulación de los veredictos del grupo.
b) Formador	F	Muy fuerte, sociable, dinámico.	Deseo y disposición para desafiar la inercia, ineficiencia, complacencia.	Tiende a la provocación irritación e impaciencia.	1. Conformación de funciones, límites, responsabilidades, tareas y objetivos. 2. Búsqueda de una pauta en los debates de grupo. 3. Búsqueda de consenso por parte del grupo sobre políticas y acciones hacia la toma de decisiones.
2. Pensadores creativos a) Planta	PI	Individualista, formal, no ortodoxo.	Genio, imaginación, intelecto, conocimiento.	Místico, inclinado a pasar por alto los detalles prácticos o los protocolos.	1. Presentación de propuestas. 2. Críticas que dan lugar a contrapropuestas. 3. Presentación de nuevas ideas acerca de líneas de acción ya aceptadas.
b) Vigilante evaluador	VE	Sobrio, no emocional.	Juicio, discreción, obstinación.	Falta de inspiración o habilidad de motivar a otros.	1. Análisis de problemas y situaciones. 2. Interpretación de material escrito complejo y aclaración de dudas. 3. Evaluación de los juicios y contribuciones de otros.

3. Negociadores a) Investigador de recursos	IR	Extravertido, entusiasta, curioso, comunicativo.	Capacidad para ponerse en contacto con la gente y explorar las cosas nuevas. Habilidad para responder a los desafíos.	Posibilidad de que pierda el interés cuando pase la fascinación inicial.	1. Introducción de ideas y desarrollo de origen externo. 2. Contacto con otras personas o grupos por su propia iniciativa. 3. Participación en actividades tipo negociación.
b) Trabajador en equipo	TE	Socialmente orientado, más que pasivo.	Capacidad para responder a las personas y situaciones y promover el espíritu del equipo.	Indecisión en momentos de crisis.	1. Énfasis en la necesidad de terminar las tareas, cumplir los objetivos y programas y, en general, crear un sentimiento de urgencia. 2. Búsqueda de errores, omisiones y descuidos. 3. Motivación de otros a la acción.
4. Trabajadores de la compañía a) Trabajadores de la compañía	TC	Conservador, respetuoso, predecible.	Capacidad para organizar, sentido común práctico, trabajador, autodisciplina.	Falta de flexibilidad, indiferencia a las ideas no probadas.	1. Transformación de prácticas e ideas en pasos prácticos. 2. Consideración de lo que es viable. 3. Afirmación de sugerencias para incorporarlas a planes acordados y sistemas establecidos.
b) Terminador Acabador final	TAF	Cuidadoso, ordenado, escurtiloso, ansioso.	Capacidad de seguimiento. Perfeccionismo.	Tendencia a preocuparse por las pequeñas cosas. Resistencia a "dejar ir"	1. Apoyo y ayuda a las personas a los demás. 2. Aprovechamiento y apoyo de ideas o sugerencias de los miembros. 3. Integración de los reticentes al debate. 4. Acciones para evitar o superar las interrupciones del equipo.

Tabla 1. Fuente Adaptada de Belbin. (citado por Furnham, 2001)

La importancia de aceptación e interacción de los integrantes que conforman un equipo de alto desempeño; Csikszentmihalyi (2011) se expresa en la importancia de las actividades, las cuales tienen una enorme cantidad de oportunidades para la acción, o “desafíos”, que para su realización requieren poseer las habilidades apropiadas. “Para aquellos que no poseen las habilidades adecuadas, la actividad no les desafía; simplemente no tiene sentido... Una manera simple de encontrar desafíos es entrando en una situación competitiva”.

La aclaración de los roles individuales en el equipo se depura en lo siguiente: “No tomamos fácilmente responsabilidades por el rendimiento de otros, ni tampoco permitimos ligeramente que otros asuman las nuestras. Superar tal resistencia requiere la aplicación rigurosa de los principios básicos del equipo” (Katzenbach & Smith, 1996)

Al proyectar esta estructura, el peldaño siguiente indica la gestión de autónoma necesaria para operar al plantearlo Ivancevich, Konopaske, & Matteson (2006) como pequeños grupos de individuos facultados para realizar ciertas actividades basadas en procedimientos establecidos y decisiones tomadas en equipo, con mínima o nula dirección externa.

Lo que diferencia a los equipos de alto rendimiento, sin embargo, es el grado de responsabilidad, particularmente en relación con su profundidad entre sus miembros, unos con otros. Cada uno de ellos ayuda a los demás a alcanzar tanto sus objetivos personales como profesionales.

Adicionalmente, tales compromisos se extienden más allá de las actividades de la empresa e, incluso, de la vida del equipo en sí mismo; contribuyen Katzenbach & Smith (1996) refiriendo el rendimiento de tal manera que “Cada equipo tiene que encontrar su propio camino para conseguir su propio reto de rendimiento”. De lo cual se enumeran los siguientes fundamentos de equipo más como una disciplina que como una definición:

- Número de miembros,
- Capacidades,
- Proposito,
- Metas de rendimiento,

- Enfoque y
- Responsabilidad.

Este método, y el enfoque en el rendimiento como el núcleo principal, proporciona a los equipos potenciales una orientación imprescindible que les permite bordear a través de todos los riesgos inherentes a su ascenso por la curva de rendimiento del equipo.

2.7 Equipos Auto administrados.

Los Equipos Autoadministrados (EA) o los equipos que se Manejan Solos (EMS) son grupos pequeños de sujetos a quienes se autoriza para realizar ciertas actividades según procedimientos y decisiones instauradas tomadas en el equipo.

Con mínima o nula orientación externa. Los Equipo Autoadministrado adoptan diversas representaciones, como equipos para proyectos, círculos de calidad y equipos para nuevas operaciones.

