ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA

De la Fundació "la Caixa"

ENFERMERÍA: ¿TRABAJA EN EQUIPO?

AUTORES:
Bautista Martín, Encarnación.
Devesa Pradells, Ana.
Guitart Aparicio, Mónica.
Palma Bocanegra, Miguel Ángel.
Pérez Hinarejos, Montserrat.

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para obtención del Máster.

Máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería			
Traba	ajo dirigido por el profesor:		
	Esteve Pont		
Comi	sión evaluadora:		
	Monserrat Teixidor Esteve Pont	Presidenta Secretario	
	Concepción Ferrer	Vocal	
	Marisol Rodríguez	Vocal	
	José Tejada	Vocal	
Prese	entado en fecha: 2008.		
Acep	tado en fecha:		
Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.			

AGRADECIMIENTOS

Por guiarnos, aconsejarnos, ayudarnos y motivarnos durante todo el proceso de investigación, agradecemos su inestimable aportación a:

- Dr. Esteve Pont,
- Sra. Montserrat Teixidor,
- Sr. José Tejada.

Por su gran predisposición a las Sras. Leonor Pérez y Sandra Estruga.

Al resto de profesores del máster por ampliar nuestros conocimientos y motivarnos en nuestro camino.

A la Sra. Nuria Martí, Directora de Enfermería del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP), por sugerirnos el tema de nuestra investigación y apoyarnos en el proceso de la misma.

Por su colaboración a:

- La Subdirectora de Enfermería del HUGTyP:
 - Sra. Roser Cruz;
- Las Supervisoras de Enfermería:
 - Sra. Silvia Chopite,
 - Sra. Hermelina Jiménez,
 - Sra. Mercè Roldan,
 - Sra. Consuelo Villanueva.

A todo el personal de Enfermería del HUGTyP por su espíritu de colaboración.

A nuestras familias por su apoyo y paciencia.

______ pág. 3

ÍNDICE

1. Introducción.	Pág. 6
2. Objetivos de la investigación.	Pág. 7
3. Marco teórico.	Pág. 7
 Antecedentes históricos. 	Pág. 9
	Pág. 14
equipo de trabajo.	J
Trabajo en equipo.	Pág. 17
o Ventajas del trabajo en	Pág. 31
equipo.	J
o Inconvenientes del trabajo	Pág. 34
en equipo.	
o Equipos de trabajo y	Pág. 35
estructuras organizativas.	
 Equipo de trabajo y otros 	Pág. 36
grupos de la organización.	·
o Elementos para la	Pág. 37
compresión del equipo de	
trabajo.	_,
o Los roles en el equipo de	Pág. 39
trabajo.	D' 10
 Claves del trabajo creativo 	Pag. 42
en el equipo.	Dán 44
o Trabajar creativamente en	Pag. 44
equipo. o Herramientas para trabajar	Dág 46
o Herramientas para trabajar en equipo.	ray. 40
o La realidad emocional de	Pág 53
los equipos.	1 ag. 55
o Dificultades para el trabajo	Pág. 55
en equipo.	. ag. cc
 Enfermería y el equipo. 	Pág. 60
Calidad.	Pág. 63
o Conceptos básicos.	Pág. 65
o Implantación de un sistema	_
de calidad.	J
o La calidad de la	Pág. 66
organización.	-
 Satisfacción laboral. 	Pág. 76
 Influencia del estilo de supervisión 	Pág. 80
en el trabajo en equipo.	
 Antecedentes históricos. 	Pág. 81
 Aplicación de las técnicas 	Pág. 84

del liderazgo en enfermería.	
 El liderazgo positivo en la 	Pág. 85
enfermería.	
Conocimiento de las competencias	Pág. 90
4. Hipótesis.	Pág. 94
5. Metodología.	Pág. 94
Variables.	Pág. 94
 Análisis de las variables. 	Pág. 95
6. Método.	Pág. 97
7. Población-muestra.	Pág. 97
8. Instrumentos.	Pág. 99
9. Resultados.	Pág. 100
Caracterización de la muestra.	Pág. 100
 Variables socio- 	Pág. 100
demográficas.	D (101
o Variables laborales.	Pág. 101
 Variables formativas. 	Pág. 104
 Variables del equipo de 	Pág. 106
trabajo. o Variables de satisfacción	Dág 107
 variables de satisfacción laboral. 	Pág. 107
Variables de calidad	Pág. 108
asistencial.	r ag. 100
Análisis inferencial.	Pág. 109
Análisis de las entrevistas.	Pág. 134
Análisis de la discusión en grupo.	Pág. 137
10. Valoración de los resultados y	Pág. 140
conclusiones.	_
11. Propuestas.	Pág. 141
12. Límites de la investigación.	Pág. 142
13. Nuevas líneas de investigación.	Pág. 143
14. Bibliografía.	Pág. 144
15. Anexos.	Pág. 148
o Anexo I	Pág. 149
o Anexo II	Pág. 155
o Anexo III	Pág. 159
o Anexo IV	Pág. 179

1. INTRODUCCIÓN

El diccionario Webster (Merrill E. Douglas, Donna N. Douglas, 1997) define e un equipo como "un grupo que trabaja en común", más profundamente es "un conjunto de personas que deben confiar en la colaboración colectiva para que cada miembro experimente el mayor éxito y logre más ampliamente sus objetivos".

Las estructuras de las empresas modernas funcionan con una base clara de la división del trabajo para conseguir unos objetivos en común, trasladado a nuestro sistema de salud este objetivo será el conseguir la curación, la rehabilitación o la muerte digna del cliente.

El presente estudio se centra en nuestro hospital. Es un centro público del ICS. Actúa como un hospital general básico para una población de mas de 200.000 habitantes de Badalona y Sant Adriá del Besós y como un hospital de referencia y alta tecnología para casi 800.000 personas que viven en el Barcelonés Nord y Maresme. Además es un centro investigador y docente de primer nivel.

El hospital cuenta con unos recursos físicos de 643 camas, 51 camas de críticos, 27 camas de semicríticos, 24 plazas de hospital de día, 8 plazas de cirugía sin ingreso, 16 quirófanos, 3 salas de partos, 97 consultas externas, 29 gabinetes y 43 boxes de urgencias.

Siguiendo las directrices del ICS, y tomando como referencia el "Projecte de definició i avaluació de competències assistencials de la infermera en l'àmbit hospitalari" (instrumento COM-VA) (2005), la competencia 6: trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante. Y concretamente 6.2: Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo dentro del equipo de enfermería.

En un hospital de alta complejidad con una realidad cambiante y un gran volumen de actividad, el trabajo en equipo favorece la organización, la innovación, la satisfacción, la calidad y la excelencia en la atención del usuario. La comunicación es la base del trabajo en equipo. Es un instrumento de cambio y favorecedora del couching.

Dentro del equipo asistencial al usuario encontramos diferentes profesionales con unas competencias específicas para cada uno de ellos y que uniendo dichas competencias y sus esfuerzos lograrán el objetivo.

El estudio citado tratará de averiguar si existe o no alguna problemática en la relación del equipo de enfermería (equipo de cuidados), es decir, entre enfermeras diplomadas y auxiliares de enfermería.

Este estudio es necesario debido a la manifestación por parte del personal de enfermería a la dirección de desacuerdos dentro del equipo de trabajo de cuidados.

La Dirección de Enfermería de nuestro centro adopta como modelo de cuidados el de Virginia Henderson. Para poder desarrollar todo el proceso de cuidados con calidad y excelencia, el trabajo en equipo es imprescindible. Esta es una de las prioridades de nuestro centro. Trabajar en equipo favorece la motivación, tanto profesional como personal, la pertenencia a la unidad y también como elemento de fidelización del personal a la institución reduciendo en parte el absentismo laboral.

Ante la necesidad de conseguir, fundamentar y estudiar los puntos fuertes y débiles del trabajo en equipo del personal de enfermería en nuestro hospital, desarrollamos este estudio.

2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

- 1. OBJETIVO GENERAL.
 - 1. Conocer cómo trabaja el equipo de enfermería en el centro.
- 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
 - 1. Detectar factores que distorsionen el equipo de enfermería.
 - 2. Proponer líneas de actuación para un buen trabajo del equipo de enfermería.

3. MARCO TEÓRICO

Uno de los cambios más importantes ocurridos en las instituciones sanitarias durante los últimos años, ha sido la reorganización del trabajo clínico en equipos interprofesionales.

El cuidado del paciente se hace cada vez más complejo y requiere la colaboración eficaz entre los profesionales.

Colaboración significa trabajar juntos. Colaboración se toma en el sentido de compartir información, coordinar el trabajo, y tomar decisiones en conjunto acerca de aspectos de la atención del paciente.

El enfoque de colaboración presupone que compartir la atención y la coordinación del trabajo entre profesionales requiere compartir las responsabilidades. Aunque debido a la complejidad y cuidados peculiares que requiere cada paciente hace difícil dividir explícitamente las tareas con anticipación entre los profesionales. Por ello, se espera que la colaboración dé

como resultado una alta frecuencia de toma de decisiones en conjunto, una frecuente adaptación de la atención a las necesidades del paciente, y a rápidos cambios en la asignación de tareas entre los profesionales.

Se puede decir que hay 3 factores que han acentuado la necesidad del trabajo en equipo:

- Concepción más global del paciente.
- 2. Necesidad de asegurar una continuidad entre los profesionales cada vez más especializados y fragmentados.
- 3. Influencia de las políticas que promueven el trabajo en equipo para lograr una atención sanitaria de calidad.

La colaboración es el elemento que más influencia el trabajo en equipo.

Cuando los profesionales de un equipo de salud consiguen trabajar en colaboración, se esperan resultados positivos tanto para los pacientes como para los profesionales, las organizaciones y el sistema.

Hay pocos elementos válidos que permitan medir el grado de colaboración interprofesional en el contexto de los equipos se salud.

Podemos englobar en 4 las actividades desarrolladas en equipo:

- 1. La recogida de datos y la identificación de problema.
- 2. La toma de decisiones.
- 3. La planificación de la intervención.
- La evaluación de los resultados.

El trabajo en equipo requiere de un equipo configurado, conducido apropiadamente y soportado por una organización que invierte recursos en los factores que conducen al éxito.

Los equipos que se perciben como más efectivos suelen tomar más acciones para mejorar la calidad asistencial.

La calidad hace referencia a la capacidad para entregar el servicio propuesto. Incluye los siguientes aspectos: logro de metas o estándares predeterminados; incluir los requerimientos del paciente en la determinación de las metas; considerar la disponibilidad de recursos en la fijación de las metas y reconocer que siempre hay aspectos por mejorar.

También hemos de valorar la satisfacción del usuario y del trabajador, entendiendo que satisfacción es la complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador por las condiciones en las cuales brinda el servicio. Se pueden dividir en tres grados:

- Satisfacción completa: cuando las expectativas del paciente/trabajador son cubiertas en su totalidad.
- 2. Satisfacción intermedia: cuando las expectativas del paciente/trabajador son cubiertas parcialmente.
- 3. Insatisfacción: cuando la expectativas del paciente/trabajador no son cubiertas.

La comunicación entre los profesionales del arte de curar puede ser ocasionalmente formal y superficial, mal coordinada, la toma de decisiones profesionales en forma autónoma es frecuente. El trabajo que realiza cada profesional puede hacerse rutinario, respondiendo menos a las necesidades del paciente de lo que sería posible. Estos factores pueden afectar tanto a la calidad como la eficiencia de la atención a los pacientes.

Si la carencia de la colaboración contribuye a crear problemas de calidad y eficiencia en la atención del paciente, las intervenciones para mejorar la colaboración deberían teóricamente tener un efecto positivo sobre la atención.

Es necesaria una formación específica del equipo asistencial. Sería conveniente entrenar a los profesionales en temas de colaboración; conformación de equipos por medio de seminarios, reuniones u otros mecanismos; desarrollo de la capacidad de comunicación por medio de cualquier forma de entrenamiento; coordinación de la atención; y proyectos centrados en el paciente.

De esta manera se mejora la eficacia, los comportamientos colectivos, la reducción de errores y mejora las aptitudes de los profesionales. Es decir el trabajo en equipo se basa en la contribución individual de sus miembros para su desempeño colectivo.

También es importante remarcar que las medidas para obtener unos buenos resultados no suponen un aumento de carga de trabajo.

Se ha de valorar cualquier cambio que se proponga. Deben iniciarse investigaciones para estudiar la eficacia de la intervención en mejorar la colaboración.

Antecedentes históricos.

Hasta el principio de siglo XX, el pensamiento sobre las organizaciones fue dominado por los autores clásicos (Taylor, Fayol, etc.). Éstos se contentaron con una concepción de la motivación en la que está quedaba reducida a la mínima expresión. Se concentran en el hombre que trata de obtener el máximo placer a cambio de un mínimo esfuerzo.

Las personas que trabajan, es para obtener una recompensa económica que les permita satisfacer ciertas necesidades al margen del trabajo. Las personas deben ser dirigidas y requieren un estricto control de su comportamiento para la obtención de los objetivos de la organización, es decir, se habla de autoridad, jerarquía o racionalización de trabajo.

En 1925 surge la escuela de Relaciones Humanas basándose en un nuevo lenguaje en la administración: motivación, liderazgo, comunicación, organización informal, etc.

La experiencia de dicha escuela (Hawthorne) confirmó que las recompensas económicas no son la única motivación del hombre, sino existen otros tipos de recompensas: las sociales, simbólicas y no materiales.

Te	oría X	Teoría Y
1.	El trabajo es algo intrínsecamente desagradable para la mayoría de la gente.	El trabajo resulta alto tan natural como el juego si se dan las condiciones favorables para ello.
2.	La mayor parte de las personas son holgazanas e irresponsables.	2. A las personas les gusta trabajar y aceptan asumir responsabilidades.
3.	La mayoría tiene escasa creatividad para la solución de los problemas.	3. La creatividad para la solución de los problemas está muy difundida entre los habitantes de un país.
4.	A la gente hay que darle motivaciones externas para que trabaje.	La gente tiene motivaciones internas para trabajar.
5.	A la gente hay que vigilarla estrechamente y a menudo obligarla para alcanzar los objetivos que persiguen en el trabajo.	 Las personas pueden obrar de forma autónoma y empeñarse en alcanzar los objetivos que se persiguen, con tal de que se las motive adecuadamente.

El estudio Hawthorne ilustra algunos elementos esenciales para la eficacia de grupo, porque el experimento mostró la posibilidad de tomar un grupo de empleados al azar e integrarlos en un equipo de trabajo altamente productivo.

Dos de los primeros autores en el área administrativa que comenzaron a subrayar el concepto de equipo como parte importante de la teoría de la organización y la administración fueron Douglas McGregor (1960) y Rensis Likert (1961).

McGregor (1960) identificó las características de un equipo de trabajo eficaz (véase la figura 1). Mientras la forma de dirección de Likert se denomina dirección de "grupo participativo". Likert (1961) identificó veinticuatro propiedades y características para el desempeño del grupo ideal, altamente eficaz, de acuerdo con la figura 2.

4	Fl (continue) (continue) of continue to the continue continue to th		
1	El "ambiente" tiende a ser informal, cómodo, relajado. No hay tensiones obvia. Es un ambiente de trabajo donde las personas están involucradas e interesadas. No hay señales de		
	aburrimiento.		
2	Hay mucha discusión y prácticamente todos participan, pero se mantiene dentro de las tareas del grupo. Si la discusión se sale del tema, alguien la traerá de vuelta en poco tiempo.		
3	La tarea o el objetivo del grupo son bien entendidos y aceptado por los miembros. En algún momento habrá discusión libre del objetivo, hasta que se formule de tal modo que los miembros del grupo puedan comprometerse a ello.		
4	Los miembros se escuchan unos a otros. La discusión no tiene la calidad de saltar d una idea a		
7	otra que no tenga relación con la primera. Cada una de las ideas tiene la oportunidad de ser escuchada. Aparentemente, nadie teme aparecer como tonto al proponer una idea creativa, aunque parezca bastante drástica.		
5	Hay desacuerdo. El grupo se siente cómodo con esto y no da señales de tener que evitar el conflicto o de mantener las cosas en un nivel de dulzura y ligereza. No se reprimen los desacuerdos ni son anulados con una acción prematura del grupo. Se estudian las razones de las objeciones con cuidado y el grupo busca resolverlas en vez de dominar al disidente. Por otra parte, no existe la "tiranía de la minoría". Los individuos que están en desacuerdo no parecen intentar dominar al grupo o expresar hostilidad. Su desacuerdo es una expresión de auténtica diferencia de opinión y esperan ser escuchados con el fin de encontrar una solución. En ocasiones hay desacuerdos básicos que no es posible resolver. El grupo encuentra que es posible vivir con éstos, aceptándolos, pero sin permitir que bloquean sus esfuerzos. En algunas circunstancias, la acción se postergará para permitir que los miembros estudien el problema con		
	mayor profundidad. En otras ocasiones, cuando no es posible resolver el desacuerdo y se hace necesaria la acción, se realizará ésta, pero con cautela y reconociendo que puede reconsiderarse posteriormente.		
6	La mayor parte de las decisiones se toman por consenso, en el cual es evidente que todos, en general, están de acuerdo y dispuestos a adherirse. No obstante, hay poca tendencia a que los individuos que se oponen a la acción mantengan su oposición en privado y así permitan que un aparente consenso oculte el verdadero desacuerdo. La votación formal es mínima, el grupo no acepta que la mayoría sea base adecuada para la acción.		
7	La crítica es frecuente, franca y relativamente cómoda. Hay poca evidencia de ataques personales, ya sea abierta o furtivamente. La crítica tiene un enfoque constructivo orientado a remover un obstáculo al que se enfrenta el grupo y que impide que el trabajo se realice.		
8	Todos tienen la libertad de expresar sus sentimientos así como sus ideas sobre el problema y sobre la operación del grupo. Hay poca indecisión y pocas "agendas ocultas". Todos parecen saber cómo se sienten los demás respecto a cualquier tema que se está discutiendo.		
9	Cuando se decide realizar una acción, se hacen asignaciones claras y éstas son aceptadas.		
10	El presidente del grupo no lo domina ni tampoco el grupo muestra deferencia hacia él. De hecho, al observar la actividad, está claro que el liderazgo cambia de vez en cuando, dependiendo de las circunstancias. Diferentes miembros, debido a sus conocimientos o experiencia, están en posición, en diversos momentos, de actuar como "recurso" para el grupo. Los miembros los utilizan de este modo y ellos ocupan papeles de líderes el tiempo que se les asigne tal posición. Hay poca evidencia de una lucha por el poder mientras opera el grupo. La cuestión no es quién controla, sino cómo llevar a cabo el trabajo.		
11	El grupo está consciente de sus propias operaciones. Con frecuencia, se detiene para estudiar cómo lo está haciendo o qué puede estar interfiriendo con su operación. El problema puede ser una cuestión de procedimiento o puede tratarse de un individuo cuyo comportamiento está obstaculizando el cumplimiento de los objetivos del grupo. Sea lo que sea, se discute abiertamente hasta encontrar la solución.		

Figura 1. Douglas McGregor, The Human Side of Enterprise, págs. 232-235. 1960.

4			
1	Los miembros tienen habilidades para desempeñar tanto el papel de líder como el de miembro, y		
	para cumplir las funciones requeridas para la interacción de líderes y miembros y de miembros y otros miembros.		
0			
2	El grupo ha existido el tiempo suficiente para haber desarrollado una relación de trabajo bien establecida y relajada entre todos los miembros.		
3	Los miembros del grupo se sienten atraídos por éste y son leales con sus miembros, incluyendo		
	al líder.		
4	Los miembros y los líderes tienen un alto grado de confianza entre ellos.		
5	Los valores y metas del grupo constituyen una integración satisfactoria y una expresión de los		
	valores y necesidades relevantes de sus miembros. Ellos han ayudado a conformar esos valores y metas y se sienten satisfechos con ellos.		
6	En la medida que los miembros del grupo desempeñen funciones que los unan, buscarán que		
	exista armonía entre los valores y metas de los grupos con los que se relacionan.		
7	Cuanto más importante resulte un valor para el grupo, mayor será la probabilidad de que los		
	miembros, de manera individual, lo acepten.		
8	Los miembros del grupo se sienten muy motivados a acatar los principales valores y alcanzar las		
	metas importantes para el grupo. Cada uno de los miembros hará lo posible – y en ocasiones		
	aún más – para ayudar a que el grupo logre sus objetivos centrales. Cada uno de los miembros		
	espera que los otros hagan lo mismo.		
9	Todas las actividades de interacción, solución de problemas y toma de decisiones del grupo		
	ocurren en un ambiente de apoyo. Las sugerencias, comentarios, ideas, información y críticas se		
	presentan con un espíritu de servicio. De modo semejante, estas aportaciones se reciben con el		
	mismo espíritu. Se respeta el punto de vista de los otros, tanto en la forma en que se hacen las		
	aportaciones como en la forma en que se reciben.		
10	El superior de cada grupo de trabajo ejerce una importante influencia para establecer el tono y el		
	ambiente de ese grupo de trabajo, de acuerdo con sus principios y prácticas de liderazgo. En un		
	grupo altamente eficaz, por consiguiente, el líder se adhiere a esos principios de liderazgo que		
	generan un ambiente de apoyo en el grupo y una relación cooperativa en vez de competitiva		
11	entre los miembros. El grupo está ansioso por ayudar a cada miembro para que desarrolle todo su potencial. Por		
11	ejemplo, se encarga de que la información técnica pertinente y la capacitación en habilidades		
	interpersonales o de grupo estén a disposición de cada miembro.		
12	Cada uno de los miembros acepta de buena gana y sin resentimiento las metas y expectativas		
	que un individuo y el grupo establecen para sí mismo. No hay angustia, temor, ni presión		
	emocional producida por la presión directa por parte del jefe en una situación jerárquica para		
	lograr el mejor desempeño. Parece que los grupos son capaces de establecer metas de alto		
	desempeño para el grupo en su totalidad y para cada miembro. Estas metas son lo		
	suficientemente elevadas como para estimular a cada uno de sus miembros para que haga su		
	mejor esfuerzo, pero no tanto como para crear ansiedad o temor al fracaso. En un grupo eficaz,		
	cada quien puede ejercer suficiente influencia sobre las decisiones del grupo para impedir que		
	se establezcan metas inalcanzables para cualquier miembro, mientras establece elevadas metas		
46	para todos. Las metas se adaptan a la capacidad del miembro para actuar.		
13	El líder y los miembros están convencidos de que cada uno de ellos puede realizar lo		
	"imposible". Las expectativas logran que cada uno de los miembros haga su máximo esfuerzo y		
	aceleran el crecimiento personal. Cuando es necesario, el grupo modera el nivel de expectativa		
1.4	para que el miembro no se sienta frustrado por el fracaso o el rechazo.		
14	Cuando es necesario o aconsejable, otros miembros del grupo ayudarán a uno para que alcance con éxito las metas que le fueron asignadas. La ayuda mutua es característica de los grupos		
	altamente eficaces.		
15	El ambiente de apoyo de los grupos altamente eficaces estimula la creatividad. No se exige		
13	conformidad estrecha, como sucede con los grupos que trabajan con líderes autoritarios. Nadie		
	tiene que decirle "sí" al jefe, ni se recompensa a una persona por hacerlo. El grupo da gran valor		
	a los nuevos enfoques creativos, a las soluciones a sus problemas, y a los problemas de la		
	organización de la cual forma parte.		
16	El grupo conoce el valor de la conformidad "constructiva" y sabe cuándo debe usarla y para qué		
	fines. Aunque no permite que la conformidad afecte de manera adversa los esfuerzos creativos		
	de sus miembros, sí espera la conformidad en asuntos mecánicos y administrativos para ahorrar		
	, and a second s		

	tiempo y facilitar las actividades del grupo.
17	Hay una fuerte motivación por parte de cada miembro para comunicar al grupo amplia y francamente toda la información relevante y de valor para la actividad del grupo.
18	Hay una gran motivación en el grupo para utilizar el proceso de comunicación de manera que sirva mejor a los intereses y metas del grupo. Cada cuestión que un miembro considere importante, pero que por algún motivo se ha ignorado, se repetirá hasta que reciba la atención que merece. Los miembros también procuran evitar comunicar información que carece de importancia, con el fin de que el grupo no pierda el tiempo.
19	Así como hay una gran motivación para la comunicación, también hay fuertes motivaciones para recibir comunicaciones. Cada uno de los miembros está realmente interesado en cualquier información sobre algún asunto pertinente que pueda proporcionar cualquier miembro del grupo. Esta información es bien recibida y se confía en que se da con honestidad y sinceridad. Los miembros no buscan información "oculta" ni tratan de interpretarla dándole algún sentido contrario a su significado.
20	En un grupo altamente eficaz existen firmes motivaciones para intentar ejercer influencia sobre otros miembros y también para aceptar la influencia de ellos. Esto se aplica a todas las actividades del grupo: asuntos técnicos, métodos, problemas organizacionales, relaciones interpersonales y procesos de grupo.
21	Los procesos de grupo en uno altamente eficaz permiten a los miembros ejercer más influencia sobre el líder y también comunicarle más información, incluyendo sugerencias sobre lo que debe hacerse y cómo podría el líder realizar el trabajo mejor de lo que es posible en una relación individual. Al "lanzar la pelota" de un lado a otro entre los miembros, el grupo puede comunicar información al líder, lo cual no se atrevería a hacer una sola persona en forma individual.
22	La habilidad de los miembros de un grupo para ejercer influencia sobre los demás contribuye a la flexibilidad y adaptabilidad del grupo. Las ideas, metas y actitudes no se congelan si los miembros son capaces de ejercer influencia, unos sobre otros, de manera continua.
23	En un grupo altamente eficaz, los miembros se sienten seguros de las decisiones que toman y que les parecen apropiadas, porque cada uno de ellos entiende claramente la filosofía de la operación y las metas, y esto ofrece una base sólida para tomar decisiones. Esto desencadena la iniciativa y fomenta la toma de decisiones al mismo tiempo que mantiene un esfuerzo coordinado y directo.
24	Se selecciona con mucho cuidado al líder del grupo altamente eficaz. Su capacidad para ejercer el liderazgo es tan evidente que probablemente surgiría como líder en cualquier situación sin estructura. Para aumentar la probabilidad de que se elija a alguien con mucha capacidad para el liderazgo, quizá la organización aproveche las nominaciones que haya hecho otra organización y utilice métodos relacionados para la selección de los líderes del grupo.

Figura 2. Rensis Likert, New Patterns of Management, págs. 166-169. 1961.

En un análisis más reciente, que emplea las ideas del equipo deportivo, Robert Keidal (1984) identifica el paralelismo entre la variación en los equipos deportivos y la variedad en el entorno organizacional. El autor utiliza los equipos de béisbol, futbol y baloncesto para demostrar algunas de las diferencias. Dice que el béisbol se parece algo a una organización de ventas. Los miembros del equipo son relativamente independientes unos de otros, y aunque se requiere que todos estén en el campo juntos, virtualmente nunca interactúan juntos al mismo tiempo.

El futbol es bastante distinto. En realidad hay tres subequipos dentro del equipo total – el equipo ofensivo, el defensivo y el especial. Cuando el subequipo se encuentra en el campo, cada jugador está involucrado en cada jugada, lo cual no es el caso del béisbol. Pero el trabajo de equipo se centra en el subequipo, no en el equipo total.

El baloncesto es algo muy diferente. En este caso, el equipo es pequeño, todos juegan en un solo equipo. Cada uno de los jugadores está involucrado en todos los aspectos del partido.

Keidal señala que los equipos organizacionales pueden variar, así como los equipos deportivos son diferentes.

Ya que los equipos son diferentes, el tipo de estructuración necesaria para la formación de equipos varía. Es importante hacer un buen diagnóstico de las condiciones que afectan al equipo y los tipos de problemas que enfrenta, antes de lanzarse a un programa para la formación de equipos. Además de los problemas del equipo y las demandas estructurales, los equipos varían en una gama de dimensiones, tales como las metas, objetivos inmediatos y presiones.

Los equipos también son diferentes en cuanto a su tamaño, longevidad, las características de los miembros, la intensidad y frecuencia de la interacción y la importancia del equipo para sus miembros.

Diferencia entre grupo y equipo de trabajo.

En cierta bibliografía revisada, el término de grupo de trabajo y equipo de trabajo es sinónimo, pero en fechas más reciente estos términos presentan importantes diferencias.

Desde el principio de nuestra vida, el ser humano, siempre nos hemos agrupados y hemos interaccionado con otras personas (familia, compañeros de clase, asociaciones, amigos y naturalmente compañeros de trabajo). Se define grupo a dos o más personas que se relacionan con un propósito, cuando hablamos de grupo de trabajo, estas personas no generan un producto de trabajo conjunto, es decir, no trabajan para conseguir un objetivo común y por tanto no es un verdadero equipo.

En las empresas actuales, nadie trabaja aislado de los demás. En la mayoría de los casos, la consecución de los resultados satisfactorios depende de las personas que trabajan juntas que comparten necesidades y metas, que tienen en cuenta a los otros en sus acciones.

Para diferenciar el grupo y el equipo de trabajo, realizamos la definición mencionada por S.P. Robbins (1994) en "Fundamentos de administración":

<u>Grupo</u>: consta de dos o más personas que se reúnen para alcanzar ciertos objetivos, comparten información, pero no necesitan participar en una tarea colectiva que requiera un esfuerzo común. En definitiva su funcionamiento se basa en la suma de las aportaciones individuales, pero no existe una sinergia que genere un grado de desempeño mayor al que resulta de la suma de las aportaciones.

<u>Equipo:</u> existe una sinergia positiva mediante un esfuerzo coordinado. Los esfuerzos individuales producen un desempeño mayor que las aportaciones individuales.

Así pues, nace el equipo de trabajo que está constituido por un número de personas con habilidades complementarias que se han comprometido con un propósito común, con unos objetivos de actuación.

Algunas diferencias entre grupo y equipo de trabajo son:

GRUPO	EQUIPO
La comunicación no tiene que tener necesariamente una direccionalidad.	La direccionalidad en la comunicación es una de las características más relevantes en la mayor cantidad de interacciones.
La comunicación no necesariamente se orienta a establecer un diálogo en búsqueda del consenso.	Salvo en casos muy puntuales la comunicación está orientada a diálogos en búsqueda del consenso.
Su construcción no se orienta al logro de resultados mesurables.	Se constituye para el logro de resultados mesurables.
La sensación de pertenencia (con referencia a sí mismo y a otros grupos) puede ser muy baja o alta.	Según la posibilidad que tiene el tipo de equipo en análisis, de ser posible se estimula la sensación de pertenencia. Favorece la integración y la orientación a resultados.
La pertinencia en relación con la tarea puede ser baja. El estilo de intervención del coordinador puede favorecer su desarrollo o no.	La pertinencia en relación con la tarea tiene que ser elevada. El equipo se constituye y tiene su sentido por y en la tarea.
La especialización individual no es un factor determinante para la tarea del grupo. En determinados casos la heterogeneidad de los integrantes se estimula.	La especialización individual y la coespecialización en equipos es un factor clave para realizar la tarea y elevar la productividad del equipo.
En algunos casos tienen un coordinador.	Salvo en el caso de la gestión de equipos denominados autodirigidos, estos tienen alguien que los conduce o dirige: gerente, director, etc.
Salvo la función del coordinador, en los integrantes, generalmente, no hay funciones definidas diferenciadas.	Aunque sean polifuncionales o interdisciplinarios, una clara definición de funciones, es característico de la operación de los equipos.
Desarrolla estrategias, tácticas y técnicas en forma explícita ocasionalmente. Desarrolla	Los roles varían en los integrantes en el devenir grupal. En ciertos grupos se favorece

estrategias, tácticas y técnicas explícitamente	la rotación de roles. Estímulo al rol de
para realizar la tarea y lograr resultados.	liderazgo. Fomento del desarrollo de líderes
	en los equipos.
El protagonismo es un resultado de un	El protagonismo es el resultado de la
complejo proceso "de asunción y adjudicación	producción del equipo. El equipo busca
de roles".	asimismo el protagonismo del equipo.
La competencia se advierte en muchas	La competencia es fomentar en el desarrollo
oportunidades como perjudicial para la	del potencial del equipo. Esta se entiende
operativa del grupo.	como "ser competente" y aprendizaje para
	competir. Entrenarse para ganar y perder.
Existe un proceso de reflexión sobre el	En algunos casos existe un proceso de
acontecer y los vínculos en el grupo.	reflexión sobre el acontecer y los vínculos en
	el equipo.

En tareas de mucha habilidad, buen juicio y experiencia, los equipos emplean mucho mejor el talento de los empleados, y mejoran la eficiencia y la eficacia, más que un trabajo individual. Además el equipo también responde mejor a los cambios.

Pero lo más destacable del equipo es que puede ser fuente de satisfacción laboral. El equipo permite reforzar la participación de los empleados.

Las personas, para poder funcionar bien como miembros de un equipo, deben ser capaces de comunicarse de forma franca y sincera entre sí, conformar las diferencias y resolver los conflictos

La paciencia es muy importante, pues los equipos tardan más en hacer algunas cosas y tomar decisiones, que los empleados que actúan solos.

Que un equipo funcione no es garantía de que continúe haciéndolo. Los equipos eficaces se pueden estancar.

Los equipos unidos tienen mayor satisfacción, menos absentismo y menos fricciones.

Gran parte de la vida profesional de la enfermera/o la emplea prestando cuidados conjuntamente con el equipo de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería), para ello tenemos que tener nuestro objetivo claro junto con el equipo y no vernos como rivales en el acto de cuidar al usuario.

EQUIPO DE GRUPO DE TRABAJO TRABAJO Desempeño METAS Compartir colectivo. información. Positiva. Neutral **SINERGIA** (a veces negativas). **RESPONSABILIDADES** Individual. Individual y mancomunada. **ASUMIDAS** Aleatorias y Complementarias. **HABILIDADES** variadas.

Por esto diferenciamos en el equipo de enfermería lo que es trabajar en grupo y en equipo:

La dificultad para conseguir la eficacia y la eficiencia se ve incrementada por el hecho de que las prácticas en colaboración requieren establecer colectivamente una visión conjunta de los problemas y situaciones y tomar colectivamente las decisiones pertinentes.

Algunos creen que el trabajo en equipo supone un disolución de la identidad profesional; nosotros entendemos que el valor de esa identidad reside en el hecho de que es desde ella misma donde se deben hacer las aportaciones.

TRABAJO EN EQUIPO

Un equipo es un número de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común, un conjunto de metas de desempeño y un enfoque por el que se sienten solidariamente responsables.

El trabajo en equipo puede definirse como: "Consecución de una actividad u objetivo proporcionados por diferentes personas". Es decir, es un estilo de realizar una actividad laboral, es asumir un conjunto de valores, es conseguir un espíritu que anima un nuevo modelo de relaciones entre las personas.

Esto significa que:

- Hay una necesidad mutua de compartir unas habilidades o conocimientos.
- Los profesionales de un equipo se complementan en sus perfiles.
- Pero, además, deben tener una relación de confianza, no forzosamente de amistad.

Con todos estos datos debemos indicar unos elementos que constituyen el equipo de trabajo:

- El equipo es un grupo de personas: para que varias personas formen un equipo es preciso que se establezca entre ellas una interrelación que les lleve a lograr un objetivo común.
- El equipo está dotado de una finalidad común: el objetivo es la razón por las que las personas se reúnen en el equipo.
- El equipo tiene una existencia propia: tiene su propia vida y sus propios problemas, dificultades, éxitos, alegrías, etc.
- El equipo es dinámico y tiene una historia propia: este dinamismo obedece a unas leyes generales.
- El equipo depende estrechamente de las relaciones interpersonales que se establecen entre sus miembros.

En función de estas características podemos definir el equipo como entidad social única e irrepetible, compuesta por un reducido número de personas altamente organizadas y orientadas hacia la consecución de unos objetivos comunes, a través de la plena participación de todos en un ambiente propicio y basándose en unas relaciones de confianza, solidaridad y ayuda mutua.

Para el profesor J.M. Rodríguez Porras, el equipo de trabajo abarca un espectro mucho más amplio, como nos indica en su obra "El factor humano en la empresa" (2005:150-154):

Confianza mutua.

En la observación cotidiana y en la investigación aparece como primera base del trabajo en equipo la confianza. La confianza es un ingrediente básico de cualquier relación humana.

La confianza implica:

Expectativa: La de que la otra persona actuará de un cierto modo.
 Confiamos en un colega cuando esperamos que nos ayude a resolver un problema difícil.

 Disposición a asumir el riesgo: De que la otra persona actuará del modo previsto. Cuando confiamos en otra persona estamos emitiendo un juicio sobre dos clases de cualidades de ésta; su talante moral y su capacidad para la respuesta que esperamos de ella.

La confianza tiene un fuerte componente afectivo. Se habla del sentimiento de confianza. Ésta se desarrolla a través de la comunicación sincera y de la cooperación.

Comunicación espontánea.

La comunicación es el modo a través de la cual se expresa la confianza. Si tenemos confianza, somos sinceros.

La comunicación se manifiesta de un modo fundamental que es el diálogo.

El diálogo es la práctica de la palabra compartida, es el ejercicio de la igualdad en la relación. Se basa en un contrato de reciprocidad, como expresa Todorov (1995) "La palabra que le dirijo al otro, la necesidad que tengo de ser reconocido por el otro, testimonia mi presencia y al mismo tiempo establece la suya, reconoce la discontinuidad y también la semejanza de nuestro discursos; para escuchar lo que él me dice, debo callarme, como él lo hará a su vez, cuando sea su turno".

El propósito del diálogo consiste, en superar la compresión limitada de un solo individuo, en relevar las posibles limitaciones e incoherencias de su pensamiento y en lograr una compresión más profunda de los temas abordados. A esto se llega mediante el reconocimiento de que lo opuesto puede integrarse y no necesariamente excluirse. Si queremos lograr esa integración debemos reconocer "valor" en los aportes de los otros y sumar a ellos nuestro propio aporte.

Es también propósito del diálogo el cimentar, confirmar, redefinir, nuestra relación con los demás. Necesariamente ser reconocidos por los otros y necesitamos conocer en qué medida se nos valora en dicho reconocimiento. Esto posibilita la construcción de las relaciones interpersonales y la construcción de nuestra propia autoestima.

El diálogo es fundamental para el desarrollo del trabajo en equipo. El proceso de diálogo alienta a la gente a desarrollar un propósito común de indagación. Según Isaacs (1999) y Smith (1993), es mejor abordar el diálogo sin pensar en los resultados, sino con la intención de indagar

para ver adónde llegamos. El diálogo no se puede forzar, se necesita usar técnicas para el diálogo, hay que identificar los climas personales e interpersonales que lo alientan o desalientan. El diálogo requiere al principio de un mediador, pero no se trata de un tradicional líder grupal, la conversación es fruto del esfuerzo colectivo y no depende de la inteligencia de un individuo. Con el tiempo el proceso debe evolucionar hacia una mediación colectiva. El mediador simplemente debe orientar a la gente durante las crisis, pero debe estar alerta a sus propias reacciones defensivas y no debe polarizarse.

Según Isaacs (1999), los componentes básicos de una sesión de diálogo son:

- Invitación: la gente debe contar con la opción de participar, debe entender que encontrará una respuesta a sus resistencias y temores. Recordemos que el diálogo no se debe imponer.
- Escucha generativa: es prestar atención no sólo a lo que se dice sino, más allá de las palabras, a la esencia de la persona.
- Observando al observador: hay que observar nuestros pensamientos y los de los demás para ello necesitamos el silencio.
- Suspensión del juicio: el diálogo fomenta la expresión de las ideas propias. No hay que imponer nuestro punto de vista al os demás. Hay que explorar las situaciones, las cosas desde diferentes puntos de vista. La suspensión del juicio es difícil de aprender. Nuestros juicios están íntimamente ligados a nuestras creencias y valores, debemos tener la fuerza y la apertura suficientes para revisarlos.

La mayoría de los equipos necesitan nuevas herramientas para ampliar los alcances de su conversación. Para R. Ross(1995), la mejor de ellas es la discusión experta. El diálogo nos sirve para explorar, descubrir y esclarecer. Pero también existe la necesidad de llegar a una conclusión, decisión o plan. Para ello, la discusión experta incorpora técnicas y dispositivos del diálogo y del aprendizaje de la acción, pero siempre concentrándose en tareas determinadas. En la discusión experta el mediador no es tan esencial como en el diálogo, lo fundamental es un acuerdo entre los miembros del equipo: respetar cinco protocolos básicos.

- Prestar atención a las propias intenciones: que desea lograr con la discusión.
- Equilibrar la indagación con el alegato: la falta de equilibrio causa malentendidos, errores de comunicación y malas decisiones.

- Elaborar sentidos comunes: ser precisos y explícitos con los sentidos de las palabras.
- Usar la autoconciencia como recurso: analizar los propios sentimientos en momentos de presión.
- Explorar los atascos: a veces es suficiente con ponerse de acuerdo sobre el origen del desacuerdo para comprender la situación.

Para C.Roberts (1974), el aprendizaje para trabajar en equipo recurre a las aptitudes de la visión compartida y del pensamiento sistémico, en cuanto vehículo para poner de manifiesto nuestra manera de ver el mundo. El mejoramiento de la conversación es esencial para elaborar estas aptitudes. La mejor manera para el aprendizaje en equipo surge de dos formas de la conversación: el diálogo y la discusión experta.

