

## Construcción y aplicación de un árbol de problemas transdisciplinar en práctica asistencial.

### *Construction and application of a tree of transdisciplinary problems in assistance practice.*

[María Beatriz Escobar Escobar](#) <sup>1</sup>, Ricardo Antonio Escobar<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

**Recibido para publicación:**

Abril 28 de 2018

**Aceptado para publicación:**

Noviembre 11 de 2018

**Publicado en:**

Diciembre de 2018

**Como citar este artículo:**

Escobar Escobar, M., Escobar, R. Construcción y aplicación de un árbol de problemas transdisciplinar en práctica asistencial. *Ciencia y Salud Virtual*, 2018. 10(2),15-32.DOI:

<https://doi.org/https://doi.org/10.22519/21455333.1104>

**Introducción:** identificación de los problemas que afectan la práctica asistencial indagando por las causas y consecuencias empleando como metáfora la noción de árbol y como hilo conductor la transdisciplina. **Objetivo:** construir y aplicar un árbol de problemas transdisciplinar para operacionalizar las actitudes transdisciplinarias, en el mejoramiento de las relaciones que se establecen entre los profesionales de salud y los pacientes en práctica asistencial. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo, método investigación acción enfoque transdisciplinario, instrumento Árbol de problemas y soluciones transdisciplinar, se establecen cuatro elementos constitutivos del árbol, la raíz es problemática multicausal, el tronco es el despliegue lógico, las ramas son las causas interdependientes las hojas representan las alternativas de solución relacionales. Muestra

Totalidad de funcionarios, que laboran en la clínica de Primer nivel Manizales, durante el año 2017 y Pacientes pertenecientes a la asociación de usuarios. **Resultados:** mejoramiento de una práctica asistencial que es precaria, instrumentalizada, rígida y deshumanizada, como consecuencia de una política de salud enmarcada en el ajuste fiscal y la racionalización de los recursos. **Conclusión:** Con presencia de la transdisciplina y de sus actitudes en el ejercicio profesional, se logra que la práctica asistencial sea un escenario en el que el dolor no se extrañe, la enfermedad se disminuya con la terapia del cariño, la calidez y el amor, sin perder de vista que el sistema de salud es el reflejo en un estado caótico de preocupaciones económicas que impiden optimizar al máximo sus indicadores de calidad y de gestión.

**Palabras claves:** *Solución de problemas, Satisfacción en el trabajo, Prestación de Atención de Salud.* (DECS)

<sup>1</sup> Enfermera, Magister en enfermería Materno-Infantil, Universidad del Valle. Estudiante Doctorado en pensamiento complejo Multiversidad. Docente Universidad Católica de Manizales, Asistente, Carrera 23 # 60-63, Manizales, Caldas, Colombia. E- mail: [maescobar@ucm.edu.co](mailto:maescobar@ucm.edu.co). Teléfono: 3103997333.

<sup>2</sup> Administrador de Empresas, Magister en Educación, Universidad Católica de Manizales. Estudiante Doctorado en pensamiento complejo. Multiversidad. Docente Escuela Superior de Administración Pública (ESAP Manizales) Asociado. Calle 64 # 30-39 vía Fátima Manizales, Caldas, Colombia. E- mail: [ricardo.escobar@ucm.edu.co](mailto:ricardo.escobar@ucm.edu.co) Teléfono: 3128312486.



## ABSTRACT

**Background:** identification of the problems that affect the healthcare practice, investigating the causes and consequences, using the notion of a tree as a metaphor and trans-discipline as the guiding principle. **Objective:** Build and apply a transdisciplinary problem tree to operationalize transdisciplinary attitudes, in the improvement of the relationships that are established between health professionals and patients in healthcare practice. **Methods:** a qualitative study, research method action transdisciplinary approach, instrument with a tree of problems and transdisciplinary solutions, four constituent elements of the tree are established, the root is problematic multicausal, the trunk is the logical unfolding, the branches are the interdependent causes the leaves represent the alternatives of the relational solution. Sample Totality of officials, students who work in the Manzales First Level Clinic, during the year 2017 and Patients belonging to the user association. **Results:** improvement of a care practice that is precarious, instrumentalized, rigid and dehumanized, because of a health policy framed in the fiscal adjustment and the rationalization of resources. **Conclusions:** with the presence of transdisciplinary and their attitudes in professional practice, it is achieved that the care practice is a scenario in which pain is not missed, without losing sight of the fact that the health system is the reflection in a chaotic state of economic concerns that prevent optimizing its quality and management indicators.

**Keywords:** *Delivery of Health Care; Job Satisfaction; Problem Solving.* (MeSH)

## INTRODUCCIÓN

**E**n toda entidad orientada al público se entablan relaciones del personal con los usuarios del servicio. En particular en una institución en la que la población es pobre y vulnerable, el trato dispensado debe corresponder con un ser humano que requiere de cuidados. Mejorar día a día la conducta es una tarea que representa los valores que definen a una institución dedicada a la atención de la salud. Con este propósito se considerará el trato respetuoso a los pacientes y a su familia. En la actualidad los derechos del paciente son un eje básico de las relaciones clínico asistencial. En ese sentido, la utilidad de esta investigación radica en lograr una articulación de las relaciones del personal con los usuarios del servicio.

La técnica propicia una discusión amplia sobre cada punto de vista personal, el cual está apoyado en una perspectiva de saber teórico práctico con respecto al ejercicio profesional.