Comúnmente, los Equipos Autoadministrados establecen sus propias asignaciones de compromiso en el equipo y son responsables de todo un proceso, desde su iniciación hasta su logro, racionalizando así su trabajo. Usualmente los Equipos Auto administrados elijen a sus propios integrantes y evalúan su adecuado desempeño, actividades por lo general consideradas propias de los directores o interferencia externa; cada integrante necesita adquirir y desenvolver las características de un líder y transformar sus pensamientos y comportamientos de “primera persona del singular” a uno en “primera persona del plural” (Ivancevich, Konopaske, & Matteson, 2006).

2.8 Sinergia de equipo

En la mayoría de los equipos en donde encontramos las energías de los miembros encauzada en diversas direcciones como lo establece Senge (2005) en la quinta disciplina, se puede reconocer el concepto de alineamiento que reconoce la necesidad de que el equipo funcione como una totalidad.

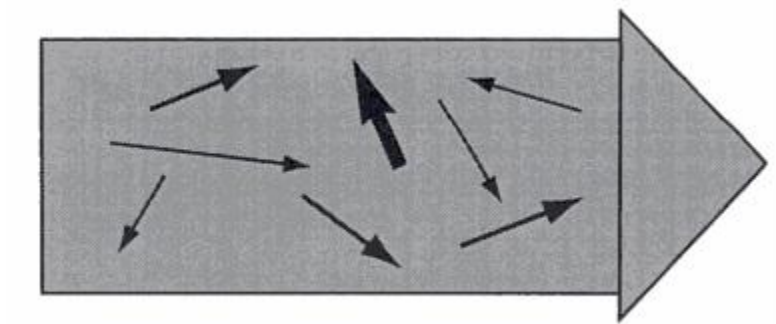


Ilustración 1. Equipo con desperdicio de energía (Senge, 2005)

Esta ilustración muestra como un equipo que pone mucha energía no logra eficazmente una labor en equipo; Sin embargo cuando logra un alineamiento y armonía guiándose por una dirección común sin desperdicio de energía en donde por consecuencia obtenemos sinergia.

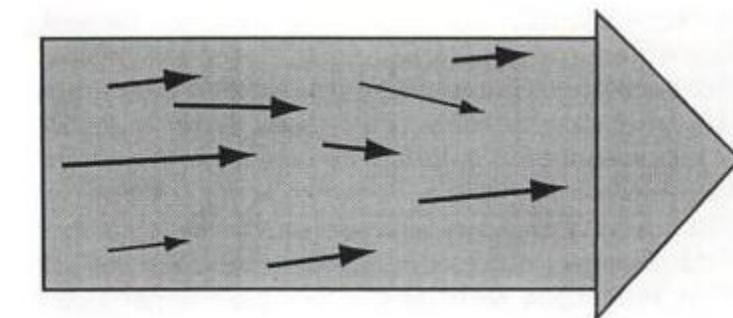


Ilustración 2. Equipo alineado (Senge, 2005)

Los integrantes ejercen un “dominio personal” que entendemos como la disciplina del conocimiento del aprendizaje personal y muestran un interés genuino y natural hacia el compromiso por medio de una visión compartida, integrando sus energías.

Capítulo 3

Método

3.1 Tipo de estudio

Descriptivo exploratorio,

El presente estudio se desenvuelve en un progresivo ámbito informativo con avances, publicaciones y economías de primer nivel en países desarrollados. Los que han sido muestra en innumerables mejoras de la señalada disciplina en numerosas culturas con insuficiencias de servicios equivalentes.

En la actualidad por medio de herramientas como prestigiosas bases de datos científicas como la ayuda de cuantiosas casas de estudio, así como, investigaciones y publicaciones con fines informativos a su entidad docente y público interesado han generado la indagación y proposición para la estandarización de esta disciplina en nuevos ámbitos con el propósito de constituir una sobresaliente calidad en los servicios sanitarios al alcance de las particularidades de personas con enfermedades terminales que requieren los servicios.

Con la insuficiente información y clasificación de instrumentos efectivos con acceso a datos e investigaciones referentes a la materia, pero en base a entrevistas con expertos y elaboración de nuevos proyectos exploratorios se implica un progreso para el perfeccionamiento de la labor y la creación de nuevos métodos para su diligencia en países con ventajas de investigación, aplicación y proposición de ciencias aplicadas a la información y ayuda del progreso humano en países en vías de desarrollo de América Latina.

3.2 Escenario

Este trabajo de investigación ha sido elaborado con propósito educativo, desarrollado como producto integrador final del área de posgrado en el curso de Maestría en Psicología con orientación Laboral y Organizacional gestionada por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En la ciudad de Monterrey, Nuevo León durante el primer semestre del año 2012.

3.3 Procedimiento,

Posterior a presenciar a la conferencia impartida por la experta en Medicina Paliativa, en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, organizada por el área laboral organizacional, en la cual se expuso un extenso panorama informativo con posibilidad de investigación y contribución multidisciplinar.

Presentando un total interés de extender una invitación para estructurar y desarrollar nuevas competencias que beneficien la notable disciplina de Medicina Paliativa.

Se inicia una expectativa de mejora referente a la aportación de la Psicología Laboral Organizacional en la especialidad médica coordinada con entrevistas, cotejos de información y valiosas aportaciones por parte de la experta en Medicina Paliativa por tanto se comienza a estructurar la plataforma real.

En consecuencia se contacta por parte del asesor y coordinador experto en Psicología Laboral Organizacional a un especialista en Equipos de Alto Desempeño quien con su práctica plantea la perspectiva de la labor.

No obstante para retribuir el tiempo a la tarea de intercambio de información con expertos, se me aporó un curso de Capacitación de Recursos Electrónicos en Información Científica por parte de Conicyt, ofrecido en la Biblioteca Magna de la Universidad Autónoma de Nuevo León, lo cual favoreció la fluidez en la exploración de la actual investigación.