El aprendizaje en equipo comienza con el autodominio y el autoconocimiento, pero implica mirar hacia fuera para conocer a los demás integrantes del equipo y alinearse con ellos. El equipo ha de elaborar un pensamiento conjunto. Mediante el diálogo, la gente aprende a pensar en conjunto, ha adquirir una sensibilidad compartida, donde los pensamientos, emociones y acciones resultantes no pertenecen a un individuo sino al conjunto.

Los componentes del diálogo son:

- El saber escuchar.
- El saber expresar.
- El saber ofrecer y pedir feedback.

No podemos dar puntos rigurosos para los componentes de la comunicación, pero si algunas nociones para mejorarlo.

El profesor A. Codina (2004) comenta en su artículo "Saber escuchar: una herramienta gerencial".

El buen comunicador, pero que no sabe escuchar, corre el riesgo de expresar en forma elocuente cosas que no le interesan a su interlocutor. Además, va a privarse de recibir informaciones y conocimientos que por otra vía no recibiría.

En sus investigaciones sobre la Inteligencia Emocional, Goleman (2002) identificó El arte de saber escuchar entre las principales habilidades de las personas con altos niveles de inteligencia emocional. La considera como la primera de las aptitudes que determinan el manejo de las relaciones, lo que posibilita comprender a los demás, en lo que se

incluye percibir sentimientos y perspectivas ajenas, e interesarse activamente por sus preocupaciones.

Entre los beneficios de saber escuchar se encuentran los siguientes:

- Eleva la autoestima del que habla.
- Le permite al que escucha identificar intereses y sentimientos del que habla.
- Se reducen las potencialidades de conflictos por malas interpretaciones en las comunicaciones.
- Se aprende de los conocimientos y percepciones del otro.
- Amplia el marco de referencia, cultura e intereses del que escucha.
- El que escucha con atención, proyecta una imagen de respeto e inteligencia.

Lo más difundido en los textos de administración son las "10 Reglas de la Buena Escucha" de Keith Davis (1999), que son las siguientes:

- 1. Deje de hablar. Usted no puede escuchar si está hablando.
- 2. Hacer que el que habla se sienta cómodo. Ayúdelo a sentirse que es libre de hablar.
- 3. Demuéstrele que desea escucharlo. Parezca y actúe si estuviera sinceramente interesado.
- 4. Elimine y evite las distracciones. No se distraiga jugando con pedazos de papel, escribiendo, etc.
- 5. Trate de ser empático con el otro. Intente ponerse en su lugar, comprender su punto de vista.
- 6. Sea paciente. Dedíquele el tiempo necesario, no interrumpa.
- 7. Mantenga la calma y su buen humor. Una persona colérica toma el peor sentido de las palabras.
- 8. Evite discusiones y críticas, sea prudente con sus argumentos.
- 9. Haga preguntas. Esto estimula al otro y muestra que usted está escuchándolo.
- 10. Pare de hablar. Esto es lo primero y lo último. Todas las otras reglas depende de esto. Usted no puede ser un buen escucha mientras esté hablando.

Siguiendo con A. Codina (2004) hacemos mención de su artículo "10 mandamientos para comunicaciones efectivas".

Codina nos comenta que hay coincidencia entre los especialistas en afirmar que, de todas las habilidades probablemente la más importante sea la de las comunicaciones interpersonales.

A pesar de los avances producidos en los últimos años en las comunicaciones electrónicas, la vía más utilizada por los directivos, inclusive incrementada según investigaciones recientes, es la comunicación oral.

Pero también, puede ser generadora de incomprensiones, actitudes defensivas, rechazo, conflictos, más que cualquier otra vía de comunicación. Cuando se escribe, se puede volver atrás, suavizar expresiones. Después que se dice algo es más difícil la rectificación. Por eso, según Edward de Bono (1999), la principal fuente de conflicto son las malas comunicaciones interpersonales.

La buena comunicación se caracteriza por ser de dos sentidos, es decir, bidireccional. El proceso incluye:

- El emisor que es el portador del mensaje, de la intención que inicia la comunicación. Lo primero que hace es precisar su objetivo, lo que quiere lograr con la comunicación, que puede ser: informar, indagar, influir, intercambiar, o simplemente relacionarse. Después, considerando las particularidades del destinatario, codifica el mensaje seleccionado las expresiones, y la forma que pueda resultar más efectiva para su propósito con ese destinatario en específico, que no será la misma, necesariamente, con otros.
- El mensaje, para ser efectivo, además de considerar las particularidades del receptor, debe presentar la información de manera ordenada, para evitar la dispersión; ser breve, para facilitar su asimilación; en forma clara, para su comprensión adecuada; y resultar atractiva, para captar la atención del destinatario.
- El canal, es el medio a través del cual viaja el mensaje. Le corresponde al emisor seleccionar el que considere más efectivo para sus objetivos. Los canales formales están establecidos por la organización y transmiten los mensajes que atañen a las actividades relacionadas con el trabajo de los miembros. Otras formas de mensajes, como los personales o sociales, siguen los canales informales de la organización.

Entre las leyes que los autores han identificado para lograr comunicaciones efectivas, las dos principales son. "Lo importante no es lo que dice el emisor sino lo que entiende el receptor" y, "Tan importante como lo que se dice es como se dice". En ambas, se destaca la responsabilidad que tiene el emisor en el logro de una comunicación efectiva.

En los talleres y consultorías gerenciales que ha impartido en los últimos años sobre las comunicaciones interpersonales los asistentes concluyen planteando lo que consideran que son los "10 mandamientos para comunicaciones efectivas". Éstas son las siguientes:

- Piense con la cabeza, antes de hablar con la boca.
- Precise los objetivos que quiere lograr y las mejores estrategias para lograrlo.
- Adapte lo que quiere decir al receptor y a la situación.
- Selecciones el momento, el lugar, y el canal oportunos y adecuados.
- Recuerde que la forma en que diga algo es tan importante como lo que se dice.
- Evite expresiones que puedan dificultar el razonamiento y generar posiciones defensivas.
- Obtenga cierta "retroalimentación" del receptor, para cerciorarse de que el mensaje ha sido entendido correctamente.
- Mantenga una actitud de "Escucha activa", centre la atención en lo fundamental de lo que se dice, sea empático, mantenga el respeto y cree confianza mutua, trate de identificar sentimientos.
- Muéstrele al otro que tiene interés en lo que diga.
- Sea flexible, adapte su expresión y estilos a la situación que se genere en el diálogo.

El feedback o retroalimentación se produce tras la evaluación. El receptor devuelve el mensaje al emisor, y en este hecho se convierte él mismo en emisor. Hay varias formas de feedback.

- La reiteración: consiste en repetir hasta que se está seguro de que se ha recibido correctamente.
- Hacer preguntas: con ello intentamos obtener una clarificación sobre la parte del mensaje no entendida.
- Respuesta empática: damos una respuesta en la que claramente señalamos que hemos entendido el punto de vista del otro.

- Acuerdo/desacuerdo: mostramos nuestro desacuerdo hacia el contenido del mensaje, de forma que el otro sabe que lo hemos recibido correctamente.
- Continuidad: emitimos un mensaje que es continuidad del anterior.
- Acción: es una respuesta no verbal, con la que señalamos que hemos recibido el mensaje y actuamos en consecuencia.

La función del feedback en este modelo de comunicación es asegurar la finalización efectiva del proceso de transmisión de información.

La profesora M^a. T. Palomo (2007) también nos habla de comunicación como parte importante de la empresa.

Uno de los pioneros en las redes de comunicación fue Bavelas (1950), quién estudió la eficacia de diversas estructuras de comunicación en la resolución de problemas y toma de decisiones.

Se pueden distinguir dos grandes tipos de redes:

- Centralizada, en la cual los miembros del grupo se ven forzados a comunicarse a través de un individuo, que actúa a modo de figura central, durante la resolución del problema. Este es un proceso habitual en la comunicación en cadena o rueda. Es una estructura propicia para la aparición de un líder en el grupo.
- Descentralizada, los participantes pueden comunicarse con dos o más miembros del grupo.

Estas redes de comunicación presentan ventajas e inconvenientes como observamos en el cuadro siguiente:

	Ventajas	Inconvenientes
Redes centralizadas	 Facilitan la aparición del líder. La información completa está en manos de una única persona. En tareas rutinarias son más rápidas. Son más eficientes en la resolución de problemas sencillos. 	 Mayor probabilidad de cometer errores en la realización de las tareas. El líder puede tener dificultades para manejar la información. Los miembros del grupo se muestran menos implicados y satisfechos con la tarea. Son pocos eficaces en la solución de problemas complejos.
Redes descentralizadas	 La posibilidad de cometer errores es menor. La información está disponible 	Dificultan la aparición de un líder.Exigen más tiempo.

para todos los miembros. • Los miembros del grupo muestran mayor implicación y satisfacción.	 Son menos eficientes en la realización de tareas rutinarias y en la solución de problemas sencillos.
 Son eficaces en la resolución de problemas complejos. 	

La comunicación efectiva debe reunir las siguientes características:

- 1. Adaptada. La comunicación debe.
 - a. Tener en cuenta las expectativas, necesidades e intereses de los receptores.
 - b. Ser adecuada a las características del colectivo al que va dirigida.
 - c. Oportuna, en relación a la situación y contexto concreto en el que va a ser recibida la información.
 - d. Coherente con la cultura y valores de la empresa en general y del equipo de trabajo en particular.

La comunicación, si se ajusta a los requerimientos enunciados, estará adaptada a sus receptores, intentará satisfacer sus necesidades y expectativas, se proporcionará en el momento oportuno y se utilizará los canales más eficientes.

- Todo ello favorecerá que la información cumpla con mayor efectividad el propósito que condujo a su transmisión.
- 2. Interés. Se debe tener el deseo y la voluntad expresa de fomentar la comunicación en el grupo de trabajo.
 - Si realmente se quiere proporcionar una información de calidad y favorecer la participación activa de los colaboradores, la primera piedra la debe poner la dirección mostrando una voluntad y un interés verdaderos.
- 3. Transparencia. Cuando se tiene interés y la voluntad de comunicar, debe hacerse con todas sus consecuencias; es decir, debe existir el compromiso de informar con calidad y de escuchar a los colaboradores. De esta forma, no solamente aumentará la cantidad de comunicación descendente sino también la ascendente.
 - El término transparencia implica claridad y precisión, así como informar tanto de las noticias positivas como de las negativas, con el fin de evitar que se puedan propagar rumores indeseables.
- 4. Objetividad. ¿Percibimos todos la información de la misma forma?, la respuesta claramente es que no; los datos, los hechos son percibidos de forma distinta en función del marco de referencia del receptor o del emisor, y es muy difícil que ambos se sitúen en la misma perspectiva.

pág. 26

Para eliminar parte de este tipo de barreras que afectan a la comunicación, la información proporcionada deberá ser objetiva, es decir, referida a hechos y aspectos concretos, además de completa y continua en el tiempo.

5. Simplicidad. Este es un principio general que debe regir toda comunicación, independientemente del soporte que se utilice en su transmisión.

El emisor debe tener claro qué quiere transmitir y a quién y, en función de estas variables, determinar qué canales serán los más adecuados.

Sin embargo, independientemente del canal empleado, cuanto más simple y más concreto sea un mensaje menor probabilidad de deformación tendrá.

- 6. Rapidez. No debe olvidarse que las noticias pierden interés con el tiempo y que envejecen rápidamente. La rapidez evita que los colaboradores se enteren de las cosas, por ejemplo, por compañeros de otros departamentos, produciéndose situaciones de malestar, tensión, generación de rumores, desconfianza, etc.
- 7. Variedad de medios. Si una información es importante, no podemos enviarla y sentarnos a esperar qué ocurre. Para asegurarnos que la información llega, y lo hace en condiciones óptimas, habrá que pensar en la utilización simultánea de varios canales, por ejemplo, enviando un correo electrónico y manteniendo reuniones informales o entrevistas.

En resumen, el objetivo de toda comunicación es obtener una respuesta por parte de su receptor; por tanto, cuando se actúa como emisor debemos contemplar a los receptores como nuestros clientes; esto quiere decir que debemos:

- Captar su atención.
- · Generar interés.
- Informar, formar, demostrar, etc.
- Asegurar que se ha comprendido y aceptado el contenido del mensaje.

Para Ramon-Cortés en su libro "La isla de los 5 faros" (2007) hace un recorrido por las claves de la comunicación y concluye con 5:

- Un único gran mensaje...
- ...contar de forma memorable...
- ...con un lenguaje que conecte...

 ...teniendo en cuenta que el mensaje que vale es el que capta a la gente...

• ...invitar en vez de intentar convencer.

Y todo ello, ¡Tratando de provocar emociones!

Apoyo mutuo.

El apoyo mutuo es la traducción de la confianza y la comunicación espontánea; es a su vez, la base de ambas.

El apoyo mutuo viene regulado por la reciprocidad, que es la expresión de las relaciones humanas.

El apoyo requerido entre quienes integran un equipo de trabajo es el intercambio de atención a los puntos de vista expresados, el apoyo a los razonamientos formulados y el respeto hacia las alternativas recomendadas.

La supervivencia de un equipo exige mucho más, pide frecuentemente concesiones, trabajos y sacrificios que van más allá del interés individual. Pide generosidad y espíritu de servicio en un grado muy alto.

Compresión e identificación con los objetivos de la organización.

Los objetivos son el elemento que da unidad a la acción. Señalan el blanco al que todos han de apuntar. Por esta razón, es decisivo que los componentes del equipo los comprendan plenamente y se identifiquen con ellos.

Tratamiento de las diferencias.

Cada miembro del equipo trae consigo aspiraciones, preferencias, actitudes y estilos diferentes. Es de esperar, pues, que ante los problemas que han de resolver juntos surjan desacuerdos.

Esta diversidad de puntos de vista es lo que da valor al equipo y, al propio tiempo, lo que hace difícil su funcionamiento. Se trata, pues, de abordar los desacuerdos, de tal modo que no degeneren en enfrentamientos y en malentendidos, sino que conduzcan al consenso sobre soluciones acertadas.

_____ pág. 28

Habilidades para el trabajo en equipo.

El trabajo en equipo, que se traduce en buena parte en reuniones para resolver problemas y tomar decisiones, requiere que los miembros del grupo tengan ciertas habilidades, unas de orden intelectual (pensar y decidir colectivamente) y otras de orden social (comunicar, escuchar, apoyar, buscar el consenso, etc.).

Liderazgo.

La labor del líder es decisiva. Su conducta define el marco dentro del cual el equipo puede desarrollase y funcionar eficazmente.

Posteriormente se tratará el tema de liderazgo de una forma más exhaustiva.

Ambiente propicio.

Para Paulus y Nagar (1989), clima es una referencia a las cualidades que predominan de manera consistente en la mayoría de los contactos jefe-colaboradores y en los contactos entre colaboradores, esté o no presente el jefe. Suele hablarse de climas de defensa, de control o de aceptación en los equipos.

En el clima defensivo, las comunicaciones son difíciles y los miembros se sienten en la necesidad de defenderse, a menudo, mediante la agresividad.

El clima de control se caracteriza por el conformismo y la resignación. El jefe es visto como un factor coercitivo, contra el que hay que defenderse o bien guardar silencio.

El verdadero clima es el de aceptación. Jefe y colaboradores se sienten a gusto unos con otros y las comunicaciones fluyen de una manera flexible y espontánea.

Un equipo eficiente precisa de un ambiente confortable y tolerable con las discrepancias, que promueva la crítica constructiva. Dicho ambiente, que la dirección debe apoyar, repercutirá en un incremento de la productividad, creatividad y satisfacción, efectos que persigue el trabajo en equipo.

Valores.

Es fundamental que el equipo de enfermería busque la eficiencia y eficacia de sus actuaciones pero sin obviar a la persona y la humanización de los cuidados. Es por ello que debemos actuar con unos valores humanistas como es el no juzgar, respetar a los demás, entender la importancia de la armonía, tener la capacidad de escuchar, entender las necesidades del otro, manifestar paciencia, tener un espíritu abierto, mostrar una actitud positiva de ayuda.

Valores enfermeros relevantes en el marco del humanismo que M. Teixidor plasma en "El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar" (2005: 53-73). Dichos valores son:

- El valor de la responsabilidad.
- El valor de la tolerancia.
- El valor de la profesionalidad.
- El valor de la solidaridad.
- El valor de la honestidad.
- El valor de la autoridad.
- El valor de la pluralidad a la uniformidad y a la rigidez.
- El valor de la imaginación y la creatividad.
- El valor de la escucha y el diálogo.
- El valor de la lealtad.
- El valor de la veracidad.
- El valor de la fortaleza.
- El valor de la paciencia.
- El valor del trabajo.
- El valor del respeto.

Todos estos valores enfermeros serán difíciles de conseguir sin la implicación de la dirección, sobre todo de la participación de dirección de enfermería. Es por ello fundamental contar con líderes creíbles, con capacidad de comunicar y motivar al equipo de trabajo dentro del marco humanista.

E. Pont y M. Teixidor (2005) nos proponen cooperar dentro del equipo de trabajo en "La importancia del trabajo en equipo cooperativo".

Un buen trabajo en equipo exige unas condiciones, y una de ellas pasa por el hecho de tener unos vínculos, aspiraciones y objetivos comunes para asegurar, así el logro de unos buenos resultados y aprendizajes generativos.

_____ pág. 30

Es muy importante que el equipo comprenda y se identifique con la misión, los valores y los objetivos de la organización, puesto que estos son los elementos que dan unidad a la acción. Esta meta, sin embargo, no siempre es fácil de lograr, puesto que los miembros del equipo pueden tener valores, visiones personales, preferencias, aspiraciones, competencias y experiencias diferentes, cuya clara definición se ve perturbada, a menudo, por la complejidad del entorno.

VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO.

La mayoría de las personas están mucho más satisfechas cuando participan en la programación, organización y el control de su trabajo. Esto implica que el trabajador sea no sea un simple "número", que se limita a cumplir órdenes, y pasa a ser considerado una persona con capacidad de desarrollo personal y profesional.

Las principales ventajas del trabajo en equipo son:

- Óptimo rendimiento. La producción del equipo es alta. Todos los componentes del equipo de trabajo se sienten involucrados en la realización del trabajo. Se han comprometido en obtener unos objetivos y los obtienen.
- Calidad excelente. Es fruto de un alto sentimiento de responsabilidad entre los integrantes del equipo. Las personas sienten que son parte del esfuerzo del equipo.
- Problemas mejor resueltos. El equipo une la sabiduría individual. Se obtienen mejores soluciones dado que los miembros poseen conocimientos muy diversos.
- Decisiones eficaces. Se reduce el tiempo de aplicación. El equipo acepta mejor las decisiones porque las sienten suyas, no las han impuesto.
- Flexibilidad. El grupo se crea con facilidad. Aprende a enfrentarse a nuevos retos. Incorpora a nuevos miembros según las tareas.
- Alta moral del grupo. Los intereses particulares coinciden con los fines y objetivos comunes. No se guardan ni ocultan talentos, se ofrecen. Los integrantes del equipo se sienten satisfechos y orgullosos por su trabajo.
- Menor oposición en la organización formal. La oposición ante las modificaciones de estructura, de procedimientos y de normas es menor.
- Desarrollo personal de sus integrantes y desarrollo de la propia organización. El equipo como grupo humano aporta beneficios y ventajas psicológicas para los miembros. Se logra también un mayor

- desarrollo de la organización al contar con una buena trama de relaciones entre distintas personas para proyectos de futuros.
- Como beneficio altamente significativo de los equipos es el hecho de que cada persona puede participar de manera plena en la obra que contribuye a realizar.

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS EFICACES E INEFICACES			
FACTOR	GRUPOS EFICACES	GRUPOS INEFICACES	
AMBIENTE	Informal, cómodo y relajado. Es un ambiente de trabajo en el que la gente demuestra su interés y compresión.	Tenso. Pueden aparecer signos de aburrimiento.	
OBJETIVOS	Los objetivos, las tareas y las metas están claras, se comprenden y modifican para que el grupo se comprometa asimismo en los fines comunes estructurados.	Los miembros pueden aceptar objetivos confusos, incomprensibles o impuestos.	
LA PARTICIPACIÓN DEL LÍDER Y DE LOS MIEMBROS	Cambia de unos momentos a otros, según las circunstancias. Miembros diferentes asumen el liderazgo en diferentes ocasiones debido a sus conocimientos o experiencias.	Delgada y basada en la autoridad. El jefe domina al grupo o los miembros pueden estar en desacuerdo a destiempo. Su participación es desigual, con el dominio de los componentes con gran autoridad.	
PUNTOS PRINCIPALES	Se destacan las tres funciones de los grupos – el logro de los objetivos, el mantenimiento interno y los cambios evolutivos.	Una o más funciones pueden quedar relegadas.	
COMUNICACIÓN	Abierta y en dos direcciones. Se fomenta las ideas y los sentimientos referentes tanto al problema como a la operación del grupo.	Cerrada o en una sola dirección. Sólo se fomenta la producción de ideas. Los sentimientos se ignoran o son tabú. Los miembros tantean la situación o son reacios a hablar abiertamente y tienen "planes escondidos" (objetivos personales que obstaculizan los del grupo).	
TOMA DE DECISIONES	Por consenso, aunque se pueden utilizar varios procedimientos resolutivos apropiados a la situación.	Los lleva a cabo la autoridad mayor del grupo sin participación de los miembros, o se impone un estilo rígido.	
COHESIÓN	Se produce por niveles altos de inclusión, confianza, simpatía y apoyo.	Bien se ignora o se emplea como un medio para controlar a los miembros, así proporciona una conformidad rígida.	
LA TOLERANCIA DE LOS CONFLICTOS	Elevada. Las razones de los desacuerdos o de los conflictos se examinan cuidadosamente y el grupo trata de resolver. El conjunto acepta los desacuerdos básicos que no se pueden resolver y viven con ellos.	Baja. Se intenta ignorar, negar, evitar, suprimir o anular la controversia a través de una actuación prematura del grupo.	
PODER	Lo determinan las capacidades y la información que poseen los miembros. El poder es compartido. El fin es cómo lograr que el trabajo se realice.	Lo determina la posición en el grupo. La obediencia a la autoridad es fuerte. El objetivo es cómo conseguir el control.	
LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS	Elevada. La crítica constructiva es frecuente, franca, relativamente cómoda y orientada hacia la eliminación del obstáculo para solución del problema.	Baja. La crítica puede ser destructiva tomando la forma de ataques personales abiertos o encubiertos. Evita que el grupo haga su trabajo.	
AUTOEVALUACIÓN COMO GRUPO	Frecuente. Todos los miembros participan en la evaluación y en las decisiones sobre cómo mejorar el funcionamiento del grupo.	Mínima. La poca evaluación que existe la hace la autoridad máxima del grupo en vez del conjunto como una unidad.	

	Se fomenta. Hay sitio en el grupo para que los miembros se pongan al día y sean eficaces de forma interpersonal.	Se desprecia. La gente teme parecer tonta si proponen una idea creativa.
--	--	--

De H. S. Wilson and C.R. Kneisl, Psychiatric nursing, 2nd ed. (Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley Publishing Co.; 1982), p. 221.

E. Pont y M. Teixidor (2005) reflexionan del porqué trabajar en cooperación y nos dan unas respuestas:

- Las necesidades y demandas de los ciudadanos. Las nuevas necesidades han de contabilizarse con la disposición de unos recursos que no son, ni podrán ser nunca, ilimitados. Es en este punto donde inciden de lleno la gestión, previsión, planificación y administración adecuada de los recursos, la coordinación de esfuerzos y la dirección y evaluación de las acciones. Todo el mundo, en cualquier nivel de la organización, está implicado en la tarea de la buena gestión.
- Prácticas seguras y de calidad. Uno de los grandes retos que se deben plantear las instituciones es de crear vínculos con los miembros del equipo interdisciplinario e intradisciplinario para poder proporcionar a los usuarios una atención coherente y conseguir la excelencia en la calidad de los cuidados prodigados. Otro elemento que hay que tener en cuenta es que las diferentes personas que cooperan alrededor de un mismo objetivo introducen un valor añadido; es decir, que el resultado del trabajo de un equipo siempre es algo superior a la suma de las aportaciones individuales.
- Enfoques de gestión centrados en la promoción de la consecución de resultados clínicos. Se trata de desterrar enfoques centrados en las tareas para pasar a aquellos que posibilitan prácticas responsables. Deben ser unas prácticas generadoras de información, proactivas, que propicien una dirección hacia el camino deseado, sutiles, profundas, con la visión compartida y la comunicación de los equipos con la persona y su entorno.
- La mejora de la productividad, la creatividad y la satisfacción de los implicados. Cuanto más eficaz sea un grupo, mayores probabilidades habrá de que ofrezca servicios de calidad y de que estos sean eficientes. También es importante señalar que un buen trabajo en cooperación tiene efectos en las áreas básicas de resultados: la productividad, la creatividad y la satisfacción, tanto de la persona como de los profesionales. Un trabajo marcado por el individualismo y la descoordinación sólo ocasiona pérdidas de todo tipo: personales, institucionales y, particularmente, para los usuarios.

La cooperación tiene que apuntar a la correcta utilización de los recursos disponibles, que evite la dispersión de la energía, la dispersión de medios caros, la fragmentación de la asistencia y de los cuidados; que garantice la realización de prácticas reflexivas centradas en y con la persona, en el marco de unos valores humanistas y de los principios de la ética profesional. Ha de ser una cooperación que, repitámoslo una vez más, se fundamente en la complementariedad.

Los valores que deberían enmarcar esta interacción para la cooperación son, siguiendo a L. Riopelle y M. Teixidor (2002), "el respeto, la compresión, la empatía, la autenticidad, la congruencia, la aceptación incondicional del otro, la solidaridad, el pensamiento positivo. Asimismo, esta relación debería estar marcada por actitudes como la tolerancia, el altruismo, la moderación y la equidad".

INCONVENIENTES DEL TRABAJO EN EQUIPO.

Las ventajas del trabajo en equipo, son muy importantes y numerosas, tanto para los individuos que los conforman como para la organización. Sin embargo, los grupos también pueden plantear problemas que todo coordinador debe conocer para poder prevenir o hacerles frente de una manera eficaz.

Entre los principales inconvenientes, podemos encontrar los siguientes:

- El trabajo en equipo consume más tiempo, requiere más tiempo para la coordinación de las diferentes actividades, ya que, por ejemplo, si las decisiones se toman por consenso es necesaria la participación y el acuerdo de todos los miembros del equipo; incluso si el coordinador lo hace de forma individual, requiere tiempo para informar y escuchar opiniones.
- Propicia el conformismo y desaparecen los juicios críticos, en algunos miembros en relación a la mayoría, debido al temor de ser excluidos o por un excesivo deseo de permanencia.
- Un individuo o subgrupo puede controlar y manipular al resto de los componentes alterando los objetivos prioritarios y confundiendo, por ejemplo la distribución de las responsabilidades.
- Se pueden dar ciertos procesos que inciden negativamente en la calidad de las decisiones y la solución de problemas grupales, como son la difusión de responsabilidades, el desarrollo del "pensamiento grupal", fenómeno que consiste en aceptar conclusiones evidentemente erróneas, en la confianza de que el grupo se equivoca menos que el individuo, etc.
- Pueden desarrollar objetivos, normas y valores contrarios a los definidos por la organización, si consideran que ésta no puede satisfacer sus deseos y necesidades personales.
- Menor productividad del grupo, a la que tendría la suma de los esfuerzos de cada uno de sus miembros. Se ha podido comprobar que a medida

- que aumenta el tamaño del grupo, se produce la disminución del esfuerzo individual. Los individuos tienden a esforzarse menos cuando trabajan en grupo, que cuando lo hacen solos.
- Rechazo o menosprecio hacia determinados miembros, con los consiguientes sentimientos de inseguridad, insatisfacción, pérdida de autoestima, etc. Que implica para el individuo. Por ejemplo podemos pensar en la figura del "chivo expiatorio", que en momentos determinados puede surgir en muchos grupos.

Además de estos inconvenientes, es preciso recordar que el trabajo en equipo no es fácil. Los grupos han de pasar por diferentes fases antes de convertirse en equipos efectivos, esta evolución exige tiempo; en ocasiones surgirán tensiones, las cuales será preciso superar, y puntos muertos, en los cuales el equipo parezca no avanzar.

Todos estos aspectos son necesarios para que el grupo pueda madurar, y se convierta en un verdadero equipo.

De todos los peligros que podemos encontrar, en la evolución de un equipo de trabajo, el más importante sea la prisa, sobre todo si procede del líder. El grupo necesita su tiempo de madurez, como cualquier ser humano, es necesario que pase por diferentes fases de desarrollo, con las tensiones que eso supone.

EQUIPOS DE TRABAJO Y ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.

El equipo de trabajo es una clara innovación en la estructura tradicional de la empresa.

Pero no todas las empresas necesitan el mismo equipo de trabajo. Se puede establecer la clasificación siguiente:

TIPOS DE EMPRESA	TIPOS DE EQUIPOS
 Cultura funcional 	 Equipo en paralelo
 Cultura de proceso 	 Equipo de proceso
 Cultura de proyecto 	 Equipo de proyecto
Cultura red	Equipo en red

Empresas con cultura funcional.

Son empresas organizadas en departamentos con especialización funcional, que no suelen desarrollar tecnologías innovadoras. El equipo de trabajo de las culturas funcionales es el paralelo, creado para resolver problemas concretos de índole interfuncional, es decir, que afecten a diferentes departamentos.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

Empresas con cultura de procesos.

En este tipo de organizaciones, el éxito de la empresa se mide por la satisfacción del cliente. Los equipos de trabajo son de proceso que busca la mejora continua del proceso y, por lo tanto, la máxima satisfacción del cliente.

Empresas con cultura de proyectos.

El propósito de estas organizaciones es dominar el mercado en la fase de alta rentabilidad, por lo que deben ser rápidas, ágiles y flexibles. Los equipos de proyecto exigen una dedicación completa de sus miembros, los miembros realizan labores comunes colaborando con sus conocimientos e ideas.

Empresas con culturas red.

Se forman al unirse empresas y/o particulares para desarrollar un negocio, las estructuras son informales, y se persigue la máxima capacidad de reconfiguración. Los equipos en red requieren de sus miembros la participación a tiempo completo. Generalmente, los miembros aportan su trabajo como parte del proyecto, existiendo poca colaboración entre ellos para realizar labores comunes.

EQUIPO DE TRABAJO Y OTROS GRUPOS DE LA ORGANIZACIÓN.

Vemos algunas diferencias entre las unidades de las organizaciones tradicionales y el equipo de trabajo.

UNIDADES TRADICIONALES	EQUIPOS DE TRABAJO
La tarea está desmenuzada, y las personas	Las personas reconocen su interdependencia para
sólo se responsabilizan de la parte que les	alcanzar las metas que previamente han
atañe. Las personas sólo se consideran un	establecido. Ellas asumen una responsabilidad
grupo para fines administrativos.	como individuos y como parte del colectivo que
	integran.
El logro del trabajo, el producto o servicio, se	El producto o servicio se obtiene exclusivamente
obtiene al final, como fruto de una suma de	como fruto del trabajo colectivo e interdependiente.
aportes individuales.	Los miembros de un equipo se consideran
Los miembros de grupo se consideran	personas completas que aportan su hacer, su
"mano de obra". Aportan su "hacer".	pensar y su sentir al grupo.
El liderazgo "oficial" es ejercido por el	El liderazgo es compartido por varios miembros del
gerente o director de la unidad.	equipo según necesidades.
Los miembros no conocen ni valoran las	Los miembros están involucrados y conocen y
tareas de sus colegas, ni sus contribuciones,	negocian las contribuciones de cada uno a la tarea
que generalmente desconocen.	común.
La comunicación para la tarea es pobre,	La comunicación es abierta, comprometida y
limitada, estereotipada. Se inhiben los	honesta. Todos participan y expresan con libertad
sentimientos y los desacuerdos.	sus puntos de vista. Se discute y se negocia.
Frente al conflicto, el grupo se inhibe. La	El equipo asume que el conflicto es parte de su vida
dirección debe solucionarlo.	y lo resuelve constructivamente.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

ELEMENTOS PARA LA COMPRESIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO.

Podemos hablar de una infancia y una maduración de los equipos. En la media en que un equipo madura, se afianzan unas maneras concretas de trabajar, y cada vez sabemos más qué podemos esperar de nuestros compañeros. Para llegar a esta maduración, observamos unas etapas evolutivas del equipo:

ETAPAS	COMPORTAMIENTO
FORMACIÓN	Tenemos un conjunto de individuos que pretende comenzar a ejecutar una tarea. Se sienten desorientados. Buscan que la figura que representa a la autoridad les dé normas de funcionamiento y calme su ansiedad. La información sobre la tarea, la aceptación de puntos de vista divergentes y el desarrollo de la confianza, irá facilitando su evolución.
CONFLICTO	Frente a las demandas de la tarea surge una respuesta emocional. Surge el conflicto. Gestionando adecuadamente ese conflicto, el grupo continúa su evolución.
NORMAS	Intercambio abierto de información relevante. El grupo necesita negociar y establecer normas de funcionamiento. Cuando esas normas se consolidan, el grupo continúa su evolución.
MADUREZ	Emerge el trabajo productivo. Se consigue la cohesión grupal y la satisfacción de sus integrantes. Existe un pleno desarrollo del equipo, éste asume su propia dirección para lograr la finalidad establecida.

Los equipos jóvenes deberán esforzarse por:

- Establecer lazos interpersonales de cooperación, afecto y jerarquía.
- Progresar en la fijación de objetivos y metas.
- Tomar decisiones, aceptarlas y ponerlas en prácticas.
- Analizar las tareas que deben llevar a término, y decidir quién es el responsable de cada uno de los procesos incriminados.

En esta etapa de nacimiento de un equipo es el momento idóneo para marcar de manera positiva la asunción de responsabilidades, y clarificar que las tareas cambian a lo largo del tiempo.

Los equipos maduros se distinguen porque:

- Son coherentes. Los valores de solidaridad, de responsabilidad y de tolerancia que se profesan sus miembros dan como resultado las estrategias y construye todos sus actos.
- Son permanentemente conscientes de su finalidad como equipo.
 Esto orienta, cohesiona y da una razón para luchar.
- Son persistentes y obsesivos para alcanzar sus metas. También flexibles y creativos a la hora de buscar caminos para llegar a las metas.
- Asumen compromisos. Tienen confianza y confían obtener la colaboración con los demás.
- Son tenaces enfrentando obstáculos. No se desaminan con facilidad.

- Reconocen las interdependencias existentes. Actúan con seguridad, tanto en las metas personales como del equipo.
- Están orientados a la acción. No se espera que las cosas ocurran, hacen que ocurran.
- Trabajan en un clima de confianza. Se alienta la expresión de opiniones, sentimientos y desacuerdos.
- Se sienten positivamente integrados a su empresa. Luchan por ella.
- Frecuentemente se detienen a examinar cómo lo están haciendo.
 Pretenden que cada experiencia sea una oportunidad para el aprendizaje.

Senge (1996) ha denominado "alineamiento" cuando se refiere a un grupo de personas funciona como una totalidad. En la mayoría de los equipos, la energía de cada miembro se encauza en diversas direcciones.

Las características fundamental de un equipo relativamente no alineado es el desperdicio de energía. Cuando un equipo logra mayor alineamiento, surge una dirección común y las energías individuales se armonizan. Hay un propósito común, una visión compartida que permite completar los esfuerzos. El alineamiento es la condición necesaria para que la potencia del individuo infunda potencia al equipo. Cuando hay poco alineamiento, la potencia del individuo agrava al caos y dificulta el manejo del equipo.

El aprendizaje en equipo es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo para crear los resultados que sus miembros realmente desean. Se construye sobre la disciplina de desarrollar una visión compartida. También se construye sobre el dominio personal, pues los equipos talentosos están constituidos por individuos talentosos. Pero la visión compartida y el talento no son suficientes.

El mundo está lleno de equipos de individuos talentosos que comporten una visión por un tiempo pero no logran aprender.

Los equipos se están transformando en la unidad clave de aprendizaje en las organizaciones. Todas las decisiones importantes se toman en equipo. Pero si los equipos aprenden, se transforman en un microcosmos para aprender a través de la organización. Los nuevos conceptos se llevan a la práctica. Las nuevas aptitudes se pueden comunicar a otros individuos y otros equipos (aunque no hay garantía de que se propaguen). Los logros del equipo pueden fijar el tono y establecer una pauta para aprender conjuntamente para la organización.

_____ pág. 38

Dimensiones críticas del aprendizaje en equipo dentro de las organizaciones:

- Necesidad de pensar agudamente sobre problemas complejos. En las organizaciones actúan fuerzas poderosas, fuerzas que vuelven la inteligencia del equipo inferior y no superior a la inteligencia de cada uno de sus individuos. Muchas de esas fuerzas pueden estar bajo el control de los miembros del equipo.
- 2. Necesidad de una acción innovadora y coordinada. Los equipos destacados de las organizaciones desarrollan la misma clase de relación, un "ímpetu operativo" donde cada miembro permanece consciente de los demás miembros y actúa de manera que complementan los actos de los demás.
- 3. El papel de los miembros del equipo en otros equipos. La mayoría de los actos de los equipos directivos se llevan a cabo a través de otros equipos. Así, un equipo que aprende, alienta continuamente a otros equipos que aprenden al inculcar las prácticas y destrezas del aprendizaje en equipo.

El aprendizaje en equipo supone aptitudes y conocimientos individuales, pero es mayoritariamente una disciplina colectiva. Implica dominar las prácticas del diálogo y la discusión, las dos maneras en que conversan los equipos.

D. Bohm (1995), señala que la palabra "discusión" tiene la misma raíz que percusión y concusión. Sugiere algo parecido al peloteo de "una partida de ping-pong". El objetivo principal de esta partida como cualquier juego es ganar, y en este caso significa lograr que el equipo contrario acepte nuestros puntos de vista. Bohm sugiere que para lograr un cambio de prioridades se necesita "diálogo". El objetivo del diálogo consiste en transcender la compresión de un solo individuo. "En un diálogo no intentamos ganar".

El aprendizaje en equipo también implica aprender a afrontar creativamente las poderosas fuerzas que se oponen al diálogo y discusión productiva.

El proceso por el cual aprenden los equipos consiste en un vaivén continuo entre la práctica y el desempeño. A pesar de su importancia, el aprendizaje en equipo goza de escasa comprensión, mientras no tengamos alguna teoría, o métodos confiables para construir equipos que puedan aprender juntos, su aparición únicamente se deberá al azar.

LOS ROLES EN EL EQUIPO DE TRABAJO.

Las personas desempeñan roles distintos al tener que vivir circunstancias diversas. En la familia actuamos como hijos o hijas, como esposos o esposas, o como padres o madres. En el trabajo actuamos como subordinados leales o

rebeldes, como líderes autoritarios, democráticos o paternalistas, como colegas o compañeros. Roles todos diferentes que definen conductas distintas para cada personas.

Todo rol determina unos comportamientos, unos diálogos que deben decirse, unas líneas argumentales que deben seguirse, unos finales esperados que deben representar las personas. Si no cumplimos las líneas exigidas por el rol, existe una desviación, un comportamiento excéntrico.

Conceptos fundamentales de rol:

- Las personas nos comportamos en forma distinta según los grupos y las situaciones diferentes a las que nos enfrentamos.
- Dichos comportamientos responden al concepto de rol.
- Uno juega diversos roles aún en un mismo trabajo.
- Los roles hacen referencia a los patrones de comportamiento que se espera que interprete los distintos miembros de un grupo humano.
- Dentro de los estilos de comportamiento necesarios para la representación de un papel, hay lugar para las interpretaciones diferentes de los distintos miembros. Dichas diferencias bridan al rol su riqueza.
- Es cierto que no podemos representar con autenticidad cualquier rol. Hay roles que no encajan con nosotros.
- Los roles pueden ser "oficiales" y explícitamente reconocidos, u "oficiosos", que son igualmente reales aunque no sean necesariamente reconocidos por todos.
- Algunos roles están claros, otros pueden provocar cierta confusión en uno mismo o en los demás, porque a veces nos vemos obligados a representar a la vez diferentes roles que entran en conflicto.
- Para comprender el comportamiento de una persona es necesario identificar los roles que representa en un momento determinado de su vida.

Roles de equipo en el equipo funcional.

El término "Roles de Equipo" hace referencia a una de las teorías más operativas con que hoy contamos para el análisis y la integración eficaz de los equipos de trabajo. Esta teoría ha sido formulada por M. Belbi (1993).

Puntos significativos:

- 1. El primer punto nos lleva a descartar que el éxito o el fracaso de los equipos reside, en buena medida, en la combinación adecuada y en el peso equilibrio de los Roles de Equipo.
- 2. Los Roles de Equipo se refieren a nuestro modo individual, personal, de comportarnos, de contribuir a la tarea y de relacionarnos con otras personas en el trabajo. Son estos comportamientos los que barajan el juego de relaciones que se dan en la vida del grupo y se diferencian

- significativamente de los roles funcionales. Los roles funcionales hacen referencia a la ejecución del trabajo en sí mismo, provienen de una amplia red de expectativas sociales y poseen alta racionalidad.
- 3. Se han identificado, definido y caracterizado con precisión 9 roles de equipo que se agrupan en tres categorías fundamentales. Así tenemos:

Roles mentales:

- a) El creativo. Es la principal fuente de ideas e innovación para el equipo.
- b) El especialista. Es quien aporta el saber especializado sobre el que se basa el servicio o el producto del equipo.
- c) El evaluador. Es quien analiza las ideas y sugerencias, tanto internas como externas al equipo y evalúa su viabilidad y su adecuación a los objetivos del grupo.