Con el árbol de problemas, el equipo de trabajo determina la problemática y selecciona las estrategias, estableciendo de qué manera afecta la práctica asistencial en el centro de salud. Su aplicación es fundamental para la definición de perspectivas, porque permite descubrir la presencia o no de la transdisciplina y de sus actitudes en el ejercicio profesional de los participantes.



Es, por ello, que para maximizar la calidad del servicio de salud que se brinda la totalidad de sus integrantes deben compartir los mismos objetivos y sincronizar las conductas. Según Guillen(1).

*“La relación que un médico o una enfermera establece con un enfermo tiene dos niveles de exigencia, uno de mínima, por debajo del cual se incurre en el delito de negligencia, y otro de máxima que aspira a la excelencia [...]. La ética de las profesiones insiste hoy más que nunca en la necesidad de recuperar el concepto de excelencia profesional”.*

La investigación, aplica las estrategias metodológicas que permite operacionalizar las actitudes transdisciplinarias, en el mejoramiento de las relaciones entre los profesionales y los pacientes. En la práctica asistencial, por esto se plantean los siguientes objetivos: determinar las estrategias metodológicas que permitan operacionalizar las actitudes transdisciplinarias, tales como: el rigor, la apertura y la tolerancia, en el mejoramiento de la práctica asistencial de Assbasalud Manizales,

En este modo concreto de acceder a la atención clínico hospitalario se funda la construcción nodal de la operacionalización de actitudes transdisciplinarias en el cuidado multidimensional, deviene en una confluencia de ecolugares y saberes reintegrados que posibilitan soluciones emergentes de la vida misma de los actores de los centros asistenciales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La propuesta de investigación convoca a la totalidad de funcionarios y estudiantes que laboran en la clínica de Assbasalud Manizales, Colombia, los cuales son cuatro enfermeras, diez auxiliares de enfermería, cuatro técnicos en atención pre-hospitalaria, diez médicos algunos con especialización como un especialista en salud ocupacional, una especialista en administración en salud, una especialista en gerencia en salud. Una trabajadora social, una secretaria, una auxiliar de estadística, cuatro facturadoras, una regente en farmacia. Y a estudiantes de las mismas disciplinas los cuales fueron seis (6) estudiantes de auxiliares de enfermería, seis estudiantes de enfermería, seis estudiantes de medicina, una trabajadora social una facturadora.

La población potencial para la investigación, se completa con los pacientes y familiares que diariamente son atendidos en la clínica Assbasalud(2)(3)



**Diseño**

La implementación del árbol de problemas Se planifico e implementó en tres encuentros que separadamente con cada estamento deliberan y discuten sistémicamente las categorías

- El hombre como ser integral
- Persona humana una integración sentipensante
- Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial

La categorización es un logro intelectual de la comprensión posibilitada por la lectura crítica del estado del arte que se construye en la investigación.

Los instrumentos que se describen para capturar significativamente la dialogicidad hologramática e inter recursiva desplegada en la cooperación sistémica y gnoseológica entre los participantes, incluyen cuestionarios cortos con pregunta abierta estandarizada, grabaciones de audio y video, tablas de análisis de respuestas argumentales y de problematización multicausal; la información total aportada por los participantes se registra en protocolos que incorporados en los apéndices sirven de evidencia.

En la tabla 1 se muestran las actividades para desarrollar en cada momento del encuentro (Ver tabla 1), la investigadora asume el papel de facilitadora y conduce el desarrollo del mismo, sin imponer ideas o dirigiendo arbitrariamente la discusión. Se encarga de consignar los resultados de la auto-reflexión y la reflexión grupal de las diferentes partes del árbol, puede en un momento determinado incluir preguntas para destrabar la sección, hacer más fluida la conversación y evitar que los participantes dispersen la temática tratada.

**Tabla 1.** Primer encuentro: El hombre como ser integral

Estamentos	Momentos	Metodología	Resultados esperados	Recursos didácticos
Profesionales  Y  Pacientes	Despliegue lógico	<p><b>Sensibilización:</b> A partir de un material audiovisual, se despierta en los participantes el interés y la motivación por participar en el encuentro</p> <p><b>Determinación de pre saberes:</b> se solicita a los participantes responder a tres interrogantes, a modo de auto-reflexión sobre su práctica asistencial y como introducen en esta el concepto del hombre como ser integral.</p> <p>El video es solamente una sensibilización, no toca directamente el tópico de indagación, pero bordea las superficies esenciales de la temática</p>	<p>Cuestionario, tres interrogantes resueltos mediante la auto-reflexión de los participantes de manera libre sin presiones externas, transcripción del ejercicio en grupo, material audiovisual.</p> <p>Tener en cuenta coincidencias y divergencias</p>	<p>Video Beam papel lapicero grabadora cámara</p> <p>cuestionario con las preguntas</p> <p>Tablero, marcadores para efectuar las anotaciones en las ramas del árbol de problemas Imagen del árbol.</p>