Es significativo señalar que la considerada selección de contenido es proveniente de confiables y magnas bases de datos que ofrece la institución a sus estudiantes y colaboradores; similar a esto las bibliografías sugeridas por docentes en el desarrollo del programa académico, desempeñan un soporte inestimable que favorece la fiabilidad de este escenario.

3.4 Análisis de datos

En el proceso de la presente labor fue precisa la elaboración de un cronograma para la obtención de datos y la estructuración del mismo;

Como primer paso fue indispensable codificar y administrar la información por áreas del conocimiento como selección de bibliografía, las cuales pueden dividirse en Medicina, Laboral y Psicología.

Área Paliativa:

- Cuidados Paliativos,
- definiciones y generalidades,
- servicios ofrecidos
- población blanco
- equipo de trabajo

- indicadores de calidad

Área Laboral,

- Equipos,
- Equipos de Alto Desempeño,
- Equipos Autodirigidos,

Área de Psicología,

- Perfiles Psicológicos,
- Entrevista,
- Inteligencia Emocional,
- Aspectos Psicodinámicos del Comportamiento Humano.

Consecutivamente se analizan bibliografías y artículos correspondiente a plataformas e información confiable confirmando con expertos, en base a entrevistas y presentación e intercambio de información, su importancia.

Posteriormente se realizo el estudio y la selección de información en base a su contenido y relevancia para la comprobación de la hipótesis y marco teórico establecida en la investigación;

Se elaboraron los capítulos como borradores para las asesorías y correcciones correspondientes a la estructura del producto integrador con el tutor de la facultad;

Subsiguientemente se realizaron las correcciones y se elaboro la estructura de metodología e introducción del presente trabajo, para posteriormente, presentarlos en asesoría y correcciones con el tutor del proyecto;

Elaboración de resultados y las conclusiones para entrega a revisión final e impresión del documento para revisión y correcciones por parte del comité de sinodales.

Capítulo 4

Resultados y Discusión

Una vez asimilada la información recabada se presentan derivaciones y alcances procedentes del avance estimado en los Cuidados Paliativos y Medicina del Dolor; referente a las necesidades sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes y sus familias, evaluando y respondiendo con un enfoque holístico como señala la OMS (2004). Consecuentemente la Psicología Laboral Organizacional indaga la factibilidad de constituir un equipo en cuidados paliativos que sea como lo plantea Cerdas Vargas (2009): multidisciplinario y que trabaje en aras de alcanzar la colaboración transdisciplinaria.

La exposición de un modelo viable y establecido en Canadá como lo es el Programa de Cuidados Paliativos de Edmonton (EZPCP) deriva los resultados de una extensa labor emprendida precedentemente por hospicios, sociedades y hospitales preocupados por la dignificación de la última etapa de la vida de enfermos terminales que requieren del servicio.

En la diligencia de esta labor la Psicología encuadra un título primordial al referir un entorno viable para crear una sana relación entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia; por medio de técnicas aplicadas en la comunicación, estructuración y manejo correcto de emociones referentes a la problemática y derivaciones sintomáticas presentadas por cada paciente y su familia;

Los profesionales de la salud al desempeñar esta labor primordialmente con sus colaboradores se idean así mismos en un sistema, por su la labor de cooperación y colaboración con otros como lo especifica Furnham (2001).

Para formalizar esta noción se definen los significados de equipo el cual describe de forma pertinente parte de la conceptualización inicial de la integración de esfuerzos por una mejora en la etapa final de la vida como la expuesta por Katzenbach & Smith (1996) “Los equipos rinden más que los individuos actuando solos o en mayores grupos organizativos, especialmente cuando el rendimiento requiere habilidades, juicios y experiencias múltiples”.

En la composición del modelo Programa de Cuidados Paliativos de Edmonton (EZPCP) (Palliative.Org, 2001) se manifiestan las características básicas para establecer algunas etapas de desarrollo importantes citadas por Ivancevich, Konopaske, & Matteson (2006) como son la composición, su condición en la jerarquía, funciones generales del profesional en el equipo y ciertas normas.

Por lo que la información recabada nos muestra la naturaleza al desarrollar estructuralmente el progreso del modelo en la formalización de un Equipo de Alto Desempeño en Medicina Paliativa y Clínica del dolor para eficientar su desempeño actual con el grado de responsabilidad que conllevan y la interrelación de sus miembros en la ayuda del cumplimiento de objetivos establecidos preliminarmente.

Permitiendo posteriormente categorizarse en un nuevo parámetro de equipos autodirigidos, eligiendo a sus propios integrantes y evaluando su adecuado desempeño.

Los hallazgos esclarecidos en esta investigación que justifican el objetivo de la misma:

1. Una renovada definición del equipo de Medicina Paliativa.

El conjunto de talentos multidisciplinares de profesionales en la salud, desempeñando labores de alto nivel psicosocial, en el cuidado y atención del paciente con diagnóstico terminal y su familia.

2. Estructura y responsabilidades del equipo piloto.

Tradicionalmente los implicados en la ayuda del cuidado de personas cercanas a la muerte son los siguientes especialistas basado en el modelo de Cuidados Paliativos de Edmonton (Palliative.Org, 2001)