2. Roles de acción:

- a) El impulsor. Es quien estimula y aguijonea al equipo hacia la acción.
- b) El implementador. Es la principal fuente de transformación de las ideas en acciones dentro del equipo.
- c) El finalizador. Es el rol a través del que se realiza un seguimiento continuo de las tareas del equipo, buscando el cumplimiento de los plazos y los mayores niveles de perfección.

Roles sociales:

- a) El cohesionador. Es el rol que fomenta la unidad y las relaciones armoniosas entre los miembros del equipo.
- b) El buscador de recursos. Es quien explora los recursos del exterior y establece contactos que pueden ser útiles para el equipo.
- c) El coordinador. Es quien organiza, motiva y controla las actividades del equipo logrando metas comunes en base a un trabajo compartido, solidario e interdependiente.
- 4. Estos "Roles de Equipo" y los comportamientos que los caracterizan están más influenciados por los factores de personalidad y por comportamientos aprendidos, que por capacidades técnicas y conocimientos de la tarea. Son configurados por factores de personalidad tales como alta y baja ansiedad, introversión y extroversión, etc. También inciden en estos roles los valores que sustentamos, la experiencia, los conocimientos y, en menor medida, nuestra forma de pensar y decidir sobre los roles que se requieren para una determinada situación.

- 5. Los Roles de Equipo son aquellos que desempeñamos, una y otra vez, reiteradamente, sea cual sea el grupo al que nos integremos. Esto indica que cada uno de nosotros tiene tendencia a representar uno o dos roles preferidos de forma habitual.
- 6. La necesaria presencia de los nueve roles en un equipo no exige que el mismo esté compuesto por nueve personas, pueden ser menos. Exige, eso sí, que sea el número de personas, estos nueve roles estén representados. Es habitual que todos tengamos más de un rol preferido, pero también es importante que no existan roles excesivamente dominantes.
- 7. El proceso de equilibrar al equipo pasa primero por conocer los roles que habitualmente representa cada de sus integrantes, segundo, por establecer que roles se necesitan incorporar, potenciar o disminuir, y tercero, por establecer los compromisos necesarios para que se aporten los nuevos comportamientos requeridos, de acuerdo con las tendencias de cada uno de los individuos.

Roles subversivos para el equipo.

Estos roles dificultan generalmente la dinámica interna del grupo, son un lastre y por tanto no son útiles para el equipo. Son tan numerosos como amplia es la diversidad individual.

Los más significativos, tal vez, sean los siguientes:

- 1. Obstrucción. Se opone a la marcha del equipo, rechazando ideas o teniendo una actitud negativa sobre todos los temas. Se niega a cooperar.
- 2. Agresividad. Lucha por rebajar el prestigio de los otros. Destruye. Se jacta y vanagloria de sí.
- 3. Deserción. Muestra indiferencias, distancia, entra en ensoñación a veces. Se aparta del tema, interviene con conservaciones que no tienen nada que ver con el tema que se trata.
- 4. Dominación. Interrumpe y se mete en largos monólogos. Se muestra autoritario. Trata de monopolizar el tiempo del grupo.
- 5. Búsqueda de reconocimiento. Pretende llamar la atención de una manera exagerada. Cuenta historias pasadas, de las cuales presume. Relata experiencias que nada tienen que ver con el tema actual en una búsqueda ansiosa por obtener consideración de los otros.
- 6. Playboy. Muestra su falta de participación en el grupo con un humor fuera de lugar, alardea de cosas que causan un cierto escándalo o con la muestra de un cierto cinismo.

CLAVES DEL TRABAJO CREATIVO EN EQUIPO.

Diversos autores han intentado demostrar los vínculos existentes entre la capacidad creativa e innovadora de los equipos y su nivel de satisfacción

laboral o de motivación. En efecto, sin una capacidad de compresión individual, grupal y organizativa de la empresa hacia los equipos de trabajo, es difícil que éstos adquieran la suficiente confianza y motivación para luchar por sus objetivos, disfrutando durante el proceso y celebrando el éxito o aceptando proactivamente que el resultado final pueda ser menos satisfactorio de lo esperado.

N.Hayes (2003) ha encontrado cuatro características clave de los equipos creativos e innovadores: comparten una visión, crean una atmósfera de trabajo participativa y no amenazante, construyen con el tiempo un clima de excelencia, en el que se aceptan y debaten los retos más atrevidos, y finalmente consiguen ayuda y colaboración de la empresa para poner en funcionamiento sus ideas.

Pero, antes de invitar a los integrantes de una organización a trabajar en equipo debemos establecer procedimientos y asegurarnos de que dicha forma de trabajo va a resultar beneficioso.

Además, la organización que pone en marcha o estimula procesos de trabajo en equipo debe tener el convencimiento de que con ello va a mejorar sus niveles cualitativos y, con ello, sus resultados.

El trabajo creativo del equipo.

Sin motivación, emoción, sensación de riesgo y aventura no hay creatividad, o ésta se torna en rutina más o menos justificada de algo que hay que hacer porque alguien lo quiere.

Muchas veces necesitamos ser creativos de forma individual. Es cuando debemos despertar nuestros recursos personales, aunque, algunas veces, tenemos que ser creativos conjuntamente con otras personas. Por ejemplo, unas enfermeras que buscan soluciones a las constantes e incómodas llamadas de los pacientes durante la noche.

La generación de ideas en equipo.

Las ideas surgen de la inteligencia creativa o práctica de los participantes en una reunión, pero ese surgimiento depende de muchos elementos: el trabajo previo, la motivación, la comunicación entre el equipo, la pericia del líder, etc.

Para asegurar un gran número de ideas y una cierta calidad en las mismas es recomendable:

- Lograr que el equipo se sienta libre, sin coacciones de ningún tipo.
- Es bueno que la gente se ría y se divierta, siempre que ello no provoque un alejamiento excesivo respecto al foco.

- Hay que poder decir lo que uno piensa, sin cortapisas de ningún tipo.
- Es básico facilitar el uso del pensamiento lateral, es decir, el que no está sujeto a normas de lógica o coherencia.
- Después del período de generación de ideas es interesante que los participantes jueguen con ellas.
- Hay que evitar, en la medida de lo posible, los juicios precipitados.

La evaluación de las ideas.

Normalmente, en una sesión creativa, aparecen muchas ideas. De éstas, algunas son más buenas y para llegar a detectarla hay unas sugerencias que pueden ayudar a evaluar mejor los resultados de una sesión:

- No acostumbra ser bueno evaluar las ideas inmediatamente después de cerrar la reunión. Por tanto, dejar transcurrir unos días es casi siempre recomendable.
- El momento de la evaluación sirve para cerrar el círculo: se trata de no dejar cosas en el aire y valorar todos los detalles.
- Muchas veces es interesante, para facilitar la incubación, realizar listados en papel con las propuestas, y entregarlas a los participantes para su consulta o estudio durante algún tiempo.
- Siempre es imprescindible dar feedback a todas las personas que han participado en una reunión creativa.

TRABAJAR CREATIVAMENTE EN EQUIPO.

Trabajar en equipo puede ser un placer. Buscar de forma conjunta nuevas ideas y afrontar complicados retos dentro de la asistencia sanitaria requiere de una cierta capacidad. Todo esto, surgirá en las reuniones que el equipo realice.

La convocatoria de la reunión.

Normalmente, una reunión creativa se planifica con tiempo. Eso significa que los encuentros creativos improvisados no puedan ser interesantes.

De entrada, hay que dejar bien claro cuál es el objetivo de la reunión. Se debe comunicar de forma clara la duración del encuentro.

Habitualmente los problemas complejos requieren varias sesiones. La creatividad no hace milagros. No se pretende resolver en poco tiempo temas arduos o situaciones comprometidas.

El lugar de la reunión.

El espacio y las facilidades que los participantes tengan pueden darle un tono u otro al acontecimiento. Sentirse cómodo y poseer los elementos

indispensables facilitan que el encuentro sea auténticamente creativo y se diferencie de una reunión convencional.

Para ello es imprescindible:

- Una sala aislada, sin ruido, con luz natural o luz abundante.
- Sillas cómodas, pero no sillones.
- Mesas y sillas movibles, para hacer equipos.
- Una pizarra gigante, mejor blanca y rotuladores apropiados de varios colores.
- Flip-charts con papel gigante y banda adhesiva.
- Prohibir absolutamente las interrupciones (teléfonos móviles, etc.) y los desplazamientos innecesarios (entradas, salidas, etc.).
- Rotuladores de diversos colores para los participantes y papel abundante.
- Retroproyector de transparencias, conexión para un portátil y cañón proyector.
- Posibilidad de audio para música relajante o estimulante.
- Evitar distracciones inútiles (comida, bebida, publicaciones...).
- Material estimulante complementario (revistas de temas
- dispares, fotografías, dibujos, libros...).
- En algunos casos puede ser interesante tener alfombrillas individuales para realizar ejercicios de relajación y visualización.

El tiempo y la duración de la reunión.

Es difícil establecer normas para la duración de las reuniones creativas de equipo. Una cosa está clara, la creatividad necesita tiempo. Sin embargo, el tiempo es uno de los bienes aparentemente más escasos hoy en día.

Es importante decidir el tiempo que va a durar nuestra reunión creativa. Una hora, seis horas, dos días... y ser consecuentes con ello. Es fundamental no tener la sensación de que estamos dejando de hacer cosas por culpa de la maldita reunión, puesto que entonces no aportaremos todo nuestro potencial de ideas.

Para que la creatividad funcione, los participantes deben sentirse relajados y no excesivamente presionados. Algún ejercicio de relajación a través de los colores puede ser extraordinariamente válido y eficaz, así como algún ejercicio de Programación Neuro-Lingüística (PNL) que sirva como catalizador de un cierto cambio de actitud.

El líder de la reunión.

Toda reunión necesita un líder o coordinador.

El líder de la reunión deberá hacer:

- Escoger las técnicas más adecuadas.
- Procurar que todo el mundo participe por igual.
- Frenar las conductas de excesivo protagonismo.
- Evitar que se produzcan juicios sobre las ideas, al menos antes de tiempo.
- Facilitar los movimientos creativos.
- Anotar todas las ideas en una pizarra.
- Asegurar un gran número de ideas al final de la fase de generación.
- Ayudar al equipo a interrelacionar las ideas, combinándolas, etc.
- Facilitar el pensamiento lateral, introduciendo si es necesario ejercicios o técnicas que lo estimulen.
- Coordinar la formación de subgrupos y supervisar su rendimiento.
- Dirigir la evaluación crítica de las ideas y apoyar la toma de decisiones.

Es muy recomendable que en una reunión exista la figura de un secretario, que transcriba las ideas que van apareciendo. Esto es especialmente relevante en las sesiones que tienen continuidad en el tiempo y en las que los participantes necesitan reflexionar sobre el material que se va generando.

HERRAMIENTAS PARA EL TRABAJO EN EQUIPO.

Herramientas de análisis de problema y toma de decisiones.

• Técnica de los por qué en secuencia:

Es una representación gráfica que consiste en formular la pregunta ¿por qué?, es decir, de manera que se analicen las causas que están produciendo el problema. Cuando obtenemos una primera respuesta que, normalmente, da como resultado más de una posibilidad, se plantea para cada opción un nuevo ¿por qué?, y así de forma repetida hasta lograr analizar en toda su magnitud el problema o situación que se está analizando.

_____ pág. 46

Diagrama de las seis palabras.

Es un método para explorar lo que es problema y lo que no lo es, de tal manera que facilita el análisis y definición del mismo. El método permite estudiar las posibles causas del problema y diferenciar aquellas que no lo son, delimitando claramente la situación del problema.

La metodología que propone esta técnica para analizar la situación consiste en la formulación con las siguientes palabras:

Quién, Qué, Por qué, Cuándo, Dónde y Cómo.

Diagrama causa – efecto.

Este diagrama, fue diseñado por Kauro Ishikawa; por esta razón también se le denomina diagrama de Ishikawa (1953).

El diagrama causa – efecto permite estructurar, de una manera lógica y sistemática las causas del problema que se está tratando de resolver. Se parte de la definición precisa de un problema y, mediante un análisis exhaustivo y riguroso de la situación, se construye un diagrama para determinar las causas que influyen sobre él.

El diagrama CEDAC.

Significa "diagrama causa – efecto con adición de tarjetas", en inglés cuase – effect diagramen with addition of cards. Se utilizó mucho en los años 80, por diversas compañías de todo el mundo, con muy buenos resultados y en la actualidad se sigue utilizando.

Es una representación gráfica similar a un diagrama causa – efecto, pero su objetivo es distinto. Su utilización permite poner de manifiesto los problemas, las propuestas de mejora y verificar los resultados, de las mejoras implantadas.

Es un gráfico de gran tamaño que se ubica físicamente cerca del lugar donde se produce la situación a mejorar, para que sea visible para todos los implicados.

Una vez definida la situación de mejora; todas las personas relacionadas con el proceso son invitadas a rellenar unas tarjetas, en dos colores diferentes, unas para identificar las propuestas de mejora y otras para identificar los problemas u obstáculos. Una vez entregadas todas las tarjetas se pasa a construir el diagrama.

Diagrama de flujo.

Es una técnica que representa gráficamente la secuencia de eventos o actividades que conforman un proceso. Esta representación permite, de una forma relativamente simple, pero muy útil, comprender como funciona un proceso y detectar o eliminar los problemas inherentes al mismo.

Brainstorrning. (Iluvia de ideas)

Hacia los años 50, Alex Osborn desarrolla esta técnica, está convencido de que las personas pueden ser creativas si dejan de ser críticas con sus propias ideas. Por lo tanto las ideas se generan mejor en un ambiente relajado y exento de juicios precipitados e impulsivos, donde todos los participantes pueden exponer sus ideas sin temer a que no sean escuchadas o criticadas.

Herramienta útil para llegar a soluciones consensuadas y que fomenta la participación de todos los miembros del equipo, por igual. Está comprobado que aumenta la creatividad de sus miembros.

El objetivo de esta técnica es generar y crear el mayor número de ideas posibles para facilitar y enriquecer las decisiones.

Todos los miembros del equipo deben participar por igual. Pueden establecerse turnos de intervención, cediéndose el turno cuando se tengan ideas.

El grupo genera ideas, el moderador ha de estimular al grupo, preguntando ¿qué más?, con el objetivo de potenciar su creatividad. Se suelen repartir tarjetas para anotar las ideas así se construirá un panel con todas ellas.

Un inconveniente es la habitual falta de tiempo en las organizaciones, lo cual hace que esta técnica no se lleve a cabo habitualmente.

Diagrama de afinidad.

Es un método de organización y clasificación de la información reunida en sesiones de lluvia de ideas. Suele ser utilizado por un equipo para la organización de una gran cantidad de datos, de acuerdo con las relaciones naturales entre los mismos. Su autor es Kawakita Jiro en los años 50.

Se trata de escribir cada concepto en una tarjeta y pegarlas a una pared. A continuación los miembros del equipo se mueven y organizan las ideas en grupos, basándose en las relaciones y asociaciones que

establecen entre los diferentes conceptos. De esta forma el grupo obtiene una percepción estructurada y común de la situación analizada.

Se recomienda su utilización cuando un problema es complejo o difícil de entender; cuando parece estar desorganizado; cuando requiere de la participación de todo el equipo; o cuando se requiere determinar los temas claves de en gran número de ideas o problemas.

Herramientas de generación y evaluación de alternativas.

Análisis del campo de fuerzas.

Esta técnica se desarrolló en el área de las ciencias sociales como herramienta para mejorar la definición y análisis de problemas, y la selección de alternativas para solucionarlos (Lewin, 1947)

La técnica del análisis del campo de fuerzas constituye una forma de representar gráficamente las fuerzas positivas o impulsoras, y las negativas o limitadoras de la situación o problema a analizar.

Grupo nominal.

Técnica relativamente sencilla que aporta estrategias para la resolución de problemas. Este método facilita en gran medida el trabajo autónomo e independiente. En varias de las etapas, los integrantes del grupo, a pesar de estar reunidos y estar juntos, trabajan de manera individual, sin poder comunicarse con los demás participantes.

Se da el problema a conocer a todos los participantes, y la metodología a seguir. Cada individuo de manera independiente, escribe en una hoja sus ideas en respuesta al problema que ha sido planteado. Después se reflejarán todas las ideas en una pizarra, los miembros del grupo dialogan y discuten entre sí todas las ideas aportadas. Esta discusión se realiza con la idea de clarificar las ideas o de generar nuevas.

Después cada participante selecciona las 5 ideas que le resulten más importantes, se ponen en común y se establecerán prioridades, se escogerán las dos o tres más puntuadas.

Análisis morfológico.

Antes de empezar, hay que aclarar y definir el problema de forma simple y comprensible. La definición se escribe en una pizarra para que esté visible para todos los participantes. A continuación los miembros del grupo, identifican las dimensiones más apropiadas para el problema. Las dimensiones deberían ser esenciales e importantes, y por supuesto mostrar una interrelación lógica con respecto al problema.

Técnica Delfhi.

Su nombre proviene del antiguo oráculo de Delfhos, fue ideado a finales de los años cuarenta en el centro de investigación americano The Rand Corporation, aunque su desarrollo y perfeccionamiento se produce durante los años cincuenta, y especialmente en los setenta.

Consiste en la obtención de una opinión grupal fidedigna a partir de un grupo de expertos.

Se elaboran unos cuestionarios de manera que faciliten la respuesta por parte de los consultados. Preferentemente las respuestas habrán de ser cuantificables y ponderadas. Los cuestionarios se harán llegar a los expertos. En el caso de una segunda opinión, los expertos serán informados de los resultados de la primera consulta de preguntas y deben de dar una nueva respuesta, y sobre todo justificarlas cuando sus respuestas sean divergentes al resto de expertos.

A partir de los datos aportados, el coordinador tomará las decisiones oportunas.

El factor tiempo es quizás, el inconveniente más claro de este método, y en consecuencia el abandono de los expertos.

Herramientas grupales

Philips 6/6

Consiste en dividir al grupo en subgrupos de 6 personas, que discutan un tema durante 6 minutos.

Sirve para detectar intereses, inquietudes, expectativas o sugerencias del grupo. Estimula la participación del grupo e implica a los individuos en las responsabilidades de grupo.

Ahorra tiempo en la discusión de temas y se dispone de un rápido sondeo de las opiniones del grupo.

Diálogos simultáneos o cuchicheo.

Los miembros de un grupo dialogan por parejas al mismo tiempo sobre un tema o problema durante no más de 15 minutos.

En menos de 15 minutos se puede obtener la opinión de un grupo. Y rompe con la rutina y la monotonía de una reunión.

No es útil para problemas muy complejos.

• Foro.

El grupo realiza un debate abierto sobre un tema, situación o problema, dirigidos por un coordinador.

Ayuda a establecer ciertas conclusiones generales respecto al tema. No siempre participan todos los miembros del grupo.

Adentro y afuera.

Consiste en dividir al grupo en tres subgrupos de igual número de miembros cada uno, cuando un grupo interviene el otro escucha Sirve para tratar temas de cierta complejidad en poco tiempo, mejora los hábitos de escucha.

Podemos abordar un tema desde tres perspectivas diferentes. Pero cada grupo aborda temas distintos y no se plantea un debate en el grupo grande.

Método del caso.

Consiste en investigar, analizar y buscar soluciones a un caso. Ayuda a comprender problemas complejos y con varias interrelaciones.

Favorece el entrenamiento y el adiestramiento de los miembros del grupo.

Preparar y elaborar la descripción del caso precisa mucho dominio de esta técnica.

"Role Playing" o juegos de roles.

Dos o más personas representan una situación de la vida real del grupo, asumiendo los roles del caso. Así conocemos las reacciones y actitudes del grupo ante un tema.

Se puede investigar sobre un problema desde el punto de vista de las actitudes que genera.

Juegos de simulación.

Consiste en realizar un trabajo imaginario, que no es real, cuyos resultados ayudan al grupo a resolver un problema que si lo es.

Profundizan y tratan con realismo temas que pueden generar ciertos conflictos en el grupo si se trata de otro modo.

Analizan un problema en todas sus dimensiones y comprenden que no existan soluciones ideales a ningún problema.

Diálogo o debate público.

Se trata de una discusión realizada por dos expertos, delante de un grupo, sobre un tema o problema concreto.

Sirve para despertar el interés y estimular la reflexión del grupo, y optimizar la información facilitada por los expertos.

Combinando esta técnica con otras que favorezcan la participación del grupo, permite que éste intercambie sus puntos de vista con expertos. Además refuerza determinadas actuaciones de grupo y debilita aquellas que no son adecuadas.

Mesa redonda.

Consiste en una serie de exposiciones e intervenciones por parte de especialistas que tienen diferentes puntos de vista acerca de un tema.

Sirve para dar a conocer los diferentes puntos de vista, o posiciones, incluso divergentes en algunos casos, a través de la confrontación.

Proporcionan la mayor información posible al grupo respecto de un problema de su interés.

Nos vale para formular preguntas que conlleven a la reflexión acerca de un problema

Favorece al clima de participación.

Panel.

Se basa en que un grupo de expertos dialogan durante 30 o 45 minutos sobre un tema determinado.

Combinado con otras técnicas el grupo puede tomar la palabra e intervenir de una manera activa. Y se puede aclarar al grupo cuáles son las ventajas e inconvenientes de una determinada línea de acción.

Simposio o simposium.

Es la presentación sucesiva de exposiciones por parte de un grupo de personas (entre 4 o 6) sobre los diferentes aspectos de una situación o problema.

Es más ágil que una conferencia, pues intervienen ponentes de diferentes estilos. Facilitan el aprendizaje de los miembros del grupo. Este método impide la participación de los miembros del grupo. Además el moderador ha de coordinar con antelación el tema, para que no se produzcan solapamientos, ni lagunas importantes.

Seminario.

Es el estudio exhaustivo de un tema en varias sesiones de trabajo por parte de un grupo reducido. Conlleva a que todos estudien y busquen soluciones a un determinado problema, antes de realizar el seminario.

Proporciona una disciplina de trabajo en grupo, pues todos tienen una tarea previa que realizar fuera de la situación del grupo.

Requiere varias sesiones de trabajo de larga duración, y si el coordinador no prepara una buena agenda hay pérdidas de tiempo.

LA REALIDAD EMOCIONAL DE LOS EQUIPOS.

Los grandes líderes son personas muy movilizadoras, personas que despiertan nuestro entusiasmo y alientan lo mejor que hay en nosotros. Cuando tratamos de explicar su espacial habilidad apelamos a nociones como planificación, la previsión o el poder de las ideas, pero la realidad es mucho más sencilla: los grandes líderes son personas que saben manejar las emociones.

El líder es la persona a quien los demás recurren en busca de la convicción y claridad necesaria para hacer frente una amenaza, superar un reto o llevar a cabo una determinada tarea. En este sentido, el líder es la persona que mejor sabe encauzar las emociones de un determinado grupo.

Esta función esencialmente emocional sigue siendo la principal tarea del líder en el ámbito de la organización moderna.

Son muchas las investigaciones realizadas en las últimas décadas que han demostrado la superioridad de las decisiones grupales sobre las individuales, aunque se trate de las decisiones adoptadas por el sujeto más brillante del grupo. Esta es una regla que solo tiene una excepción ya que, cuando el grupo adolece de las competencias de la armonía y de la colaboración, mengua necesariamente la calidad y prontitud de las decisiones adoptadas. Las investigaciones realizadas en este sentido en la Universidad de Cambridge han puesto de relieve que, cuando el grupo se halla desintegrado por las rivalidades y las luchas de poder, hasta los grupos formados por individuos inteligentes acaban tomando decisiones muy equivocadas.

Los grupos solo son más inteligentes que los individuos cuando exhiben las cualidades propias de la inteligencia emocional. Es cierto que todos los participantes de un grupo contribuyen al nivel de inteligencia emocional grupal, pero, no es menos cierto que la importancia del líder a este respecto resulta esencial. No hay que olvidar que las emociones son contagiosas y que es natural que las personas presten una atención especial a los sentimientos y la conducta del líder. Es muy frecuente, por tanto, que sea este quien dé el tono y

ayude a configurar la realidad de un grupo, es decir, el modo en que los distintos integrantes experimentan su participación.

Los líderes emocionalmente poco inteligentes pueden provocar verdaderos estragos en un equipo.

Como evidencia la investigación llevada a cabo por V. Druskat y S. Wolff (2001), la diferencia existente entre los equipos de mayor rendimiento y aquellos otros cuyo rendimiento no supera el promedio radica en su inteligencia emocional. La conclusión de esta investigación es que la inteligencia emocional del grupo determina su capacidad para gestionar sus emociones de un modo que aliente "la confianza, la identidad y la eficacia grupal" maximizando así, en consecuencia, la cooperación, la colaboración y la eficacia.

Maximizar la inteligencia emocional de los grupos

La inteligencia emocional de un grupo se asienta en las mismas competencias que exhibe el individuo emocionalmente inteligente, es decir, la conciencia de uno mismo, la autogestión, la conciencia social y la capacidad de gestionar adecuadamente las relaciones. La diferencia no obstante es que, en este caso, las competencias de la inteligencia emocional no solo tienen que ver con el individuo, sino también con el grupo como totalidad. Porque hay que subrayar que los grupos también poseen estados de ánimo y necesidades y que actúan de manera colectiva.

La práctica de la conciencia de sí de un equipo le lleva a darse cuenta del estado de ánimo y de las necesidades del grupo, lo cual conduce de manera natural a la empatía. La empatía, por su parte, lleva al equipo a crear y mantener las normas positivas y a gestionar mejor sus relaciones con el mundo externo. En el ámbito de los equipos, la conciencia social constituye el fundamento que establecer y mantener relaciones eficaces con el resto de la organización.

La realidad emocional de un grupo.

El líder que quiera crear un equipo emocionalmente inteligente debe comenzar aumentando la conciencia que el grupo tiene de sí mismo. La auténtica misión del líder consiste en percibir el clima emocional del equipo y contribuir a que sus distintos miembros cobren rápidamente conciencia de la presencia de cualquier disonancia. Solo cuando un equipo sabe afrontar su realidad emocional puede decirse realmente que está en condiciones de experimentar una transformación.

Para poner en funcionamiento este proceso hay que darse cuenta de lo que realmente está ocurriendo en el seno del grupo. Ello no solo significa cobrar

conciencia de lo que sus integrantes hacen y dicen, sino también de lo que están sintiendo.

La inteligencia emocional de los grupos.

Una parte importante de la compresión de la realidad emocional consiste en descubrir los hábitos que se hallan más arraigados en un equipo u organización y que, por tanto, pueden dirigir su conducta. Es muy frecuente que estos hábitos no tengan mucho sentido para los implicados, pero que sigan utilizándolos porque "así es como nosotros hacemos las cosas". Los líderes emocionalmente inteligentes buscan signos que les releven si tales hábitos y los sistemas que los respaldan funcionan bien. Solo de ese modo es posible que la investigación y el descubrimiento de los hábitos nocivos de un grupo permitan a los líderes establecer normas eficaces.

Así pues, uno de los requisitos fundamentalmente del cambio de las organizaciones consiste en el descubrimiento de las normas improductivas y de la realidad emocional enferma. El líder que no afronta este tipo de problemas acaba magnificándolos. Para conducir a un equipo más allá de esta barrera se necesita un líder emocionalmente inteligente.

Los beneficios, del proceso de cambio para conseguir unas normas productivas y una realidad emocional sana, son de tres tipos:

- La expresión y la evaluación sincera tanto de los aspectos de la conducta como de los aspectos emocionales de la cultura del liderazgo genera una nueva y saludable legitimidad.
- El mismo acto de comprometerse en este proceso contribuye al establecimiento de nuevos hábitos. Y, cuando los integrantes de la organización se dan cuenta de que sus líderes no temen conocer la verdad, se atreven a compartir en voz alta sus sueños y empiezan a emular esa conducta relacionándose de un modo más sano con los demás.
- Todos estos cambios surgen de la cúspide de una organización, los empleados están realmente en condiciones de asumir los riesgos que ello conlleva.

<u>DIFICULTADES PARA EL TRABAJO EN EQUIPO.</u>

Para E. Pont y M. Teixidor (2005) un buen trabajo en equipo exige unas condiciones, y una de ellas pasa por el hecho de tener unos vínculos, aspiraciones y objetivos comunes para asegurar, así el logro de unos buenos resultados y aprendizajes generativos.

Muy importante que el equipo comprenda y se identifique con la misión, los valores y los objetivos de la organización, puesto que estos son los elementos

que dan unidad a la acción. Esta meta, sin embargo, no siempre es fácil de lograr, puesto que los miembros del equipo pueden tener valores, visiones personales, preferencias, aspiraciones, competencias y experiencias diferentes, cuya clara definición se ve perturbada, a menudo, por la complejidad del entorno.

Los autores dan un listado de condiciones necesarias para poder establecer un trabajo cooperativo:

- Implicación institucional.
- La comunicación.
- El compromiso.
- El respeto.
- La responsabilidad.
- La confianza.
- La tolerancia.
- La sinceridad.
- La diversidad.
- La equidad.
- La capacidad.
- La autonomía.
- La competencia.
- La apertura.
- La solidaridad.

Recordar de nuevo que la riqueza de la práctica profesional en cooperación pasa por las aportaciones de las competencias – específicas de cada disciplina y cada profesional o miembro del equipo – y se apoya en la diversidad, es decir, en el reconocimiento y respeto por la diferencia y la equidad entre los miembros del grupo; el éxito pasa, pues, por entender que todos somos iguales y que todas las aportaciones son valiosas, por el convencimiento de los saberes propios, el respeto a los saberes del otro y por el hecho de que cada miembro sea capaz de aportar su participación específica a la salud de la persona, compartiendo sin reserva los puntos de vista profesionales.

De cuánto hemos expuesto hasta ahora se desprende que la cooperación obliga a ir más allá de la autoafirmación; requiere entender que es más importante cooperar que competir. La práctica en cooperación supone, también, una buena comunicación, basada en el diálogo, la confianza, la escucha activa, el intercambio honesto de opiniones y la capacitación.

Una buena comunicación entre el equipo multidisciplinario implica la capacidad de escuchar, de saber, de conocer, así como la compresión del trabajo de

todos y de cada uno. La comunicación sea eficaz, se necesita un mensaje claro por parte de la organización, espacios para la interacción y el análisis de las prácticas profesionales, y poder contar con espacios intersticiales. El trabajo en equipo incluye una serie de intercambios que, si son de signo positivo, conducen a la cooperación y generan, cuando son efectivos, un conocimiento transdisciplinario, en cambio, si son de signo negativo, disgrega al grupo y siembran la hostilidad.

En este caso conviene volver a insistir sobre la necesidad de poder contar con instituciones que se comprometan explícitamente en el desarrollo de prácticas en cooperación, lo que comporta inexorablemente la existencia de prácticas de gestión y estilos de liderazgo coherentes con los valores antes propuestos. Es menester promover las relaciones interpersonales; potenciar el desarrollo y la autonomía de los grupos; garantizar la dimensión de acompañamiento, de apoyo a los profesionales en la práctica cotidiana y cuando han de asumir un nuevo puesto de trabajo, funciones nuevas o afrontar un cambio; y garantizar la solidaridad con las personas que necesiten intervenciones educativas especiales o que presentan problemas específicos personales en determinado momento. Se trata también de asegurar estilos de trabajo que modelos individualistas. con los que propongan conocimientos y habilidades, que fomenten la reflexión conjunta, que impulsen la innovación contando con el consenso, la implicación y el compromiso de todos los miembros de la organización y que no olviden que el punto de vista y la participación de los protagonistas principales, los "usuarios", es la clave de una verdadera práctica en cooperación.

Pero el modelo de equipo de trabajo no es fácil de aplicar.

Una de las dificultades iníciales es la pretensión de que el modelo surja de forma "natural" en la vida de las organizaciones. Nada está más lejos de la realidad. El trabajo en equipo es el resultado de un largo proceso, de la consecuencia de un trabajo duro, siempre frágil, con avances y retrocesos, que requiere solidez en el manejo de determinados valores, conocimientos sobre el funcionamiento de los grupos humanos y entrenamiento en el desarrollo de habilidades de cooperación.

Otra dificultad consiste en considerar que este modelo se puede aplicar sin dificultad en las actuales organizaciones. En las organizaciones tradicionales todo está claro. El trabajo se divide primero en funciones, la clave del logro del resultado es la persona y su trabajo. Este modo de organización está sólidamente arraigado, ya que ha permitido, y así se ha demostrado a lo largo del tiempo, gestionar eficazmente la complejidad de las organizaciones y obtener buenos resultados en un momento histórico dado.

Por otro lado, buena parte del personal siente hoy una profunda desconfianza hacia un proyecto de trabajo en equipo. El personal difícilmente cree en el equipo.

Pero nuestra pregunta es si siempre tenemos que formar un equipo de trabajo en las organizaciones.

W. G. Dyer (1987) en su libro "Formación de equipos" cita a Lewis (1975) para explicarnos cuando no debe usarse la formación de equipos.

Lewis (1975) identifica ciertas suposiciones básicas que, si no se cumplen, sugieren que el desarrollo de equipos no sería apropiado. Él dice:

El desarrollo de equipos y la decisión de realizar el plan recaen sobre numerosas suposiciones críticas e implícitas. Vale la pena identificarlas, puesto que si una o más de estas suposiciones no se aplican a un grupo particular gerencial o su situación, llevar a cabo un esfuerzo de desarrollo de equipo puede ser innecesario, perjudicial o ambas cosas:

- Los patrones actuales de comunicación e interacción de los miembros de un grupo son inadecuados para las necesidades del grupo y de la organización.
- El concepto de ser (o desear ser) un equipo integrado existe en las mentes del ejecutivo y de los gerentes en el grupo.
- El ejecutivo y/o las necesidades de la organización requieren que haya interacción significativa y personal de los miembros.
- El ejecutivo puede comportarse de un modo diferente y los hará como resultado del programa de desarrollo y los miembros del equipo pueden responder a su nuevo comportamiento y lo harán.
- Las tareas organizacionales asignadas al grupo requieren de una coordinación lateral estrecha y frecuente entre los miembros del grupo en asuntos tales como planeación, solución de problemas y toma de decisiones.
- Los beneficios que se obtendrán con el desarrollo de equipos, en términos de la eficacia del grupo y la satisfacción de los miembros, serán más importantes que los costos implicados por alterar las disposiciones existentes en cuanto a papeles que se deben desempeñar y la red social a cual se ha acomodado el grupo.

Lewis (1975) también señala que el desarrollo de equipos debe ser congruente con el estilo personal del gerente y la filosofía gerencial en cuanto a cómo debe utilizar su equipo. Él declara que sólo se debe usar el enfoque del equipo si, como gerente, usted encuentra que:

_____ pág. 58

- Se siente cómodo al compartir el liderazgo organizacional y la toma de decisiones con gerentes subordinados y prefiere trabajar en un ambiente igualitario.
- Existe un alto grado de interdependencia de las funciones y los gerentes con el fin de alcanzar las metas generales de la organización.
- El ambiente externo es sumamente variable y/o cambia con rapidez.
- La organización es joven y/o está llevando a cabo cambios importantes, lo cual resulta en un estructura fluida, pocas políticas y procedimientos de operación, y están surgiendo las definiciones de los papeles. La distinción entre los departamentos de "línea" y el staff es nebulosa o no tiene sentido.
- Las tecnologías predominantes de la organización son relativamente nuevas y/o se están desarrollando rápidamente.
- Es necesario que continuamente haya consultas abiertas entre gerentes como grupo en torno a las metas, decisiones y problemas.
- Los miembros de su equipo gerencial son (o pueden llegar a ser) compatibles y pueden crear un ambiente de colaboración en vez de uno competitivo en el trabajo.
- Los miembros del equipo gerencial están situados bastante cerca unos de otros para reunirse con frecuencia en poco tiempo.
- Usted depende de la habilidad y disponibilidad de los gerentes subordinados para resolver graves problemas de operación directamente y en beneficio de los mejores intereses de la organización total.
- Los canales formales de comunicación no son suficientes para el intercambio oportuno de información esencial, puntos de vista y decisiones entre los miembros del equipo gerencial.
- La adaptación organizacional requiere del uso frecuente de la administración de proyectos, fuerzas de trabajo provisionales, y/o grupos ad hoc, para solucionar problemas con el fin de aumentar las estructuras organizacionales convencionales.

Antes de iniciar cualquier programa de formación de equipo, se deben evaluar las siguientes condiciones:

- ¿La unidad de trabajo es un grupo donde la acción colaboradora es esencial para una buena realización?.
- ¿El gerente está familiarizado y se siente comprometido con la idea de mejorar el equipo?.
- ¿Se siente "lastimado" u "ofendido"? o ¿existe la necesidad de ver que las cosas mejoran?.
- ¿Los miembros de la unidad de trabajo están dispuestos a ver su propia unidad y dedicarse a acciones para solucionar problemas?.

- ¿Tiene el personal el tiempo suficiente para un programa de este tipo?.
- ¿Están dispuestos el gerente y otras personas de la unidad de trabajo a observar su propio desempeño y el trabajo de la unidad, dispuestos a dar y recibir retroalimentación, y honestamente interesados en hacer cambios?
- ¿Ha decidido la gente cuáles son los problemas y qué debe hacerse?

ENFERMERÍA Y EL EQUIPO

La función profesional de la enfermera se ha ido ampliando y esto pone en relieve la necesidad de que estas trabajen con otros profesionales del cuidado de la salud, manteniendo una relación de equipo.

Ya Virginia Henderson (1930) manifiesta que la función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo. Esta ayuda la lleva a cabo como miembro del equipo médico, ayuda a otros miembros del equipo, como ellos le ayudan a ella a planificar y a llevar a cabo el plan, ya sea para mejoría de la salud, la recuperación de la enfermedad o apoyo en la muerte.

Las enfermeras no están preparadas o no están dispuestas a asumir las funciones de liderazgo, por lo tanto se han de preparar líderes de enfermería que sean administradores eficientes.

En los años 90 Spitzer afirma que las enfermeras administrativas necesitan:

- 1. Revertir la tendencia al aislacionismo y comunicarse con otras personas dentro y fuera de enfermería.
- 2. Extender las habilidades de trabajo de equipo.
- 3. Entender los conceptos administrativos y metas organizacionales.
- 4. Promover la estructura y el ambiente organizacional que estimulen la participación de la enfermera a todos los niveles, en vez de la práctica de crear y mantener "abejas reina".

Herberg (1959) ya habla de un factor motivante para la enfermera que es la relación con los compañeros, con la supervisión y con los subordinados.

La enfermera administrativa como líder

Solo si son líderes las enfermeras administrativas (entendiéndose como tal la que se dedica a la gestión) podrán crear clima para la práctica profesional.

Según Zalenznic (1977), las diferencias entre líderes y gestores o administradores son:

 Actitudes hacia las metas: los administradores tienden a adaptar actitudes impersonales a las metas; los líderes adaptan una actitud activa y personal a las metas.

- Concepción del trabajo: los administradores actúan para limitar las opciones de búsqueda del cumplimiento de tareas específicas, por medio de combinaciones predeterminadlas de personas y de ideas; los líderes trabajan para desarrollar nuevos enfoques de viejos problemas y abrir temas a nuevas opciones.
- Relación con los demás: los administradores prefieren trabajar con la gente, evitan la actividad solitaria y relacionan a las personas de acuerdo con la función que desempeñan; los líderes poseen más empatía y se preocupan de lo que los eventos y las decisiones significan para los participantes.
- Sentido del propio yo: los administradores son personalidades que nacen una vez y pertenecen al medio ambiente institucional; los líderes tienden a ser personalidades nacidas dos veces y separadas de su medio ambiente; pueden trabajar en organizaciones, pero nunca pertenecen a ellas.

¿Quiénes son, entonces líderes? Lundberg (1999) dice que los líderes son gente que:

- 1. Sabe a dónde va.
- 2. Sabe cómo llegar allí.
- 3. Tiene valor y persistencia.
- 4. Merece que confíen en ella.
- 5. Merece que confíen en ella no venderá su causa por alguna ventaja personal.
- 6. Hace que las misiones sean importantes y posibles.
- 7. Hace sentir a los subordinados que su función en la misión es importante.
- 8. Hace que otros se sientan capaces de llevar a cabo su función.

Según Moloney (1998) existen diferentes rasgos del estilo del liderazgo y se pueden identificar de la siguiente manera:

- Líder autocrático: demuestra predominio emprendedor; comanda y espera que los demás lo sigan.
- Líder participativo: incluye a sus seguidores en la toma de decisiones; supone que los seguidores pueden sentirse motivados a la dirección por sí mismos, la autoactualización y el desempeño creativo.
- Líder no injerente (laissez-faire)*: otorga a los miembros del grupo la libertad de actuar y establecer metas independientemente del líder.
- Líder instrumental: su comportamiento es racional más que coadyuvante; planifica, dirige, organiza, controla y coordina las actividades de sus seguidores.
- Líder "gran hombre ": tiene un comportamiento basado en la opinión de que las personas pueden aprender el liderazgo estudiando los ejemplos de las vidas de grandes hombres.