Problematización Multicausal	<p><b>Socialización:</b> los participantes comparten con el grupo sus tres respuestas y voluntariamente deciden aportar algún comentario sobre el video o retomarlo en la exposición de argumentos</p> <p><b>Determinación de la problemática:</b> Agotado el escenario de la socialización, los participantes deciden los problemas más relevantes que desde la práctica asistencial y la atención a los pacientes se generan como parte del concepto de integralidad del ser humano</p>	Registro de ideas fuerza con la problemática identificada en la raíz del árbol de problemas y la transcripción de la conversación propiciada en este momento del encuentro
Causas interdependientes	<p><b>Selección de causas interdependientes:</b> los participantes eligen posibles causas a los problemas seleccionados con respecto a la atención del paciente como ser humano integral</p> <p><b>Priorización:</b> El grupo elige las causas que con mayor incidencia impactan la problemática determinada. Estas deben agruparse en dos o tres causas englobadoras como máximo</p>	Tabla de multicausalidad interdependiente priorizada y transcripción de opiniones, argumentos y comentarios por estamento
Alternativas de solución relacionales	<p><b>Alternativas de solución entroncadas:</b> Identificar las causas y su interdependencias, los participantes enuncian posibles alternativas de solución, el termino entroncadas significan que estas deben apuntar a una solución integral del problemas</p> <p><b>Jerarquización de alternativas problemas:</b> los participantes deciden la viabilidad y factibilidad de las alternativas propuestas, seleccionando aquellas que desde sus posibilidades saberes y experiencias mejoren la práctica asistencial en términos de humanización e integralidad de los pacientes</p>	Descripción concreta de las alternativas relacionales para darle solución a la problemática. Y transcripción de la conversación de los participantes en este momento del encuentro.

Fuente: propia

El plan de análisis de toda la información obtenida se realizó mediante un modo de interpretación basado en la búsqueda de una racionalidad hermenéutica, que está más allá de los datos y que significa las respuestas argumentales y los diálogos que los participantes producen en los encuentros correspondientes. Los aportes se someten a una codificación manual como parte de una evaluación de los resultados logrados. De acuerdo con la tabla 2 diseñada, es básico para la investigadora saber decidir qué tipo de información puede aprovecharse y cual debería desecharse (**ver tabla 2**). En los encuentro para definir los problemas, los criterios de pertinencia y relevancia son claves en la selección de aquellas ideas fuerza, enunciados u opiniones que son de utilidad en el análisis y la interpretación de los resultados.

Los principios de la transdisciplina que sirvieron de fundamento al árbol de problemas se constituyen en elementos desencadenadores del diálogo, la conversación fluida y la interacción, sin los cuales no es posible alcanzar altos niveles de participación y aproximación a la realidad problémica de la clínica Assbasalud.

**Tabla 2.** Selección de la información

Información obtenida	Triangulación por cada estamento	Triangulación entre todos los estamento	Triangulación por datos de otros instrumentos	Triangulación con marco teórico
Es lo que permite distinguir lo que sirve de aquello que es desechable. Con criterios de pertinencia, y de relevancia	A través del procedimiento inferencial, que consiste en ir estableciendo conclusiones ascendentes, agrupando las respuestas relevantes por tendencias, que pueden ser clasificadas en términos de coincidencias o divergencias en cada uno de los instrumentos aplicados, en un proceso que distingue varios niveles de síntesis, y que parte desde las subcategorías, pasa por las categorías y llega hasta las opiniones inferidas en relación con las preguntas centrales que guían la investigación.	Es la que permite establecer relaciones de comparación entre los sujetos indagados en tanto actores situados, en función de los diversos tópicos interrogados, con lo que se enriquece el escenario intersubjetivo desde el que el investigador cualitativo construye los significados	Triangular la información obtenida desde los diversos instrumentos aplicados en el trabajo de campo, por estamentos, ya sea utilizando conclusiones de segundo o tercer nivel.	Revisión y discusión reflexiva de la literatura especializada, actualizada y pertinente sobre la temática abordada, es indispensable que el marco teórico no se quede sólo como un enmarcamiento bibliográfico, sino que sea otra fuente esencial para el proceso de construcción de conocimiento que toda investigación debe aportar.

*Nota:* tomado de Cabrera (2005) diseño de la autora

## RESULTADOS

Desde el punto de vista de los investigadores el grupo se mostró perspectivo y predispuesto hacia el desarrollo de los encuentros; estuvieron atentos a la implementación de los primeros momentos de indagación y reflexión. Considerando que se trataba de un primer intento por construir conocimiento, el acto espontaneo de participar fue pertinente dejó claro que en comienzo este estamento mostraba interés y motivación por conocer la temática y aportar desde su propia experiencia, formación académica y conocimiento disciplinar.

Para hablar de los resultados del primer encuentro en el que se aborda la categoría el hombre como ser integral efectuado con los dos estamentos participantes en el proceso de indagación, el personal y los pacientes, se realizaron reuniones por separado. La producción de los grupos se sintetiza en tablas de respuestas argumentales, de agrupación de problemáticas, de selección de alternativas y de problematización multicausal, (**Ver Tabla 1**. Primer encuentro: El hombre como ser integral).



Al final de cada una de las tablas la investigadora propone una visión analítica donde se triangula la información con los actores convocados en la tesis, la experiencia y el abordaje de los niveles de realidad que se logran al reorganizar el conocimiento construido por cada estamento, (Ver **Tabla 2**. Selección de la información).

Todos los funcionarios fueron convocados al primer encuentro, la participación era estrictamente de carácter voluntario respondieron el 100% de funcionarios. La investigadora establece coincidencias muy importantes al cruzar la información obtenida con los dos estamentos; en ambos se resalta la necesidad de una práctica asistencial que centre sus esfuerzos en la mismidad, la otredad y la completud de un hombre atendido en su integralidad, dignidad y diversidad.