<i>Integrante</i>	<i>Responsabilidad</i>	<i>Funciones</i>
Médico Internista Paliativo.	<p>1. Es el apoyo de atención médica de una persona.</p> <p>2. Trabaja en estrecha colaboración con la persona, la familia y los Cuidados Paliativos (Palliative.Org, 2001)</p>	<p>1. Un consultor de atención paliativa para la persona y la familia.</p> <p>2. Admisión a una unidad de cuidados paliativos.</p> <p>3. Hacen visitas a domicilio cuando una persona está demasiado enferma para salir de casa.</p> <p>4. Trabajar con los cuidados necesarios para mantener al paciente en el hogar</p> <p>5. Consultar pacientes</p>

		ambulatorios 6. Ayudar a encontrar un médico familiar si es necesario.
Medico General.	1. Es el apoyo de atención médica de una persona. 2. Trabaja en estrecha colaboración con la persona, la familia y los Cuidados Paliativos (Palliative.Org, 2001)	1. Soporte Médico. 2. Elaboración de historial clínico del paciente. 3. Valoración integral del paciente.
Nutriólogo	1. Proveer una atención adecuada al paciente en deficiencias alimentario-nutricional.	1. Establecer el proceso alimentario-nutricional del paciente adecuado a su necesidad. 2. Vigilar el adecuado manejo de dieta al paciente.
Enfermera Paliativa.	1. Coordinar los equipos. 2. Supervisar la atención de	1. Apoyo Médico especialista en valoración de pacientes. 2. Tutorar personal de

	<p>enfermería. (Palliative.Org, 2001)</p>	<p>enfermería. 3. Orientación a paciente y familiares en diagnósticos y procesos de medicina del dolor.</p>
<p>Enfermera general.</p>	<p>1. Realizar evaluaciones de equipo. 2. Instruir. 3. Hablar a los profesionales de la salud acerca de las necesidades del paciente. 4. Colabora en la toma de decisiones. (Palliative.Org, 2001)</p>	<p>1. Apoyo Medico en valoración de pacientes. 2. Tutorar personal de enfermería auxiliar. 3. Orientación a paciente y familiares en diagnósticos y procesos de medicina del dolor.</p>
<p>Enfermera Asistente.</p>	<p>1. Prestar asistencia básica en unidades hospitalarias y en el hogar del paciente. 2. Detectar e informar</p>	<p>1. Limpieza física del paciente. 2. Cuidados Tópicos. 3. Nutrición apropiada del paciente. 4. Asistencia de funciones del organismo humano básicas que el paciente no pueda realizar por si mismo.</p>

	<p>irregularidades correspondientes a la salud y manejo del dolor en el paciente a sus superiores en tiempo y forma.</p> <p>3. Elaborar bitácoras de seguimiento.</p>	
Trabajador Social	<p>1. El trabajador social ayuda a la persona y el trato familiar con los problemas personales y sociales de enfermedad, discapacidad y muerte inminente.</p>	<p>1. Establecer reunión con familiares para discutir las esperanzas y las metas.</p> <p>2. Hacer referencias a servicios comunitarios, por ejemplo de ayuda financiera para el pago de servicios de hospicio u hospital.</p> <p>3. Prestar apoyo a la persona y la familia</p> <p>4. Ayudar a la familia pensar en maneras de cuidar de sí mismos.</p> <p>5. Ayudar a la persona y la familia frente a la pérdida y el agravio.</p> <p>(Palliative.Org, 2001)</p>
Clérigo	<p>1. Respeta todas las religiones</p>	<p>1. Reflexionar y expresar su espiritualidad frente a la</p>

	<p>2. Es cariñoso, sensible y da apoyo a las personas durante la enfermedad, el duelo y el agravio (Palliative.Org, 2001)</p>	<p>enfermedad.</p> <p>2. Identificar y expresar los asuntos espirituales.</p> <p>3. Búsqueda de sentido de la vida.</p> <p>4. Celebración de la vida en medio del dolor y el sufrimiento.</p> <p>5. Ayuda a la persona a reflexionar sobre temas de fe y oración.</p> <p>6. Proveer ayuda para la planeación y elaboración de misa o funeral. (Palliative.Org, 2001)</p>
Psicólogo	<p>1. Antes de que ocurra la enfermedad,</p> <p>2. Después de el diagnóstico de la enfermedad,</p> <p>3. Al comienzo de los tratamientos,</p> <p>4. Durante la enfermedad avanzada,</p> <p>5. En el proceso de morir y después de la</p>	<p>1. Tratar depresión, ansiedad asociada con la espera de la muerte,</p> <p>2. Ofrecer servicios de apoyo emocional,</p> <p>3. Ayudar a entender la confusión con términos médicos,</p> <p>4. Proveer cuidados compasivos para moribundos y sus seres queridos,</p> <p>5. Tratamiento de salud mental de las principales enfermedades crónicas (APA, 2005)</p>

	muerte del paciente, con los abatidos sobrevivientes. (APA, 2005)	
--	--	--

Tabla 2. Perfiles de funciones y responsabilidad

El cual cuenta con miembros que aportan una combinación apropiada de habilidades y con personalidades complementarias para la facilitación de comunicación en el intercambio de opiniones (Cantú, 2011)

A continuación se genera una tabla que contiene información basada en el modelo adaptado (Belbin citado por Furnham, 2001). Identificando los tipos de personalidades complementarias del equipo de Alto Desempeño en Medicina Paliativa.

Integrante	Tipo	
Medico Internista Paliativo.	P	Presidente
Medico General.	PI	Planta
Nutriologo.	PI	Planta
Enfermera Paliativa.	F	Formador
Enfermera General.	VE	Vigilante evaluador
Enfermera	TE	Trabajador

Asistente		en equipo
Trabajador Social	IR	Investigador de recursos
Clérigo	TC	Trabajador de la compañía
Psicólogo	TAF	Terminador acabador final

Tabla 3. Personalidades del equipo.

4.1 Indicadores de calidad

Es responsabilidad del Psicólogo Organizacional establecer, estructurar y observar el desarrollo de los parámetros e indicadores de calidad para el equipo de Alto Desempeño en Medicina Paliativa.

Se denomina Autoadministrado ya que como equipo con un número pequeño de integrantes, establece sus propias asignaciones de compromiso y son responsables de todo el proceso que conlleva el tratamiento y desarrollo en base a la voluntad del paciente y sus familiares.