"Laissez-faire" es el nombre de la teoría o sistema de gobierno que defiende carácter autónomo del orden económico, o que el gobierno debe intervenir lo menos posible en la dirección de los asuntos económicos; la práctica y la doctrina de no intervención en las decisiones de otros, sobre todo en lo que se refiere a la conducta individual. La libertad de acción.

Según Vroon y Yetton (1973) existen cinco estilos de toma de decisiones.

- Autocrático I: el gerente resuelve el problema o toma la decisión de manera independiente, utilizando la información disponible en este momento.
- Autocrático II: el gerente obtiene la información necesaria de los subordinados y entonces decide de manera independiente sobre la solución del problema. Los subordinados pueden o no estar informados respecto a la información que se busca. Su función es, de modo evidente, la de proporcionar información, no generar o evaluar alternativas.
- Consultivo I: el gerente comparte información con los subordinados indicados de manera individual, solicitando sugerencias individuales; el gerente toma entonces la decisión, la cual puede o no reflejar la participación de los subordinados.
- Consultivo II: el gerente comparte el problema con un grupo de subordinados, pidiéndole sus ideas y sugerencias colectivas; la decisión es tomada por el gerente y puede no recibir influencias de las sugerencias de los subordinados.
- Grupo II: el problema se comparte con los subordinados como grupo; el grupo genera y evalúa las alternativas y trata de llegar a un consenso respecto de una solución; el gerente participa como miembro del grupo y acepta la decisión.

Grupos formales e informales.

Los grupos informales se caracterizan por tener reuniones que se celebran de manera no regular entre dos o más personas, sin orden del día. Éstas tienden a tratar las preocupaciones inmediatas, pero con frecuencia el tema contiene una amplia gama de soluciones de problemas. El administrador en enfermería puede encontrar que los grupos informales ocupan gran parte de su tiempo si los grupos formales no se reúnen con asiduidad, con órdenes del día a las cuales todos han tenido oportunidad de contribuir. Los grupos informales pueden sacar a relucir información valiosa que no siempre es captada en el formato de una junta formal con una agenda apretada. Pueden arreglarse encuentros casuales e informales para romper las barreras de comunicación con miembros de los grupos formales establecidos.

Por lo general, la información directa se obtiene durante las juntas de los grupos formales como comités permanentes, directivas y otros grupos institucionales que requiere la presencia del administrador. Las situaciones

de los grupos formales también permiten que el administrador en enfermería tome tiempo para un intercambio informal con los miembros de otras disciplinas.

CALIDAD

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua queda definida como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". De esta definición podemos clarificar que la calidad no es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino que es un atributo relativo, se tiene más o menos calidad.

En la literatura especializada podemos encontrar numerosas definiciones, todas ellas se han formulado teniendo en cuenta el binomio producto/usuario. Citaremos algunas de ellas:

- Norma ISO 8402 (1979), es "la totalidad de características de un ente que le confieren la aptitud de satisfacer necesidades implícitas y explícitas"
- Norma DIN (Instituto Alemán para la Estandarización, nació en el 1917 aunque no fue reconocido hasta el 1975) "la calidad en el mercado significa el conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para satisfacer las exigencias existentes en el mercado, al cual va destinado"
- "Adecuación para la satisfacción de las necesidades del cliente" J. M. Juran (1989).
- "La mínima pérdida que el uso de un producto o servicio causa a la sociedad" G. Taguchi (1948-1961).
- Según Ishikawa (1953): "el trabajo en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, económico y satisfactorio para el cliente".
- Donabedian (1996) define: "la atención de calidad es aquella que lleva al máximo estado de bienestar a la persona, teniendo en cuenta los beneficios y los riesgos que comporta el proceso asistencial".
- Finalmente Koch (1991) define a la calidad desde el punto de vista de gestión como "el sistema que garantiza que los múltiples procesos que aseguran la calidad se infiltren en cada aspecto de la organización para mejorar su efectividad, su competitividad y la habilidad para adaptarse a las nuevas condiciones".

Si nos centramos en un producto, la calidad no es un concepto ligado exclusivamente a él, sino al conjunto producto/usuario. Esto nos lleva a asegurar que en la calidad no podemos olvidar, la capacidad de satisfacción de los requerimientos del cliente.

El producto debe cumplir las funciones para lo que ha sido diseñado y a su vez debe ajustarse a las expresadas por el usuario. Sin olvidar que ha de ser al menor coste posible y con la máxima brevedad.

Cuando hablamos de satisfacción plena del cliente, no solo implica a los usuarios, sino a todas aquellas personas, empleados, operarios, directivos..., que están involucradas en todo el proceso de calidad.

Según J. Varo (1993), podemos resumir que los objetivos de la calidad, la satisfacción de las necesidades del consumidor y la conformidad con las especificaciones del diseño las sintetiza Ishikawa (1953): "Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario".

Actualmente, la extensión del concepto de calidad a todas las áreas de la empresa nos lleva al término de "calidad total". Veamos cómo evoluciona en el tiempo:

- Inspección. En un principio se verificaba el producto final. Una vez realizado el trabajo se observa que no haya defectos, antes de que llegue al cliente. Los que son defectuosos se rechazan. La inspección es el único elemento de calidad, supone un coste elevado.
- Control del producto. Se empiezan a aplicar conceptos estadísticos. Se reduce la inspección, pero no deja de ser un simple control de los productos de de una forma diferente.
- Control del proceso. Ya existe un control durante todo el proceso.
 Inspección y control se reducen porque la calidad se aplica desde el diseño, esto hace que disminuya el número de fallos y defectos.
- Calidad total. La calidad se extiende a toda la empresa, abarca todo desde los productos, recursos humanos, organización, etc. involucra a todos los estamentos, sin olvidar a la alta dirección, cuyo papel de líder para la motivación de las personas y consecución de objetivos es fundamental. La empresa se considera como una cadena de proveedores que a su vez se convierten en clientes, donde cada trabajador es cliente del que le suministra bienes, servicios o información y, a su vez, suministrador de la persona al que entrega su trabajo. Nace el concepto de trabajador como cliente interno de la empresa.

Surge la Gestión de Calidad Total, como una nueva revolución. Aparecen nuevos aspectos, mejora continua, trabajo en equipo, círculos de calidad...

Ya hemos hecho referencia a que las bases de la calidad total es compromiso de todos y cada uno de los integrantes de la organización y la comunicación, colaboración y coordinación en toda la empresa. Como consecuencia, hoy en

_____ pág. 64

día se considera que la calidad es responsabilidad de todos los miembros de una empresa.

CONCEPTOS BÁSICOS

Clientes y usuarios.

El término cliente lleva consigo el acto de pagar y el poder elegir. El usuario recibe el beneficio pretendido por el producto, sea o no el comprador del mismo. En el caso de los servicios sanitarios, el cliente recibe el nombre de paciente, hacemos referencia a cliente porque es un comprador, aunque en el caso de la asistencia sanitaria pública, no se paga de forma inmediata, si se hace a través de cuotas o impuestos. En realidad el significado general de usuario, cliente y paciente es el mismo. Podemos encontrar clientes externos que son afectados por el producto, pero no pertenecen a la empresa, y clientes internos que pertenecen a la empresa y también son afectados por el producto.

Productos y servicios.

Hablamos de productos generalmente cuando son bienes tangibles o intangibles y, de servicios cuando hace referencia a procesos, al trabajo realizado por una persona.

Características del producto.

Las características de la calidad del producto son las que sustentan la calidad de un bien o servicio, son las propiedades imprescindibles, para que dicho producto satisfaga las necesidades del cliente.

Satisfacción del cliente.

La satisfacción del cliente se da cuando las características del producto cubren sus necesidades y sus expectativas, será lo que haga que vuelva a utilizar el mismo servicio o producto. Un cliente satisfecho es la mejor garantía de calidad.

Aptitud o adecuación al uso.

Según J. Varo (1993) en este apartado nos encontramos dos conceptos básicos:

- Calidad técnica o intrínseca. Características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio objetivo al respecto.
- Calidad percibida. Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus necesidades.

Ambos aspectos tendrían que estar ligados, un alto nivel de uno implicaría un alto nivel del otro, pero esto no siempre es así. La técnica hace referencia al producto en sí, pero la percibida es el conjunto total,

como la recibe el cliente. Por ello la aptitud o adecuación al uso son las características que hacen que el cliente esté satisfecho, las que son beneficiosas para él, se tiene en cuenta como las percibe el usuario y no como las ve el proveedor.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD.

Las empresas no existirían sin clientes, éstos son los que hacen realidad el beneficio al utilizar los productos. Es por ello que una empresa no puede olvidarse de la calidad si desea competir en un mercado. La persona más importante del negocio es el usuario, por lo cual todo debe centrarse en la satisfacción del mismo.

La implantación de un sistema de calidad implicará un cambio en la organización. Este cambio deberá fundamentarse en el compromiso de la alta dirección, responsable de crear una visión de futuro y poder desarrollar una estrategia que habrá de comunicar a toda la empresa, para poder conseguir los objetivos de calidad.

El desarrollo de un modelo nuevo de calidad, supone un cambio importante para la mayoría de organizaciones. Puede parecer un camino fácil el querer cambiar y comunicar las nuevas actitudes requeridas, lo verdaderamente complicado, es conseguir que los recursos humanos actúen de diferente forma. Es muy importante el proceso de información y formación, para que todos entiendan el porqué del cambio y lo acepten. Evidentemente se ha de alcanzar el compromiso total por parte de la alta dirección para el éxito del programa.

LA CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

Podemos definir organización, como el medio ambiente interno donde un individuo desarrolla sus actividades, determina las conductas que son posibles y da un sentido a la realidad social. El éxito o, fracaso de la empresa, la productividad y la calidad de sus realizaciones, dependerá de las personas que lo forman. La organización, influirá en la motivación y la eficacia de aquellos que la componen.

El amplio abanico de las organizaciones, hace muy difícil una definición global de las mismas, pero si se han descrito unas propiedades comunes a ellas. Estos rasgos, según Porter, Lawler, Hackman (1975), son:

- 1. Composición por individuos y grupos.
- La orientación hacia unos objetivos.
- 3. Las funciones diferenciadas.
- La coordinación racional e intencionada.
- La continuidad en el tiempo.

A estas características se añaden los términos de compleja y formal, de forma que, para que un grupo pueda definirse como tal, se exige la existencia de un orden y reglamentación superiores que regulen el funcionamiento.

La organización es una colectividad con límites relativamente identificables, con normas, jerarquía, sistemas de comunicación y coordinación. Esta comunidad existe en un medio y generalmente se ocupa de actividades que suelen relacionarse con unos objetivos comunes.

En las empresas hay que distinguir el sistema formal y el informal. El formal es el que se rige por políticas, reglas y procedimientos predefinidos; representados por organigramas y protocolos. El informal es el modo en que los trabajadores interactúan entre sí, sin que muchas de estas interacciones estén definidas. Ambos sistemas coexisten en la misma organización.

La gestión de la calidad es una parte integrante de la gestión de la empresa, ha de cubrir todos los componentes organizativos de la empresa y ha de contemplar la valoración de los procesos y resultados de la atención, el equilibrio riesgo/beneficio de la práctica, la eficiencia en la utilización de recursos y la satisfacción de los clientes.

La mejora continua de la calidad es el pilar clave del sistema y consiste en modificar de forma sistemática los ámbitos de actuación que estén bajo estándar y en aportar a los sistemas de trabajo innovaciones que mejoraran todo el proceso de atención.

Actualmente el concepto de calidad está plenamente incorporado en los sistemas de gestión de las organizaciones. Todo ello no indica que siempre se desarrollen sistemas capaces de ampliar todos sus componentes, sino que en ocasiones quedan reducidos a meras definiciones o, como máximo, a cumplimientos normativos de requisitos de la administración. En este contexto, la palabra "calidad" pasa a ser un concepto tan indispensable como desconocido.

Podemos definir cuatro componentes básicos en los planes de calidad de una organización:

- 1. El beneficio de la atención: contempla la práctica de los profesionales y los resultados del proceso asistencial.
- 2. El riesgo de la atención: incluye aquellos aspectos ligados a la atención a personas que producen resultados adversos.
- 3. La eficiencia en la utilización de los recursos: valorada como la relación coste/resultado.
- 4. El confort y el respeto a los derechos de los residentes y cobertura de sus expectativas.

La calidad de la atención sanitaria es algo que desde hace algún tiempo, por no decir siempre, preocupa a los profesionales de este campo.

Dicho interés se ha ido estableciendo a medida que se han ido desarrollando herramientas que han permitido medir el nivel de calidad en primer lugar. Después se ha evolucionado hacía el control de la calidad en un intento de garantizarla. Continuando con aspectos de promoción y mejora de la calidad, previniendo aquellos aspectos que puedan disminuirla.

Esta evolución no siempre ha seguido de forma precisa este orden, sino que generalmente las fases se han mezclado y se han dado en el mismo tiempo.

Los primeros antecedentes documentados que se relacionan con la calidad de la atención sanitaria se remontan al siglo XIX, cuando Florence Nightingale (1854) estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea. También se considera un precursor de calidad a Ernest Codman, cirujano, el cual desarrolló en 1912 un método que permitía clasificar y medir los resultados de la atención quirúrgica.

Una gran aportación fue la del profesor Avedis Donabedian, quién en 1966 clasificó los métodos de evaluación de la calidad en estructura, proceso y resultados.

- Estructura, recursos materiales, humanos y organizativos que sustentan la asistencia.
- Proceso, conjunto de acciones centradas en las necesidades de la atención y que comprenden las actividades de los profesionales por y para los clientes.
- Resultados, consecuencia del proceso de atención.

Modelo de excelencia de la EFQM

En el año 1991 la Unión Europea financió, el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management, EFQM), con el fin de introducir la calidad total en el entorno europeo, su objetivo es conseguir la mejora de las organizaciones. Siendo más efectivas y eficientes, ajustándose a las necesidades de sus clientes y de la comunidad.

El modelo de Excelencia es un marco de referencia no prescriptivo y un instrumento práctico de trabajo que ayuda a las organizaciones a medir en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia de gestión y analizar las diferencias o lagunas que pueden existir dentro de la organización para alcanzarla.

El modelo de Excelencia se basa en la autoevaluación entendida como un examen global y sistemático de las actividades y resultados de una

organización que se compara con un modelo de excelencia empresarial diseñado y revisado periódicamente mediante consenso por la EFQM (modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total) aplicando el proceso de mejora continua.

El modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total se sintetiza de la siguiente manera: La satisfacción de los clientes y empleados, se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia de la organización a través de una adecuada utilización de los recursos con una perfecta gestión de los procesos más importantes de la organización con objeto de conseguir unos resultados excelentes.

La autoevaluación permite a las organizaciones identificar claramente a sus puntos fuertes y sus áreas de mejora y, a su equipo directivo, reconocer las carencias más significativas, de tal modo que estén capacitados para poner en marcha planes de acción con los que fortalecerse. La realización de evaluaciones externas por organismos acreditados permite a la organización a un reconocimiento. La EFQM reconoce un compromiso con la calidad cuando se obtiene una puntuación entre 400 y 500 puntos en la aplicación del modelo.

Utilización del modelo en un hospital

El ámbito de aplicación del modelo se extiende a cualquier tipo de organización y por lo tanto hace necesario un esfuerzo de adaptación a las características específicas del entorno sanitario ante la ausencia de estándares específicos.

El análisis mediante el modelo abarca de forma sistemática y completa todas las áreas de gestión en el hospital, así como las interrelaciones entre ellas, lo que aporta una visión integrada de todas las actividades de la organización difícil de establecer con otras herramientas.

La detección sistemática de los puntos fuertes y las áreas de mejora en cada uno de los criterios supone así mismo una potente herramienta para la identificación y priorización de las acciones de mejora necesarias y su inclusión en los planes de gestión.

La calidad no es un programa al margen de los planes de gestión, sino que forma parte de los métodos de gestión de la organización y desde luego, que la calidad exige y comienza con el compromiso explícito del equipo directivo.

Estos planes se realizan teniendo en cuenta los intereses actuales y futuros de los grupos de interés del hospital: la sociedad, el sistema sanitario, los profesionales, los proveedores y muy especialmente a los clientes.

Utilización del modelo en el área de los cuidados de enfermería.

Las empresas no sanitarias están incorporando técnicas de organización basadas en el potencial humano con el fin de conseguir altas cotas de calidad en los servicios. Escuchar al cliente es una condición necesaria, ellos valoran sobre la información recibida, la percepción del nivel científico-técnico pasando por el trato, la limpieza, las comidas, la empatía, el confort, la accesibilidad y la continuidad de los cuidados.

Se ha de eliminar la ineficiencia, es necesario analizar, qué valor aporta a nuestros clientes cada actividad que desarrollamos, eliminando aquellas que resulten innecesarias. Esto sólo se consigue con la participación y el compromiso de los profesionales en la mejora continua.

Los problemas derivados de la complejidad de la utilización del modelo pueden ser resueltos de distintas formas; debatiendo y consensuando entre los evaluadores los distintos aspectos discordantes, entrenando y formando a los profesionales en la propia dinámica del modelo y teniendo en cuenta las normas de cumplimentación y evaluación.

El nuevo modelo en Cataluña

La acreditación nace oficialmente en Cataluña en 1981, con la publicación de la orden de 21 de noviembre "que regula la acreditación de centros y servicios sanitarios asistenciales". La gestión de la sanidad desde el gobierno autónomo consideró imprescindible la evaluación de los centros de los que era responsable y la prestación de una asistencia de calidad homogénea para sus ciudadanos. Pero esto también fue debido a la nueva situación de contención de costes en sanidad que se produce en Europa en la década de los ochenta, se crea una cierta alerta en el sentido del derecho de recibir una asistencia de calidad con unos presupuestos limitados.

La orden de 1981 recogió un conjunto de estándares básicos y constituyó la primera evaluación externa de la calidad en los hospitales de un país europeo.

La acreditación hospitalaria es conceptualmente un proceso por el que el centro sanitario se incorpora de manera voluntaria a una verificación externa.

El proceso de acreditación hospitalaria de Cataluña, además de la obtención de un certificado de calidad, tiene como objetivo fundamental que el conjunto de hospitales catalanes alcancen unos estándares de calidad homogénea, que repercuta favorablemente sobre el conjunto de prestaciones ofrecidas a los usuarios.

El programa de acreditación vigente desde 1991(3ª orden de acreditación), se estructura de siguiente manera:

- 1. Órgano acreditador, el que tiene la responsabilidad de acreditar, dicha responsabilidad recae sobre la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- 2. Normas de acreditación, son el conjunto de criterios que sirven para medir las características que reúne un centro y que harán que éste pueda llegar a alcanzar o no el certificado de acreditación.
- 3. Proceso de acreditación, diferentes pasos, necesarios e imprescindibles para obtener el certificado de acreditación, válido para tres años. En todo proceso de acreditación es necesario un manual de acreditación, documento de comunicación entre el órgano que acredita y los centros que intervienen en el proceso. Donde se verifica los estándares y la documentación necesaria para verificación. Dicho manual se denominó: "Cuestionario de Acreditación".

El Cuestionario de Acreditación consta de dos partes, un cuestionario general y un cuestionario específico.

El proceso de acreditación a su vez consta de dos pasos, solicitud de acreditación y autoevaluación. La autoevaluación propicia un examen global es una herramienta de inestimable utilidad tanto para iniciar la mejora como para acercar gestores y profesionales al conocimiento de la realidad de sus centros.

La emisión de un certificado de acreditación:

- 1. Otorga un sello de calidad a los centros proveedores de servicios sanitarios.
- 2. Es un procedimiento válido de comunicación interactiva entre la administración y los centros hospitalarios.
- 3. Es una herramienta de apoyo a la gestión, marca prioridades, ayuda a la planificación, apoya la política de recursos humanos y materiales, etc.
- 4. Da información a los profesionales y al público en general de la realidad de los hospitales con relación a los estándares de calidad.
- 5. Ha facilitado la puesta en marcha de un proceso abierto y continuo de mejora global en los hospitales de Cataluña.

El Departament de Sanitat se muestra especialmente sensible en relación a la calidad de los servicios de los que es responsable, intentando la satisfacción y bienestar de los ciudadanos de manera eficiente. También se quiere seguir potenciando el nivel de calidad de estos servicios con el objetivo general de mejora del nivel de salud de los ciudadanos. Las nuevas tendencias de gestión de calidad en el entorno europeo hace necesario impulsar este modelo de acreditación para el sector de salud que incluya esta filosofía.

Este proyecto de acreditación quiere basarse en la satisfacción del usuario, de los profesionales de la sanidad y en el impacto positivo sobre la sociedad, estos aspectos de acuerdo con la filosofía del EFQM, se consigue mediante el liderazgo en política y estrategia, una adecuada gestión del personal, un uso eficiente de los recursos y una correcta definición de los procesos, para llegar a la excelencia de los resultados.

El nuevo modelo quiere contemplar también la integración de otros modelos de certificación y acreditación de reconocido prestigio, como es el caso del modelo ISO.

Desde el Departament de Sanitat se considera que este modelo de acreditación constituirá de nuevo un modelo pionero. Se necesitará un importante esfuerzo y consenso por parte de todos los implicados, para que resulte aplicable y realista.

Los organismos públicos.

Según J. Varo (1993), Los organismos públicos son instrumentos de búsqueda y consecución de los objetivos de las organizaciones colectivas, cualquiera que sea la forma que éstos adopten. Los rasgos comunes a todas las organizaciones públicas son:

- 1. Los objetivos no suelen tener naturaleza económica e incluso se alejan de la mera consecución de ser rentables.
- Aunque no pretenden ser rentables, la utilización de un producto o servicio, conlleva a una prestación económica. En algunos casos como la sanidad el servicio se paga a través de los impuestos.
- Puede haber colisión de intereses entre los diversos grupos afectados por la gestión del organismo público: usuario, proveedores, personal y responsables de la Administración.

La diferencia que se establece entre usuarios del sistema sanitario y la sociedad se debe a que a pesar de la universalización de la salud, un sector de la población no hace uso de ella, pero sufraga también los gastos tanto por el pago de impuestos y a la Seguridad Social. La actuación pública sea cual sea, puede favorecer a cualquiera de los dos grupos.

Características de la asistencia Sanitaria.

En el sector sanitario, además de la oferta pública existe una oferta privada, por ello en determinados servicios se puede dar una situación competitiva. El, sector privado está en continuo crecimiento, las causas pueden ser por la insatisfacción con la organización del sistema público o por falta de cobertura en algunas prestaciones.

_____ pág. 72

El sector privado aprovecha las deficiencias del público, para crecer a su sombra, trato personalizado, eliminación listas de espera, atención al cliente, etc.

En el análisis de actuación pública, hay que considerar que no tiene usuarios individuales, sino que se dirige a toda la colectividad. La línea directa de asistencia es de las actividades de promoción y prevención de la salud.

La calidad de la atención sanitaria es un atributo cada vez más valorado por todos los implicados en la atención de la salud, profesionales, usuarios y gestores, aunque cada uno de ellos acentúa algunos aspectos en particular con relación al resto.

El grado de calidad adecuado es difícil de determinar, podemos decir que los servicios sanitarios son de calidad, cuando carecen de deficiencias y además satisfacen las necesidades del usuario.

Para poder hablar de deficiencias, tendremos que definir primero lo que se considera que es apropiado, es decir, ¿cuál es el modelo ideal y la teoría de nuestra actuación? Se tendría que asumir un patrón de comparación de la práctica cotidiana con el mejor nivel de calidad posible, siempre con un entorno realista dentro de nuestras posibilidades. En nuestro caso este patrón se podría definir como modelo de atención de enfermería. Este modelo o protocolo sería ajustado a la forma adecuada de proceder de este colectivo. Las normas definidas, se deben ajustar tanto a la población que atiende el centro asistencial donde se realicen, y a la filosofía imperante en el equipo.

 Factores que contribuyen a lograr la satisfacción del usuario de los servicios sanitarios.

Podemos decir que las características de los servicios sanitarios que actúan como condicionantes de la satisfacción de los usuarios son:

- Equidad. Todo ciudadano que precise de estos servicios, tendrá las mismas oportunidades de recibir asistencia.
- Fiabilidad. Nuestras acciones han de ser fiables y que le permitan analizar subjetivamente que no se están cometiendo fallos...
- Efectividad. En el momento de solucionar su problema de salud. Hemos de asegurarnos que nuestras prestaciones son percibidas por el usuario.
- o Buen trato. El usuario lo ha de percibir durante todo su proceso.
- Respeto. Hacia las características personales de todos y cada uno de ellos.
- Información. El usuario debe conocer en todo momento, tanto sus derechos como sus deberes. Y todo tipo de información que le ayude en su capacidad para la toma de algunas decisiones.

- Continuidad. Seguimiento durante todo su proceso, por lo que será preciso algún tipo de canales de comunicación, entre diferentes tipos de asistencia.
- Confortabilidad. Confort y seguridad del entorno.

Estos factores pueden ser evaluados por los usuarios, pero no hay que olvidar que existen otras áreas determinantes de la Calidad, pero que son de carácter intrínseco y difícil de percibir por ellos, (procesos de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores). La Calidad Intrínseca, que será valorada por los profesionales, y la Calidad Percibida, valorada por los usuarios, determina la Calidad Integral, que debe ser el objetivo de la gestión cualitativa de los centros asistenciales.

Existen diferentes motivos que implican a los sanitarios en asegurar la calidad de nuestras prestaciones. Destacamos los éticos y los legales.

- Papel que desempeñan los diferentes individuos que intervienen en la calidad institucional.
 - Profesionales sanitarios. Dan más importancia a los aspectos científicos y técnicos.
 - Clientes externos. Interesados en la efectividad y en que no existan deficiencias en lo que respecta a su atención. Valoran los aspectos de la Calidad percibida y dan información sobre ella.
 - Gestores Institucionales. Hacen la planificación de los recursos y evalúan su eficiencia, es decir a ofrecer la mayor cantidad posible de servicios con alta calidad, al menor coste posible.
 - Personal docente. Colaboran en la formación del personal sanitario, para mantener actualizados sus conocimientos.

Componentes de la calidad de la atención.

A nivel general podemos definir tres dimensiones esenciales respecto a la calidad de la atención a las personas:

- Atención técnica, se podría definir como el proceso asistencial propiamente dicho, valoración, diagnóstico, determinación de objetivos, realización de actividades y evaluación de los resultados.
- Relaciones interpersonales, que incluye todos los aspectos de trato, confidencialidad, derechos de los residentes, etc. Son las relaciones básicas.
- 3. Entorno organizativo y estructural, que comprende toda la estructura física y organizativa de la empresa.

La gestión de la calidad.

La gestión de la calidad incluye todos los procesos de la organización, orientándolos a la consecución de unos resultados satisfactorios para el cliente externo, para el cliente interno y para los gestores de la organización. Siguiendo el hilo conductual de H. Koch (1991) los elementos claves del proceso de gestión de la calidad son:

- 1. El compromiso por parte de todos los miembros de la organización hacia la mejora de la calidad
- 2. La satisfacción de las demandas de los clientes tanto los externos como los internos.
- 3. La instauración de una filosofía empresarial que impulse y soporte todo el sistema organizativo hacia el proyecto institucional de calidad.

La gestión de la calidad se basa en tres pilares esenciales, según la trilogía de Juran (1999): La planificación, la medida y la mejora.

Planificación:

- Tendremos que definir la misión de la organización.
- Definir la calidad tal como les interese a nuestros clientes
- Diseñar los servicios según las necesidades de los clientes.
- Destinar y organizar los recursos de tal manera que alcancen nuestros servicios.
- Diseñar los procesos capaces de producirlos.

Medida:

La medida de la calidad, es el componente de objetivación de las áreas de mejora.

Se definen dos sistemas de medida de calidad:

- La línea de desarrollo de sistemas de medida basados en el análisis de problemas, puntos débiles y oportunidades de mejora.
- La línea de sistemas de monitorización de indicadores, que tiene como objetivo garantizar el nivel de calidad de los aspectos más relevantes de la práctica.

Mejora:

Entendemos como mejora el proceso de transformar conocimientos, actitudes y sistemas de organización, orientados al incremento de la calidad de atención.

La sistemática de organización y funcionamiento de la mejora de calidad se basa fundamentalmente en el trabajo en equipo, las razones las podemos

encontrar en las ventajas que comporta trabajar en equipo, vistas anteriormente.

SATISFACCIÓN LABORAL

Todos los estudios bibliográficos sobre la satisfacción laboral nos remiten profundizar sobre un concepto más amplio que es el de motivación laboral, entendiendo que es imprescindible estudiar esa para llevar a cabo la satisfacción en el trabajo.

Históricamente no es hasta el siglo XX cuando se plantean, de forma sistemática, los motivos que tiene el hombre para actuar y para hacerlo de una determinada manera y no de otra.

Cualquier construcción teórica a cerca de la motivación en la empresa se basa sobre la concepción del hombre, su comportamiento y en consecuencia su motivación.

A lo largo de la historia del pensamiento se han dado numerosas respuestas sobre la motivación en la empresa pero los estudiosos del tema coinciden en agruparlos en dos tendencias fundamentales:

Teorías centradas en el contenido y las orientadas al proceso.

Teorías del contenido

Destacan por su análisis de las necesidades y motivos que mueven las acciones, es decir tratan de identificar las variables que influyen en la conducta. Tratan cuestiones como la promoción, el salario, las recompensas, el reconocimiento, las relaciones interpersonales,... pero omiten la consideración de porque estos factores influyen en la motivación.

Hay a su vez dos categorías: Las por motivos extrínsecos y las de motivos intrínsecos.

- 1. Teorías del contenido por motivos extrínsecos: aquellos resultados que los individuos obtienen a cambio de esfuerzo.
 - a. La administración científica del trabajo de Federico Taylor 1856-1915: Esta también denominada Taylorismo debido al nombre de su principal representante, se basa en la esencia de que un empleado se mueve básicamente por estímulos económicos, y basa toda su teoría en esto. Dice que se debe premiar o castigar económicamente en función de la productividad. Esta teoría tiene una visión reduccionista del ser humano, solo se basa en la capacidad de su esfuerzo físico y desatiende sus cualidades intelectuales y mentales. Equipara al ser humano a las maquinas.

- b. Escuela de relaciones humanas 1927. Esta la llevaron a cabo un grupo de profesores de Harvard entre los que destaca Elton Mayo, que estaban interesados en las relaciones que se establecían entre los operarios de las industrias. Ellos decían que el buen clima entre los operarios mejoraba la eficacia en el trabajo que realizaban. Y llegaron a las siguientes conclusiones:
 - Las recompensas deben ser sociales y morales el individuo necesita la pertenencia a un grupo.
 - El individualismo debe ser superado, el comportamiento gira en torno al grupo social.
 - Aparece el término de agrupación informal, que no coincide siempre con la formal.

Por ello el trabajador satisfecho es más eficiente, mientras que para los seguidores del Taylorismo, el trabajador eficiente está más satisfecho. Aparece la idea del integrador en el equipo directivo.

Pero estos estudios no tienen en cuenta todo lo relacionado con el entorno económico ni los elementos políticos.

- 2. Teorías de contenido por motivos intrínsecos: Son aquellas cuyos resultados dependen directamente del contenido del trabajo y de las preferencias y percepciones del que las realiza.
 - a. Jerarquía de las necesidades de Maslow (1954). La motivación es constante porque la genera las necesidades insatisfechas y cuando estas se satisfacen se reemplazan por otras. Maslow al descubrir que sus teorías podían aplicarse a la dirección de empresas a partir de una política humanística centrada en el potencial de los individuos con buenos resultados económicos. Creo dos conceptos originales:
 - Eupsiquia: Desarrollo de la salud mental en el trabajo.
 - Teoría Z: Incluye motivos de autorrealización y desarrollo de los valores humanos por superar el modelo clásico de la motivación económica.
 - b. Análisis bifactorial de Herzberg (1959). Helzberg centra sus estudios en los factores determinantes de la satisfacción o insatisfacción laboral. Llega a las conclusiones de que los sentimientos de satisfacción se relacionan con la tarea que se realiza y que lo produce insatisfacción va relacionado al entorno

laboral, a este ultimo lo llamo factor higiénico ya que su ausencia causaba insatisfacción pero su presencia deja la situación limpia, ni satisfecha ni insatisfecha.

Teorías orientadas al proceso.

Son las que identifican las variables a través de las cuales la conducta es activada, mantenida o refrenada.

Se interesan por las variables que permiten explicar el resurgimiento, la dirección y el cambio de conducta, es decir, porque el ser humano se inclina hacia unos motivos y no hacia otros, y que camino debe recorrer esta satisfacción hasta verse satisfecho.

Pretende mediante la introducción de la racionalidad y la intencionalidad, alcanzar una visión global de la situación de las personas en el trabajo, considerando el puesto, las características individuales, el estilo de mando, las relaciones interpersonales, el aprendizaje...

- 1. Teorías de las expectativas (Víctor Vroom 1964). Basada en que los individuos poseen expectativas acerca de los resultados de sus acciones y que esas expectativas influyen en sus decisiones a través de la motivación. La motivación de una persona para realizar un esfuerzo depende de la expectativa (relación esfuerzo – rendimiento) instrumentalizad (consecuencia del esfuerzo en la cual recompensas extrínsecas como las pagas o la aceptación social y intrínsecas como el éxito o la satisfacción) y de la recompensas valencia (el valor de cada resultado obtenido).
- 2. Teoría de la equidad (John S. Adams 1963). Se centra en que los trabajadores están motivados por el deseo de ser tratados equitativamente y justamente. Si el empleado es bien tratado aumenta su motivación. Según Adams la motivación procede de un proceso de comparación social.
- 3. Teoría del establecimiento de metas (Locke 1990). Basada en la convicción de que los individuos posean unas metas conscientes que orienten el camino y determinen los objetivos intermedios a alcanzar. Interviene en la relación entre las metas fijadas y el nivel de ejecución de las tareas. Para una buena motivación las metas deben ser claras, específicas y cuantificables. La satisfacción en el trabajo ira en función de la consecución de los objetivos. La satisfacción se consigue como consecuencia de la motivación.

En la actualidad el concepto de satisfacción va ligado al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas.

La satisfacción con el servicio ofertado o con el proveedor acumula información sobre la evaluación del personal y el equipo laboral.

Podemos relacionar directamente dicha satisfacción con el resultado obtenido, las expectativas que se tienen con dicho resultado y los objetivos establecidos.

Existe una intima relación entre satisfacción y expectativas de lo que se pretende.

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. Actualmente se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial.

Para R. García-Macià (2007) un profesional sin alma no es un buen profesional. Esto se puede evitar dando autonomía al trabajador.

Desde hace más de una década se considera que la satisfacción en el trabajo de los profesionales de la salud es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial.

Se puede afirmar que uno está satisfecho con su trabajo cuando esta a gusto con él, así la satisfacción laboral se define como una actitud positiva individual hacia el trabajo y las condiciones en que se realiza.

La desmoralización de los profesionales es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los gestores de centros sanitarios.

Para poder mejorar la satisfacción de los usuarios es fundamental mejorar la de los trabajadores que prestan los servicios de salud.

La enfermería es considerada una profesión particularmente estresante, que afecta tanto la salud y el bienestar personal como la satisfacción laboral y colectiva. Posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales. En este sentido se considera que la contingencia de resolver problemas que surgen de improvisto, la escasez de personal con la consabida sobrecarga laboral, los conflictos, la ambigüedad del rol por no existir especificidad en las tareas y de funciones, la falta de autonomía y de autoridad para la toma de decisiones, los rápidos cambios tecnológicos, las mermas en las retribuciones y estímulos de distintos tipos, las condiciones físicas externas inadecuadas, las malas relaciones interpersonales laborales, y la superposición familia trabajo contribuyen a aumentar las tensiones especificas al quehacer hospitalario produciendo estés laboral crónico.

La satisfacción laboral o insatisfacción influye directamente en el síndrome de desgasto profesional o de burnout, introducido por Freudenberguer en los años setenta, y desarrollado para Maslach en la década de los ochenta, con la creación de un instrumento de valoración que mide tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Diversos autores consideran que los profesionales asistenciales son de los colectivos más afectados por dicho desgasto debido a que son profesionales unidos a una filosofía humanista de su profesión, con un alto grado de búsqueda de la excelencia y la perfección y, por lo tanto, de autoexigencia, y baja tolerancia al fracaso.

Una relación grupal de la insatisfacción influye en la relación con el equipo de trabajo, y produce trastornos afectivos a todos los niveles.

En diversos estudios realizados en centros sanitarios demuestran que la percepción de una mayor satisfacción profesional es un factor protector frente al cansancio laboral.

Al igual que la relación del equipo de trabajo, el clima organizacional también es de influencia directamente proporcional en la escala de satisfacción laboral.

INFLUENCIA DEL ESTILO DE SUPERVISIÓN EN EL TRABAJO EN EQUIPO

Liderazgo es como "la posición de un jefe o guía", y el verbo "conducir", como "acompañar o ir a la cabeza para indicarles el camino; guía".

La diferencia entre gerente y líder, radica en que los gerentes son nombrados, gozan de un poder legítimo. Su capacidad para influir está basada en la autoridad formal inherente a sus puestos.

Los líderes pueden ser nombrados o surgir del interior de un grupo. Los líderes son capaces de influir en otros para que, con sus acciones, lleguen más allá de lo que dicta la autoridad formal. Pero el hecho de que una persona pueda influir en otras no quiere decir que también sea capaz de planificar, organizar y controlar.

El éxito del líder se verá influenciado por su capacidad para diagnosticar cuáles son las necesidades más fuertes del grupo y las suyas propias, en distintos momentos y situaciones.

Un líder que reconoce su función de "ayudar" al grupo en los momentos que los necesite, en lugar de dirigirlo, empujarlo o acomodarlo a su conveniencia, puede muy bien ejercer su función.

Según John Adair (1990), existen tres variables o ingredientes a la hora de trabajar en equipo: el líder propiamente dicho, la situación en la que se está

desarrollando la acción y el grupo, los que siguen sus pasos. Todos los grupos son diferentes entre sí, cada grupo de trabajo desarrolla una personalidad de grupo, aún así todos comparten una serie de necesidades comunes:

- Necesidad de alcanzar una META común.
- Necesidad de mantenerse unido como EQUIPO de trabajo.
- Necesidades de cada INDIVIDUO en virtud de su naturaleza humana.

Un buen líder debe contar con un producto final: un equipo de alto rendimiento.

Para que le liderazgo sea efectivo debemos observar si su equipo presenta las características siguientes:

- · Objetivos claros y realistas.
- Sentido compartido de la meta común.
- Uso optimizado de recursos.
- Mente abierta.
- Supervisión del progreso.
- Experiencia.
- Solución de problemas.

El cincuenta por ciento de los resultados depende del líder; el otro cincuenta por ciento depende de la calidad, formación y moral de los miembros del equipo.

Como dice J. Adair (1990), si un director es bueno es porque su orquesta también lo es.

El liderazgo es una forma de servicio. Para poder dirigir, un líder debe estar dispuesto a satisfacer las necesidades de los miembros del equipo. La prueba para el líder será comprobar si la tarea ha sido realizada o no. Si lo ha sido, esperará a que todos digan "lo hemos hecho nosotros mismos".

El liderazgo es necesario para que la enfermera sea eficiente en la dirección de la asistencia del paciente. Trabajar con personas y por medio de ellas es una parte integral del liderazgo en la enfermería.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El comportamiento de los líderes, uno de los primeros estudios, fue estudiado por Kurt Lewin (1953) y sus colegas de la Universidad de Iowa.

Describían tres comportamientos o estilos de líderes:

 Autocrático: líder que suele centrar la autoridad, dicta métodos de trabajo, decisiones unilateralmente, limita la participación delos empleados

- Democrático: involucra a los empleados en la toma de decisiones, delega autoridad, propicia participación para conseguir las metas,
- Laissez-faire: deja a sus empleados en total libertad para tomar decisiones y hacer su trabajo.

Lewin (1953) y sus colaboradores, llegaron a la conclusión que el estilo laissezfaire, en comparación con el estilo democrático y el autocrático, no era eficaz del todo. La cantidad de trabajo realizado es igual al estilo democrático, pero la calidad de trabajo y la satisfacción del grupo es mayor en los grupos democráticos. Los resultados concluyen que el líder con estilo democrático contribuirá a una buena cantidad de su trabajo y su gran calidad.

El tipo y nivel del liderazgo que una enfermera proporciona depende de la situación en la cual se encuentre trabajando en ese momento.

- Liderazgo directivo. Un tipo de liderazgo es el directivo, algunas veces denominado autocrático. El liderazgo debe combinar la justicia con la firmeza, la amabilidad con la seguridad, el respeto por el individuo con el poder sobre él. El liderazgo directivo no es la mejor forma de dirigir, pero es necesario en casos de urgencia o crisis cuando un grupo no tiene tiempo de decidir el plan de acción que debe tener.
- Liderazgo creativo (democrático). En este caso el ambiente democrático concede mayor importancia al "compañerismo". El líder guía a los trabajadores para seleccionar las metas aceptables y decidir un plan eficaz para lograrlas. El liderazgo creativo está implícito en la definición de: "acompañar o ir a la cabeza para mostrar el camino". El líder demócrata trabaja por medio de las personas, no mediante la denominación sino por sugerencias y persuasión. Mientras más éxito tenga con el empleo de las relaciones humanas, mayor será su influencia como líder.