Al concretar los pre-saberes que los profesionales han acumulado en su formación académica y experiencia con respecto al hombre como ser integral, las respuestas traslucen que para ellos la salud es un negocio y un privilegio concentrado en pequeñas minorías. Los costos y las trabas de un sistema deficitario afectan directamente a las grandes minorías que utilizaban un sistema incapaz de satisfacer las mínimas necesidades de una población vulnerable y desprotegida. Este es, en comienzo, un reflejo de las posibles condiciones que originan una multicausalidad que trasversaliza los problemas que directa e indirectamente se articulan o entroncan a la luz del concepto de integralidad de los seres humanos que se atienden en la práctica asistencial

Es indudable que los profesionales reconocen críticamente que en la clínica no hay una comprensión adecuada de lo que significa atender a los pacientes como si se tratara de seres humanos integrales; la fragmentación y el asumir al hombre como un ser por compartimentos son dos características que van en contra de planteamientos que demuestran la necesidad de verlo como un sistema integrado e interactuado.

Potenciar lo que se tiene, educar y prevenir, son alternativas viables que en la jerarquización de posibles soluciones emergen y que pueden darse desde el profesional y la práctica asistencial subjetivada.

Los pacientes que se convocaron asisten con motivación y entusiasmo, así el número de voluntarios fuese inferior al de los profesionales. El volumen de la información obtenida no es el mismo que el de los trabajadores de la salud, pero



contiene una riqueza conceptual muy argumentativa que revirtió de significado y profundidad a los resultados obtenidos.

Para los pacientes la práctica asistencial se aleja de sus expectativas y algunas malas respuestas de los funcionarios van en contra de su dignidad personal.

Los pacientes hacen referencia a la equidad y a la justicia, como valores que son necesarios para ofrecer un servicio de calidad y propiciar espacios de una atención igualitaria sin distinción de género, razas clase social u orientación sexual.

Los estamentos coinciden en encontrar que el sistema de salud es deficiente, desfinanciado y deshumanizado; esto no significa que en su práctica diaria y cotidiana un profesional no pueda mostrarse amoroso, cálido, tolerante y abierto al diálogo con los pacientes. Es incuestionable que a pesar de la deficiencia macro estructural del sistema se hace necesario educar en salud, humanizar la atención y dignificar el trato entre profesional paciente e incluso con las redes de apoyo familiar.

El segundo encuentro fue efectuado separadamente con cada uno de los estamentos, buscando mantener el ánimo en alto y la producción conceptual enriquecida. El número de participantes disminuye, los pacientes que asisten voluntariamente denotan un interés por conocer lo que significa en la práctica asistencial asumir al hombre como una integración sentipensante. Los conceptos expresados verbal o por escrito tiene como característica fundamental la de poner en contexto una visión particular de la atención hospitalaria en la clínica.

En la confluencia de opiniones y enunciados del segundo encuentro profesionales y pacientes infiere que en la clínica sería importante asumir que los seres humanos son integrales y no fragmentados, que simultáneamente aparecen como presencia viva y por esta razón el dolor no puede ser ausentado de cualquier procedimiento o práctica hospitalaria.

Los profesionales en sus respuestas toman como punto de partida su interacción permanente con los pacientes, en lo que ellos denominan el día a día del devenir institucional. La ausencia de sensibilidad y la deshumanización son características de una atención hospitalaria que no tiene en cuenta al hombre como un ser sentipensante y que está inscrito en una realidad dramática y dolorosa. Estos aspectos referidos mecanizan la práctica asistencial y ausentan la fibra humana más profunda de la persona que se atiende.





Para los pacientes la salud es un negocio, en donde se privilegia el uso racional de los recursos y el ajuste de la inversión en el sistema de salud. Las respuestas no permiten determinar cómo puede equilibrarse la emoción y la razón, porque los pacientes son más emocionales que racionales y desde su propia subjetividad puede en determinado momento dejarse influenciar más por el sentimiento y el afecto que por una reflexión argumentada.

Las coincidencias entre los estamentos sugieren que atender a un hombre como realidad sentipensante con lleva una alta sensibilidad al dolor, asertividad en el uso de la comunicación, trato digno y el empleo de lenguajes matizados con moderación, empatía y cortesía.

El tercer encuentro llamado Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial conto con una participación amplia y significativa de los funcionarios, razón para acentuar la pertinencia de los abordajes efectuados. En este encuentro se observa que los participantes van incorporando gradualmente una comprensión transdisciplinaria de sus conceptualizaciones; hasta ahora se ha logrado establecer que el hombre es un ser integral y que como tal es una unidad sentipensante que no puede fragmentarse, reducirse o simplificarse a una práctica asistencial instrumentalizada. Este estamento se caracteriza por efectuar una mirada autocrítica de su práctica asistencial, a partir de una evaluación de lo que es para ellos la visión holística de la dignidad humana y como esta se hace visible en la atención, el trato a los pacientes y la concurrencia de algunos valores éticos y sociales que impactan la categoría.