Tiene mínima orientación externa por parte del experto, una vez que está marchando el proyecto, el equipo puede entenderse con variadas enunciaciones, sin embargo, es indispensable identificar la naturaleza de su creación, su función y meta; para que el profesional de Psicología Laboral Organizacional extienda su colaboración

desarrollando compromisos y motivaciones para guiar el éxito y gradación de alianzas futuras.

Por lo que son capaces de establecer juntas y consensos de retroalimentación y establecimiento de objetivos al inicio de cada jornada laboral.

4.2 Dinámica de equipo

Conforme a lo expresado el equipo de profesionales se complementa y ejerce un actuar multidisciplinar en áreas básicas en donde desarrolla capacidades y habilidades propias de un ejemplo digno para otros modelos que se deseen implementar y complementar.

4.2.1 Misión.

Ayudar a cumplir la finalidad del paciente y sus familiares en un entorno holístico por medio del equipo profesional multidisciplinar en Cuidados Paliativos y Medicina del dolor con calidad en la atención y el servicio.

4.2.2 Visión.

Ser un equipo regulado que ofrezca servicios de Cuidados Paliativos y Medicina del dolor de calidad mundial y establecer una red de información para difundir la importancia de esta disciplina mediante educación e información de profesionales y de la población mundial.

4.2.4 Número de miembros.

La propuesta de Equipo se desarrolla básicamente con 9 integrantes:

1. Médico Internista Paliativo,
2. Enfermera Paliativa,
3. Médico General,
4. Enfermera General,
5. Enfermera Auxiliar,
6. Nutriólogo,
7. Psicólogo,
8. Trabajador Social,
9. Clérigo.

4.2.5 Capacidades.

El equipo tiene la capacidad de proporcionar servicios que básicamente cubran aspectos Médicos, Físicos, Emocionales, Sociales y Espirituales del paciente y los familiares que así lo requieran.

4.2.6 Propósito.

Transmitir de la importancia de la dignificación de la última etapa de la vida con Cuidados Paliativos y otorgar servicios de calidad para el tratamiento del dolor de las enfermedades severas que así lo requieran.