El objeto principal del líder es orientar al grupo en la dirección correcta. El liderazgo eficaz origina diversos resultados; espíritu de cooperación y entusiasmo, que tiene como base buenas relaciones humanas; trabajadores capacitados y bien entrenados, y una organización eficaz que puede cumplir con sus metas. Dicho de otra manera, el liderazgo adecuado produce desempeño más satisfactorio del trabajo.

Según T. Kron (1983), el liderazgo es necesario en todas las actividades de enfermería. Es necesario para que la enfermera sea eficiente en la dirección de la asistencia al paciente. Un líder debe tener cualidades que le permitan hacer que otras personas lleven a cabo alguna tarea.

Según el autor existen dos tipos generales de liderazgo: el liderazgo directivo y el creativo.

- El liderazgo directivo es aquel en que el líder es la única persona que tiene la razón, no permite discusiones lógicas ni de otro tipo y se inclina sólo por los métodos y metas que el mismo ha seleccionado. El líder tiene una posición de autoridad y espera que los seguidores le respeten y obedezcan. No estimula el incentivo individual ni colabora con los miembros del equipo. Este tipo de liderazgo es necesario en casos de urgencia o de crisis, cuando el grupo no tiene tiempo de decidir el plan de acción que debe tomarse. También cuando el trabajador espera que se le indique lo que debe hacer y cuando se siente inseguro de sí o de su capacidad para hacer algo por sí solo.
- El liderazgo creativo concede mayor importancia al "compañerismo". Cada persona del grupo debe sentir la importancia de su contribución al mismo. Se les permite tomar decisiones por sí mismos y tienen más sensación de libertad y satisfacción. El líder les guía para seleccionar las metas y diseñar un plan para lograrlas. El líder demócrata trabaja mediante sugerencias y persuasión. Un liderazgo eficaz origina espíritu de cooperación y entusiasmo, trabajadores capacitados y bien entrenados y una organización eficaz para poder cumplir las metas.

Bass (1985) distingue dos formas de liderazgo:

- El liderazgo transaccional. Tal como lo describe el mismo Bass, el prototipo del líder transaccional es El ejecutivo al minuto que centra su actuación en tres técnicas, que constituyen otros tantos principios:
 - La previsión de objetivos de un minuto,
 - Los elogios de un minuto,
 - Las reprimendas de un minuto.

En esencia, el líder transaccional establece unas reglas de juego claras con el subordinado. En términos jurídicos, podríamos decir que el líder transaccional define la "letra pequeña" del contrato laboral, sus aspectos más dinámicos y elusivos.

El líder transaccional empieza definiendo lo que se espera del subordinado en términos de objetivos, de este modo, el subordinado puede tener una percepción más correcta del puesto, lo cual facilita la adecuación entre esfuerzo y rendimiento. El líder transaccional anuncia al subordinado, desde el principio, que le dará feedback (positivo o negativo) según alcance los objetivos o falle en su consecución.

 El liderazgo transformador. El líder transformador no acepta el estado de las cosas, sino que se esfuerza apasionadamente por cambiarlo y, a este fin, transforma las aspiraciones, los ideales, las motivaciones y los valores de sus seguidores.

El líder transformador realiza este proceso de transformación del siguiente modo:

- Ayudando a sus seguidores a tomar conciencia de la importancia de ciertos problemas, del valor de ciertas metas, en una palabra, transmitiéndoles una nueva visión de la realidad.
- Haciendo que sus seguidores transciendan sus propios intereses personales en aras de unas metas superiores.
- Movilizando las necesidades de orden superior de sus seguidores.

J. Heider (2008) en su libro "El Tao de los líderes" ofrece claves sencillas y claras de cómo llegar a ser mejores líderes.

De su obra hemos sacado un pequeño texto que corresponde a "Un buen grupo", Heider comenta:

"Un buen grupo es mejor que un grupo espectacular. Cuando los líderes se convierten en superestrellas, el maestro apaga su enseñanza. Son muy pocas las superestrellas que tienen sus pies en la tierra. La fama y, en breve, las superestrellas se ven arrastradas por sí mismas. Entonces se descentran y se destruyen. El líder sabio se dedica a trabajar bien y luego deja que otros ocupen el sitio. El líder no arrebata éxitos porque no necesita de la fama. Un ego moderado demuestra sabiduría".

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DEL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA.

Debe estar consciente y dispuesto a aceptar las responsabilidades de liderazgo. Debe conocer a todas las personas, reconocer las necesidades y diferencias de cada una como individuo. Debe poder ayudar a todos a satisfacer sus necesidades. Necesitará permitir ciertas libertades, de acuerdo con las diferentes capacidades, actitudes, sentimientos y emociones. En otras palabras, debe dar a su equipo "retribución psicológica". Debe comprender los principios y técnicas empleados en administración y supervisión, así como los empleados en la asistencia de los pacientes pues su liderazgo debe ser guiado por estos principios y técnicas.

- Planeación y organización.
- · Hacer asignaciones y dar instrucciones.
- Guía.
- Estimular la colaboración y la participación.
- Observar o supervisar.

Evaluar el desempeño.

EL LIDERAZGO POSITIVO EN LA ENFERMERÍA.

La enfermera líder debe tener hábitos de trabajo constructivos, capacidad para hacer críticas y aceptar las que le hagan, así como ayudar a las otras enfermeras a superarse, personal y profesionalmente.

Conducta asertiva

Según Arnold Lazarus y Allen Fay (1966), la asertividad: "La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y ejercer derechos, por parte de una persona, de una forma socialmente aceptable y respetuosa, tomando en cuenta los derechos y sentimientos de los demás; de solicitar algo a los demás y satisfacer necesidades; es decir no a peticiones exageradas o que usted no quiera satisfacer, y de iniciar y terminar conversaciones"

La asertividad difiere de la agresividd.

• Importancia de la asertividad para la enfermera.

Para impedir asistencia adecuada al paciente, las enfermeras deben ser capaces de defender sus derechos personales y profesionales así como el bienestar de sus pacientes, que participan de manera activa en el logro de tal asistencia, y estar deseosa de hacerlo.

Es esencial el liderazgo si se pretende trabajar en equipo. La cooperación se estimula mediante un ambiente democrático. Cada individuo debe saber lo que se espera de él, de su progreso y es estimulado a través del elogio y la crítica constructiva.

El líder a de transmitir al grupo que confía en ellos. Debe proporcionar oportunidades para la participación de todos los miembros del equipo incluso para los que tienden a aislarse o permanecer pasivos.

En la actualidad, el siglo XXI apunta más allá en el liderazgo, C. Clinton Sidlen (2007) en su artículo para la revista Manager focus, afirma que el liderazgo es entendido en la actualidad como vehículo para la transformación no sólo de las organizaciones, sino también de las personas. Según Clinton un buen "coach" debe crear camaradería. Es importante crear un ambiente de apertura, seguridad y confianza demostrando que su objetivo son los intereses de sus compañeros y no los suyos propios. Debe entender a las personas, discernir como ven la realidad y reconocer que les preocupa. Ello requiere una capacidad de escucha, habilidades de diálogo, empatía, confianza personal y manejo positivo de las situaciones. A de saber manejar la motivación, debe identificar y manejar la motivación de sus compañeros. Y por último debe retar

a las personas para que crezcan, ser capaz de animar a su equipo para que se supere día a día.

En el proyecto "Leonardo Da Vinci" (2003) realizado en la E.U.E. Santa Madrona, el Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol" y la Generalitat de Catalunya podemos ver expectativas y objetivos de los líderes de enfermería, aquí tendremos:

- Expectativas del supervisor/a en relación con la gestión del equipo. Destacan la presencia de una serie de valores como guía de actuación profesional: la solidaridad, la confianza, el apoyo mutuo, la autocrítica, el espíritu de superación. Pese a dar una gran importancia al trabajo en equipo, se destaca también la necesidad de valorar las aportaciones de cada cual y de garantizar la continuidad en la atención al enfermo entre los diferentes turnos. Uno de los entrevistados cita la importancia de conseguir el compromiso y la implicación del equipo.
- Expectativas del adjunto/a en la relación con la gestión del equipo. En un caso se apunta que los supervisores/as juegan un papel muy importante como garantes de la información, comunicación y la participación para una mejor calidad. También se insiste en la importancia de ser líderes, motor de la unidad. Vuelve a subrayarse la necesidad de poder intervenir en la selección del equipo de la unidad.
- Competencias clave y subcompetencias necesarias que se desprenden de las actividades y de los objetivos permanentes que ha de lograr el supervisor/a:
 - o Objetivo permanente 3: gestionar los recursos humanos de la unidad.
 - Competencia transversal 10: saber escoger y desarrollar estrategias para la organización, planificación, motivación y evaluación de los recursos humanos.
 - Subcompetencias:
 - 10.1.Dar soporte a los equipos para el desarrollo de las competencias.
 - o 10.2. Activar y evaluar la aplicación de los protocolos y procedimientos de trabajo.
 - o 10.3. Acompañar el equipo de cuidados.
 - 10.4.Saber desarrollar estrategias de motivación y desarrollo.
 - 10.5. Asumir las responsabilidad de su institución y del personal ejerciendo el rol propio diferenciado.

- 10.6.Proporcionar la participación del personal de la unidad en grupos de trabajo, comités y equipos.
- 10.7.Posibilitar y mantener un clima en la organización que estimule y garantice la calidad en los cuidados y la armonía en el equipo de cuidados.
- 10.8.Evaluar periódicamente la práctica profesional de los miembros de la unidad.
- 10.9. Saber planificar y gestionar los horarios del personal.
- 10.10.Saber ocuparse de las medidas de prevención de los riesgos laborales.
- 10.11.Saber comprometerse en los procesos de valoración del personal.
- Objetivo permanente 5: asegurar las condiciones para la comunicación y la cooperación en la unidad, entre profesionales y entre éstos, los usuarios y las familias.
 - Competencia transversal 14: Saber garantizar las condiciones para una comunicación de calidad entre profesionales y entre éstos, los usuarios y las familias.
 - Subcompetencias:
 - 14.1.Actuar de enlace entre el equipo de enfermería y la dirección.
 - 14.2.Comunicar y hacer llegar la información a los miembros de la unidad.
 - 14.3.Planificar y organizar reuniones periódicas con el personal de la unidad.
 - 14.4.Informar al personal de los resultados del hospital y de sus unidades.
 - 14.5.Asegurar una buena comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinario y los servicios de soporte y administrativos.
 - 14.6. Asegurar la difusión de informaciones claras y precisas a los miembros del equipo.
 - 14.7.Comunicar e interaccionar con los usuarios y las familias.
 - 14.8.Facilitar las relaciones entre usuarios y las familias.
 - 14.9.Promocionar un clima de comunicación afectiva entre los equipos, enfermos y familiares.
 - Competencia transversal 15. Saber crear y mantener las condiciones para un trabajo cooperativo en el seno del equipo.

Subcompetencias:

- 15.1.Fomentar la interrelación profesional entre los miembros del equipo multidisciplinario e interdisciplinario.
- 15.2.Participar activamente en las reuniones y actividades del centro.
- 15.3.Representar al personal de enfermería de la unidad ante los otros estamentos.
- 15.4.Articular una buena comunicación interdepartamental para garantizar un buen trabajo.
- 15.5.Garantizar un trabajo en equipo marcado por el compromiso y la equidad.
- 15.6.Cooperar con los profesionales del equipo de cuidados y con los miembros del equipo multidisciplinario.
- 15.7.Cooperar con los otros servicios de enfermería y con la dirección.
- 15.8.Cooperar con todo el personal y los otros departamentos y servicios de la institución.
- 15.9.Cooperar con los proveedores y comisiones externas.
- Objetivo permanente 7:Crear las condiciones para facilitar el compromiso profesional, institucional y personal.
 - Competencia transversal 17. Saber estimular e incentivar el profesional e institucional del equipo y velar por el propio desarrollo personal y profesional.

• Subcompetencias:

- 17.1.Crear espacios para el análisis de las prácticas clínicas.
- 17.2.Desarrollar el conjunto de competencias identificadas para una enfermera clínica experta.
- o 17.3.Implicarse con el proyecto institucional.
- 17.4.Comprometerse con el mantenimiento de las competencias propias y del equipo.
- 17.5.Saber asegurar la creación y mantenimiento de las competencias propias y del equipo.
- 17.6.Comprometerse con los valores y las competencias profesionales y con el desarrollo personal.
- 17.7. Asumir la autoevaluación profesional.
- 17.8.Participar activamente en las reuniones y actividades del centro.

- 17.9.Implicarse con los grupos y asociaciones profesionales.
- 17.10. Velar por establecer y mantener relaciones externas a fin de mejorar la calidad del servicio.
- 17.11.Saber adaptarse a diferentes situaciones de trabajo.
- 17.12.Reconocer las emociones propias ante el ejercicio de la función directiva.
- Competencia transversal 18:Saber comprometer al personal en la innovación, la difusión y la utilización de cuidados y de servicios:
 - Subcompetencias:
 - 18.1.Identificar propuestas de mejora del servicio.
 - 18.2.Desarrollar los procesos de mejora de la calidad de los cuidados y de la gestión de los servicios.
 - 18.3. Saber implicar al personal en la integración de los resultados de investigación y de los estándares de calidad.
 - 18.4. Saber interesar al personal en la detección y estudio de problemas de investigación.
 - 18.5.Estimular la identificación de áreas de investigación adecuadas a la investigación en enfermería.
 - 18.6.Promover la investigación clínica basada en la práctica cotidiana.
 - 18.7.Participar en reuniones con cuadros de otras unidades a fin de analizar y difundir, si procede, innovaciones.
 - 18.8.Crear y activar sistemas de innovación para la buena gestión de los recursos materiales de la unidad.
- Competencia transversal 19:Velar por mantener la confidencialidad, el respeto por los derechos de las personas y los valores profesionales.
 - Subcompetencias:
 - 19.1.Saber sistematizar la utilización de procedimientos que permitan identificar las acciones no éticas.
 - 19.2.Hacer, mantener la confidencialidad y seguridad de los enfermos y las familias.

- 19.3.Integrarse en la activación de sistemas que aseguren la identificación de las malas prácticas y la vulneración de los derechos de los pacientes.
- 19.4.Saber establecer procedimientos para garantizar la confidencialidad de la información.
- o 19.5. Asegurar la confidencialidad y el respeto por los derechos de la persona.
- o Objetivo permanente 8: Asumir las funciones de liderazgo.
 - Competencia transversal 20: Saber adoptar el papel de líder dentro del equipo.
 - Subcompetencias:
 - o 20.1.Liderar los procesos clínicos.
 - 20.2.Liderar el desarrollo y la cohesión del equipo.
 - 20.3.Liderar el desarrollo de competencias individuales y colectivas del equipo de cuidados.
 - 20.4.Liderar las relaciones entre los profesionales, los usuarios y las familias.
 - 20.5.Liderar las innovaciones en el ámbito de enfermería y contribuir a su difusión.
 - 20.6.Tener una visión global de la unidad de su servicio.
 - o 20.7.Liderar los procesos educativos.

CONOCIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS

Desde la incorporación de España en la Unión Europea, el término competencias ha comenzado a ser utilizado con una gama de acepciones muy específica en el área de la formación reglada, la formación continua y la formación ocupacional. Gobiernos, organizaciones empresariales y sindicales utilizan este término para coordinar políticas de formación, planes institucionales, certificaciones profesionales. Así nos lo referencia José Mª Prieto en el prólogo del libro "Gestión de las competencias" de Claude Lèvy-Leboyer (2000).

Así pues dentro del marco europeo y acercándonos a la realidad de la enfermería española cuya evolución en los últimos treinta años en los que ha pasado de tener un nivel técnico a un nivel profesional universitario, los cuales continúan conviviendo en la actualidad, lo que hace que la prestación de las curas de enfermería sea interpretada y ejecutada por los dos grupos de forma diferente. Este factor unido a otros como la interdependencia del abordaje de los problemas de los pacientes y una falta de sistemas de información bien articulados, desdibuja la aportación de la enfermera al mantenimiento y la

recuperación de la salud. Por tanto, tal como lo recoge E. Jové en la presentación del "Proyecto de definición y evaluación de competencias de la enfermera asistencial y de gestión asistencial", proyecto COM-VA (2005), del Instituto Catalán de la Salud (ICS), la definición de los servicios que prestan las enfermeras en el ámbito hospitalario y sobretodo el establecimiento del impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de salud de los pacientes es pues un ejercicio necesario.

La profesora Ma.T. Palomo (2007) nos explica que es la competencia del trabajador.

Una competencia es un "repertorio de comportamientos observables y medibles asociados con un rendimiento alto o excelente en una ocupación de un determinado contexto profesional, y con una contribución notable al éxito y futuro de la organización. Una competencia comporta una serie de elementos que son complementarios y se interrelacionan entre sí, tales como:

- Saber: "poseer los conocimientos de hechos y procedimientos de carácter teórico-práctico relacionados con una actividad profesional que permitan dominar de manera experta las situaciones propias de una ocupación concreta, y en consecuencia pueden facilitar junto con otros elementos tener un rendimiento alto o excelente".
- Saber hacer: "aplicar el saber a situaciones propias de la ocupación, de manera que la persona posea las habilidades y/o destreza exigidas, y pueda solucionar con autonomía situaciones o problemas, e incluso transferir su talento, potencial e ingenio a situaciones nuevas".
- Saber social: "mostrar comportamientos adaptativos y de éxito en diferentes situaciones sociales propias de una ocupación, demostrando ser coherente con los valores y cultura de una organización de forma positiva, mostrando estar orientado al grupo y a las relaciones interpersonales".
- Saber ser: "tener una imagen positiva y realista de sí mismo, al tiempo que demuestra seguridad y firmeza en sus actuaciones, incluso en situaciones difíciles o de tensión, de forma que sus respuestas sean coherentes con sus valores, actitudes y personalidad".
- Querer hacer: "para poder actuar con efectividad y éxito en situaciones profesionales se requiere un componente motivacional que impulse a la persona hacia las metas o recompensas que son valiosas para ella y para la organización. Es decir, la persona tiene que querer mostrar el repertorio de comportamientos propios de la competencia".
- Poder hacer: "disponer de los recursos tangibles e intangibles relacionados con la tecnología, procesos, estructuras y personas necesarios para el éxito en el desempeño de una ocupación y en una organización concreta".

Pont (2001) entiende la competencia como "un conjunto de capacidades cognitivas, psicomotrices y afectivas desarrolladas mediante la formación de base y la formación continua que dotan a la persona de unos esquemas de análisis, valoración y actuación flexibles y transferibles a la toma de decisiones en contextos diversos. La competencia puede verse certificada mediante la correspondiente cualificación y, en cualquier caso, en el sitio de trabajo ha de ser refrendada por la acreditación de incumbencias y legitimada por la atribución de autoridad. La competencia se caracteriza por la actuación reflexiva que tiene como resultado la adecuación a las demandas del entorno y el ajuste de las técnicas que se utilizarán a la singularidad y a lo genuino de cada caso".

Es posible construir profesionales reflexivos. La formación, siguiendo a Pont (1991 y 1997), debería posibilitar la adquisición de una serie de capacidades clave; éstas son las siguientes

- Capacidad de adaptación.
- Capacidad para valorar las condiciones de trabajo.
- Capacidad de implicación y compromiso con la profesión.
- Capacidad de inserción en el mundo del trabajo.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Capacidad de organización del trabajo.
- Capacidad de responsabilizarse sobre el trabajo.
- Capacidad de trabajar en equipo.
- Capacidad de relación interpersonal.
- Capacidad de tener iniciativa en el trabajo.
- Capacidad para educar y enseñar.
- Capacidad para mantener una relación de ayuda.
- La capacidad para contextualizar.
- La capacidad para la defensa de los derechos del ser humano.
- La capacidad de investigar para fundamentar la práctica en la toma de decisiones basadas en resultados de investigación.
- La capacidad para establecer alianzas con los seres humanos y su entorno social.
- Estas capacidades requieren la adhesión y actitudes que se encuadran en los valores humanistas de los cuidados de enfermería, que son susceptibles de ser trabajados, potenciados y mejorados.

Estas capacidades, que incluyen valores, pueden hacernos competentes en la medida en que se expresan en la práctica y se contrastan mediante procesos reflexivos.

Para M. Teixidor (2005) existen unas competencias claves de la enfermera experta:

- La competencia para evaluar globalmente situaciones de salud y detectar los núcleos problemáticos.
- La competencia para emitir juicios clínicos acertados.
- La competencia para detectar y percibir con agudeza diferentes situaciones en diferentes contextos.
- La competencia de anticipación.
- La competencia para comprender la complejidad del ser humano.
- La competencia para proceder fluidamente, reflexivamente y efectivamente.
- La competencia para interpretar situaciones clínicas complejas con gran pericia profesional.
- La competencia para observar los componentes situacionales significativos.
- La competencia para realizar experiencias innovadoras en investigación.
- La competencia para la gestión clínica y financiera de casos complejos.
- La competencia para el acompañamiento en situaciones complejas.
- La competencia para actuar cuando faltan las condiciones idóneas.
- La competencia como experta clínica.
- La competencia para la utilización creativa de un método científico de resolución de problemas como base para la toma de decisiones.
- La competencia para la organización de un entorno físico, sociocultural y espiritual que proporcione apoyo y protección y que facilite un cambio positivo.
- La competencia para la asistencia personalizada en la satisfacción de las necesidades humanas en diferentes situaciones y contextos.
- La competencia para diseñar intervenciones eficaces, adecuadas, apropiadas, respetuosas y significativas para la persona.
- La competencia para gestionar asertiva y eficazmente las quejas.
- La competencia para la gestión de los conflictos de valores y las responsabilidades éticas.

Dentro de este marco de referencia, el ICS tiene como principal objetivo la visualización de la aportación de enfermería en los resultados clínicos de los enfermos y por tanto resultados económicos y de productividad de sus centros.

Centrando nuestra atención en el marco donde se desarrolla la presente investigación, el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP) perteneciente al ICS, adopta como definición de competencia la del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, que es la siguiente:

_____ pág. 93

"Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento."

Adoptando las competencias del proyecto COM-VA como competencias del HUGTiP, las cuales se adjuntan en los anexos de la presente investigación. Resaltando el equipo de investigadores la Competencia 6: TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE. La cual refleja la necesidad, la importancia obligatoriedad del trabajo en equipo para desarrollar una buena praxis asistencial.

4. <u>HIPÓTESIS</u>

TRABAJAR EN EQUIPO FAVORECE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y LA CALIDAD ASISTENCIAL.

5. METODOLOGÍA

VARIABLES

Variables independientes.

Trabajo en equipo.

Variable dependiente.

- Calidad.
- Satisfacción.

Variables intervinientes

- Edad.
- Tipo de contrato.
- Formación continuada.
- Turno de trabajo.
- Categoría profesional.
- Tipo de centro.
- Años de experiencia.
- Conocimiento de las competencias profesionales.

Estilo de supervisión.

Análisis de las variables

VARIABLE	FUNCIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA	SISTEMA CONTROL	INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	ESCALA DE MEDIDA
Trabajo en equipo.	Independiente.	Un conjunto de personas que deben confiar en la colaboración colectiva para que cada miembro experimente el mayor éxito y logre más ampliamente sus objetivos.	Estadístico.	 Cuestionario. Entrevista. Grupo de discusión. 	Cualitativa.
Satisfacción profesional.	Dependiente.	Percepción individual sobre el rol desempeñado en el trabajo.	Estadístico.	Cuestionario.Entrevista.Grupo de discusión.	Cualitativa.
Calidad.	Dependiente.	La capacidad de cumplir con las necesidades y expectativas del cliente.	Estadístico.	Cuestionario.Entrevista.Grupo de discusión.	Cuantitativa. Cualitativa.
Edad	Interviniente. Variable personal.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y determinado en años.	Estadístico.	Cuestionario.	Cuantitativa.
Tipo de contrato.	Interviniente. Variable socio- laboral.	Plantilla fija, interina o eventual.	Estadístico	Cuestionario.	Cuantitativa.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

E. Bautista, A. Devesa, M. Guitart, M.A. Palma, M. Pérez

Formación continuada.	Interviniente. Variable formativa.	Cursos que hayan realizado de formación continuada, post- grados y másters.	Estadístico.	Cuestionario.	Cuantitativa.
Turno de trabajo.	Interviniente. Variable socio- laboral.	Horario laboral por turnos: mañana, tarde o noche.	Estadístico.	Cuestionario.	Cualitativo.
Categoría profesional.	Interviniente. Variable socio- laboral.	Enfermera y auxiliar de enfermería.	Estadístico.	Cuestionario.	Cualitativo.
Tipo de centro.	Interviniente. Variable institucional.	Asistencia hospitalaria.	Unificado.	Cuestionario.	Cualitativo.
Años de experiencia.	Interviniente. Variable socio- laboral.	Número de años que lleva ejerciendo la profesión.	Estadístico.	Cuestionario.	Cuantitativo.
Conocimiento de las competencias profesionales.	Interviniente. Variable institucional.	Funciones asignadas por su categoría profesional.	Estadístico.	Cuestionario.Entrevista.	Cualitativo.
Estilo de supervisión.	Interviniente. Variable institucional.	Modo o forma de dirigir.	Estadístico.	Entrevista.	Cualitativo.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

6. MÉTODO

El proceso de investigación es cualitativo ya que lo que pretende es describir, comprender e interpretar.

La metodología es descriptiva: el investigador se acerca a la realidad tratando de describir y documentar como son los fenómenos que en ella acontecen.

Es un estudio de caso que consiste en una exploración en profundidad de una unidad de estudio, en concreto el personal de enfermería que trabaja en nuestro centro.

Los instrumentos utilizados son la entrevista, el cuestionario y el grupo de discusión, en ellos se recoge información sobre datos personales (edad, sexo, categoría...), datos de aptitud y creencias en la relación con lo que es el trabajo en equipo.

Estos instrumentos utilizados en nuestro trabajo han sido validados por un grupo de expertos o jueces, tras su valoración los instrumentos fueron rectificados de acuerdo a la opinión de los mismos.

7. POBLACIÓN- MUESTRA

El tipo de muestreo es probabilístico y estratificado.

Para definir el tamaño de la muestra hemos utilizado la siguiente fórmula ya que incluye un nivel de confianza del 99,5%.

$$N = \frac{Np}{1 + \frac{(Np - 1) (e)^2}{Z^2 x p x q}}$$

- p = Enfermeras/Población.
- q = Auxiliares de enfermería/Población.
- Np = Población.
- e = 10% = 0.1.
- Z = 99.5% = 2.58.

Según la fórmula anterior obtenemos:

- Un tamaño de muestra para hospitalización de 106 encuestas.
- Un tamaño de muestra para servicios especiales de 96 encuestas.

Dentro de la muestra obtenida las encuestas son realizadas al azar en el personal de enfermería, cuyos individuos son las enfermeras y las auxiliares de enfermería.

Tenemos en cuenta la proporción de profesionales de enfermería ubicados en hospitalización y servicios especiales.

Obtenemos:

- Para hospitalización repartiremos:
 - o 63 encuestas a enfermeros/as.
 - 43 encuestas a auxiliares de enfermería.
- Para servicios especiales:
 - 67 encuestas a enfermeros/as.
 - 29 encuestas a auxiliares de enfermería.

Todo esto se reparte en turnos como: mañana, tarde y noche (noche1 y noche2).

Con lo cual obtenemos un total de 202 encuestas, distribuidas de la siguiente forma:

HOSPITALIZACIÓN					
	Mañana	Tarde	Noche1	Noche2	
Enfermeros/as	22	17	12	12	
Auxiliares de enfermería	17	12	7	7	

SERVICIOS ESPECIALES					
	Mañana	Tarde	Noche1	Noche2	
Enfermeros/as	27	18	11	11	
Auxiliares de enfermería	10	9	5	5	

Para la selección de los profesionales escogidos para la entrevista, hemos elegido una representación de los cargos de gestión de los servicios objeto de nuestro estudio.

Estos son.

- Subdirectora de enfermería.
- Supervisora general de turno.
- Supervisora de un servicio especial.
- Supervisora de hospitalización médica.
- Supervisora de hospitalización quirúrgica.

Para obtener el grupo de discusión contamos con:

- 2 Supervisoras.
- 2 Enfermeras.
- 2 Auxiliares de enfermería.

Todas estas personas han formado parte de la muestra.

8. INSTRUMENTOS

El estudio realizado trata de averiguar si existe o no alguna problemática en la relación del equipo de enfermería (equipo de cuidados), es decir, entre enfermeras diplomadas y auxiliares de enfermería, para ello hemos recogido la información a través de cuestionarios "ad hoc" siguiendo la pauta del Equipo de Investigación Internacional.

Este estudio es necesario debido a la manifestación por parte del personal de enfermería a la dirección de desacuerdos dentro del equipo de trabajo de cuidados.

El cuestionario ha sido dirigido al equipo de enfermería, teniendo en cuenta que no hemos incluido los servicios centrales del hospital, ya que en algunos de estos el equipo de enfermería sólo presenta una categoría profesional.

El estudio se realiza en un centro público del ICS. Actúa como un hospital general básico para una población de más de 200.000 habitantes de Badalona y Sant Adriá del Besós y como un hospital de referencia y alta tecnología para casi 800.000 personas que viven en el Barcelonés Nord y Maresme. Además es un centro investigador y docente de primer nivel.

El hospital cuenta con unos recursos físicos de 643 camas, 51 camas de críticos, 27 camas de semicríticos, 24 plazas de hospital de día, 8 plazas de cirugía sin ingreso, 16 quirófanos, 3 salas de partos, 97 consultas externas, 29 gabinetes y 43 boxes de urgencias.

De un total de 639 profesionales que forman el equipo de enfermería de nuestro centro, hemos recogido 192 cuestionarios. Iniciando el proceso de recogida de datos en Febrero del 2008 y finalizando en Marzo del mismo año.

Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

No debemos olvidar, de cara al informe definitivo, que esta información debe complementarse (triangularse) con la obtenida por el Grupo de Discusión de Expertos, auxiliares de enfermería, enfermeras, supervisoras de enfermería y adjuntas de enfermería. Todo ello plasmará mejor la situación en los equipos de enfermería.

9. RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

La **edad** media del grupo de análisis es de 37,76 años, con un valor mínimo de 18 y un máximo de 63, y una desviación de 9,543 años.

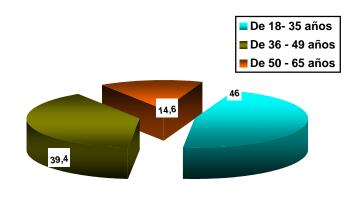


Gráfico 1.- Distribución de la Edad

El **género** está claramente diferenciado, así pues tenemos un 11% de hombres frente a 89% de mujeres.

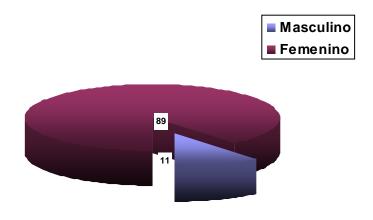


Gráfico 2.- Distribución del Género

VARIABLES LABORABLES

El **grupo profesional** se divide en dos categorías profesionales. Por un lado tenemos un 66% de enfermeras/os y un 34% de auxiliares de enfermería.

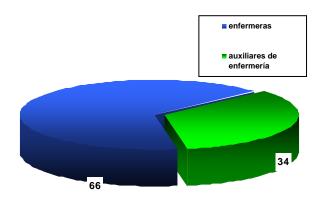


Gráfico 4.- Distribución del Grupo profesional

En lo referente a los **Años de experiencia en la sanidad** se observa como hay un grupo mayoritario de 1 a 20 años de experiencia seguido de otro grupo numeroso con una experiencia de 21 a 30 años. Teniendo en cuenta que la experiencia mínima es de 1 año y la máxima de 39 años.

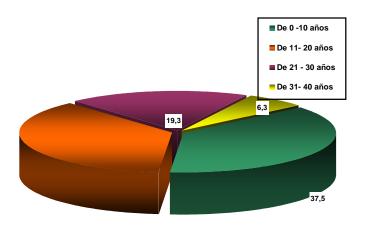


Gráfico 5- Distribución años de experiencia

Ha estos años de experiencia hemos de contrastar si el profesional a **Trabajado en otra categoría profesional**, con lo que nos hemos encontrado que un 33% si han trabajado versus a un 67% que no.

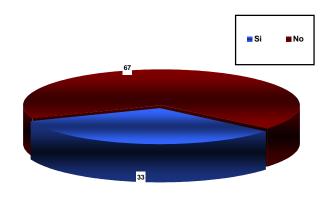


Gráfico 6- Distribución de trabajo en otra categoría

En cuanto al **Tipo de contrato**, hemos observado que un 51% eran personal fijo, el 30% interino y el 19% son eventuales.

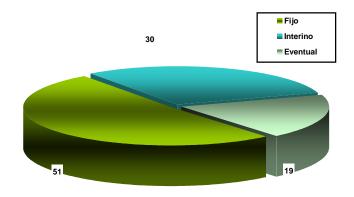


Gráfico 7- Distribución de tipo de contrato

Dentro de la característica laborales, tenemos el **Servicio habitual dónde se trabaja** y diferenciamos la hospitalización frente a los servicios especiales (UCI; Diálisis, VIC, Quirófanos), hallando un porcentaje muy similar entre ambos.

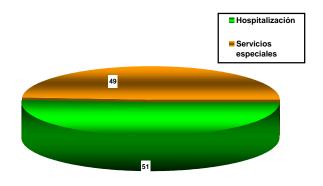


Gráfico 8- Distribución por servicio habitual

También hemos dado importancia al **Turno de trabajo**, dividiendo el profesional en los tres respectivos turnos de nuestro hospital. Así tenemos un 35% en el turno de mañana, un 28% en el turno de tarde y un 37% en los turnos de noche.

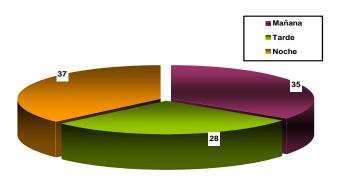


Gráfico 9- Distribución por turnos de trabajo

VARIABLES FORMATIVAS

En relación a la pregunta sobre **la formación continuada en los últimos 5 años** encontramos que un 95% si han recibido y un 5% no han recibido ningún tipo de formación.

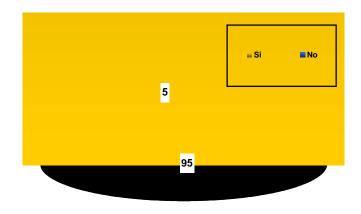


Gráfico 10.- Distribución de la formación continuada

En lo referente a los **Cursos realizados en el hospital los últimos 5 años** se observa como hay un grupo mayoritario de 85% que realizan cursos en nuestro centro y frente a un 15% que no.

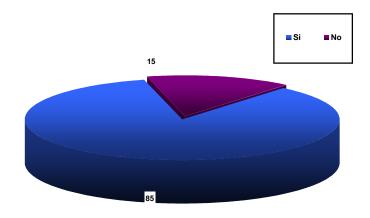


Gráfico 11- Distribución de los cursos realizados en el hospital

Se nos planteo que cursos que tuvieran relación con nuestro trabajo serían los **Cursos de relaciones interpersonales**, encontrando estos resultados: 46% si han realizado cursos de este tema versus 54% que no.

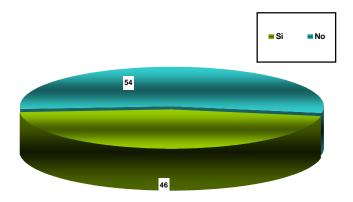


Gráfico 12- Distribución los cursos dedicados a relaciones interpersonales

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo.

TRABAJO EN EQUIPO	Media	Desv
La comunicación entre el personal es fluida.	3,69	0,913
Las relaciones de trabajo entre los profesionales están jerarquizadas.	3,63	0,976
3. Grado de colaboración entre los profesionales del equipo de enfermería.	3,83	0,854
4. Coordinación de las distintas actividades que realizan los diferentes profesionales.	3,55	0,917
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,26	1,096
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,76	0,917
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,79	1,230
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,40	0,658
9. Participa en las reuniones de la unidad.	3,72	1,216
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.		1,084
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.		0,859
12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros del equipo.		0,730
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.		0,956
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.		1,332
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.		0,681
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,20	0,708
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros	4,05	0,792
profesionales.		
18. La discusión en el equipo sirve para obtener resultados prácticos.	3,38	1,063
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,21	1,018

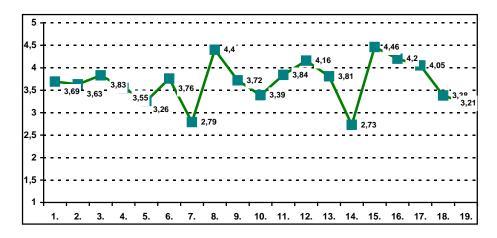


Gráfico 13.- Perfil del trabajo en equipo

Globalmente, las personas valoran positivamente las relaciones interpersonales dentro del equipo, sobre todo en lo concerniente a las aportaciones individuales que favorecen el buen ambiente laboral. Sin embargo, en todo lo referente a la toma de decisiones o relación con la dirección de enfermería queda peor valorado, sin ser excesivamente drástico.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con la satisfacción laboral.

SATISFACCIÓN LABORAL	Media	Desv
El reparto de las actividades evita los conflictos.	4	0,932
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,23	0,869
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	3,99	0,989
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,37	1,038
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,98	0,918
6. Está satisfecha/o con el programa de formación de la empresa.	2,59	1,074
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,79	1,120
8. Planifica su propio trabajo.	4,08	0,884
9. Organiza su propio trabajo.	4,24	0,767
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar los objetivos.	4,28	0,721
11. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	4,37	0,652
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,42	0,727
13. Se siente identificado con la institución.	3,06	1,142
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,63	0,969

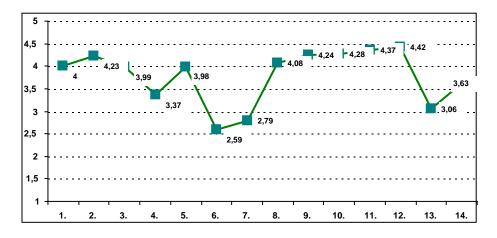


Gráfico 14- Perfil de satisfacción laboral

A grandes rasgos los profesionales de enfermería se sienten satisfechos laboralmente, aunque se ha observado que existen unos valores más negativos, uno es con respecto a la formación que la empresa proporciona a los trabajadores y por otro lado no se sienten valorados adecuadamente.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con calidad asistencial.

CALIDAD	Media	Desv
El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,20	0,877
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	3,98	0,924
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de	3,49	1,101
intervención.		
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación.	4,13	0,855
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,81	0,849
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,17	1,180
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,79	0,879
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,93	0,675
9. Asume usted la docencia como parte integrada de su trabajo.	4,04	1,011
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	4,07	0,887
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,24	0,700
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,90	0,936

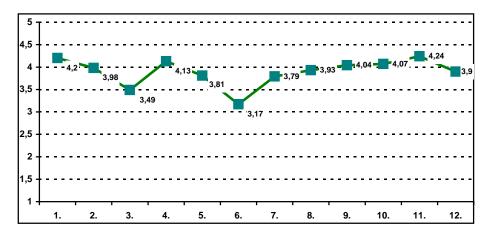


Gráfico 15- Perfil de calidad asistencial

Mayoritariamente el personal cree que aporta una buena calidad de los cuidados que presta. En cuanto al conocimiento de los objetivos, el personal conoce mejor los objetivos específicos de su área de trabajo que los generales de la empresa.

ANÁLISIS INFERENCIAL

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN AL GÉNERO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo con relación al género.

TRABAJO EN EQUIPO	Femenino	Masculino
1.La comunicación entre el personal es fluida.	3,68	3,71
2.Las relaciones de trabajo entre los profesionales están jerarquizadas.	3,62	3,67
3.Grado de colaboración entre los profesionales del equipo de enfermería.	3,81	3,95
4. Coordinación de las distintas actividades que realizan los diferentes profesionales.	3,56	3,38
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,28	3,10
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,77	3,67
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,82	2,48
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,38	4,48
9. Participa en las reuniones de la unidad.	3,71	3,75
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,35	3,60
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,82	3,95
12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros del equipo.	4,12	4,48
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,81	3,76
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.	2,69	3,00
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,44	4,52
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,19	4,29
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros profesionales.	4,03	4,14
18. La discusión en el equipo sirve para obtener resultados prácticos.	3,35	3,52
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,17	3,48
20. Total.	3,65	3,72

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

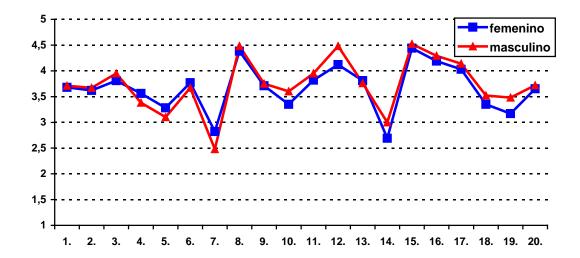


Gráfico 16- Perfil del equipo de trabajo con relación al género

En la variable del equipo de trabajo con relación al género observamos pocas diferencias de opinión, destacando que el sexo femenino consensuan más las decisiones mientras que el masculino fomenta las buenas relaciones dentro del equipo.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN AL GÉNERO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación al género.