Los pacientes se aproximan a la visión holística de la dignidad humana, de acuerdo con sus percepciones, conocimientos y saberes adquiridos y la poca capacidad adquisitiva de los pacientes, especialmente de los de la clínica que están en el régimen subsidiado por el gobierno, generan dificultades de integración e interlocución persona a persona, falta de apoyo psicológico, acompañamiento profesional y familiar y discriminaciones en razón de la pobreza que denotan exclusión social.

Emerge entonces como solución entroncada la pertinencia y relevancia que debe tener en la clínica la atención integral de una persona digna, multidimensionada y a quien se le mira holísticamente. Esto sugiere la necesidad de propiciar intercambios afectivos en los que se mejoren las relaciones interpersonales, se configure un escenario que privilegie el trato digno y se gestionen lenguajes que inviten a la comunicación asertiva, de diálogo amplio y la reducción de los conflictos verbales y



de algunas manifestaciones de violencia en la cotidianidad de la práctica asistencial.

El contexto operativo de una práctica asistencial que pretende asumir a los pacientes como seres integrales, esta mediado por un sistema de salud cuyas políticas son deficitarias y que se manifiestan en carencias de tipo financiero, instrumental y metodológico de las instituciones de salud, sean estas de primer nivel segundo tercer y cuarto nivel de atención. Los problemas de intermediación de las IPS, EPS y otros prestadores de la salud en Colombia, afectan en determinado momento la prestación del servicio y según los profesionales en salud son altamente incidentes en la mala atención de los usuarios.

Lo anterior, de acuerdo con las significaciones de las respuestas de cada profesional, no puede ser una excusa para que cada trabajador de la salud intente darle a su desarrollo deontológico una argumentación y practica ética, a través de la cual pueda prepararse para resolver conflictos que surgen a diario, que generan un clima de tensión, agresión e intolerancia; esto debe ser ponderado cuando se evalúan los lenguajes y recursos lingüísticos que se dan en la interlocución la relación y el trato con los paciente.

Resolver los problemas y los conflictos, exigen preparación al profesional en salud, porque así es posible construir salidas creativas para mejorar la práctica asistencial. Humanizar el trato y poner por encima de cualquier procedimiento técnico o instrumental la vida humana. La mala atención puede ser cualificada, cuando el paciente se asume desde su integralidad y a pesar de las deficiencias del sistema, se construyen espacios de interacción potenciados por el dialogo y la explicación. Los manuales de funciones, los comités interdisciplinarios, las asociaciones de usuarios y los derechos y deberes establecidos en el sistema de salud, no pueden ser los únicos argumentos que se expongan para motivarlas capacidades auto reflexivas sobre una atención integral en salud y que atienda multidimensionalmente a todas las personas que asisten cotidianamente a la clínica.

Se encuentra en la “presencia del otro” (4) y la importancia que este tiene para toda practica asistencial, un componente reflexivo importante de los procesos educativos y de sensibilización que ponen de relieve al paciente como un ser integral; su condición de fragilidad y la reconocida vulnerabilidad que esta genera debe ser un elemento ético, axiológico y practico que fortalece en el profesional sus niveles auto reflexivos y su propia auto sensibilización. Estos argumentos pueden ser útiles en



el mejoramiento de una práctica asistencial que es precaria, instrumentalizada, rígida y deshumanizada, como consecuencia de una política de salud enmarcada en el ajuste fiscal y la racionalización de los recursos.

## DISCUSIÓN

**L**a transdisciplina contribuye en la fundamentación teórica del árbol de problemas, desde el contexto de la investigación que se propone. Se trata de generar condiciones para efectuar un análisis situacional, en donde la participación de los funcionarios de salud es de gran importancia y fundamental para lograr un mapeo del problema. Desde este punto de vista, es pertinente iniciar con un recorrido por la evolución de la técnica, ubicándola en diferentes momentos de su desarrollo y tratando de identificar como ha cambiado hasta los momentos actuales.

El árbol de problemas es útil para “ordenar las ideas y con su definición se pretende localizar el problema central o focal que se quiere solucionar con el proyecto” (5). Una vez localizado el problema, se procede a establecer el nivel relacionar causa efecto, entre los problemas reales que emergen en la discusión, a esto se le denomina “encadenamiento causa/efecto” (6), porque se constituye una especie de trama o de tejido en la que la causalidad de la problemáticas trae consigo un impacto de tipo consecencial en la situación que se analiza. La claridad en la identificación del problema por parte de los participantes es básica si se pretende lograr una cabal comprensión de sus causas y de sus consecuencias al respecto Lira (7) señala “Alguien ha dicho que si se identifica bien el problema que aqueja a una determinada comunidad, de partida ya se tiene el 80% de la solución al mismo”.

Esta localización del problema se realiza con los funcionarios de salud, teniendo en cuenta que ellos cuentan con una capacitación para cumplir con sus funciones y tareas, complementadas mediante el ejercicio práctico de estas y la experiencia acumuladas en su práctica asistencial. Estas dos son fuentes de información que deben aprovecharse al indagar con ellos por los problemas que se derivan en la atención cotidiana de los pacientes, obteniendo así un mapeo inicial de la situación.

El árbol de problemas como técnica implica deliberación, dialogo e interacciona social elementos que desde la transdisciplina se hacen mucho más importantes.