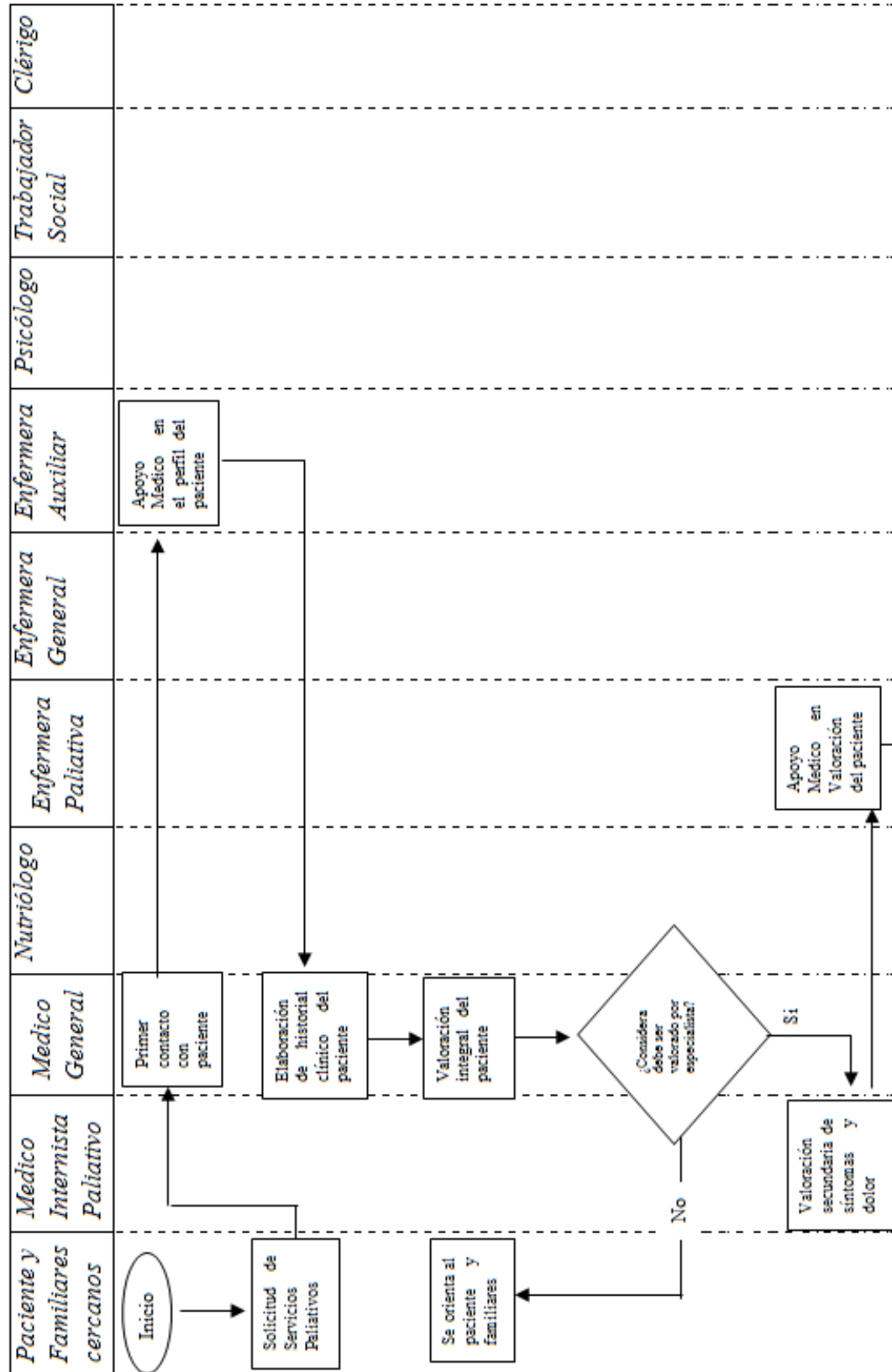
4.2.7 Metas de rendimiento

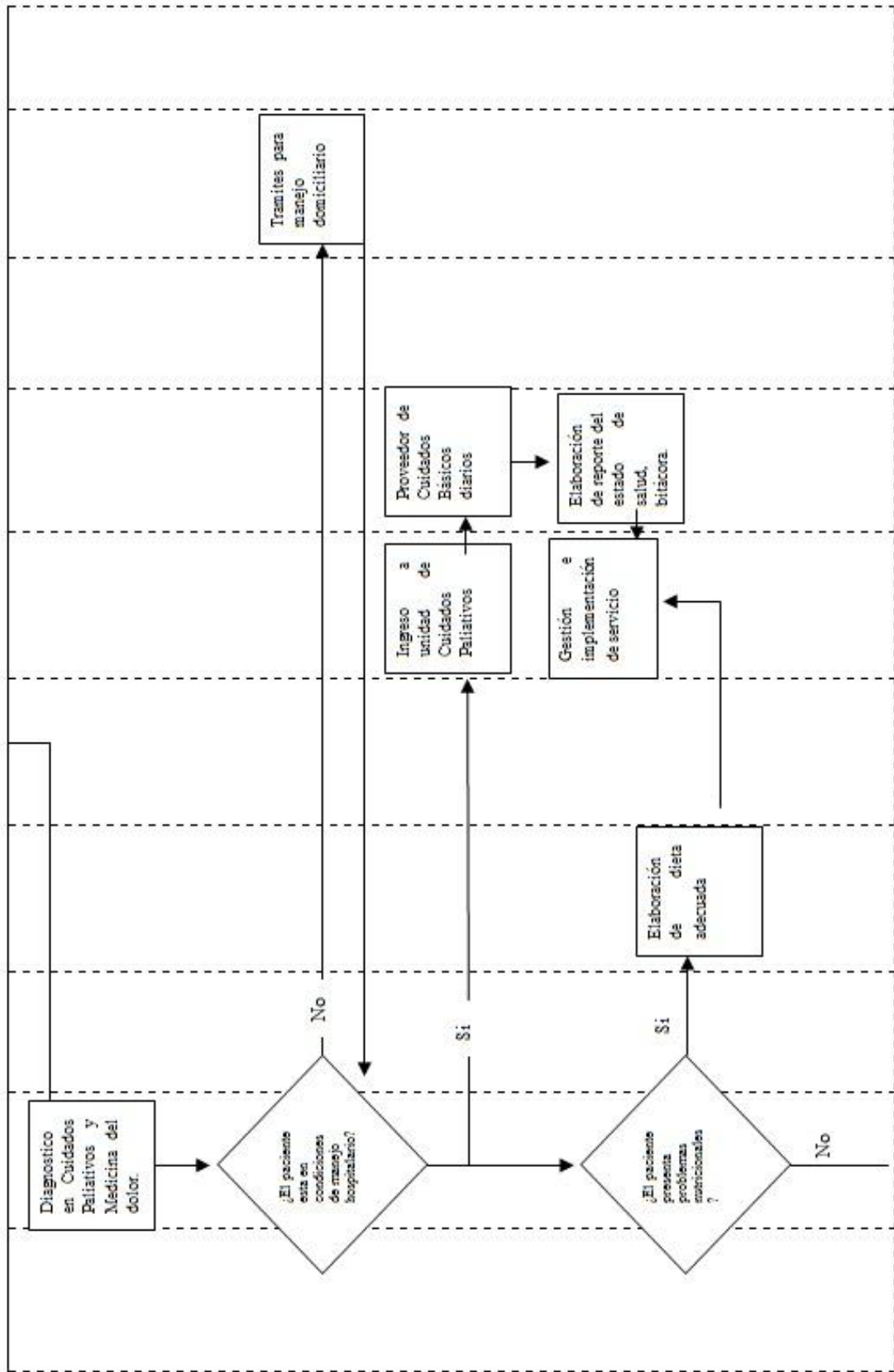
Equipo tiene la capacidad y responsabilidad colectiva de otorgar un servicio de calidad al paciente y sus familiares para mejorar la experiencia en el tratamiento del dolor en enfermedades severas y la última etapa de la vida.