SATISFACCIÓN LABORAL	Femenino	Masculino
El reparto de las actividades evita los conflictos.	4,01	3,95
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,25	4,05
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	3,99	3,95
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,34	3,52
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,96	4,10
6. Está satisfecha/o con el programa de formación de la	2,60	2,43
empresa.		
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,76	2,95
8. Planifica su propio trabajo.	4,09	3,95
9. Organiza su propio trabajo.	4,25	4,10
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar los	4,30	4,05
objetivos.		
11. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	4,35	4,48
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,40	4,52
13. Se siente identificado con la institución.	3,05	3,10
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,61	3,71
15. Total.	3,77	3,77

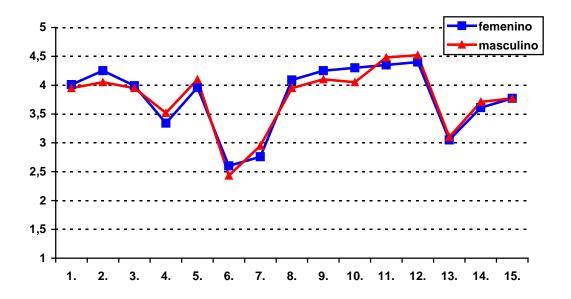


Gráfico 17- Perfil de satisfacción con relación al género

La variable de satisfacción nos muestra que en general las respuestas coinciden en ambos grupos, destacamos igualmente que ambos sexos reconocen sus competencias en el trabajo de equipo, participan en la obtención de sus objetivos y se organizan su trabajo.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN AL GÉNERO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con calidad asistencial con relación al género.

CALIDAD	Femenino	Masculino
El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,20	4,19
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	4,01	3,67
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de intervención.	3,51	3,33
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación.	4,11	4,24
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,82	3,71
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,14	3,38
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,74	4,10
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,91	4,05
9. Asume usted la docencia como parte integrada de su trabajo.	4,01	4,19
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	4,03	4,33
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,20	4,52
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,89	3,90



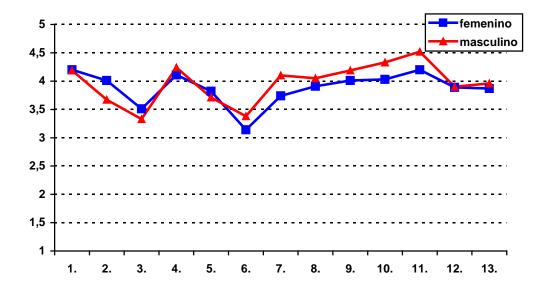


Gráfico 18- Perfil de calidad con relación al género

Con referencia a la calidad con relación al género, destacamos que el sexo masculino no tiene en cuenta los datos recogidos por el equipo pero conoce los objetivos de la empresa, sugiere mejoras, asume la docencia, amplia sus conocimientos profesionales y reconocen sus limitaciones personales.

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN AL GRUPO PROFESIONAL.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo con relación al grupo profesional.

TRABAJO EN EQUIPO	Enfermera	Auxiliar de enfermería
1.La comunicación entre el personal es fluida.	3,65	3,76
2.Las relaciones de trabajo entre los profesionales están jerarquizadas.	3,44	4,02
3.Grado de colaboración entre los profesionales del equipo de enfermería.	3,85	3,80
4. Coordinación de las distintas actividades que realizan los diferentes profesionales.	3,51	3,62
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,21	3,37
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,67	3,95
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,70	2,97
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,35	4,49
9. Participa en las reuniones de la unidad.	3,78	3,60
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,44	3,29
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,82	3,89

12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros del	4,07	4,36
equipo.		
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,77	3,90
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.	2,71	2,77
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,44	4,49
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,19	4,22
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros	4,00	4,14
profesionales.		
18. La discusión en el equipo sirve para obtener	3,41	3,32
resultados prácticos.		
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,24	3,15
20. Total.	3,64	3,72

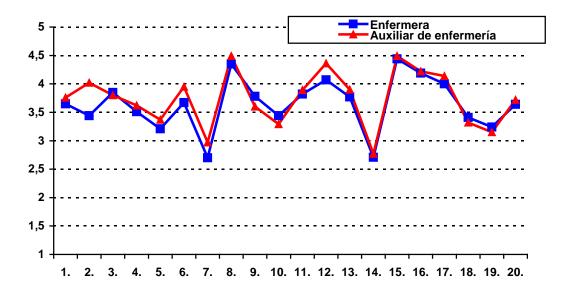


Gráfico 19- Perfil del equipo de trabajo con relación al grupo profesional

Dentro de esta variable destacamos que las auxiliares de enfermería sienten que las relaciones de trabajo están más jerarquizadas que las enfermeras. Debemos destacar dos puntos en que ambos grupos coinciden de forma negativa, los cuales son: la baja participación en las decisiones de la empresa y la accesibilidad a la directora de enfermería.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN AL GRUPO PROFESIONAL.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación al grupo profesional.

SATISFACCIÓN LABORAL	Enfermera	Auxiliar de
		enfermería

El reparto de las actividades evita los conflictos.	3,96	4,09
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,24	4,20
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	3,92	4,12
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,31	3,48
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,88	4,17
6. Está satisfecha/o con el programa de formación de la	2,52	2,72
empresa.		
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,66	3,05
8. Planifica su propio trabajo.	4,09	4,05
9. Organiza su propio trabajo.	4,28	4,15
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar los	4,23	4,38
objetivos.		
11. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	4,27	4,56
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,36	4,54
13. Se siente identificado con la institución.	3,04	3,11
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,61	3,66
15. Total.	3,74	3,66

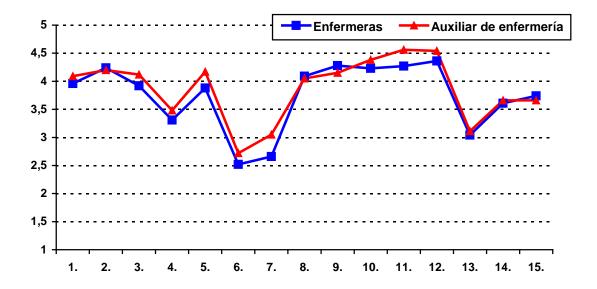


Gráfico 20- Perfil de calidad con relación al grupo profesional

En la variable de calidad con relación al grupo profesional se obtiene que las auxiliares de enfermería se sienten mejor tratadas por la empresa, buscan más el perfeccionamiento profesional y les satisface más el trabajo en equipo. En esta variable cabe destacar que ambas siguen una misma trayectoria.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN AL GRUPO PROFESIONAL.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables relacionadas con calidad asistencial con relación al grupo profesional.

CALIDAD	Enfermera	Auxiliar de enfermería
El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,17	4,27
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	3,86	4,22
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de intervención.	3,37	3,75
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación.	4,03	4,32
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,72	3,98
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,05	3,41
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,71	3,95
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,91	3,98
9. Asume usted la docencia como parte integrada de su trabajo.	3,40	3,95
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	4,01	4,19
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,17	4,39
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,79	4,12
13. Total.	3,82	4,03

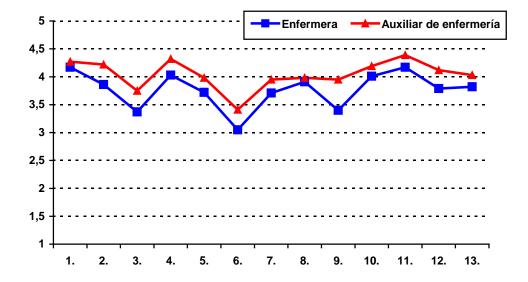


Gráfico 21- Perfil de satisfacción con relación al grupo profesional

En el aspecto de satisfacción obtenemos que el grupo de auxiliares de enfermería se siente más satisfecho en todos los ámbitos.

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN AL SERVICIO HABITUAL.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo con relación al servicio habitual.

TRABAJO EN EQUIPO	Especiales	Hospitalización
1.La comunicación entre el personal es fluida.	3,69	3,69
2.Las relaciones de trabajo entre los profesionales están jerarquizadas.	3,69	3,56
3.Grado de colaboración entre los profesionales del equipo de enfermería.	3,84	3,83
4. Coordinación de las distintas actividades que realizan los diferentes profesionales.	3,53	3,58
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,31	3,22
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,80	3,73
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,76	2,82
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,43	4,37
9. Participa en las reuniones de la unidad.	3,77	3,66
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,35	3,42
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,93	3,76
12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros del equipo.	4,14	4,18
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,92	3,70
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.	2,59	2,88
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,49	4,41
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,13	4,28
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros profesionales.	3,98	4,12
18. La discusión en el equipo sirve para obtener resultados prácticos.	3,34	3,41
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,18	3,23
20. Total.	3,66	3,67

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

E. Bautista, A. Devesa, M. Guitart, M.A. Palma, M. Pérez

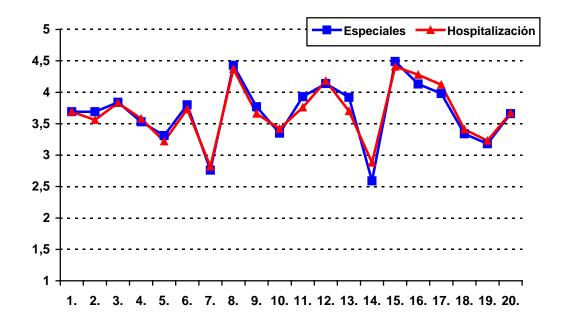


Gráfico 22- Perfil del equipo de trabajo con relación al servicio habitual

En la variable de trabajo en equipo con relación al servicio habitual dónde se trabaja se observa que no hay diferencia entre servicios especiales y hospitalización.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN AL SERVICIO HABITUAL.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación al servicio habitual.

SATISFACCIÓN LABORAL	Especiales	Hospitalización
El reparto de las actividades evita los conflictos.	4,01	4,00
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,23	4,24
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	4,06	3,92
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,57	3,16
5. Está cómoda/o en su servicio.	4,04	3,91
6. Está satisfecha/o con el programa de formación	2,43	2,76
de la empresa.		
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,74	2,86
8. Planifica su propio trabajo.	4,09	4,08
9. Organiza su propio trabajo.	4,23	4,25
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar	4,42	4,13
los objetivos.		
11. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	4,40	4,33

12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,39	4,45
13. Se siente identificado con la institución.	3,05	3,07
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,64	3,61
15. Total.	3,80	3,77

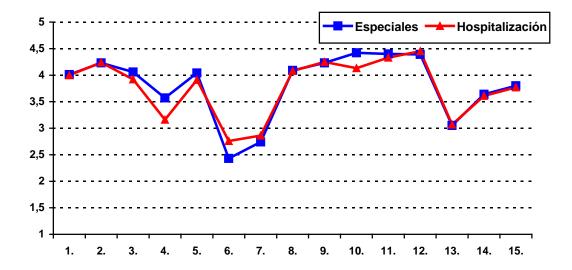


Gráfico 22- Perfil de satisfacción con relación al servicio habitual

La satisfacción con relación al tipo servicio donde se trabaja es muy similar, sólo cabe destacar que los profesionales de servicios especiales están más satisfechos con el sistema de trabajo y con la cumplimentación de los objetivos. Por otro lado la formación a cargo de la empresa es la que ha obtenido una puntuación más baja siendo más destacable en los servicios especiales.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN AL SERVICIO HABITUAL.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con calidad asistencial con relación al servicio habitual.

CALIDAD	Especiales	Hospitalización
1. El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,29	4,13
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	4,02	3,94
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de intervención.	3,46	3,55
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación.	4,23	4,03
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,82	3,80
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,26	3,10

7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,74	3,85
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de	3,92	3,95
trabajo.		
9. Asume usted la docencia como parte integrada	4,08	4,00
de su trabajo.		
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	4,06	4,07
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,24	4,24
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,96	3,86
13. Total.	3,91	3,87

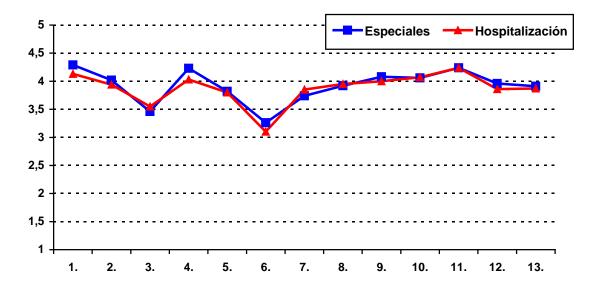


Gráfico 22- Perfil de satisfacción con relación al servicio habitual

La satisfacción de los profesionales es prácticamente la misma independientemente de los servicios donde trabajan.

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN CONTINUADA.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo con relación a la formación continuada.

Si	No
3,70	3,58
3,62	3,63
3,82	4,11
3,55	3,56
3,23	3,78
	3,70 3,62 3,82 3,55

6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,74	4,11
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,76	3,22
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,40	4,33
Participa en las reuniones de la unidad.	3,76	3,11
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,43	2,56
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,85	3,63
12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros del	4,15	4,33
equipo.		
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,81	4,00
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.	2,73	2,67
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,45	4,67
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,23	3,89
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros	4,07	3,75
profesionales.		
18. La discusión en el equipo sirve para obtener resultados	3,42	2,78
prácticos.		
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,21	3,22
20. Total.	3,67	3,61

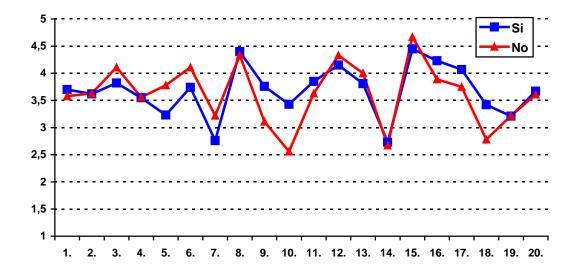


Gráfico 23- Perfil del equipo de trabajo con relación a la formación continuada

En la variable de trabajo en equipo con relación del personal que ha recibido formación continuada en los últimos 5 años se aprecian bastantes diferencias. Se observa que la gente que ha recibido menos formación, cree que colabora más, se siente más apoyada y tienen mejor relación con sus superiores también cree que participa más en las decisiones del servicio, pero a su vez este personal no participa en las reuniones, no aporta ideas de mejora, no dialoga y no cree en el trabajo en equipo.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN CONTINUADA.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación a la formación continuada.

SATISFACCIÓN LABORAL	Si	No
El reparto de las actividades evita los conflictos.	3,99	4,11
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,24	4,11
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	3,99	4,00
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,38	3,11
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,99	3,78
6. Está satisfecha/o con el programa de formación de la	2,58	2,44
empresa.		
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,78	3,11
8. Planifica su propio trabajo.	4,08	3,89
9. Organiza su propio trabajo.	4,26	3,67
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar los objetivos.	4,28	4,33
11. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	4,36	4,33
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,43	4,22
13. Se siente identificado con la institución.	3,05	3,25
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,64	3,44
15. Total.	3,78	3,70

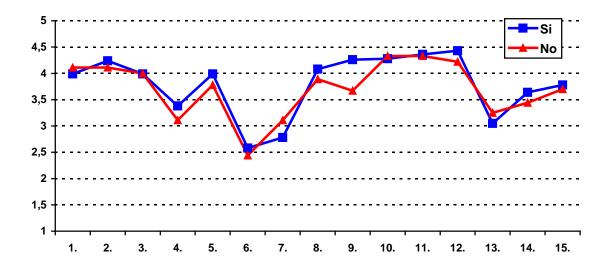


Gráfico 24- Perfil de satisfacción con relación a la formación continuada

En la variable de satisfacción en relación con la formación se obtiene que el programa de formación de la empresa es poco satisfactorio para los profesionales de enfermería y observamos que la gente que ha recibido formación cree que organiza mejor su trabajo.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN CONTINUADA.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con calidad asistencial con relación a la formación continuada.

CALIDAD	Si	No
1. El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,19	4,33
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	3,99	3,78
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de	3,46	4,11
intervención.		
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación.	4,10	4,56
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,81	3,78
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,18	2,88
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,79	3,63
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,93	3,89
9. Asume usted la docencia como parte integrada de su trabajo.	4,05	3,89
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	4,11	3,11
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,24	4,33
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,90	3,78
13. Total.	3,89	3,85

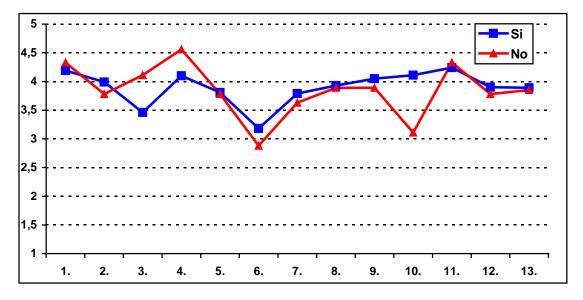


Gráfico 25- Perfil de calidad con relación a la formación continuada

En la variable de la calidad con relación a la formación, obtenemos que el profesional que no ha recibido formación en los últimos 5 años opina que el equipo colabora entre sí y ayuda más a los nuevos profesionales.

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN A LOS CURSOS DE RELACIONES INTERPERSONALES.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables del trabajo en equipo con relación a los cursos de relaciones interpersonales.

TRABAJO EN EQUIPO	Si	No
1.La comunicación entre el personal es fluida.	3,64	3,72
2.Las relaciones de trabajo entre los profesionales están jerarquizadas.	3,70	3,57
3.Grado de colaboración entre los profesionales del equipo de enfermería.	3,82	3,84
4. Coordinación de las distintas actividades que realizan los diferentes profesionales.	3,49	3,63
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,33	3,23
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,74	3,77
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,91	2,67
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,36	4,45
9. Participa en las reuniones de la unidad.	3,86	3,65
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,51	3,30
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,95	3,77
12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros del equipo.	4,18	4,14
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,72	3,91
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.	2,91	2,58
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,43	4,49
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,25	4,16
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros profesionales.	4,08	4,02
18. La discusión en el equipo sirve para obtener resultados prácticos.	3,35	3,39
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,25	3,17
20. Total.	3,69	3,65

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

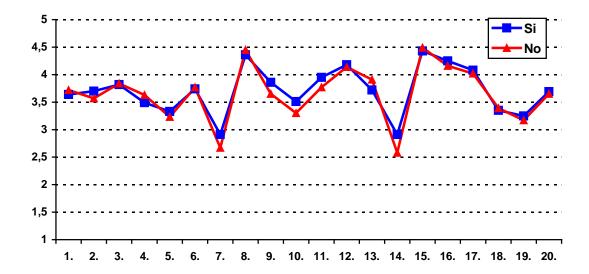


Gráfico 26- Perfil del equipo de trabajo con relación a los cursos de relación interpersonal

En esta variable obtenemos que tanto los profesionales que han recibido formación como los que no opinan de forma similar.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN A LOS CURSOS DE RELACIONES INTERPERSONALES.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación a los cursos de relaciones interpersonales.

SATISFACCIÓN LABORAL	Si	No
El reparto de las actividades evita los conflictos.	4,00	4,02
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,32	4,16
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	4,01	3,97
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,38	3,38
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,96	4,00
6. Está satisfecha/o con el programa de formación de la	2,66	2,54
empresa.		
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,85	2,76
8. Planifica su propio trabajo.	4,01	4,12
9. Organiza su propio trabajo.	4,10	4,34
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar los objetivos.	4,37	4,22
11. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	4,39	4,33
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,47	4,38
13. Se siente identificado con la institución.	2,99	3,14
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,66	3,61
15. Total.	3,79	3,78



Gráfico 27- Perfil de satisfacción con relación a los cursos de relación interpersonal

Dentro de la variable de satisfacción con relación a los cursos de relaciones interpersonales las opiniones son muy parecidas, destacamos que los cursos que ofrece la empresa no satisfacen al personal.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN A LOS CURSOS DE RELACIONES INTERPERSONALES.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con calidad asistencial con relación a los cursos de relaciones interpersonales.

CALIDAD	Si	No
El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,16	4,21
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	4,00	3,96
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de	3,48	3,54
intervención.		
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación.	4,01	4,21
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,80	3,83
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,29	3,04
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,77	3,80
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,95	3,90
9. Asume usted la docencia como parte integrada de su trabajo.	4,17	3,95
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	4,20	3,94
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,29	4,22
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,95	3,85
13. Total.	3,91	3,86

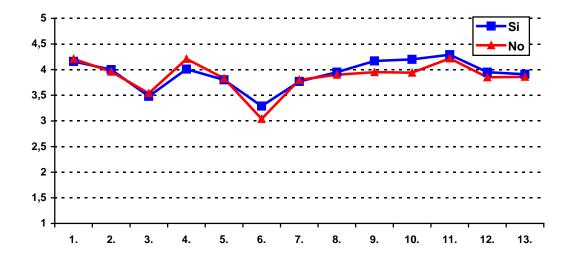


Gráfico 28- Perfil de calidad con relación a los cursos de relación interpersonal

La calidad en relación con dichos cursos va muy paralela, observando una ligera mejora en la calidad en el personal que ha realizado dicha formación.

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN AL TIPO DE CONTRATO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo con relación al tipo de contrato.

TRABAJO EN EQUIPO	Fijo	Interino	Eventual
1.La comunicación entre el personal es fluida.	3,58	3,79	3,83
2.Las relaciones de trabajo entre los profesionales	3,61	3,62	3,67
están jerarquizadas.			
3.Grado de colaboración entre los profesionales del	3,76	3,87	3,97
equipo de enfermería.			
4. Coordinación de las distintas actividades que	3,48	3,70	3,54
realizan los diferentes profesionales.			
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,18	3,36	3,34
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,60	4,06	3,77
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,83	2,87	2,54
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,28	4,55	4,46
9. Participa en las reuniones de la unidad.	3,77	3,94	3,26
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,47	3,58	2,88
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,84	3,87	3,86
12. Fomenta las buenas relaciones con los	4,04	4,28	4,29
miembros del equipo.			
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,70	3,92	3,91
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de	2,76	2,80	2,54
enfermería.			
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,35	4,57	4,54
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,11	4,34	4,23

17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros	3,91	4,21	4,15
profesionales.			
18. La discusión en el equipo sirve para obtener	3,28	3,45	3,51
resultados prácticos.			
19. Las decisiones son frutos del consenso.	3,13	3,36	3,14
20. Total.	3,59	3,79	3,65

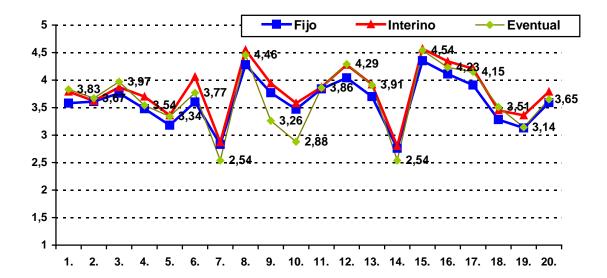


Gráfico 29- Perfil del equipo de trabajo con relación al tipo de contrato

Dentro de la variable de equipo de trabajo con relación al tipo de contrato que tienen los diferentes trabajadores encuestados, se observa que los profesionales fijos o de plantilla opinan de forma más negativa que el resto. Hay que destacar que el personal eventual cree no participar en las reuniones, ni aportar mejoras, y no participa en las decisiones del centro. A su vez, dicen tener menos acceso a la directora de enfermería.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN AL TIPO DE CONTRATO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación al tipo de contrato.

SATISFACCIÓN LABORAL	Fijo	Interino	Eventual
El reparto de las actividades evita los conflictos.	3,91	4,12	4,09
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	4,22	4,19	4,34
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	3,80	4,17	4,20
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,33	3,45	3,34
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,91	4,09	3,97
6. Está satisfecha/o con el programa de formación	2,62	2,62	2,46
de la empresa.			

7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,71	2,79	3,03
8. Planifica su propio trabajo.	4,01	4,25	4,03
9. Organiza su propio trabajo.	4,20	4,32	4,23
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar	4,26	4,38	4,17
los objetivos.			
11. Muestra interés por el perfeccionamiento	4,29	4,47	4,40
profesional.			
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,26	4,58	4,57
13. Se siente identificado con la institución.	2,99	3,27	2,91
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,59	3,68	3,63
15. Total.	3,71	3,88	3,81

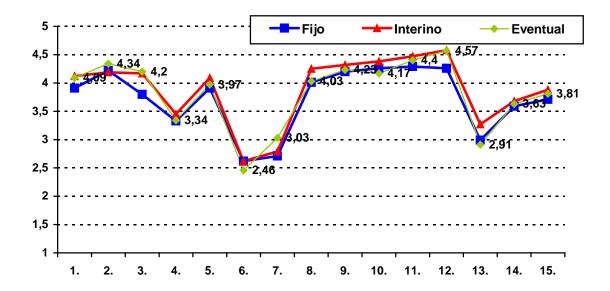


Gráfico 30- Perfil de satisfacción con relación al tipo de contrato

En la variable de satisfacción se obtiene que todos los profesionales siguen la misma trayectoria, destacando que el personal fijo se siente menos satisfecho.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN AL TIPO DE CONTRATO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables relacionadas con calidad asistencial con relación al tipo de contrato.

CALIDAD	Fijo	Interino	Eventual
1. El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	4,16	4,21	4,34
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	3,96	4,13	3,83
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan	3,47	3,58	3,49

común de intervención.						
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva	4,11	4,21	4,09			
incorporación.						
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,72	3,81	4,06			
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,10	3,43	3,00			
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,85	3,92	3,46			
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,93	3,92	3,97			
9. Asume usted la docencia como parte integrada de	3,98	4,23	3,91			
su trabajo.						
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	3,93	4,26	4,09			
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,13	4,40	4,29			
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,94	4,02	3,66			
13. Total.	3,84	4,01	3,84			

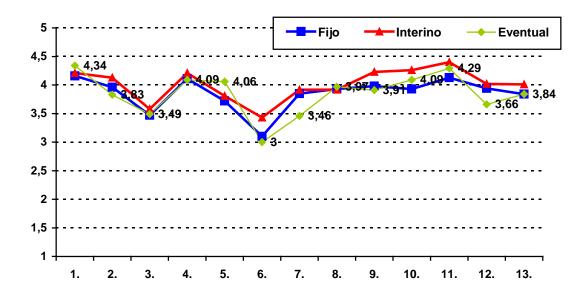


Gráfico 31- Perfil de calidad con relación al tipo de contrato

En la variable de la calidad con relación al tipo de contrato se observa que el profesional eventual esta más contento con el trabajo obtenido, pero por el contrario no conoce los objetivos de la empresa y no participa en las mejoras del sistema de trabajo.

VARIABLES DEL EQUIPO DE TRABAJO CON RELACIÓN AL TURNO DE TRABAJO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables del trabajo en equipo con relación al turno de trabajo.

TRABAJO EN EQUIPO	Mañana	Tarde	Noche	
1.La comunicación entre el personal es fluida.	3,38	3,90	3,82	
2.Las relaciones de trabajo entre los profesionales	3,57	3,56	3,72	
están jerarquizadas.				
3.Grado de colaboración entre los profesionales del	3,45	4,06	4,01	
equipo de enfermería.				
4. Coordinación de las distintas actividades que	3,30	3,62	3,74	
realizan los diferentes profesionales.				
5. Se siente apoyada/o por sus superiores.	3,05	3,28	3,44	
6. Las relaciones con sus superiores son buenas.	3,51	3,80	3,97	
7. Participa en las decisiones de su departamento.	2,85	2,82	2,71	
8. Da un trato adecuado al resto del equipo.	4,25	4,55	4,41	
9. Participa en las reuniones de la unidad.	4,09	3,98	3,22	
10. Aporta idea de mejora en las reuniones.	3,60	3,57	3,07	
11. Tiene habilidad relacional en su equipo.	3,73	4,18	3,70	
12. Fomenta las buenas relaciones con los miembros	3,98	4,36	4,18	
del equipo.				
13. El equipo en enfermería trabaja en equipo.	3,60	3,92	3,91	
14. Tiene usted fácil acceso a su directora de	2,76	2,48	2,88	
enfermería.				
15. Solicita ayuda cuando lo necesita.	4,37	4,54	4,46	
16. Dialoga para la solución de los conflictos.	4,20	4,22	4,19	
17. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros	3,91	4,02	4,18	
profesionales.				
18. La discusión en el equipo sirve para obtener	3,20	3,24	3,63	
resultados prácticos.				
19. Las decisiones son frutos del consenso.	2,97	3,14	3,46	
20. Total.	3,54	3,74	3,72	

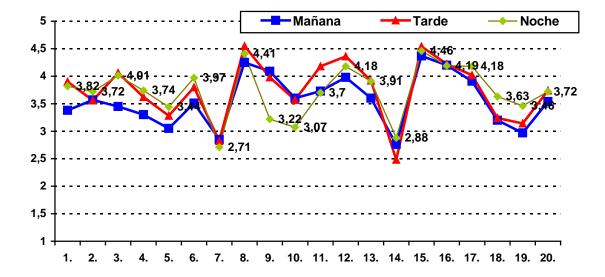


Gráfico 32- Perfil del equipo de trabajo con relación al turno de trabajo

En la variable de equipo de trabajo con relación al turno, observamos que el de mañana obtiene menor puntuación. El turno de tarde destaca de forma positiva la habilidad relacional y fomenta las relaciones con los miembros del equipo. Por último el turno de noche participa menos en las reuniones y no aporta ideas de mejora. Pero a su favor, tiene un buen diálogo de grupo y las decisiones se basan en el consenso.

VARIABLES DE SATISFACCIÓN LABORAL CON RELACIÓN AL TURNO DE TRABAJO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **grupo de** variables relacionadas con la satisfacción laboral con relación al turno de trabajo.

SATISFACCIÓN LABORAL	Mañana	Tarde	Noche
El reparto de las actividades evita los conflictos.	3,92	3,98	4,11
2. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	3,98	4,18	4,50
3. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	3,67	4,16	4,15
4. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	3,05	3,44	3,60
5. Está cómoda/o en su servicio.	3,73	4,06	4,13
6. Está satisfecha/o con el programa de formación de	2,72	2,38	2,63
la empresa.			
7. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	2,85	2,48	2,99
8. Planifica su propio trabajo.	3,91	4,06	4,25
9. Organiza su propio trabajo.	4,08	4,28	4,35
10. Tiene buena predisposición para cumplimentar los	4,25	4,24	4,32
objetivos.			
11.Muestra interés por el perfeccionamiento	4,37	4,42	4,32
profesional.			
12. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	4,05	4,54	4,65
13. Se siente identificado con la institución.	3,05	2,74	3,30
14. Puede desarrollar su potencial profesional.	3,49	3,86	3,57
15. Total.	3,64	3,77	3,92

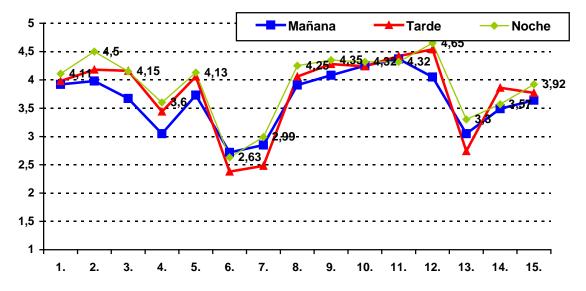


Gráfico 33- Perfil de satisfacción con relación al turno de trabajo

Dentro de esta variable nos encontramos que el turno de mañana está menos satisfecho con las competencias y con el sistema de trabajo. El turno de tarde está poco satisfecho con la formación de la empresa, se siente poco identificado con la institución e injustamente tratado por la empresa. Destacamos que tanto el turno tarde como el de noche encuentra el trabajo en equipo muy satisfactorio.

VARIABLES DE CALIDAD ASISTENCIAL CON RELACIÓN AL TURNO DE TRABAJO.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del grupo de variables relacionadas con calidad asistencial con relación al turno de trabajo.

CALIDAD	Mañana	Tarde	Noche
1. El equipo tiene en cuenta las necesidades de los	4,00	4,26	4,35
pacientes.			
2. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los	3,78	4,06	4,10
registros.			
3. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan	3,18	3,78	3,58
común de intervención.			
4. Ayuda en las actividades del personal de nueva	3,90	4,22	4,28
incorporación.			
5. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	3,67	3,92	3,87
6. Conoce los objetivos de la empresa.	3,10	3,18	3,25
7. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	3,78	3,88	3,75
8. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	3,86	3,96	3,98
9. Asume usted la docencia como parte integrada de su	4,07	4,12	3,96
trabajo.			
10. Amplia sus conocimientos profesionales.	3,90	4,12	4,16
11. Reconoce sus limitaciones profesionales.	4,19	4,28	4,26
12. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	3,83	3,72	4,12
13. Total.	3,75	3,95	3,97

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

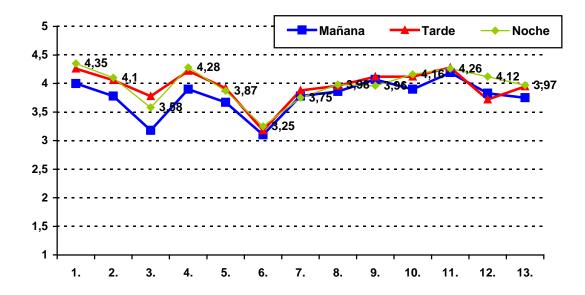


Gráfico 34- Perfil de calidad con relación al turno de trabajo

La variable de calidad en relación al turno de trabajo es ligeramente más negativa en el turno de la mañana.

ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

VARIABLES	ENTREVISTADO 1	ENTREVISTADO 2	ENTREVISTADO 3	ENTREVISTADO 4	ENTREVISTADO 5
CONCEPTO DE TRABAJO ENEQUIPO	"Es un fin común"	"Es importantísimo. Sin trabajar en equipo no se consigue nada."	"Grupo de personas que trabajan cohesionados con un fin común. Importante definir competencias."	"Aumenta la calidad y rentabiliza los recursos."	"Ayudar a la compañera. Realizar la faena entre todos. Fin común que es el paciente. Sentarse todas y valorar que hay que hacer."
APLICABILIDA D EN EL CENTRO	"Si, pero muy difícil. Depende de las personas."	"Sí, pero no es fácil. Depende de las personas."	Sí. Dificultad por las relaciones interpersonales.	"Sí. Depende de las personas."	"Es muy difícil. Los mismos profesionales distorsionamos el trabajo en equipo."
REALIDAD DEL CENTRO: ¿SE TRABAJA EN EQUIPO?	"No creo que haya trabajo en equipo. Pero, hay que analizar los grupos."	"No en todas partes."	"No. En general no."	"Sí, pero si hay problemas personales, no."	"Depende de las relaciones interpersonales."
FACTORES DE DISTORSIÓN	Los individualismos.	Los individualismos.	Falta de definición de las competencias profesionales. Relaciones interpersonales.	Falta de definición de las competencias. Falta de empatía.	Las relaciones interpersonales.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo? E. Bautista, A. Devesa, M. Guitart, M.A. Palma, M. Pérez

ELEMENTOS	Diálogo,	La comunicación.	Fomentar las relaciones	Crear un buen ambiente	Valorar las
DE MEJORA	comunicación.	Trabajando in situ con	interpersonales. Fomentar	de trabajo.	capacidades de
QUE APORTA		los equipos.	rol de colaboración.	Facilitar las relaciones	cada uno para la
			Reconocimiento de la	personales.	distribución de
			importancia de cada	Equidad con el personal.	pacientes.
			profesional.	Transparencia.	
RESISTENCIAS	Individualismos	Por falta de	Por falta de definición y	Valores propios de cada	Diferencias
		conocimientos.	asunción de roles.	persona.	personales.
					Relaciones
					interpersonales.
SUFICIENTE	Si	No.	Talleres prácticos. Roll	Sí, hay formación	Sí.
FORMACIÓN		Formación por	playing. Situaciones	técnica.	
		equipos	reales.		
		no macro formación.			
COMUNICACIÓ	No es suficiente.	Muy importante.	No.	El personal la verbaliza	Mala.
N ENTRE LOS		Es dificultosa.	Dirección distanciada del	como nula. Piensa que la	Saben que la
PROFESIONAL		Importante papel de	personal.	supervisión sí sabe sus	supervisión está
ES Y LA		los mandos		problemas pero que	ahí pero con
DIRECCIÓN		intermedios.		dirección no.	limitaciones.
		Transparencia.			Dificultad para
					hablar con
					dirección. La gente
					lo verbaliza de
					forma negativa.

Tras el análisis de las entrevistas, podemos concluir que en cuanto a la definición del trabajo en equipo, mayoritariamente no se llega a definir el concepto sino que se apunta su utilidad, es decir, el trabajo en equipo se considera un medio para llegar a fin común que es la atención al enfermo, aumentar la calidad y valorar los recursos, pero no se conceptualiza ni se unifica.

Ante la aplicabilidad en el centro, coinciden los entrevistados en verlo factible pero con dificultades. Todos coinciden en que la dificultad reside en las relaciones interpersonales.

De nuevo, ante la pregunta sobre la realidad del centro, los entrevistados apuntan con unanimidad que en general no se trabaja en equipo, dependiendo de las personas y de las relaciones que se establecen entre los miembros del mismo.

Los elementos de distorsión que actúan en el equipo, se basan de nuevo en las personas. Los individualismos y la dificultad de las relaciones interpersonales ponen trabas a trabajar en equipo. Otro factor distorsionador sería la falta de definición de competencias y su difusión entre los diferentes profesionales. Creando más dificultad para establecer los roles de cada miembro del equipo y la funcionalidad del mismo.

Los entrevistados, coinciden que desde su ámbito de actuación pueden aportar para favorecer el trabajo en equipo: el diálogo, la comunicación, el trabajo in situ con el personal, fomentar las relaciones interpersonales, favorecer el rol de colaboración, valorar las capacidades personales, reconocimiento, equidad y transparencia.

Las resistencias se basan de nuevo en los individualismos, falta de conocimientos, falta de definición de los roles y las relaciones interpersonales.

En cuanto a la formación, los entrevistados coinciden en que si se tiene formación genérica sobre lo que es trabajar en equipo pero se apunta a la necesidad de concretar la formación a los grupos reales de trabajo, utilizando técnicas como el rol playing o a través de situaciones reales de la práctica asistencial.

Un aspecto a mejorar desde la unanimidad de los entrevistados, es la comunicación entre la dirección del centro y el equipo asistencial. El personal reconoce en general, la cercanía del mando intermedio, pero con limitaciones para resolver sus problemas. La percepción de la lejanía de la dirección es percibida de forma negativa entre el personal.

ANALISIS DE LA DISCUSIÓN DE GRUPO

VARIABLES	GRUPO DE DISCUSIÓN
¿Qué resultados os han sorprendido o llamado	Tras realizar el grupo de discusión se observa que se mantiene las
más la atención? a. ¿Por qué?	discrepancias en el grupo. Se encuentran dos posiciones claramente diferenciadas, una mantiene que se trabaja en equipo y la otra posición que el trabajo en equipo depende de la afinidad entre los compañeros.
¿Por qué creen que los resultados tan dispares entre los encuestados y los entrevistados respecto al trabajo en equipo? a) ¿En nuestro hospital en general se plantea claramente el trabajo en equipo, o solo a nivel de unidad o servicio? b) ¿Cómo mejoraríamos (potenciaríamos) el trabajo en equipo?	,
	reconocer el trabajo. Cualquier tipo de refuerzo positivo crea que se trabaje mejor.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo? E. Bautista, A. Devesa, M. Guitart, M.A. Palma, M. Pérez

¿Por qué creen que la directora de enfermería mantiene un puesto jerarquizado?

a) ¿Cómo mejoraría está situación?

El grupo de discusión nos plantea que es desconocimiento de los profesionales la accesibilidad de la directora. Aunque todos coinciden que el trato personal es correcto.

Pero el grupo considera que es un refuerzo positivo el hecho de que la figura de la directora de enfermería sea más cercana, entendiendo por cercanía la posibilidad de que la dirección sea visible en los servicios o unidades.

Aunque esto no dificulta el conocimiento por parte de dirección de la situación en las unidades.

En nuestro análisis podemos deducir que se mantiene dos posiciones diferenciadas ya mencionadas entre el cuestionario y las entrevistas, pero no nos aportan ningún tipo de mejora.

Cada miembro del grupo de discusión mantiene su postura según el rol que desempeña.

Un punto relevante que se extrae del grupo de discusión, es la influencia de la institución dónde trabajamos de forma voluntaria. Nuestra institución con sus pros y contras, con una historia muy arraigada, una política poco flexible y una estructura muy jerarquizada, donde es muy difícil individualizar. Esto tiene su parte negativa, pues no puede valorar la situación personal de cada trabajador. Pero, tiene su parte positiva pues no se puede saltar la normativa y la dirección es totalmente imparcial, pero evidentemente tampoco resulta ideal pues se engloba a todo el mundo por igual.