Los principios de la complejidad entran a desempeñar un papel determinante en la consecución de un proceso que es alternativo y que por sus características debe constituirse en un conjunto de elementos diferenciadores, un ejercicio de reflexión individual y colectiva que encuentra en el árbol de problemas transdisciplinar una metodología idónea para generar espacios de comprensión fundados en la participación intersubjetiva y el diálogo interretroactivo; cuando las investigaciones se realizan empleando la investigación acción como estrategia para promover el trabajo en equipo hay elementos que deben fortalecerse como la...” Multidimensionalidad del objeto transdisciplinario” (8) entendido como la diversidad constituyente de los paradigmas que se estudian que en el caso de esta investigación se asumen como perspectivas acerca de la práctica asistencial.

Una práctica asistencial que realza la pertinencia que tiene incentivar en el trabajo en redes y unir sistémicamente los componentes de la atención en salud como la totalidad que pretende potenciarse, porque “Si el movimiento hacia la independencia es un movimiento hacia una totalidad menor, la red de la interdependencia agrupa totalidades menores en totalidades mayores y más abarcadoras” (9)

La transdisciplina como práctica dialogante es básica para que esto se logre mediante la conformación de grupos que sin importar su heterogeneidad y diversidad puedan constituirse como “comunidades de aprendizaje” (10).

Crear comunidades de aprendizaje en las que puedan articularse la complejidad de relaciones que se derivan al confrontar relaciones de pacientes, trabajadores de la salud, redes de apoyo familiar y autoridades no es una empresa fácil en su implementación; exige que el modelo metodológico que se implementa para conocer la realidad y problematizarla se dimensione desde lo pedagógico.

La técnica del árbol de problemas, según Clemow (11) fue empleada en

*La década de los años 70 cuando el ergónomo Robert Villate, director del Instituto para el Mejoramiento de las Condiciones de Trabajo (INPACT) de la Confederación Francesa Democrática del Trabajo (CFDT) publicó su libro sobre El Método del Árbol de Causas (MAC). Este método introduce una lógica diferente a aquella que va en busca del “culpable” y, a cambio, detecta los factores que producen estos eventos con el fin de controlarlos o eliminarlos en la fuente.*



Es una técnica participativa que se utiliza en la identificación de los problemas que afectan la práctica asistencial en la clínica. El análisis se enriquece porque “En esta metodología todas las partes interesadas, como beneficiarios, organizaciones de implementación y gobiernos locales, se involucran en el proceso de identificar y analizar de una manera conjunta sus necesidades, apropiándose de estas. De esta manera, al estar todos los interesados involucrados, es más fácil que acepten los planes establecidos y se comprometan a implementarlos, lo cual es esencial para el desarrollo de un proyecto”(12).

La retroacción y recursividad son importantes para generar en el grupo una retroalimentación positiva y una deliberación que no se quedara tan solo en un problema y en una sola causa, al respecto Cabrera (13). Explica:

*“La esencia de este principio se basa en las retroacciones, y como ejemplo Morin señala que la violencia genera más violencia, en la que la retroalimentación en sentido positivo actúa como un mecanismo planificador de dicho comportamiento violento; en sentido contrario, la retroacción negativa la haría reducir. Las retroacciones, inflacionarias o estabilizadoras, están presentes en los fenómenos económicos, sociales, políticos o psicológicos”.*

Estévez (14) hizo alusión a este tipo de cambio refiriéndose a los modelos educativos en los siguientes términos,

*“En sus fases la realización de diagnósticos de la situación del estudiante, tanto durante la elaboración del diseño como durante su puesta en práctica. Así mismo, orienta sobre las adecuaciones y cambios por realizar durante la marcha de la educación e incluye en sus fases la retroalimentación o retroacción”.*

Se establece entre la investigadora y los participantes una especie de “vinculo pedagógico” Aguilar (15) el cual garantiza la comunicación y el trabajo como parte de un “aprendizaje mutuo” Aguilar (15). Esto es básico para identificar los problemas que están asociados a su práctica asistencial como una actividad diaria y cotidiana. Esta forma de entender una práctica asistencial que genera la valoración de un hombre integral se instaura en la idea de una “sociedad plural” en la que las brechas de inequidad deben acortarse para que la salud sea un patrimonio real que tenga como su único dueño y garante el “todo social” (16).

Es indudable que la transdisciplina sirve de enlace para propiciar los nuevos modos de compartir las visiones de un ser humano integral, máxime cuando se acepta “que



el ser humano es a la vez biológico, síquico, social, afectivo, racional. La sociedad comporta dimensiones históricas, económicas, sociológicas, religiosas...” (17)

Enfrentar multidimensionalmente la atención en salud no puede establecer separaciones ni dicotomías, porque el cambio remite a la diversidad de valores, sentimientos, razones y creencias que se instauradas en la profundidad de un ser humano que es al mismo tiempo una unidad pensante y sentiente “Somos entidades biopsicosociales con heridas emocionales, carencias afectivas y conflictos internos que influyen en nuestro grado de bienestar, armonía y equilibrio” (18). Una práctica asistencial es aquella que dignifica a la persona, sea esta una paciente, un profesional de la salud, un familiar, un jefe asistencial o cualquier otro actor involucrado en la gestión de la salud. El respeto es una virtud sin la cual no es posible valorar integralmente la condición de persona humana que está en cualquier tipo de consideración ética, moral o axiológica efectuada acerca de la práctica asistencial. Savater considera que “respeto a la razón al margen de la fe y a veces subrepticamente contra ella, configura el verdadero punto de partida de las humanidades y del humanismo” (19).