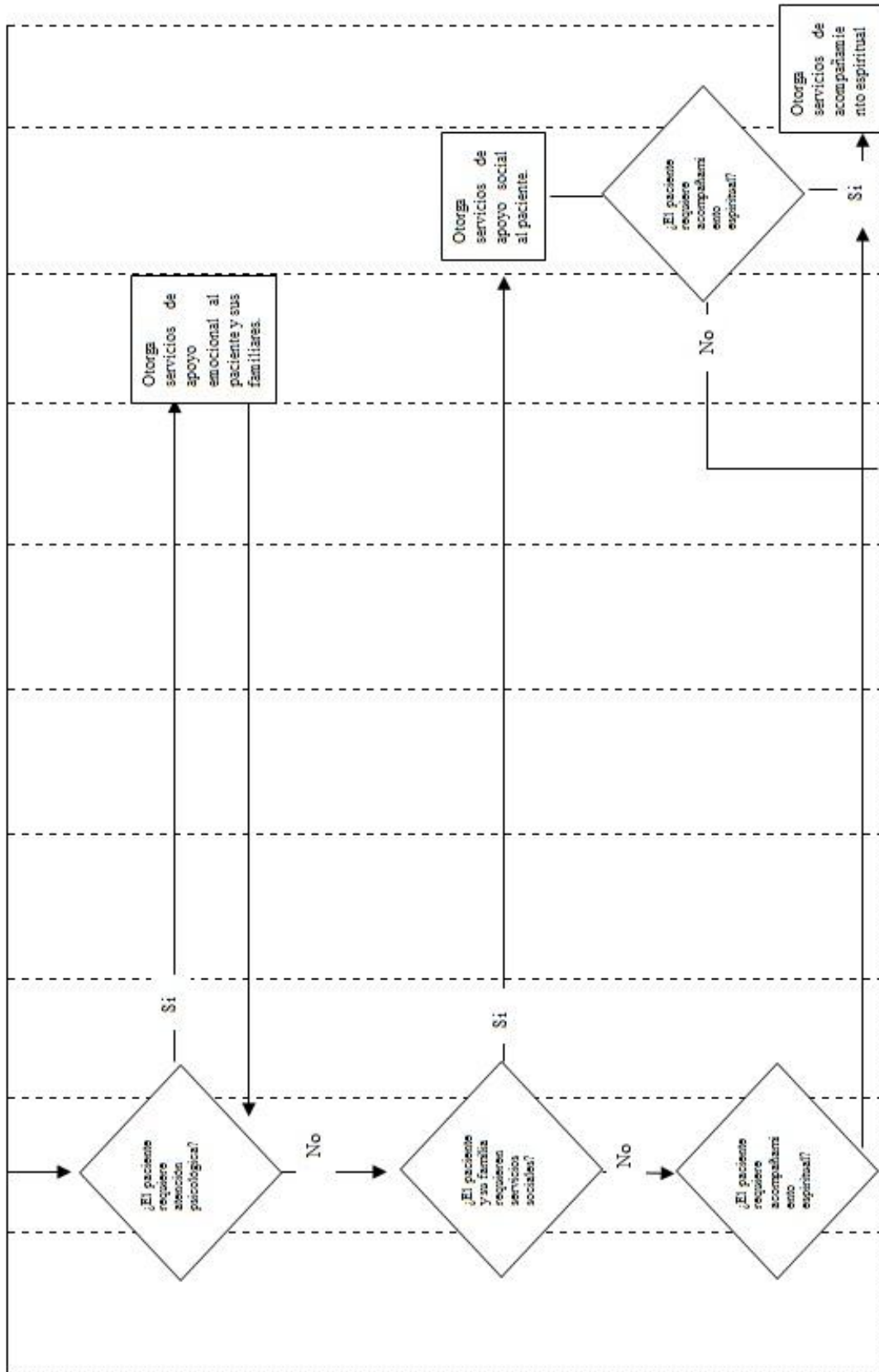
4.2.8 Enfoque y responsabilidad

Se focaliza en la sociedad que requiere Cuidados y tratamiento del dolor en nuevas comunidades para elevar el índice de calidad de vida hasta la última etapa del enfermo.

A continuación se presenta un diagrama de flujo que concibe la idea de la atención que proporcionan los expertos del equipo a los enfermos que soliciten los servicios de Cuidados Paliativos.







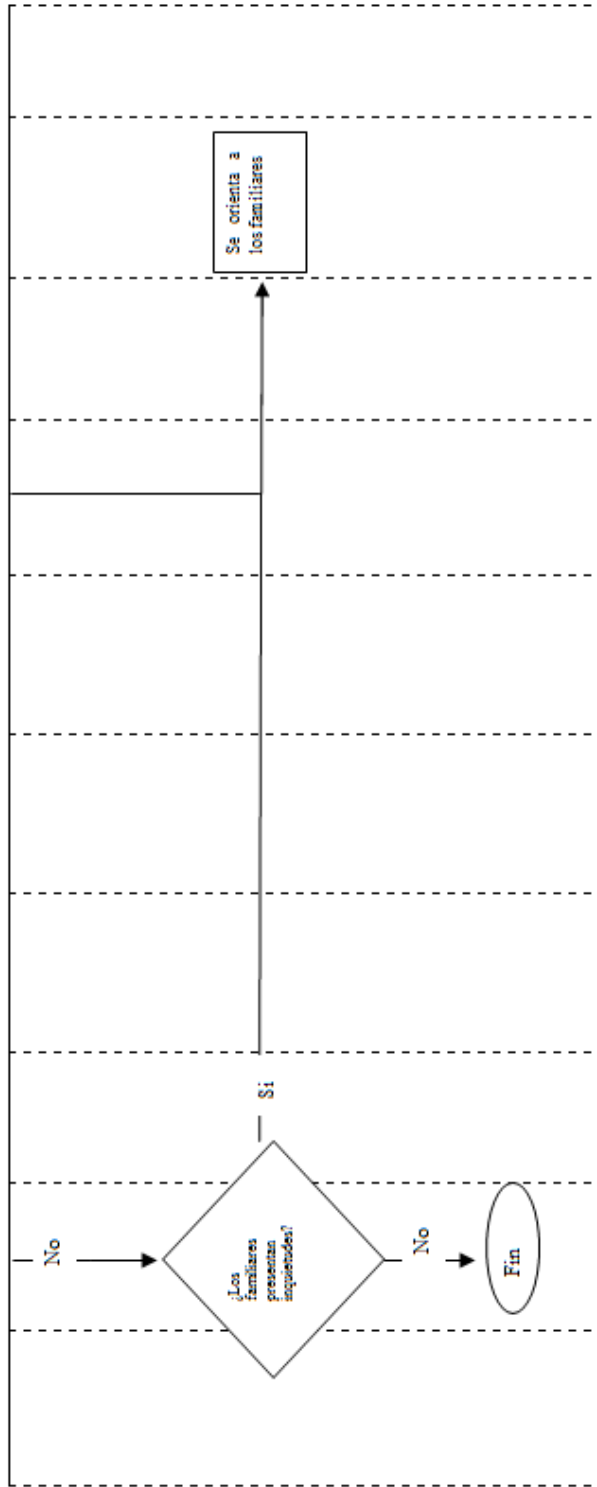


Tabla 4. Diagrama de flujo

Capítulo 5

Conclusiones y recomendaciones

Para que el profesional de Psicología Laboral Organizacional extienda su colaboración desarrollando compromisos y motivaciones para guiar el éxito y gradación de alianzas futuras es indispensable tener en consideración que el Equipo de Alto Desempeño en Cuidados Paliativos y Medicina del dolor es la base para la actualización en los sistemas de salud en cuanto a la etapa terminal del paciente y la vivencia de los familiares.