El grupo expresa que en unidades o servicios más reducidos se puede individualizar y la relación entre el mando inmediato y el personal es horizontal. Por otro lado manifiesta que la relación con la dirección de enfermería es más jerarquizada.

Otro dato relevante es el que se refiere a la accesibilidad a la directora de enfermería. En los cuestionarios y en algunas entrevistas se coincide en la poca accesibilidad a la dirección. En el grupo de discusión se manifiesta que dicha circunstancia, es por desconocimiento de cómo poder acceder a la misma. El grupo expresa la necesidad de que el equipo directivo sea más visible por las unidades o servicios.

Para finalizar podemos reflejar que el grupo de discusión no nos ha aportado grandes líneas de mejora para potenciar el trabajo en equipo. El grupo se ha centrado en analizar su propia experiencia o vivencia profesional, sin valorar el contexto general.

10. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En relación con la bibliografía consultada y a la hipótesis planteada en nuestro trabajo de investigación, las conclusiones que obtenemos en función de las variables utilizadas son las siguientes:

Variable de trabajo en equipo.

- Hemos de destacar que por regla general no se tiene claro el concepto de trabajo en equipo.
- Respecto a esta variable, encontramos discrepancia entre los cuestionados y los entrevistados. Los primeros en general consideran que trabajan más en equipo y los segundos no tienen una percepción tan clara.
- El personal asistencial confunde el trabajar en equipo con la buena relación personal.
- Según el equipo directivo trabajar en equipo depende de una madurez profesional y personal.
- Se considera que se trabaja en equipo dentro de los servicios/unidades, pero a nivel general esta percepción queda más disipada, cuando se observa el centro como un todo.
- El personal de enfermería percibe que no participa en las decisiones del departamento y esto no fomenta el trabajo en equipo.

Variable de satisfacción profesional.

- Dentro de la satisfacción profesional, los resultados son bastante positivos, confirmándose la hipótesis de que el trabajo en equipo favorece la satisfacción profesional.
- Los trabajadores demandan un trato más individualizado ante sus necesidades, considerando injusto la atención colectiva ofrecida por la institución.
- Un punto muy enfatizado por el personal es la formación continuada, dónde consideran que la oferta formativa del centro no cubre las expectativas del profesional y a su vez, consideran que la ayuda prestada por la institución para realizar cursos es mínima.

_____ pág. 140

Variable de calidad asistencial

- Analizando la bibliografía y los resultados obtenidos se confirma que el trabajo en equipo mejora la calidad asistencial.
- El personal de enfermería considera que como trabaja en equipo la calidad asistencial ofrecida es la correcta.
- La dirección de enfermería opina que la calidad asistencial mejoraría al trabajar en equipo.

Como conclusión general, el equipo investigador, opina que el trabajo en equipo no es tanto como dicen unos, ni tan poco como dicen los otros.

En nuestro centro se evidencia que a nivel de unidades/servicios se trabaja en equipo y se distorsiona cuando se valora a un nivel general.

El concepto de institución queda disipado por falta de información sobre la misión, visión y los valores del centro, con lo que el objetivo final se pierde, como consecuencia, los profesionales no tienen la noción de equipo de trabajo con un fin en común.

11. PROPUESTAS

Después de analizar nuestro trabajo y basándonos en los resultados obtenidos de nuestra investigación, consideramos conveniente realizar estas propuestas de mejora:

- Dado que los profesionales manifiestan que la dirección de enfermería es poco accesible y desconocida para cierto personal, opinamos que, dicha dirección debería facilitar su relación con los profesionales con sesiones informativas o simplemente realizando visitas periódicas por los servicios. Este punto no sólo afecta directamente a la directora de enfermería, si no que se refiere a todos los miembros del equipo directivo exceptuando a las supervisoras que ya son de fácil acceso para el personal.
- Otro punto destacado en nuestro trabajo es que el personal de enfermería no se siente participe de la elección de los cursos que se imparten en nuestro centro. Para ello proponemos que antes de establecer el programa de formación del centro, los profesionales deberían poder opinar sobre sus necesidades formativas a través del e-mail al departamento de formación y consensuar los temas más solicitados por la mayoría.
- Los profesionales reclaman una falta de comunicación entre los diferentes turnos de trabajo por falta de tiempo. Nuestra mejora

en esta situación sería conseguir el cabalgamiento entre los diferentes turnos de trabajo y profesionales de enfermería, lo que facilitaría a su vez y mejoraría el trabajo en equipo.

- Proponemos que para la mejora del trabajo en equipo, las reuniones por parte de la supervisora de enfermería y los diferentes profesionales que forman parte del equipo deben realizarse de forma periódica.
- El equipo de formación también debería tener presente en su programa anual diversos talleres de rol playing y comunicación a nivel de servicios.
- Como equipo de trabajo de enfermería debemos proponer la comunicación entre los diferentes estamentos para mejorar la calidad asistencial y no vernos como rivales en el acto de cuidar.
- Por otro lado creemos conveniente motivar a los diferentes profesionales de enfermería a colaborar en la formación y acogida de las nuevas incorporaciones para facilitar su integración en el equipo de trabajo y de esta forma favorecer un clima laboral más participativo y cálido que se irá transmitiendo en los nuevos equipos.

12. <u>LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN</u>

Durante el proceso de investigación en líneas generales no hemos tenido grandes problemas de participación.

Encontramos que un 5% de los encuestados no contestaron los cuestionarios, índice poco significativo.

En cuanto a las entrevistas, no siempre el día propuesto para dicha entrevista ha sido factible realizarla y por tanto se ha tenido que posponer.

En algunas entrevistas ha sido necesario, en ocasiones, recanalizar algunas cuestiones para centrarse en el tema.

La transcripción de las entrevistas por parte del grupo investigador ha sido laboriosa, puesto que el material de audio no era el más adecuado.

Debido a la pluralidad de los miembros integrantes del grupo de discusión ha sido difícil encontrar participantes que coincidieran en tiempo y espacio, con lo cual, nos hemos visto obligados a realizar un grupo de discusión más reducido de lo planteado (5 personas) y menos heterogéneo (turno mañana y noche).

En el grupo de discusión hemos encontrado el mismo problema que las entrevistas que debíamos reconducir hacia el objetivo deseado. Otra cuestión es nuestra falta de experiencia en este método de recogida de datos.

NUEVAS DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN 13.

- 1. Estudio comparativo de dos centros hospitalarios con diferente política de gestión.
- 2. Estudio comparativo por servicios/unidades.
- 3. Ampliar el estudio a todos los diferentes profesionales de nuestro centro.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Adair J. No jefes sino líderes. El camino hacia el éxito. Fundación Confemental, 2003. ISBN 84-96169-42-1
- Alcover CM. Influencias del tiempo y de la prevalencia sobre la eficacia de los equipos de trabajo. Madrid: Dykinson SL,1998.
- Borrell F. Cómo trabajar en equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros. Barcelona: Gestión 2000, 2001.
- Levy- Lebeye C. Psicología de la organización. Barcelona: Planeta. 1975.
- Carcelén J. El sistema de trabajo a turnos y su problemática. Fundación Confemetal, 2000.
- Carrasco G, Solsona F, Lledo R. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Revista de calidad asistencial, 1999.
- Cela JL. Calidad. Qué es como hacerla. 2ª ed. Barcelona: Ediciones gestión 2000, Marzo1999.
- Claver E, Llopis J, Tarí JJ. Calidad y dirección de empresas. Madrid: Civitas ediciones SL, 1999.
- Clinton C. Liderazgo en el siglo XXI: en busca de la verdad que transciende. Revista Manager Focus Vol.XII, 2/2007.
- Codina A. 10 mandamientos para comunicaciones efectivas. Saber escuchar: una herramienta gerencial. Disponible en: http://www.degerencia.com/acodina/. 2007.
- Costa JM. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Barcelona: Ediciones de la Universitat oberta de Catalunya. Ediciones gestión 2000, 1998.
- Cuatrecasas Ll. Gestión integral de la calidad: implantación, control y certificación. Barcelona: Ediciones gestión 2000 SA, 1999.
- Douglass ME, Douglass DN. El management del tiempo en el trabajo en equipo. Barcelona: Piados empresa 35, 1997.
- Escur N. Entrevista a Ramona García-Macià. "Confiesa tus miedos a los compañeros de trabajo, será más fácil". Disponible en: http://www.magazinedigital.com. 2007.
- EUE Sta. Madrona de la Fundación "la Caixa". Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Generalitat de Catalunya. Proyecto Leonardo da Vinci. Barcelona: 2003.
- Ramon-Cortés F. La isla de los 5 faros. Barcelona: RBA nueva empresa, 2007.
- Foulkes F. Para un trabajo mas satisfactório. Pamplona: EUNSA, 1969.
- Fernández N. Dirección de equipos de trabajo en las organizaciones.
 Madrid: Civitas Ediciones, 1999.

- Fernández SM .[et al.]. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Madrid: Revista Española de salud pública, 1995.
- William G, Dyer W. Formación de equipos. Problemas y alternativas. 2º ed. Wilmington (U.S.A.): Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, 1988.
- García J, Gargallo A, Marzo M. Determinantes de la satisfacción laboral: una evidencia empírica en el caso español. Universidad de Zaragoza.
 Zaragoza: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 2002.
- García F, Pancorbo PL.[et.al.]. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. Enfermería Clínica. Vol. 11, Nº 4, 2001:146-154.
- Garcia M, Pallares L. Guía práctica para evaluación de la calidad en la atención de enfermería. Madrid. Ediciones Olalla; 1996.
- Institut Català de la Salut. Direcció Divisió D'Hospitals Coordinació d'Infermeria. Instrument COM-VA. Barcelona: 2005.
- Institut d'Estudis Catalans. Diccionari de la Llengua Catalana. Edicions 62, 1995.
- Heider J. El tao de los líderes. Barcelona: RBA nueva empresa. 2007.
- Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz Santos, 1993.
- March JG, Simon HA. Teoría de la organización. Barcelona: Arial. 1987.
- Velaz JL. Motivos y motivaciones en la empresa. Madrid: Ed.Diaz de Santos. 1996
- Kozie B, Erb G. Biblioteca Enfermería profesional. Enfermeria fundamental 1. Madrid: Interamerica-McGraw-Hill,1989.
- Kron T. Liderazgo y administración en enfermería. México: Interamericana, 1991.
- Levy-Leboyer C. Gestión de las competencias. Ed. Gestión, 2000.
- López A. Cómo dirigir grupos con eficacia. Madrid: Editorial CCS, 1997.
- Marriner-Tomey A. Administración y liderazgo en Enfermería. Ed. Mosby,1996.
- Morey JC, Simon R.[et.al.]. Error reduction and performace improvement in the Emergency through formal teamwork training: Evaluation results of the Medteams project. Health Services Research, 2002; 37(6):1553-1581.
- Olavaria B. El síndrome de burnout o del cuidador descuidado. Ansiedad y estrés; 1995.
- Marin P. La motivación: Como mejorarla en la empresa. Barcelona: Gestión 2000, 1991.
- Palomo MªT. Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. 4ª ed. Madrid: Esic Editorial, 2007.
- Pont E, Teixidor, M. De la experiencia a la innovación: La construcción de competencias. en La formación enfermera: Estado de la cuestión y

- perspectiva internacional. Barcelona: Fundació "la Caixa"/ EUI Santa Madrona, 2004.
- Pont E, Teixidor M. La importancia del trabajo en equipo cooperativo. en El Alzheimer un reto para la enfermería. Barcelona: Fundació "la Caixa"/ EUI Santa Madrona; 2005.
- Ramos F, De Castro R, Galindo A. Desgaste profesional en los trabajadores del hospital: resultados preliminares. MAPFRE Med, 1998.
- Robbins SP, Decenzo DA. Fundamentos de administración. Conceptos esenciales y aplicaciones. 3ª ed. México: Editorial Pearson Educación, 2002.
- Rodríguez J.M. El factor humano en la empresa. Barcelona: Deusto, 2005.
- San Martín L, Dámour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. Enfermería Clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 17, Nº.1, 2007:24-31.
- Hospital Antonio Lorena. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización de: mayo-agosto del 2003. Rev semestral de la Facultad de Medicina Humana-UNSAAC [revista a Internet]. 2003. [data de consulta 7 junio 2007].
- Senge P. Aprendizaje en equipo: estrategias para el aprendizaje en equipo; Qué esperar del aprendizaje en equipo. Diálogo a Senge P [et al.] La quinta disciplina en la práctica. Barcelona: Granica, [s.a.].
- Senge P. Aprendizaje en equipo:diseñando una sesión de diálogo. Discusión experta a Senge P [et al.].La quinta disciplina en la práctica. Barcelona, Granica, [s.a.].
- Senge P. Un modelo de aprendizaje en equipo. Disponible en: http://www.elpartenon.com. 2003.
- Simms LM, Prince SA, Ervin NE. Administración de servicios de enfermería. México: editorial Interamericana, 1986.
- Smith DK, Katzenbach JR. La disciplina de los equipos. Harvard Business Review. Vol.83, Nº.7, 2005 (Ejemplar dedicado a: La organización de alto desempeño), pag.5. ISSN 0717-9952
- Sterret EA. Guía del directivo para la inteligencia emocional de la gestión del liderazgo. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces SA, 2000.
- Surdo E. La magia de trabajar en equipo. Madrid, Cierzo: 1997.
- Teixidor M. Humanización y gestión. En el ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar. Barcelona: Fundació "la Caixa"/ EUI Santa Madrona, 2005.
- Tejada J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1997.
- Tizon JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatologicos? Atención primaria, 2004.
- Howell WC. Psicología industrial y organizacional, sus elementos esenciales. México: Manual Moderno, 1979.

- Zwarenstein M, Bryan W. Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos. (revisión Cochrane traducida).En: La biblioteca Cochrene Plus, Número 1. Oxford: 2007Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1.Chicherter, UK: John Wiley& Sons, Ltd.).
- Zwarenstein M, Reeves S.[et.al.]. Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochare Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

_____ pág. 147 Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

Máctarda	Administración	v Contión on	Cuidodoo	da Enformaría
viastei ue	Auministración	v Gestion en	Culuados	ue Enlennena

15. ANEXOS

Máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería

Anexo I

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA

De la Fundació "la Caixa"

CUESTIONARIO PARA JUECES

ENFERMERÍA: ¿TRABAJA EN EQUIPO?

AUTORES:

Bautista Martín, Encarnación. Devesa Pradells, Ana. Guitart Aparicio, Mónica. Palma Bocanegra, Miguel Ángel. Pérez Hinarejos, Montserrat.

Estudio sobre el equipo de enfermería

En el marco del Máster en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería de la EUI Santa Madrona estemos realizando el estudio: ENFERMERÍA ¿TRABAJA EN EQUIPO?

El objetivo es conocer el estilo de trabajo del equipo de enfermería.

Por este motivo necesitaríamos su colaboración respondiendo a las preguntas del cuestionario que le adjuntamos. Su opinión es clave para la realización de este estudio.

La información que se recoge de todos los participantes será introducida en una base de datos para ser analizada y serán tratadas confidencialmente. Ningún encuestado será identificado en la comunicación y publicación de los resultados.

En caso de cualquier duda puede dirigirse a:

- palmanegra@telefonica.net.
- montpehi@yahoo.es.

Agradecemos su colaboración.

______ pág. 151

FACTO	RES SOCIO-DEMOGRÁFICOS						
1.	Edad						
2.	Género	Femenino	Mascu	lino [
CARAC	TERÍSTICAS LABORALES						
3.	Grupo profesional	Enfermera/o Auxiliar de	e enfer	mería			
4.	Años de experiencia profesional e	n sanidad.					
5.	¿Ha trabajado en otra categoría pr	ofesional en sanidad? SÍ [10 _		
6.	Tipo de contrato.	Fijo Interino		_ Evei	ntual⊏		
7.	Servicio habitual dónde trabaja.	Servicios especiales	н	lospita	lizació	n	
8.	Turno de trabajo actualmente.	Mañana Tarde		☐ Noc	he]
CARAC	TERÍSTICAS FORMATIVAS						
9.		da en el último año?	SÍ [□ NC	—	
10	¿Ha realizado algún curso realizado		- SÍ □			-	
	¿Algún curso realizado trataba de	-	_ Sí [
	g						
CUEST	IONARIO						
RESPO	ONDA DEL 1 – 5. 1 MALO, NA	DA O MUY POCO, 2 POCO, 3 BASTA	NTE, 4	BUEN	IO, 5 M	UY BU	ENO.
					r		
	¿Cómo cree que es de fluida la co	<u> </u>	1	2	3	4	5
13.	Indique en qué medida las relacion profesionales están muy jerarquiz		1	2	3	4	5
14.	Indique el grado de colaboración o		1	2	3	4	5
45	equipo.	and marketic makes delications as	1	2	3	4	_
15.	¿En qué medida los distintos grup esfuerzan en evitar conflictos en o		1		3	4	5
	de responsabilidades?	•					
16.	¿Cómo se coordinan las distintas profesionales del equipo sobre un		1	2	3	4	5
17.	¿Los profesionales del equipo tier		1	2	3	4	5
	necesidades de los pacientes?	•					
18.	¿Los profesionales del equipo tier recogidos por los otros grupos pr		1	2	3	4	5
19.		aboran entre ellos para elaborar un	1	2	3	4	5
	plan común de intervención?	an atra a miamba a dal amin a				4	_
	¿Fomenta las buenas relaciones d	<u> </u>	1	2	3	4	5
	¿Ayuda en las actividades del per	•	1	2	3	4	5 5
	¿Conocía que el trabajo en equipo	<u>•</u>	1	2	3	4	5
	¿El trabajo le permite hacer cosas	•	1	2	3	4	5
	¿Está contenta/o con el sistema d	<u> </u>	1	2	3	4	
	¿Está cómoda/o con su lugar de tr	<u>-</u>			_		5
	¿Está contenta/o con la calidad de	-	1	2	3	4	5
	¿Está satisfecha/o con el program	•	1	2	3	4	5
	¿Se siente tratada/o justamente po	-	1	2	3	4	5
	¿Conoce los objetivos de la empre		1	2	3	4	5
	¿Se siente apoyada/o por sus sup		1	2	3	4	5
	¿Las relaciones con sus superiore		1	2	3	4	5
	¿Le permiten participar en las dec	<u> </u>	1	2	3	4	5
33.	¿Sabe planificar y organizar eficaz	mente el propio trabaio?	1	2	3	4	5

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

34. ¿Sabe identificar y sugerir mejoras en el sistema de trabajo

5

2

(iniciativa)?					
35. ¿Asume usted la docencia como una parte integrada de su trabajo?	1	2	3	4	
36. ¿Tiene buena predisposición para cumplimentar los objetivos?	1	2	3	4	
37. ¿Da usted un trato adecuado al resto del equipo?	1	2	3	4	
38. ¿Muestra usted interés por el perfeccionamiento profesional?	1	2	3	4	
39. ¿Participa usted en las reuniones de la unidad aportando ideas de mejora?	1	2	3	4	
40. ¿Cree usted que tiene habilidad relacional en su equipo?	1	2	3	4	
41. ¿Fomenta usted las buenas relaciones con los otros miembros del equipo?	1	2	3	4	
42. ¿Trabajar en equipo le es satisfactorio?	1	2	3	4	
43. ¿Cree usted que el equipo de enfermería trabaja en equipo?	1	2	3	4	
44. ¿Se siente identificada/o con la institución?	1	2	3	4	
45. ¿Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería?	1	2	3	4	
46. ¿Amplia sus conocimientos y capacidades personales?	1	2	3	4	
47. ¿Las relaciones interpersonales que mantiene con sus superiores son satisfactorias?	1	2	3	4	
48. ¿Reconoce sus limitaciones personales y solicita ayuda?	1	2	3	4	
49. ¿Conoce los objetivos de su área de trabajo?	1	2	3	4	
50. ¿Cree que puede desarrollar su potencial profesional?	1	2	3	4	

ITEMS	UNIVO	OCIDAD	PERTI	NENCIA	IMPORTAN			NCI	CIA		
	Sí	No	Sí	No	1	2	3	4	5		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.									<u> </u>		
16.											
17.									<u> </u>		
18.											
19.											
20.									<u> </u>		
21.											
22.											
23.									<u> </u>		
24.											
25.									<u> </u>		
26.											
27.											
28.											
29.											
30.											
31.											
32.											
33. 34.		-	-						-		
		-			-						
35. 36.		1									
37.		-									
37.		1									
39.											
40.									-		
41.									-		
41.											
43.		-	-								
44.		-									
45.		1									
46.			-						-		
47.		1	 						-		
48.		1	 						-		
49.									 		
50.		-	-						-		
50.		I	I .		I				<u> </u>		

MUCHAS GRÁCIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN

Máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería

Anexo II

CUESTIONARIO

Estudio sobre el equipo de enfermería

En el marco del Máster en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería de la EUI Santa Madrona estemos realizando el estudio: ENFERMERÍA ¿TRABAJA EN EQUIPO?

El objetivo es conocer el estilo de trabajo del equipo de enfermería.

Por este motivo necesitaríamos su colaboración respondiendo a las preguntas del cuestionario que le adjuntamos. Su opinión es clave para la realización de este estudio.

La información que se recoge de todos los participantes será introducida en una base de datos para ser analizada y serán tratadas confidencialmente. Ningún encuestado será identificado en la comunicación y publicación de los resultados.

En caso de cualquier duda puede dirigirse a:

- palmanegra@telefonica.net.
- montpehi@yahoo.es.

Agradecemos su colaboración.

FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS						
51. Edad años.						
52. Género	1. Femenino	2. Ma	asculino			
						
CARACTERÍSTICAS LABORALES						
1. Grupo profesional	1. Grupo profesional 1. Enfermera/o 2. Au					
2. Años de experiencia profesional	en sanidad					
53. ¿Ha trabajado en otra categoría p	3. ¿Ha trabajado en otra categoría profesional en sanidad? 1.S					
54. Tipo de contrato.	Tipo de contrato. 1.Fijo 2.Interio					
55. Servicio habitual dónde trabaja.	1.Servicios especi	ales	2.Hospitalización			
6. Turno de trabajo actualmente.	1. Mañana	2. Tarde	3. Noche			
CARACTERÍSTICAS FORMATIVAS						
1. ¿Ha realizado formación continua	da en los 5 últimos años?	1.SÍ _	2.NO			
2. ¿Ha realizado algún curso realizado	os años? 1.SÍ _	2.NO				
3. ¿Algún curso realizado trataba de	? 1.SÍ _	2.NO				
-	-					
CUESTIONARIO						

RESPONDA DEL 1 – 5. TENIENDO PRESENTE QUE: 1 ES MALO, NADA O MÍNIMO Y 5 MUYBUENO, MUCHO O MÁXIMO.

1. La comunicación entre el personal es fluida.	1	2	3	4	5
2. Las relaciones de trabajo entre los profesionales están jerarquizadas.	1	2	3	4	5
3. Grado de colaboración entre los profesionales del equipo de enfermería.	1	2	3	4	5
4. En el reparto de las actividades evita los conflictos.	1	2	3	4	5
5. Coordinación de las distintas actividades que realizan los profesionales.	1	2	3	4	5
6. El equipo tiene en cuenta las necesidades de los pacientes.	1	2	3	4	5
7. El equipo tiene en cuenta los datos recogidos en los registros.	1	2	3	4	5
8. El equipo colabora entre sí para elaborar un plan común de intervención.	1	2	3	4	5
9. Ayuda en las actividades del personal de nueva incorporación-	1	2	3	4	5
10. El trabajo en equipo entra en sus competencias.	1	2	3	4	5
11. El trabajo le permite hacer cosas que le gustan.	1	2	3	4	5
12. Está contenta/o con el sistema de trabajo.	1	2	3	4	5
13. Está cómoda/o en su servicio.	1	2	3	4	5
14. Está contenta/o con la calidad del trabajo obtenido.	1	2	3	4	5
15. Está satisfecha/o con el programa de formación de la empresa.	1	2	3	4	5
16. Se siente tratada/o justamente por la empresa.	1	2	3	4	5
17. Conoce los objetivos de la empresa.	1	2	3	4	5
18. Se siente apoyada/o por sus superiores.	1	2	3	4	5
19. Las relaciones con sus superiores son buenas.	1	2	3	4	5
20. Participa en las decisiones de su departamento.	1	2	3	4	5
21. Planifica su propio trabajo.	1	2	3	4	5
22. Organiza su propio trabajo.	1	2	3	4	5
23. Sugiere mejoras en el sistema de trabajo.	1	2	3	4	5
24. Sabe identificar mejoras en el sistema de trabajo.	1	2	3	4	5

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

E. Bautista, A. Devesa, M. Guitart, M.A. Palma, M. Pérez

25. Asume usted la docencia como una parte integrada de su trabajo.	1	2	3	4	5
26. Tiene buena predisposición para cumplimentar los objetivos.	1	2	3	4	5
27. Da un trato adecuado al resto del equipo	1	2	3	4	5
28. Muestra interés por el perfeccionamiento profesional.	1	2	3	4	5
29. Participa en las reuniones de la unidad.	1	2	3	4	5
30. Aporta ideas de mejora en las reuniones.	1	2	3	4	5
31. Tiene habilidad relacional en su equipo.	1	2	3	4	5
32. Fomenta las buenas relaciones con los otros miembros del equipo.	1	2	3	4	5
33. Trabajar en equipo le es satisfactorio.	1	2	3	4	5
34. El equipo de enfermería trabaja en equipo.	1	2	3	4	5
35. Se siente identificada/o con la institución.	1	2	3	4	5
36. Tiene usted fácil acceso a su directora de enfermería.	1	2	3	4	5
37. Amplia sus conocimientos profesionales.	1	2	3	4	5
38. Reconoce sus limitaciones profesionales.	1	2	3	4	5
39. Solicita ayuda cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
40. Dialoga para la solución de los conflictos.	1	2	3	4	5
41. Dialoga sobre el trabajo en equipo con los otros profesionales.	1	2	3	4	5
42. La discusión en el equipo sirve para obtener resultados prácticos.	1	2	3	4	5
43. Las decisiones que se toman son fruto del consenso.	1	2	3	4	5
44. Conoce los objetivos de su área de trabajo.	1	2	3	4	5
45. Puede desarrollar su potencial profesional.	1	2	3	4	5

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

Máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería

Anexo III

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA

De la Fundació "la Caixa"

PROYECTO DE LA ENTREVISTA

ENFERMERÍA: ¿TRABAJA EN EQUIPO?

AUTORES:

Bautista Martín, Encarnación. Devesa Pradells, Ana. Guitart Aparicio, Mónica. Palma Bocanegra, Miguel Ángel. Pérez Hinarejos, Montserrat.

ÍNDICE

 Introducción. 	Pág. 3
Objetivo de la entrevista.	Pág. 3
Criterio de selección de los entrevistados.	Pág. 3
 Clarificación del desarrollo de la entrevista. 	Pág. 4
 Obtención de permiso para registrar la entrevista. 	Pág. 4
Desarrollo de la entrevista.	Pág. 4
 Preguntas abiertas. 	Pág. 5
 Preguntas cerradas. 	Pág. 5
 Preguntas de reformulación. 	Pág. 5
 Resumen de la información obtenida en la entrevista. 	Pág. 5
 Confirmación del resumen con el entrevistado. 	Pág. 5
Aclaración.	Pág. 5
Descripción de la continuidad del proyecto.	Pág. 5
Petición de la colaboración futura.	Pág. 5
Agradecimiento de la colaboración.	Pág. 5

INTRODUCCIÓN

En el marco del Máster en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería de la EUI Santa Madrona estamos realizando el estudio de investigación: ENFERMERÍA ¿TRABAJA EN EQUIPO?

Este estudio pretende averiguar si existe o no alguna problemática en la relación del equipo de enfermería (equipo de cuidados), es decir, entre enfermeras diplomadas y auxiliares de enfermería.

Para llevar a cabo dicho estudio, usamos la estratégica de triangulación, es decir, como instrumentos de recogida de datos se utilizará el cuestionario, la entrevista y el grupo de discusión.

El cuestionario se dirige al equipo de enfermería asistencial, la entrevista al equipo de dirección de enfermería y el grupo de discusión a representantes de ambos grupos.

Debido a la importancia de la supervisión en el equipo de enfermería y como miembro integrante del mismo, debemos incluir su opinión y experiencia en nuestro estudio.

Puesto que la población del equipo de dirección de enfermería es más reducida, podemos realizar entrevistas y así obtener la información de forma más directa y personalizada.

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA

En nuestro proyecto, la entrevista tiene por objeto:

- Conocer el estilo de trabajo del equipo de enfermería.
- Obtener información complementaria a las encuestas.
- Conocer las expectativas del mando en relación al trabajo en equipo.

CRITERIO DE SELECCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

Los profesionales para la entrevista han sido seleccionados por su dilatada experiencia en gestión y ser representantes de diferentes ámbitos dentro del hospital.

Estos son los siguientes:

- Subdirector/a de enfermería.
- Supervisor/a general de turno noche.
- Supervisor/a de atención domiciliaria.
- Supervisor/a de hospitalización.
- Supervisor/a de servicios especiales.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

CLARIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

La entrevista será estructurada de carácter informativo, individual y centrada en el entrevistado.

El proceso de realización de la entrevista se ajustará a las siguientes etapas:

PREPARACIÓN.

- o Todo este proyecto ya queda incluido dentro de la preparación.
- La entrevista se realizará entre enero y febrero del 2008, notificándoselo al entrevistado.
- o La duración aproximada de la entrevista será de 20 a 30 minutos.
- La entrevista se realizará en un despacho ubicado en la dirección de enfermería.
- o Planificaremos el guión.
- Utilizaremos como sistema de registro en la entrevista cintas de audio.

COMIENZO.

- Antes de empezar la entrevista se realizará una pequeña introducción al entrevistado, sobre los objetivos, duración y su elección.
- o Se generará un clima cordial.
- DESARROLLO.
 - o Posteriormente se profundizará en el desarrollo de la entrevista.
- CONCLUSIÓN.
 - Posteriormente se profundiza en la conclusión (resumen, confirmación, aclaración, descripción, etc.).

<u>OBTENCIÓN DE PERMISO PARA REGISTRAR LA ENTREVISTA</u>

Naturalmente debemos pedir permiso al entrevistado para realizar la entrevista y que será gravada en audio.

DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

Tras la introducción se realizará la entrevista, teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

Guión de la entrevista

- 1. ¿Nos gustaría saber que significa para usted el trabajo en equipo?
 - a. ¿Cree usted que se puede llevar a cabo?
 - b. ¿Por qué?
 - c. ¿Nuestro hospital se plantea claramente el trabajo en equipo?
 - d. ¿Cree que la teoría se lleva a la práctica, es decir, en nuestro hospital se trabaja en equipo?
- 2. ¿Qué cree usted que distorsiona el trabajo en equipo?
 - a. ¿En qué?
- 3. ¿Cómo podría usted, desde su función, realizar mejoras para trabajar en equipo?

- 4. ¿Encuentra usted resistencias por parte del personal de enfermería en trabajar en equipo?
 - a. ¿Cuáles?
- 5. ¿Cree usted que su equipo tiene suficiente formación para trabajar en equipo?
 - a. ¿Cree qué estructuralmente nuestra institución está preparada para trabajar en equipo?
- 6. ¿Cómo valora la fluidez, circulación de la información entre los profesionales asistenciales y la dirección?

RESUMEN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA ENTREVISTA

Después de las entrevistas se pasará a papel las cintas de audio para resumir más cómodamente la información obtenida.

CONFIRMACIÓN DEL RESUMEN CON EL ENTREVISTADO

Una vez finalizada la entrevista se intentará realizar un resumen delante del entrevistado para verificar que su idea ha sido recogida correctamente.

ACLARACIÓN

En caso de cualquier duda por ambas partes se procederá a la aclaración pertinente.

DESCRIPCIÓN DE LA CONTINUIDAD DEL PROYECTO

Una vez evaluados los cuestionarios y las entrevistas procederemos a realizar el grupo de discusión.

PETICIÓN DE LA COLABORACIÓN FUTURA

Se puede plantear la posibilidad de participar en el grupo de discusión.

AGRADECIMIENTO DE LA COLABORACIÓN

Se agradecerá su colaboración en el proyecto.

MUCHAS GRÁCIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

ENTREVISTAS

Para ver si en el hospital trabajamos o no trabajamos en equipo. Hemos hecho una recogida de datos basada en tres aspectos que es la entrevista: las encuestas que pasaremos que pasaremos altas sobre la asistencial, las entrevistas que son sobre la gestión, y después un grupo de discusión, dependiendo de los resultados que tengamos en las dos anteriores.

El trabajo en equipo se limita al personal de enfermería entendiéndose auxiliar y enfermeras. Dejamos el equipo médico fuera de este trabajo en equipo y, bueno, es confidencial, la cinta se te puede devolver después y bueno, esto más o menos a grandes rasgos es de lo que va en sí, de lo que irá la entrevista.

ENTREVISTADA 1.

- Y, bueno, nos gustaría saber si sabes lo que significa el trabajo en equipo.
- Sí, el trabajo en equipo es un fin común.
- ¿Y se puede llevar a cabo? ¿Es factible?
- Sí, pero es muy difícil, depende de las personas. Hay que compartir y hay gente que no le interesa compartir, quiere ser líder propio y hacer la suya y, claro, te encuentras muchos de estos.

También hay que decir que para trabajar en equipo tienes que ser muy similar a la otra persona en decisiones, pero a veces no lo eres y eso te puede dificultar, ¿no? Por ejemplo, a ver, si yo, una enfermera, va a lavar a un enfermo, y resulta que ella lo primero que hace es lavar la cara y la otra los genitales, entonces si no se llega a un acuerdo, porque las dos son de yo lavo la cara primero, pues yo no, entonces, ¿entiendes? Hay que entenderse primero, eso significa poder, y la gente no cede, o no cedemos. Parece que perdamos algo cuándo cedemos. Es como si no tuviéramos personalidad, como si el otro se impusiera, y eso nos fastidia, ¿verdad? Es difícil, es difícil, pero al final todo sale.

- Y, en nuestro hospital, ¿crees que se potencia el trabajo en equipo?
- -¿Desde dónde?
- Desde la infraestructura, la dirección...

- A ver, el trabajo en equipo, por ejemplo, se oye muchísimo en las unidades de hospitalización, se oye pero no existe, o sea las enfermeras en su trabajo, y los auxiliares en otro y entonces claro, ya no hay trabajo en equipo hay clasismo, aquí cada uno hace lo suyo, los médicos lo suyo, o sea realmente no creo que haya trabajo en equipo. Pero hay que analizar los grupos.
- ¿Pero porque no se trabaja en equipo? Porque a lo mejor los auxiliares se han cansado de esperar a las enfermeras que tardan cien años en dar la medicación y hacer su trabajo, o sea, hacer las camas, dar el desayuno... A lo mejor hay una planta que van todas a la vez y van estupendo, pero eso es lo menos, cada uno hace lo suyo, que a lo mejor todo sale bien y a lo mejor eso es trabajo en equipo para algunos.
- ¿Y crees que hay suficiente formación sobre que es trabajar en equipo o la gente es como algo que es trabajar en equipo pero nadie les ha dicho cómo, de qué manera...?
- Sí, influye mucho la persona que tenga un mando, porque claro si esa persona en su manera de actuar el trabajo en equipo lo vende y lo hace ella, la gente se contagia más, entonces a veces la gente entra en razón por una cosa razonable. Ahora, si cada uno hace lo suyo, y tu también... Claro, si hay muchísimo trabajo entonces nadie da a basto y yo me espero en el despacho a hacer pedidos tres cuartos más tarde porque tendré tiempo pues a lo mejor puedo echar una mano. A lo mejor pues dirán esto sí es un equipo pero claro, es que también es el equipo: con todas las enfermeras. Pero también tienes que manejar esa situación, da igual con que grupo te encuentres... Yo creo que si se pueden manejar esas situaciones, se puede conseguir.
- Tú lo que quieres decir es que si la persona que está al mando, lo tiene claro entonces sí que influye en el equipo.
- Influye mucho.
- Porque desde arriba se potencia lo que es el trabajo en equipo demostrando, no cuando hemos de trabajar en equipo.
- Claro, es que hay que trabajar en equipo...
- Es una frase hecha en verdad. Pero luego ponerlo en práctica cuesta mucho.
- Y que la gente a veces igual no tiene claro lo que es...
- Yo, por ejemplo, se trabajar en equipo porque cuando estaba de enfermera siempre tenía trabajo, ¿no? Yo siempre iba a ayudar a todos, juntos lo hacíamos todo. Ahora esto no lo veo, se ve, pero poco. Por ejemplo "Estoy muy mal", ves a alguien arrastrando la lengua, esto se ve en muchos sitios, Hay

gente que piensa "ya te fastidiaras", mañana me fastidiare yo, pero tampoco quiero que me ayudes: o sea no quiero que me ayudes, pero yo a ti tampoco.

El trabajo se ha de sacar adelante entre todos, pero cada uno va a lo suyo. El porqué se tendría que analizar...

-¿El hospital, la institución puede estar preparada para trabajar en equipo?

-Sí, se tiene formación suficiente, es lo mejor que hay, trabajar en equipo. Para mi es lo ideal ¿no?, y más en este hospital con el trabajo que tenemos.

-y ¿Cómo valoras la fluidez de la información entre el directivo y el personal asistencial?

-Veras, te voy a poner un ejemplo, para que veas que no es tan fácil, hay una planta aquí en este hospital, que yo un día hablé, y dije, pero oye cuando acaba el pasillo, ¿porque no vais al otro? Pues mira, porque los que están en el otro pasillo, nunca llegan a este. Digo ah!, claro hay que saberlo todo, si hay gente que a lo mejor se entretiene a propósito, para no ayudar a los demás, es que claro esto lo tenéis que decidir vosotros, entonces decidieron sentarse. Estaban hartos de que ellos siempre cogían los cambios del otro pasillo, porque iban agiles, los otros se entretenían en las habitaciones, bueno, sí....., o sea hacían un poco" el ronso", y claro entonces se les rompe el equipo. Cuando se llegan a estos extremos es porque pasan cosas, pero bueno en ese momento hay que entrar ¿no? Si uno quiere, puede entrar a ver..., de noche es más difícil, la gente está sola. Yo no voy a estar allí, en la 5ª, toda la noche para decirles que es lo que tienen que hacer, para que aprendan, no puedo. De día está la supervisora, les puede ver, puede hacer estrategias para que la gente trabaje más. ¿Qué me habías preguntado?

¿Qué si hay una buena fluidez de comunicación entre la dirección y los profesionales asistenciales?

Bueno, yo creo que no es suficiente. La gente ve dirección de enfermería como aquello "que hay allí", que nadie sabe sus problemas, así lo ven muchos, y las supervisoras las de la carpeta...esas que no hacen nada, las que pasean...haber habrá quien paseará y quien se lo tomará en serio. Me he encontrado en este hospital con médicos y más gente que creen que la supervisora es como una mierda...como si fueran como no ha trabajar vamos...como si la gente hiciera gestión para dejar de trabajar con enfermos, esa es la idea general que hay de la supervisión...¿ o no ¿...¿a qué nivel?... a todos los niveles. Piensan que tienes más horas libres ... ¿horas libres? No he hecho más horas extras sin cobrar en toda mi vida.

_____ pág. 167

Entonces, ¿es que la gente desconoce el trabajo de la supervisora?. No, bueno haber hay de todo...hay gente que ve lo que tú haces y bien no?, en cambio ven lo que hacen otros y que le voy a decir.

FIN

INTREVISTADA 2.

¿Ens agradaría saber que representa per vostè el treball en equip?

En el món nostre tant en el asistencial com en el de la supervisió, de la gestió es primordial, és importantissim, sense treballar en equip no s'arriba a res, no es pot treballar individual tant en la assistència com en la gestió.

Realment es podria treballar en equip?

Si, jo crec que si. A veure, no sempre es fàcil , perquè primera no tothom en sap, la manera de ser cada un influeix, però jo crec que si la gent és madura i a més a més s'arriben a acords, es pot treballar en equip, jo crec que si.

Hi ha maneres de fer-ho i evidentment sempre hi han discrepàncies, però jo crec que posades sobre la taula s'arriba a un consens, si si i admès hi ha exemples, hi ha llocs que tu veus que no i que costa però hi ha altres llocs del mateix tipus de feina ja parlem d'unitats és treballa en equip.

Si si es pot però representa un esforç de cada un.

Creus que la teoria es porta a la pràctica es a dir en el nostre hospital es treballa en equip?

Bé no a tot arreu, no se si això ho tindria que dir o no ,però no a tot arreu i és una lluita constant, veus que hi ha qui fa esforços per aconseguir-ho i ni a que es té que anar recordant. Vosaltres ,que esteu a l'assistència també ho veieu.

Què creu que distorsiona el treball en equip?

Jo penso que d'entrada són primer, les personalitats individualistes ,penso que tots tenim una tendència a ser primer jo,jo i jo ,això és el primer i desprès que a vegades no està ben definit, ben plantejat o s'entén malament el que és l' equip, hi ha gent que no sap el que és un equip i se li ha d'explicar. Hi ha una falta de coneixements? També, jo crec que es té que parlar molt, gastar molta saliva i que les coses s'entenguin.

Per la seva part què podria realitzar per millorar el treball en equip?