La práctica asistencial en un laberinto de soledad en el cual los pacientes y los mismos funcionarios sienten las repercusiones del aislamiento y la exclusión, a este respeto Quintero afirma que:

“El dolor y el sufrimiento se asocian con la enfermedad y la hospitalización, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; genera sentimientos de miedo y desconfianza, donde el dolor y la soledad terminan por aislar a la persona. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores” (20).

Por lo tanto, compartir el dolor y aminorar el sufrimiento, forma parte de ese rigor, de la apertura y de la tolerancia que exige una práctica asistencial transdisciplinaria; no se trata tan solo de paliar las enfermedades con medicamentos y terapias es mucho más que el uso de los recursos científicos para cada diagnóstico y patología.

El trabajo con la comunidad y los profesionales de la clínica Assbasalud dejo como resultado una aproximación completa a los tres pilares de la transdisciplina planteados por Nicolescu (21) “los niveles de Realidad, la lógica del tercero incluido y la complejidad” esta aproximación muestra que lo transdisciplinar en el caso del objeto de estudio seleccionado puede emplearse en procesos de indagación donde sea necesario identificar problemas en la práctica asistencial, delimitarlos desde la



realidad institucional y tomar democráticamente las decisiones que contribuyen en la solución de los mismos. Además el conocimiento transdisciplinar establece un abordaje de “Verticalidad del acceso a la cognición transdisciplinaria” (22) que sugiere un recorrido compartido entre todos los sujetos mediante el cual sea posible eliminar las barreras de acceso al conocimiento y solucionar colectivamente las resistencias epistemológicas o lingüísticas que se suscitan en las circunstancias investigativas que potencian la conversación y el intercambio conceptual entre actores de la salud que tienen como característica la heterogeneidad y diversidad en sus concepciones, valoraciones y puntos de vista.

## CONCLUSIONES

**L**os profesionales deben ante todo fortalecer sus capacidades auto reflexivas, con respecto a la pertinencia que tiene para ellos asumir sus pacientes como seres humanos integrales; de esto depende en gran medida el buen trato el respeto y la tolerancia, como aspectos fundamentales en la práctica asistencial.

La subjetividad en la atención es mediada en la interlocución con el paciente el profesional no puede alejarse de las realidades de este que forman parte de un devenir cotidiano; todo esto es relevante para considerar que el ser humano que se atiende es multidimensional y dicha integralidad no puede ser reducida a un solo nivel contextual, procedimental e instrumentalista de la práctica asistencial.

La comunicación, la vivencia y los vínculos amigables con los pacientes, son alternativas que desde lo ético pueden atenuar el impacto del macro sistema de salud y construir caminos distintos para que el paciente como ser integral se atienda en lo más profunda y frágil de su condición humana la calidad y el amor en el actúa con profesionalismo, son capacidades que pueden generar respeto, tolerancia y buen trato de un paciente frágil y vulnerable; solo así es posible el obraron paciencia , el aprender solidariamente y la mejora continua de una atención que debe ser integradora y evitar al máximo fragmentar al ser humano que se atiende. Esto no es más que pretender visibilizar al otro que sufre, siente dolor y está altamente afectado por cualquier enfermedad. Trauma emocional o condición de desprotección.



## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los Profesionales, pacientes y familiares con los que trabajamos todo este tiempo, y a las empresas donde se desarrolló el estudio Assbasalud. Al Dr. Israel Sandré Osorio, director de la investigación. Quien con su paciencia, sabiduría y orientaciones nos guio hasta lograr consolidar la investigación.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guillén MF. Business Groups in Emerging Economies: A Resource-Based View. *Acad Manage J.* 1 de junio de 2000;43(3):362-80.
2. ASSBASALUD E.S.E. – Hace parte de mi vida. (s. f.). Recuperado 9 de noviembre de 2018, de <http://www.assbasalud.gov.co/>
3. Taborga CEV, Taborga OÁV, Castellón RV. Determinación del tamaño muestral mediante el uso de árboles de decisión [Internet]. Universidad Privada Boliviana; 2011 ene [citado 9 de abril de 2018]. (Investigación & Desarrollo). Report No.: 0311. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/iad/wpaper/0311.html>
4. Isidoro Berenstein. El sujeto y el otro: de la ausencia a la presencia [Internet]. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2001 [citado 9 de abril de 2018]. 199 p.
5. Sánchez, N. El marco lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos [Internet]. 2007 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.revistavirtualpro.com/biblioteca>
6. Morales MF. Control estratégico de gestión en unidades de información. *E-Cienc Inf.* 1 de enero de 2014;4(1):1-16.
7. Silva Lira I. Metodología para la elaboración de estrategias de desarrollo local [Internet]. Santiago, Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Inst. Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social; 2003 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/lpes/9/LCL2019P/sgp42.PDF>
8. De la Rosa, A. Una perspectiva transdisciplinaria para analizar la Comunicación en la era digital. *Razón y palabra*, 2005; 48 (1):1-10.
9. Mireles, A. K. C. La Dependencia Emocional. Una visión integradora. 2007.
10. Zaitegi, N. La educación en y para la convivencia positiva en España. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 2016; 8(2):93-132.
11. Clemow AC. El Método del Árbol de Causas Aplicado a la Investigación de Accidentes Laborales. *INGENIARE* [Internet]. 3 de marzo de 2016 [citado 7 de abril de 2018]; 0(13). Disponible en: <http://www.unilibrebaq.edu.co/ojsinvestigacion/index.php/ingeniare/article/view/372>
12. Xavier Hernández Cardona. 12 ideas clave. Enseñar y aprender historia [Internet]. 2. a ed. Barcelona: GRAO; 2013 [citado 7 de abril de 2018]. 179 p. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/ebook-12-ideas-clave-ensenar-y-aprender-historia-ebook/9788499803784/1958894>