Se establece un equipo con liderazgo compartido y de fuerte responsabilidad mutua, es decir, todos son líderes efectivos en momentos difíciles regidos principalmente por la voluntad y necesidad del paciente; lo cual es posible, incluyendo técnicas como la psicología positiva (Seligman, 2011).

Es indispensable establecer una red de distribución de información con la cual podamos concientizar a la población y a los prestadores actuales de servicios, a nuestro Equipos de Alto Desempeño debemos instruirlo en diplomados en Cuidados Paliativos para profesionales en Psicología, Enfermería y Trabajo Social que son la base educativa con la que se cuenta actualmente en nuestro país.

Se recomienda contar con el apoyo del Psicólogo Laboral Organizacional para evaluar el diseño y el práctica del Equipo en la institución o rubro a desempeñarse, así

también del Psicólogo para la aplicación pertinente de pruebas psicométricas de las cuales se recomiendan Cleaver, Kostick y IPPE (Inventario de Preferencias Personales Edwards) los cuales se requerirán en el proceso de reclutamiento de personal.

Al involucrar al experto en la contratación del personal como lo es el Psicólogo Laboral Organizacional, puede garantizar mayor grado de fluidez respecto a la jornada laboral del empleado, al emplear sus capacidades para superar los desafíos que se presenten concluyendo en satisfacción ante la labor mediante sus fortalezas y virtudes como lo expresa Csikszentmihalyi (2011).

Se busca informar y concientizar por medio de la creación de estructuras educativas y canales formales a la población mundial en el uso alternativas creadas en el beneficio de la salud y el bienestar de los individuos, los cuales deben exigir un servicio de calidad y accesible para uso personal y de futuras generaciones.

Referencias

- APA. (2005). *The Role of Psychology in End-of-Life Decisions and Quality of Care*. American Psychological Association.
- Barreto, M. P., & Soler, M. d. (21 de 05 de 2012). *PSICOLOGÍA Y FIN DE VIDA*. Obtenido de Cuidados Paliativos: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Psicologia%20y%20fin%20de%20vida.pdf>
- Cámara de Diputados, H. C. (2006). *Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión*. Recuperado el 04 de 07 de 2012, de sitio oficial e-congreso: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- Cantú, H. (2011). *DESARROLLO DE UNA CULTURA DE CALIDAD*. México: Mc Graw Hill.
- Cerdas Vargas, I. B. (2009). *ESTRATEGIAS PARA EL ÉXITO Y LIDERAZGO EN UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS*. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXVI.
- Csikszentmihalyi, M. (2011). *FLOW. THE PSYCHOLOGY OF OPTIMAL EXPERIENCE*. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.
- Ferris FD, B. H. (03 de 2002). *A MODEL TO GUIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE: Based on National Principles and Norms of Practice*. Recuperado el 29 de 05 de 2012, de Canadian Hospice Palliative Association: <http://www.chpca.net/media/7422/a-model-to-guide-hospice-palliative-care-2002-urlupdate-august2005.pdf>
- Furnham, A. (2001). *PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL, El comportamiento del individuo en las organizaciones*. México: Oxford University Press México, S.A. de C.V.
- García Cadena, C. H. (2009). *Cómo investigar en psicología*. México: Trillas.
- Gardner, H. (2006). *Multiple Intelligences: New Horizons*. Basic Books.
- Gómez, M. (2006). *El Hombre y El Medico Ante La Muerte*. España: Arán Ediciones, S.L.
- Ivancevich, J. W., Konopaske, R., & Matteson, M. T. (2006). *Comportamiento Organizacional*. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Jaques, D. (2000). *Learning in Groups: A handbook for improving Group Work*. New York: RoutledgeFalmer.
- Katzenbach, J. R. (2000). *El trabajo en equipo: ventajas y dificultades*. Barcelona: Granica S.A.
- Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1996). *Sabiduría de los equipos: El desarrollo de la organización de alto rendimiento*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.

- Menchaca, J. A. (2008). El trabajo de equipo en las organizaciones. En *Psicología Organizacional* (págs. 77-101). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Munchisky, P. M. (2002). *Psicología aplicada al trabajo: Una introducción a la psicología organizacional*. Cengage Learning Editores.
- OMS. (2004). *Programas nacionales de control del cáncer políticas y pautas para la gestión*. Washington, D.C.: OPS.
- Palliative.Org. (2001). Recuperado el 05 de 06 de 2012, de Regional Palliative Care Program in Edmonton Alberta: <http://www.palliative.org>
- Seligman, M. E. (2011). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Zeta.
- Senge, P. (2005). *La quinta disciplina: el arte y la practica de la organizacion abierta al aprendizaje*. Buenos Aires : Granica.
- Sepulveda, C. (2007). *Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Serrano Gonazalez, M. I. (2002). *La Educación para la Salud Del Siglo XXI: Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Speck, P. W. (2006). *Team Work in Palliative Care: Fulfilling or Frustrating?* Oxford University Press.
- St. Christopher`s Hospice. (s.f.). *St Christopher's Hospice - Expert Palliative Care for the Dying*. Obtenido de <http://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders>
- Stoner, J. A., Freeman, R. E., & Gilbert Jr, D. R. (1996). *Administración*. México: Pearson Educación.
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63, 384-399.
- Twycross, R. (2000). *Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas*. Oxford, U.K.: The Oxford International Centre for Palliative Care.
- Yeager, S., MS, CCRN, & CNP. (2005). Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care. *Elsevier Saunders*, 143-148.