Jo penso que tot passa per fer en els llocs, per sectors, plantes, serveis...

a veure ,la comunicació , mantenir grups de feina, grups de treball i que tothom participi ,tothom eh... i que tothom expressi el que veu,com es sent ,el que

detecta ... que la gent pugui parlar obertament sense por de res, sense amagar res... és la única manera. Treballant in situ amb els equips. Fer treball de grup costa, perquè no tothom expressa com és sent, com ho veu, ens costa acceptar les crítiques. Però jo penso que ,és una feina d'anar-hi insistint. Si la gent es madura que ho entén i es capaç de posar-se perquè no tenim perquè està d'acord en tot, jo puc veure les coses molt diferents de tu però podem parlar-ho. És feina, jo no dic que sigui fàcil, però és importantissim perquè moltes vegades hi ha problemes, i no s'arriba a coses i atencions per culpa d'això ,perquè el treball no es fa en equip, l'equip aquest no existeix o no funciona bé

Hi han equips que ja estan madurs, els veus diferents, hi ha persones que els hi falta més hi que s'hauria de dedicar-se més, individualment a cada persona, jo crec que val la pena, és feina i es dedicar-se es proposar-s'ho. El dia a dia a vegades tampoc ens deixa fer algunes coses .Jo crec que és molt important. Hi ha molta gent que no sap el que és treballar en equip.

Troba vostè resistència per part del personal d'infermeria a treballar en equip?

Jo no sé si li diria resistències, jo crec que hi ha grups o persones que no se si no en saben, no perquè no vulguin , o ho tenen tot mal entès, no saben el què és, no saben fer.

Creu vostè que el seu equip té suficient formació per treballar en equip?

Treball en equip no vol dir anar a fer allò les dues .Jo crec que s'ha de fer formació per equips ,no macro formació. Servei a servei, tipus taller, amb els equips reals de treball. I experts veure també si aquell grup està preparat , en aquests tallers es diuen moltes coses i si la gent no es capaç d'acceptar el que es diu es creen conflictes, també hi han moments.

Com valora la comunicació entre els professionals assistencials i la direcció?

La comunicació és un altre pilar base del nostre funcionament i ambdues direccions de dalt baix i de baix a dalt .i també penso que en els nostres centres grans , mai no la tenim prou ben organitzada o ben definida o costa molt. Jo penso que es fan esforços, en aquestes organitzacions tant grans... com es podria millorar? Jo penso que és esforç de tots de la gent que s'està dedicant a la gestió per una banda ,d'intentar dedicar més temps a poder parlar amb la gent de tu a tu ,comunicar tot el que hi ha, ser transparent en tot, això és una altra cosa important. I per part de la gent de base doncs és al reves hi ha coses que no arriben aquí (direcció d'infermeria), hi ha coses que segurament ells reben, això no se si.... i que d'entrada ells ho donen per fet sense contrastar si allò és així o no. Rumorologia. Exacte ja ho sabeu. Ara jo penso que tot és esforç, jo sempre ho dic, però, el dia a dia l'hospital ens menja molt. Es té que gastar molta saliva en els nous projectes ,o de coses que es

posen en marxa, en aquest punt els comandaments entremitjos, supervisors, tenen molt a fer, perquè són els que arriben més a la gent, els que tenen que estar més amb la gent i escoltar-la. La gent de la assistència és la que té el coneixement de realment el que passa, es dedicar-hi el temps. S'hauria de dedicar algun espai o algun moment per treballar la comunicació? Ja sé que és difícil però penso que ens hem d'esforçar en trobar un temps per a dedicar-s'hi.

El torn de nit potser és el que queda més despenjat la supervisora els veu poc , jo crec que es té que muntar d'alguna manera i la superviso del servei quedar-se alguna nit, per exemple aquest dilluns.. Però jo crec que els de nit se senten més protegits amb els de torn, exceptuant les coses concretes del servei .El personal es sent allunyat del supervisor del servei , estan més identificats amb el de torn. Els supervisors de torn esteu més identificats amb el que passa,el tema de la comunicació és una tasca molt important de la supervisió.

FIN

ENTREVISTADA 3.

Ens agradaria saber que representa per vostè el treball en equip?

El treball en equip per a mi representa que hi ha un grup de persones que treballen de forma cohesionada amb uns objectius comuns, i que cadascú sàpiga quines són les seves tasques i que aleshores es posin en comú la feina que s'ha de fer, com s'han d'aconseguir els objectius que tenim marcats i a partir d'aquí, consensuar. I cadascú que faci la feina que li toca.

No es que tots fem de tot sinó que cadascú tingui clar quina és la seva tasca i la assumeixi. Ha vegades es confon que tothom podem fer de tot i no és això.

Creu que es podria dur a terme?

Jo crec que si que es pot i es déu portar a terme. Si, el que passa es que, és clar, en els equips, les relacions interpersonals són difícils i aquí és on s'ha de treballar. En els recursos humans s'ha de treballar.

Creu que en el nostre hospital es treballa en equip?

Jo personalment crec que no. En general, no. Si mirem un equip multi disciplinar d'assistència directa, doncs, els metges tenen els rols molts definits i conten molt poc amb la resta de l'equip sanitari. Si ens parem a pensar amb l'equip d'infermeria, auxiliar i infermera, doncs tampoc, perquè a vegades es confon que volem ser companys i que aquest ser "volem ser companys" significa assumir les tasques d'un altre. Però clar, d'una categoria inferior no pot assumir les tasques d'una altre. D'altre banda, potser la infermera delega moltes tasques a l'auxiliar i a ella segons quin tipus de feina no li agrada fer. Penso que es un tema complicat.

En general, en el nostre hospital es podria treballar en equip però no es treballa.

Què creu que distorsiona el treball en equip?

Jo penso que és la confusió aquesta del inici. De que a vegades ens pensem que per tots portar-nos be tothom pot fer tot. Jo penso que les competències professionals i els rols professionals han d'estar ven definits i des de una relació d'adults, que a vegades falla, un ha de ser capaç de saber que ha de fer.

Evidentment, per exemple, en el tema infermera -auxiliar en concret, la infermera com ha professional de més titulació pot assumir tasques que l'auxiliar a la recíproca no podrà assumir perquè no té la preparació suficient.

Per això jo sóc de les que penso que el rol de l'auxiliar tal com està ara jo el trauria. A mi m'agradaria més que haguessin infermeres amb diferent nivell de categoria professional. Però, la competència des de el punt de vista de la responsabilitat ja la tingués. Es a dir, tu tens un títol i a llavors, per dir, els dos primers anys de la teva feina ets infermera de nivell 1 i fas tasques de cures bàsiques i amb els anys vas passant de nivell però que tothom fos infermera. Així la infermera de més grau pot delegar tasques amb la confiança que en el professional al que delega té una formació i una titulació que la capacita per fer la tasca que li estan delegant.

Per la seva part, que podria realitzar per millorar treballar en equip?

Jo penso, que les relacions personals han de ser importants. A vegades, aquestes institucions no ho tenen en compte i penso que hi ha que fomentar que cadascú tenim un rol de col·laboració i que la tasca de cadascú és important. Malgrat el que he dit anteriorment, la realitat és que tenim professionals de diferent titulació i la feina de cadascú és important i això s'ha de promocionar. Aleshores, que ningú es senti malament per la feina que fa. Cada categoria professional té unes tasques, totes són importantíssimes i tots es ha de unir l'objectiu comú d'atendre be al malalt. Parlant i promocionant una mica les relacions, no sé com dir-ho, a vegades és més important que hi hagi "bon rotllo" a que les coses es fan super ben protocolaritzades i tal. Si es fomenta les bones relacions interpersonals, desprès és més fàcil posar-se d'acord i treballar. Sense perdre de vista que cada categoria professional té una competència i això no ens ha de confondre. Evidentment tots podem col·laborar a fer diferents tasques els malats són de tots però cadascú té una competència i cadascú a d'assumir la que li toca. Per exemple, en el tema de la neteja amb les auxiliars crea crispació en aquest hospital, penso que les auxiliars sempre tindran alguna cosa que netejar, estris d'atenció directa al malalt...per fer això ningú s'ha de sentir malament. Igual que la infermera amb els carros de la unidosis no deixen de ser "una safata que circula" i la safata

que utilitzem per la medicació ha de estar neta. La infermera és la responsable d'això i s'ha de netejar el carro.

Quines resistències creus que hi ha per part del personal a treballar en equip?

Crec que de part de tots a vegades fomentem l'estament. La senyoreta infermera que només dona medicació i valora amb lupa si el malalt és un enllitat i s'ha de "fer el malalt"...penso que la infermera ha de col·laborar en l'assistència directa al malalt i evidentment la tasca compartida s 'ha de fer per promocionar precisament la relació en el servei. Evidentment hi hauran moments que la infermera haurà d'anar fer unes coses i l'auxiliar unes altres, no han d'anar a totes hores juntes a fer tot, però compartir algunes hores de la feina, encara que sigui fent un llit, fomenta la relació entre elles i també amb el malalt, això s 'ha de fer.

Això, moltes vegades no es promociona. Les infermeres des de dalt poden anar delegant les feines cap a baix. Les infermeres han de registrar, és molt important, quan es tanquen els torns hi han moments de passar registres i tal, si sona un timbre, qui ha d'anar?. Partint de la base que els timbres són de tothom i que s'haurien d'atendre ràpid perquè són una senyal d'alerta, en aquest moment que sigui l'auxiliar que hi vagi. No sempre aquesta tasca s 'ha de repartir, depèn del moment de la feina.

La gent no s'ha d'ofendre, tots som adults i sabem el que hem de fer.

Creu que el seu equip té suficient formació per treballar en equip?

Penso que sobre tot tallers pràctics anirien molt be. Quan fas formació sempre hi ha alguna cosa que aprens. Però, vol dir més pràctica, més aplicada?. Si. Més de roll-playing, i veure una mica que és el que passa, posar situacions reals damunt de la taula i veure com actuem, més per qui que no una formació clàssica acadèmica. Penso que sobretot els comandaments podem incidir en tot això. Crec que hi ha supervisores que fomenten la "señorita enfermera" i això a mi no hem sembla be.

També està la relació entre torns. A veure, a mi no m'agradarïa, cadascú està assentat en el seu torn..." los de la mañana son no se que...los de la noche son no se cuantos", si fossin torns rotatoris això no passaria.

Com la comunicació entre els professionals assistencials i la direcció?

Jo crec que no hi ha cap tipus de comunicació. Parlo del nostre hospital. Sempre és difícil entre la gestió i l'assistència directa. Evidentment sempre hi ha una distància. Jo penso que concretament en el nostre hospital, la direcció s 'ha distanciat molt del que és la realitat i no sap el que passa a les unitats i no escolta el que diu el personal d'infermeria. Penso que no ho fa perquè als responsables directes, en aquest cas són les adjuntes, no traspassen la

informació a la directora. En aquest cas és la que hauria d'estar informada. Ella no surt i...be és el seu estil de direcció. Les persones que té per sota, que són les adjuntes fan de filtre. Això és un greu error. Com es podria millorar la situació? Primer, la persona responsable ha de tenir un interès, això el primer...perquè clar si tu no tens interès per molt que t'arribi informació... jo penso que a vegades això és com la reclamació de l'usuari ens molesta, no que la gent es queixi. Això, no ens ha d molestar ens ha de servir per millorar. Penso que com a gestor contra més informació tinguis sobre la realitat en la que treballes millor. I si en aquest moments, per exemple, et parlo des de l' infermeria de l'hospitalització sobretot, hi han ambients crispats hi la gent està cremada i malament...doncs jo vull saber-ho. Vull saber perquè, segurament hi haurà un "batiburrillo" de causes, però intentar treballar. Jo penso, per exemple, l'hospitalització d'aquest hospital, té una falta de reubicació de recursos. Durant un temps ens han volgut fer tots iguals, que totes les plantes són iguals. Crec que això és un error, s 'ha de mirar cada servei és com és, quina dotació de plantilla es necessita i posar-la.

Aquí hem tingut un gran problema de plantilla, sempre hem sigut un hospital pobre i pobres continuem sent. Alguna vegada s 'ha de dir, hem de redimensionar be els equips i a veure si en aquesta unitat falten deu persones, aquestes deu persones les hauria de tenir sempre el màxim. Si algun dia passa un incident i falta alguna, que no passi res, ho podem assumir tots. No al revés...no sempre el "no", demanant favors personals, "quedat per favor". Això és que no ens fidelitzat a la gent que tenim, la gent s'acaba cremat. Contractes de misèria...no se...penso que això s 'ha d'acabar. Això s 'ha de dir, i això no es diu. Sobretot les adjuntes han treballar per aquí. Per que nosaltres som els responsables de moltes coses, però també de recursos humans i no els cuidem. No es traspassa la informació. Ens una mancança des de que es va inaugurar l'hospital, jo porto vint i cinc anys a l'hospital, a veure, s 'ha treballat molt...protocols, gacela, no estic en contra del gacela....això està molt be, ens hem passat quinze anys fent plans de cures, que està molt be i és una feina que s'havia de fer i fent molta revisió de protocols i fent moltes coses...però moltes vegades ficció...perquè tothom coneixem l'avaluació dels protocols, però la unitat està plena de merda... no se que...alguna cosa falla. Per tant, a mi hem preocupa més que treballéssim un altre aspecte, l que si que ha d'haver-hi informació de la protocol·lització, dels plans de cures i del gacela, estic totalment d'acord...però des de la realitat. Que la gent ho integri i el faci be, no que serveixi només per fer estadístiques.

FIN

ENTREVISTADA 4.

¿Nos gustaría saber que significa para usted el trabajo en equipo?

El trabajo en equipo, básicamente, aumenta la calidad de los cuidados. Eso, sobretodo y además rentabiliza los recursos.

¿Cree usted que se puede llevar a cabo?

Sí. Aunque en la práctica diaria depende más de las personas.

¿Cree que la teoría se puede llevar a la práctica, es decir, en nuestro hospital se trabaja en equipo?

En Can Ruti, lo que yo conozco es que si el equipo está bien compenetrado, se trabaja muy bien en equipo. Cuando existe algún problema personal, no se trabaja en equipo. ¿Valdría la pena abordar las relaciones interpersonales? Es un tema muy difícil de abordar porque implica muchas cosas pero creo que sería interesante por lo menos intentarlo.

¿Qué cree usted que distorsiona el trabajo en equipo?

Primero la empatía entre las personas. Si la empatía es buena facilita mucho las cosas. Segundo, que las competencias estén muy bien definidas y todas las personas conozcan su rol y estén dispuestas a llevarlo a cabo sin sobrepasarlo o sobrecargar. Y después, la organización y clarificar aquello que corresponda a cada persona.

¿Por su parte que podría realizar para mejorar el trabajo en equipo?

Yo ya lo hago, ya lo intento. Intento sobretodo crear un buen ambiente de trabajo. Hago muchos esfuerzos para que el ambiente de trabajo sea bueno y facilite las relaciones personales. Soy muy dura en los temas que yo llamo de "marujeo" pero que están descritos y no permito ningún desliz en este aspecto. Se me pueden escapar cosas, pero intento que estas situaciones no se permitan porque pueden hacer mucho daño a los equipos. Entonces, además intento ser equitativa con las personas, dar a todo el mundo lo que se merece explicándolo. Todo el mundo sabe a qué atenerse conmigo. Y de momento, creo que no funciona al cien por cien, pero bastante sí. Creo tener un buen ambiente de trabajo.

¿Encuentra usted resistencias por parte del personal de enfermería en trabajar en equipo?

Sí que hay resistencias. Cuando tú pones en marcha un plan equitativo, primero puedes encontrar que tus valores no sean los mismos que el de las otras personas y eso choca; puedes encontrar que en una etapa anterior, estuvo valorada o considerada de otra forma y cuando tú llegas y colocas a todo el mundo bajo tu prisma, suele no coincidir con lo que las personas habían tenido anteriormente, pero, a pesar de las resistencias, el respeto y el entendimiento existen. La gente lo entiende, aunque no les vaya bien y estén

molestas, porque hay quien se siente mejor valorada y gente que antes estaba en otra posición y pasa a ser normal no menos valorada sino normal, igual que las demás y eso no es fácil de asumir Pero, si lo clarificas el respeto lo tienes. La gente te ve coherente aunque les guste más o menos. Yo no estoy aquí para gustar a la gente, si le gusto perfecto, pero...si más no, el respeto a tu trabajo.

¿Cree usted que el equipo tiene suficiente formación para trabajar en equipo?

Creo que profesionalmente y en este caso hablando de mi equipo que lo hay. La formación técnica existe. La madurez personal es otro tema. ¿Cómo se aborda la madurez personal con personas adultas? Es lo que comentaba antes, la madurez personal no depende de mí. Yo tengo lo que tengo y con eso he de gestionar. Lo que intento es dar a cada persona lo que se merece. Yo no puedo madurar a las personas, pero sí que puedo situarlas y que eso les ayude a madurar. Si veo a una persona y le explico: "mira estás fallando en esto y esto no favorece la relación del equipo y quiero que lo reconduzcas porque es una cosa que yo estoy valorando negativamente" y "en este momento la que estoy gestionando este servicio soy yo y para mí esto es muy importante", aquella persona ya sabe a qué atenerse. Puede seguir siendo una persona inmadura pero, ya tiene unas pautas ya tiene unas pautas de actuación que quizás sola, no es que no quiera, sino que hay gente que no es capaz.

¿Cómo valora la comunicación entre los profesionales asistenciales y la dirección?

En este momento, el personal la verbaliza como nula. Lo que ocurre es que, depende del nivel de comunicación que queramos, porque yo considero que sí tengo un buen nivel de comunicación con mi equipo y las cosas que son importantes yo las transmito a la dirección. En ese sentido el canal funciona, pero la percepción de la gente de la comunicación con la dirección, aunque tú se lo expliques, como físicamente no lo tienen no lo viven. Estamos en un momento difícil de aumento de la demanda de cuidados de los pacientes, la gente lo que piensa o intuye, es que las jefas que están por encima nuestro, que yo sí que sé lo que les ocurre a ellas, pero que las jefas que están por encima nuestro no supiesen lo que les ocurre, sabes, sí que lo saben, claro que lo saben y yo les intento explicar que todo lo que ocurre a vosotras, todo lo he transmitido a la dirección. Yo nunca engaño al personal, de ningún tipo de información. No creo falsas expectativas y les digo lo que en realidad hay. Yo no les puedo decir al personal que he dicho "que falta personal y que no me hacen caso", yo se que la Nuria lleva años intentando estabilizar las plantillas de hospitalización y eso se ha de transmitir al personal. Ahora una vez explicado a ellas, sigan pensando que la jefa no sabe que les ocurre, pues supongo que también es una forma de desahogarse, pero en el fondo saben que todos sabemos lo que les ocurre, de cuál es la realidad del hospital.

FIN

ENTREVISTADA 5.

Nos gustaría saber ¿Que representa para usted el trabajo en equipo?

En una unidad como ésta, el trabajar en equipo representa ayudar a la compañera, realizar la faena entre todos, sin olvidar que el fin común es el paciente. Si mi compañera tiene mucho trabajo, en vez de sentarme realizamos la faena entre las dos. Hay gente que no sabe trabajar en equipo, ello no quiere decir que no sea una buena profesional.

En el equipo enfermera/auxiliar, se han de poner de acuerdo para realizar las tareas, en la unidad una enfermera no tiene en cuenta que su compañera (otra enfermera) tiene más necesidad de contar con la ayuda de la auxiliar. Tendrían que sentarse todas y valorar que es lo que se ha de hacer. Cada una va a lo suyo quiere acabar su faena cuanto antes y no tiene en cuenta las prioridades que puedan tener las otras.

Se olvidan que todos tenemos el mismo fin la mejoría de las necesidades en el paciente.

¿Cree usted que se puede llevar a cabo?

Es muy difícil, somos los mismos profesionales los que distorsionamos el trabajo en equipo. "Si quieres algo me lo pides...", "Ya me lo pedirán..."

Hay gente que no permite que se le ayude, esto también contamina al equipo, tan malo es quien no ayuda, como el que no permite que se le ayude.

Yo misma veo una compañera que tiene mucho trabajo, soy la primera en echarle una mano, pero si yo, por ejemplo estoy mirando la diuresis, y automáticamente ella va detrás a mirarla de nuevo el próximo día pienso, ya no voy más. A los demás les pasa igual, a lo mejor no es que no se fía de lo que hacen los demás, es que se siente mal por el hecho "de que no llega" y eso la hace sentirse mal.

También están las personas que le va perfecto que le ayuden, por ejemplo, a primera hora ella realiza las higienes y después las compañeras hacen el resto solas. Esto no es trabajar en equipo.

Generalmente nos gusta echar una mano a la hora de realizar técnicas, sin valorar que existen otras tareas, que aún siendo menos gratificantes, pueden ayudar a la compañera muchísimo más, acostar a un paciente, tomar constantes... esto es menos gratificante.

Existe muchas profesionales con el síndrome del funcionario, intentar trabajar lo menos posible. Pero a su vez también están aquellas personas que les encanta ir de víctimas, para después poder estar quejándose de que no he parado, no he podido desayunar, etc. Jamás piden ayuda.

Un box con los mismos pacientes varía mucho dependiendo del los profesionales que lo lleven, por ejemplo una enfermera no puede ni ir a desayunar, y los mismos pacientes otra profesional le da tiempo a todo. ¿Puede ser que una no sepa priorizar? ¿Una no realiza todas las tareas? Trabajando en equipo esto sería más fácil.

¿Cree que la teoría se puede llevar a cabo, es decir en nuestro hospital se trabaja en equipo?

Dependiendo de cómo te lleves con las personas que trabajas, si somos amigas o no. Aún así hay gente que si que sabe trabajar en equipo, a pesar de que luego no salgan juntas a tomar algo... Igual esas mismas personas cuando están separadas también actúan de forma diferente. Volvemos a lo mismo a las relaciones interpersonales.

¿Qué cree usted que distorsiona el trabajo en equipo?

Como ya he dicho lo más importante son las relaciones entre las personas, si todos somos amigos trabajamos mejor. Nosotros somos los más importantes en estas relaciones, somos los primeros en ponernos trabas.

Si en un momento dado una compañera pide ayuda e intenta organizar la faena, seguramente para poder priorizar y agilizar las tareas, no falta quien enseguida me diga "no te preocupes que ya tienes quien te sustituya". Cada uno de nosotros somos diferentes y esto quizás es lo más importante a la hora de poder trabajar en equipo.

Por su parte, ¿que podría realizar para mejorar el trabajo en equipo?

Es difícil poder intervenir pero yo personalmente intento hacer una división de enfermos entre los diferentes profesionales intentando repartir de una forma más equitativa. Teniendo en cuenta las capacidades de cada uno y lo complicado que puede resultar un enfermo, pues hay profesionales que tienen más experiencia y formación y pueden asumir mejor determinados pacientes. Quiero decir con esto que hay profesionales más diestros con determinadas máquinas cómo puede ser la hemofliltación o determinadas patologías y puede asumir mejor ese enfermo que cualquier correturnos que pueda venir o incluso a veces es al revés

¿Encuentra resistencias en el personal de enfermería a trabajar en equipo?

Si que las hay, ya he comentado que hay gente que no permite que se le ayude, no sabe pedir ayuda y las personas que están dispuestas a hacerlo se cansan de que nunca sean ellas a las que se le ayude.

Si la gente se lleva bien, el trabajo parece ser más en equipo. También es cierto que las nuevas generaciones tienen otros puntos de vista. Recuerdo no hace tanto tiempo que teníamos muchos menos medios y el trabajo se realizaba igual, siempre ha habido poli traumáticos, pacientes con patologías muy graves y no teníamos ni la mitad de medios que tenemos ahora, pacientes se extubaban sin mirar la saturación, monitores mucho más sencillos, y quizás trabajamos de otra forma. Hoy nos quejamos por todo, todo está monitorizado, etc...Antes quizá dependíamos más de las compañeras no sé.

¿Cree usted que el personal tiene suficiente información para trabajar en equipo?

Si. Evidentemente la gente sabe que es trabajar en equipo. Pienso que en este caso la institución tiene poco que decir, la gente ya tiene la formación. Otra cosa es que se lleve a cabo.

¿Cómo valora la comunicación entre el personal asistencial y la dirección?

Mala, la gente tiene problemas y quiere hablar con las personas que le puedan solucionar el problema. Ellas ya saben que la supervisora está ahí, pero también sabe que estamos limitadas ante muchas situaciones.

La gente dice he pedido hora y no me la dan o me la han dado para 15 días, ellas quieren soluciones a sus problemas y lo más pronto posible. Saben que hay diferentes escalones y no quieren saltarse pasos, pero cuesta hablar con las personas que ellas quieren. Estas situaciones las verbalizan de forma negativa.

Todos sabemos que todo el mundo tiene mucho trabajo, pero se tendría que encontrar solución a estos problemas.

Máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería

Anexo IV

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA

De la Fundació "la Caixa"

PROYECTO DEL GRUPO DE DISCURSIÓN

ENFERMERÍA: ¿TRABAJA EN EQUIPO?

AUTORES:

Bautista Martín, Encarnación. Devesa Pradells, Ana. Guitart Aparicio, Mónica. Palma Bocanegra, Miguel Ángel. Pérez Hinarejos, Montserrat.

ÍNDICE

 Introducción. 	Pág. 3
 Objetivo del grupo de discusión. 	Pág. 3
Criterio de selección del grupo.	Pág. 3
 Clarificación del desarrollo de la discusión. 	Pág. 4
 Obtención de permiso para registrar la discusión. 	Pág. 4
Desarrollo de la discusión.	Pág. 4
 Resumen de la información obtenida en la discusión. 	Pág. 5
Confirmación del resumen.	Pág. 5
Aclaración.	Pág. 5
Agradecimiento de la colaboración.	Pág. 5

INTRODUCCIÓN

En el marco del Máster en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería de la EUI Santa Madrona estamos realizando el estudio de investigación: ENFERMERÍA ¿TRABAJA EN EQUIPO?

Este estudio pretende averiguar si existe o no alguna problemática en la relación del equipo de enfermería (equipo de cuidados), es decir, entre enfermeras diplomadas y auxiliares de enfermería.

Para llevar a cabo dicho estudio, usamos la estratégica de triangulación, es decir, como instrumentos de recogida de datos se utilizará el cuestionario, la entrevista y el grupo de discusión.

El cuestionario se dirige al equipo de enfermería asistencial, la entrevista al equipo de dirección de enfermería y el grupo de discusión a representantes de ambos grupos.

El grupo de discusión se realiza para contrastar la opinión de los encuestados y entrevistados.

Puesto que se ha observado diferencias entre ambos grupos, destacando que los cuestionados trabajan en equipo y los entrevistados creen que no.

OBJETIVO DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

En nuestro proyecto, el grupo de discusión tiene por objeto:

- Contrastar la opinión de los encuestados y entrevistados.
- Obtener información complementaria.
- Conocer las expectativas de mejora para el trabajo en equipo.

CRITERIO DE SELECCIÓN PARA EL GRUPO DE DISCUSIÓN

Los profesionales del grupo de discusión han sido elegidos por haber formado parte de la muestra de los grupos anteriores, por disponibilidad de tiempo y por su buena predisposición a nuestro trabajo de investigación.

Estos son los siguientes:

- Supervisor/a general de turno noche.
- Supervisor/a de hospitalización.
- Enfermera de servicios especiales.
- Enfermera de hospitalización.
- Auxiliar de servicios especiales.
- Auxiliar de hospitalización.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

CLARIFICACIÓN DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

El grupo de discusión será estructurado de carácter informativo, individual y centrado en los participantes.

El proceso de realización del grupo de discusión se ajustará a las siguientes etapas:

PREPARACIÓN.

- o Todo este proyecto ya queda incluido dentro de la preparación.
- El grupo de discusión se realizará entre mayo y junio del 2008, notificándoselo las personas interesadas.
- La duración aproximada del grupo de discusión será de 20 a 30 minutos.
- o El grupo de discusión se realizará en un despacho de una supervisora.
- o Planificaremos el guión.
- Utilizaremos como sistema de registro cintas de audio.

COMIENZO.

- Antes de empezar el grupo de discusión se realizará una pequeña introducción a las personas del grupo, sobre los resultados obtenidos, duración y su elección.
- o Se generará un clima cordial.
- DESARROLLO.
 - o Posteriormente se profundizará en el desarrollo del grupo de discusión.
- CONCLUSIÓN.
 - Posteriormente se profundiza en la conclusión (resumen, confirmación, aclaración, descripción, etc.).

OBTENCIÓN DE PERMISO PARA REGISTRAR LA ENTREVISTA

Naturalmente debemos pedir permiso a los miembros del grupo y que será gravada en audio.

DESARROLLO DE L GRUPO DE DISCUSIÓN

Tras la introducción se realizará el grupo de discusión, teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

Guión de la discusión

- ¿Qué resultados os han sorprendido o llamado más la atención?
 - a. ¿Por qué?
- 2. ¿Por qué creen que sale resultados tan dispares entre los encuestados y los entrevistados, respecto al trabajo en equipo?
 - a. ¿En nuestro hospital en general se plantea claramente el trabajo en equipo, o sólo a nivel de unidad o servicio?
 - b. ¿Cómo mejoraríamos (potenciaríamos) el trabajo en equipo?
- 3. ¿Por qué creen que la directora de enfermería mantiene un puesto jerarquizado?

c. ¿Cómo mejoraría esta situación?

RESUMEN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Después de la discusión se pasará a papel las cintas de audio para resumir más cómodamente la información obtenida.

CONFIRMACIÓN DEL RESUMEN

Una vez finalizada la discusión se intentará realizar un resumen delante de las personas del grupo para verificar que su idea ha sido recogida correctamente.

ACLARACIÓN

En caso de cualquier duda por ambas partes se procederá a la aclaración pertinente.

AGRADECIMIENTO DE LA COLABORACIÓN

Se agradecerá su colaboración en el proyecto.

MUCHAS GRÁCIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?

GRUPO DE DISCUSIÓN

¿Qué resultados os han sorprendido o llamado más la atención?

¿Por qué?

- Lo que observo es que los equipos funcionan muy bien cuando la relación personal es buena. M...
- Yo pienso que cuando hay un refuerzo positivo sea el que sea favorece el trabajo en equipo. Y...
- Hay personas que tienen una madurez personal alta y esto les permite trabajar en equipo sin tener una gran amistad. M....
- Esta tendría que ser desde mi punto de vista la tendencia. M....
- Tu no puedes evitar tener afinidad por una persona y esto te hace que trabajes mejor y es inevitable. Y....
- Si le haces la encuesta a una persona que se encuentra bien con sus compañeras esta te contestará que si que trabaja en equipo .Y...
- Yo creo que los resultados son altos porque la gente considera que trabaja en equipo .Y...
- Luego la supervisora tiene que observar que personas trabajan bien entre sí. Y...
- ¿Si no estás bien como lo solventas? M...
- Entonces, es difícil. Se crean estas distancias, esto no lo hago porque no me toca y entramos en esta dinámica. Y....
- Se tendría que intentar que la gente estuviera cómoda. Y....
- No escogemos con quien trabajamos. S...
- Si yo ya lo sé pero se puede encaminar esto y facilitar un poco, a veces se hace todo lo contrario sin querer. Y...
- Estarás de acuerdo conmigo que la que no quieres tú habitualmente no la quiere nadie. M...
- No, yo no estoy de acuerdo con ello. Y...
- Es como el efecto mariposa, que pasa en estos centros cuando a una persona se le achaca en determinado papel y corra el rumor de que con esta persona mal como para que...F...
- Yo creo que estamos en un ámbito laboral que no solo es técnico sino que hay mucho componente emocional y humano. F...
- El clima varía dependiendo de cómo te encuentres anímicamente. F...
- Pero eso es en todos los trabajos. Y...
- En sanidad trabajos con personas y eso lo olvidamos. F...
- Yo creo que el trato que tenemos con el paciente no es el mismo que tenemos con una compañera. Y...
- No, no, no .F...

- La confianza hace que con tu compañera hace que digas, déjame en paz. Y...
- Por confianza o porque no has integrado esto en tu profesionalidad. M...
- Porque tenemos muy integrado que el trato con el paciente ha de ser exquisito, y porque no tenemos que el trato con el compañero ha de ser igual de profesional que con el paciente. M...
- Si tendría que serlo, no sé si seria eso de la confianza o alguna cosa más. Y...
- O una cuestión profesional que no nos han enseñado. M...
- Tienes que ser compatible con tu compañera para poder trabajar. S...
- Esto no te ha de impedir trabajar. M....
- Pues lo impide. S....
- Si una persona me cae mal aun que sea una buena profesional es difícil hacer nada con ella y en cambio si es mi amiga aunque sea una vaga le haré todo el trabajo. S...
- Pero entonces tapas cosas que no tendrías que tapar y harías cosas que no tienes que hacer. Y...
- Porque la empatía y la relación con otra persona puede más que otras cosas. S.
- Yo no me refiero a eso, si tu estas bien el trabajo hace que el trabajo sea mejor. Y.
- Eso sería la excelencia .M...
- Si tú estas bien hace que todo vaya muy bien. Y...
- Tu que eres supervisora si que puedes valorar que personas trabajan mejor entre ellas. Y a ti te funcionarían mejor las cosas. Y...
- No estoy de acuerdo que tengamos que estar bien con todos porque no puedes. Y....
- Cuando existe, aunque sea el rumor, de que con una persona no se trabaja bien, es muy difícil de reconducir, yo hago muchos esfuerzos para evitar el "marujeo" en mi planta y para conseguir un buen ambiente de trabajo .Intento esforzarme para conseguir esto pero no todo el mundo lo percibe por igual. M...
- Cada uno espera una cosa diferente y tú tienes que gestionar con los criterios y el entorno que tienes. Y aleatoriamente decidir que dos personas porque se llevan bien van a trabajar juntas me parece un hecho de entrada injusto total. M....
- A veces los extremos se compensan y son los que mejor funcionan.
 M....
- No estoy de acuerdo con la afinidad personal. M.
- ¿No? Y...
- No en la gestión. M...
- Yo vengo a trabajar, no a tener amigos. F...

- Los amiguismos no te pueden potenciar la calidad de trabajo sino que todo lo contrario. F...
- No tienes que olvidarte del respeto. Y ...
- Es que el respeto se ha de tener igual tengas o no afinidad. Si una compañera aunque yo no tenga afinidad necesita ayuda yo la ayudaré. F...
- El no tener amiguismo no significa no tener compañerismo. F...
- Los equipos que yo he visto funcionar mejor son los que se complementan. M...
- Vale pero aparte de todo esto pueden tener buena afinidad. Y...
- No necesariamente. M...
- Como gestora si tengo que elegir un equipo elegiré el que se complementa no el que va a tomar café junto. Y....
- No hay equipos en muchas unidades porque vamos más por empatía, con la persona. Yo no dejare mi trabajo pero depende de con quién iré más contenta pero el trabajo lo harás igual. S...
- Si vas más contenta el paciente con tu compañera el paciente entra en un juego con nosotras, el ambiente será agradable. Y...
- Si tu vas hablando con tu compañera de cosas personales, el paciente no se entera M
- ¿El clima laboral para ti es más importante? M...
- ¿Más importante que qué? Y
- Que tener más o menos trabajo? M...
- A mi el trabajo no me asusta, pero si noto tensión no se funciona igual.
 Y....
- Yo en cuanto a un óptimo clima para trabajar es fenomenal pero también depende de las expectativas de cada uno. F...
- Yo me llevo bien con mis compañeras pero no necesito contarle cosas personales mías. F
- Yo tampoco necesito eso. Y...
- El clima laboral optimo facilita el trabajo y que tú te valores y te valoren G..
- Yo personal creo que lo hago. Intentamos que todos estemos bien para que el trabajo en equipo de los que estemos sea agradable .Esto hace que trabajes mejor. Y.

¿Por qué creen que los resultados tan dispares entre los encuestados y los entrevistados respecto al trabajo en equipo?

- a. ¿En nuestro hospital en general se plantea claramente el trabajo en equipo, o solo a nivel de unidad o servicio?
- b. ¿Cómo mejoraríamos (potenciaríamos) el trabajo en equipo?

- Si puede incidir la institución en el trabajo en equipo. Y...
- Yo creo que no. S.
- Para que tú estés bien pueden incidir de muchas maneras, por ej. Yo pedí que se me dieran unos días por formación continuada y no me lo facilitaron. Y...
 - La motivación la ha de dar la dirección .El apoyo de la dirección es muy importante.
 - Si tu estas con una persona que está todo el día con el móvil y que llega tarde, por muy motivada que estés te cansaras. S...
 - Tu lo que quieres es trabajar con alguien que trabaje como tú, dejando aparte los cursos... S.
 - Nunca debemos perder de vista el entorno en que nos movemos, con sus pros y sus contras .Estamos en un hospital público con una historia, una política y nos guste o no estamos totalmente influidos por esa política y hemos decidido trabajar ahí de forma voluntaria. En estas instituciones suele ser café para todos antes que el individualizar porque el sistema prácticamente no te lo permite o a un nivel muy pequeño. De forma que a ti si te doy cuatro días para formación y sé que los vas a aprovechar y va a repercutir positivamente en el trabajo. A la que este a tu lado, aunque sea para ir a bailar se los tengo que dar Y tú lo sabes. M.
 - Los que estamos en gestión tenemos las manos atadas por el sistema y no nos permite individualizar. Aunque seas consciente de lo que tienes que hacer. Pero estamos muy limitados. Esta limitación tiene su parte buena que no te puedes saltar las normativas y ser totalmente parcial que tampoco sería bueno y la imparcialidad que te da el sistema tampoco sería buena porque generalizas a la gente que si que está motivada. M.
 - Ves la otra parte que yo nunca he visto. Y
 - Tendrías que estar continuamente pidiendo perdón a la gente que está muy motivada. M.
 - Cuando te sitúas en el entorno en que estas hay cosas que no puedes hacer. M.
 - Pero se puede compensar, y reconocer el trabajo .Y apoyar cuando tu lo necesitas. S
 - Lo que sea un refuerzo de alguna manera es positivo. Y.
 - Una cosa compensa la otra, se han de valorar las diferentes cosas. S
 - Los refuerzos crean que tú trabajes mejor. Y
 - Sí, pero el sistema es poco flexible, y todos los que trabajamos lo tenemos que recordar, para no perder la motivación. M

 Por encima de nosotros hay una serie de decisiones que casi nunca son profesionales, son políticas. Que te afectan directamente y las tienes que aceptar porque es el tipo de institución que has escogido para tu vida profesional .M

¿Porque creen que la directora de enfermería mantiene un puesto jerarquizado?

a. ¿Como mejoraría esta situación?

- Yo pienso que es por desconocimiento , yo llevo 18 años en la casa y cada vez que he necesitado hablar con dirección no he tenido ningún problema. Es un problema de desconocimiento .Tu hablas con tu supervisora y ella nunca se negará .G
- La dirección también está influenciada por el sistema. F.
- Las supervisoras están de filtro. Lo que no se puede ir a la directora para todo, porque si no estaría colapsada y tiene otros trabajos. G...
- La gente desconoce que puede acceder a la dirección tan directamente. G...
- Bueno lo que pasa es que la gente va a su supervisora que es su inmediato superior. Y.
- A mi me da la sensación respecto a mi personal, que para sentirse más cerca a la dirección, que las jefas pasasen por los servicios. M.
- Más contacto. S
- La gente lo verbaliza, la ven como lejos. M.
- Mucha gente da por hecho que la dirección desconoce lo que pasa .Y digo da por hecho porque no es la realidad .Y yo les digo que si que saben lo que pasa y están trabajando en ello. M
- La dirección nos conoce. Y.
- Y saben lo que ocurre en las unidades. M.
- La dirección también está limitada por el sistema, y si la gente lo supiese serian más comprensivos con la dirección. M
- Están limitados con la comunicación que es lo que se puede y no decir. F
- Pero nos gusta que vengan. Que nos vean y nos conozcan. Es un refuerzo positivo para que tú te encuentres bien .Y.
- Creen que no saben lo que pasa porque como nunca las ven. S
- Hay mucha gente que no sabe ni quien son. G
- Pero es gente de poco tiempo trabajando o de mucho? F.
- Mucha gente no las conoce. G.
- Si tu aceptas trabajar en esta institución que tipo de critica realizo para estar bien. Una crítica destructiva constante te hace daño a ti mismo no solo a la institución. M.

- Esto debería ser un ejercicio que deberíamos hacer, explicar más a la gente la línea de actuación de la dirección. M
- Las jefas tienen que pasar y presentarse. S
- Yo creo que nuestro equipo esta compensado, influye todo liderazgo, madurez personal, formación. M
- Cuando tienes un grupo que trabaja muy bien y alguien incordia mucho, es que esa persona no tiene que estar ahí. Y.
- Porque crea mal rollo entre los demás. Y.
- Que tu creas que genera mal rollo es que tú esperas que los demás tomen el mismo partido que tú. Y eso es falta de madurez personal. M
- Yo no me refiero a amiguismo me refiero a afinidad profesional. Y
- Lo que encontramos a faltar es la comunicación entre turnos. F
- Antes en las plantas se pasaba el parte en conjunto, y eso lo echo de menos, antes lo hacíamos en turnos cabalgados .G.
- Lo que crea cohesión es la comunicación entre turnos y entre enfermera y auxiliar. M.
- Para eso es necesario cabalgar media hora. M.

Enfermería: ¿Trabaja en equipo?