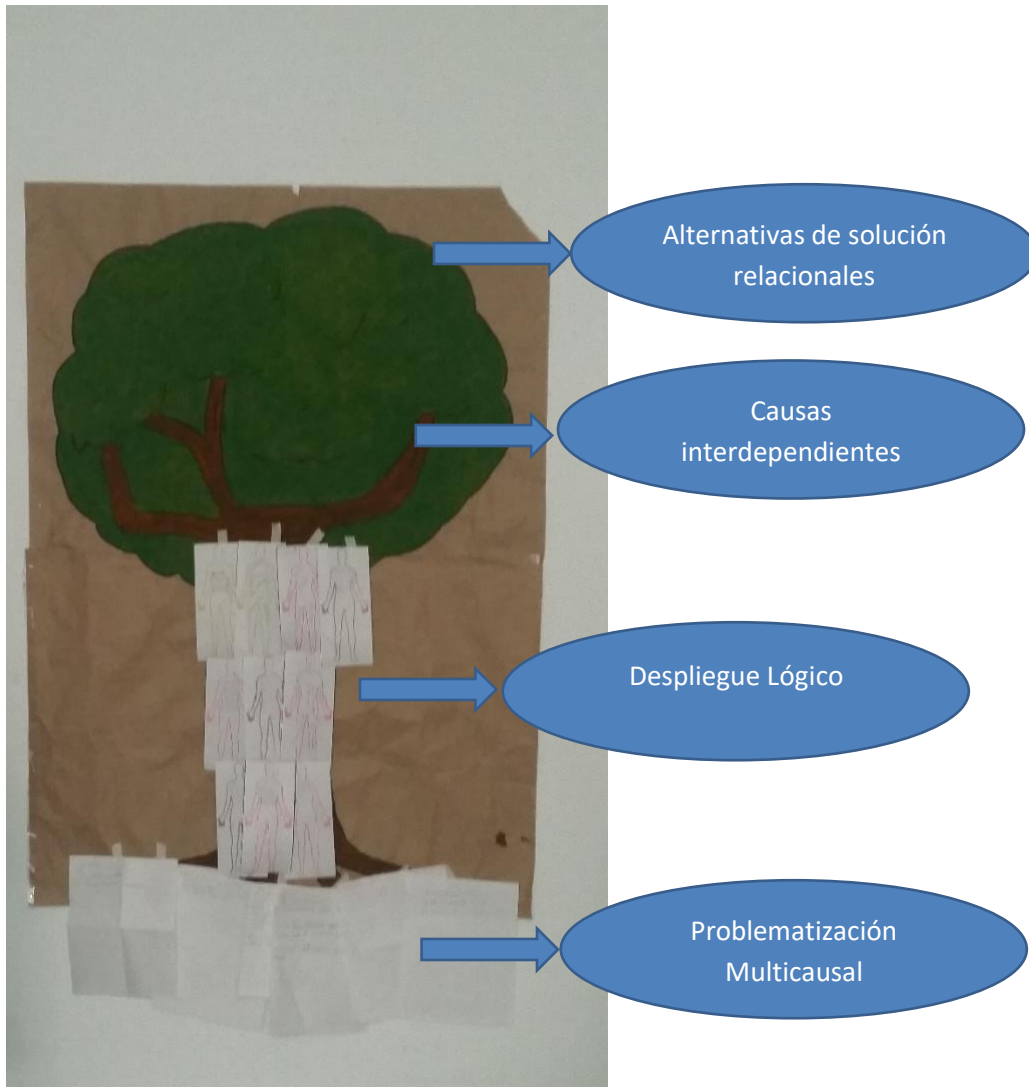




13. Leonellha Barreto Dillon. Análisis Con El Árbol de Problemas [Internet]. Scribd. [Citado 28 de abril de 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/285933213/Analisis-Con-El-Arbol-de-Problemas>
14. Cabrera AJP. Edgar Morin y el pensamiento de la complejidad. 2004; 1:15.
15. Estévez Nénninger. Enseñar a aprender: estrategias cognitivas. México: PAIDOS IBERICA; 2013. 232 p.
16. Solórzano G A. El hombre, un ser integral. Foro de Educación, 2008; 6 (10): 347-367
17. Morin E. La vía: para el futuro de la humanidad. Grupo Planeta Spain, 2011
18. Sanz JO. El factor humano en la relación clínica. El binomio razón Emoción. Medicina Clínica. 2000; 114(6): 222-226.
19. Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel. 1997.
20. Quintero MCL. Espiritualidad y afecto en el cuidado de Enfermería Avances Conceptuales del Grupo de Cuidado. En Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998.
21. Nicolescu B. La transdisciplinariedad: manifiesto. Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, AC. 2009.
22. De la Rosa, Amaro. Una perspectiva transdisciplinaria para analizar La comunicación en la era digital. Razón y palabra, (48).2005.

Anexo 1.

Árbol de problemas Transdisciplinar



Creacion Propia.