

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA  
de la Fundación "la Caixa"

**REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN EL**

**INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DE BARCELONA**

**IMAS**

**(EQUIPOS DE SECTORIZACIÓN)**



AUTORAS:

Carme Daura Luna

Elena Puigdevall Grau

Proyecto presentado al curso de Administración y Gestión en Enfermería  
para la obtención del Máster .

R.12.425

Abril del 2002

## **AGRADECIMIENTOS**

---

A la E.U.I. Santa Madrona por darnos la oportunidad de formarnos en ella. Muy especialmente a Jesús Montori por su infinita paciencia y cariñosa dedicación.

Al Institut Psiquiàtric, muy principalmente a Manel Puig y Jesús Escribano, su generosidad ha sido destacable.

A toda nuestra familia, su apoyo y estímulo ha sido decisivo para la continuidad en el Máster.

Y a mi hermano Carlos, que tanto he querido y quiero.

Gracias a todos.

## ÍNDICE

1. Justificación	3
2. Objetivos	5
3. Marco conceptual	6
3.1 El trabajo en equipo interdisciplinar	6
3.2 El cambio en la organización	20
3.3 Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias	28
3.4 Momento actual en el Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias	34
4. Diseño del estudio	43
4.1 Hipótesis	43
4.2 Metodología	43
4.3 Instrumentos	44
4.4 Proceso y dificultades	45
5. Resultados	47
5.1 Caracterización de la muestra	47
5.2 Análisis inferencial	52
6. Conclusiones	75
7. Propuestas y nuevas líneas de investigación	83
8. Bibliografía	84
Anexos	87

## **1. JUSTIFICACIÓN**

---

El desarrollo sociocultural de la población, exige a todas las organizaciones estar en continuo cambio para ponerse a la altura del avance. Importante es satisfacer al cliente en cualquier tipo de demanda, más si en la demanda entra en juego un bien tan preciado como es la salud. Consecuentemente hay que reflexionar sobre el cambio necesario para ser efectivos, eficientes y ecuanímes.

Después de terminar la diplomatura de enfermería, tanto en la inmediatez como al cabo de unos años, uno está impaciente para trabajar de la forma más eficaz y eficiente para todos. No sabes cómo hacerlo, pero sí tienes claro que debe ser así. Piensas que el método es el trabajo en equipo, que los demás profesionales dicen creerlo de este modo, pero a menudo sólo queda en meros intentos.

El entorno del enfermo mental ha cambiado; ha pasado de ser un entorno marginado a un entorno más protegido, de un entorno indiferente a un entorno importante, de un entorno mítico a un entorno real... es decir de un entorno que nadie nos cuestionaba sobre nuestra actuación a un entorno en el que se nos exige un cuidado específico e integral del individuo. Las familias de los pacientes han pasado a ser agentes activos en el plan terapéutico, por lo que nuestra actuación ha de ser evaluada permanentemente desde distintos puntos de mira profesionales.

A todo ello, el trabajo en equipo interdisciplinar articula la implicación de todos los miembros, suma la visión profesional e individual de cada uno y fomenta el desarrollo de objetivos comunes, con el fin de dar un cuidado integral, personalizado e individual.

Después de todo, creemos necesario ver "qué pasa" en nuestro hospital, si los equipos interdisciplinares creados son sólo de nombre o es la génesis de un concepto de equipo que abarcará todo lo que ello conlleva, si los miembros que los integran participan con voluntad o porque se encuentran inmersos en ellos, si funcionan óptimamente... En definitiva, si la reorganización iniciada pero en continuo cambio nos está dando los resultados esperados tanto para los profesionales como para los usuarios.

## **2. OBJETIVOS**

---

### **2.1 General:**

- Establecer las bases para la mejora del trabajo en equipo interdisciplinar en el Instituto Psiquiátrico de Barcelona IMAS.

### **2.2 Específicos:**

- Verificar el nivel de capacidad de trabajo en equipo interdisciplinar.
- Identificar los problemas de los equipos.
- Identificar las fortalezas de los equipos.
- Conocer el funcionamiento interno de los equipos.
- Conocer cual es el grado de conocimiento del personal respecto al equipo y al trabajo interdisciplinar.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

---

#### **3.1 EL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR**

---

##### **3.1.1 DEFINICIÓN**

Grupo de personas que, a partir de conceptos, medios o instrumentos propios de cada una de las disciplinas, elabora un plan de trabajo sobre un problema común según la competencia de cada uno, con una comunicación constante, que tiene como objetivo prevenir o resolver los errores y compartir la responsabilidad en cuanto al resultado final.

Lo que caracteriza el trabajo interdisciplinar es la reciprocidad de los intercambios entre los componentes del equipo, siempre en el marco del respeto mutuo, estableciendo y pactando objetivos y realizando, de acuerdo al nivel de competencia de cada uno, las actividades y procedimientos necesarios para lograr óptimos resultados.

El paciente es el centro del equipo interdisciplinar, la única razón de ser de este agrupamiento de profesionales. Los componentes gravitan alrededor de él con el fin de responder adecuadamente a sus necesidades.

De igual forma, la familia, además de ser un puente de información para el equipo de salud, desempeña un papel primordial en la adaptación del paciente

a su enfermedad u hospitalización y al mantenimiento de su integridad psicosocial.

En este sistema de trabajo, los cuidados de enfermería son el nexo de unión del equipo interdisciplinar. Por su contacto diario y continuo con el paciente y con la familia, enfermería puede identificar rápidamente las necesidades o problemas que puedan surgir a lo largo de la estancia del paciente en el hospital. Enfermería debe considerar el trabajo en equipo interdisciplinar como:

- Un enfoque privilegiado que le permite lograr la satisfacción al paciente y a la familia.
- Permite lograr a enfermería enriquecimiento personal y profesional.

El trabajo en equipo interdisciplinar es el sistema más eficaz por los siguientes motivos:

- El enfoque de la atención asistencial ha de ser global.
- Esta atención, dada su complejidad, debe implicar a diferentes disciplinas.
- Este sistema de trabajo une objetivos de cuidados, evita repeticiones inútiles y maximiza los esfuerzos de todos los componentes del equipo.

Tal modelo de trabajo no es fácil y si bien mucho se habla de él, a menudo queda reducido. Mas allá de conocimientos y habilidades específicas para trabajar en equipo, lo que adquiere importancia capital es conocer y asumir.

Trabajar en equipo requiere técnicas o habilidades, tales como:

- La práctica del diálogo.
- El lenguaje del conflicto.
- La gestión del conflicto.
- Los roles en el equipo.
- La resolución de los problemas.
- La animación de reuniones.

Este imperativo del trabajo en equipo, que parece tan evidente y que debería estar plenamente arraigado tanto en el medio hospitalario como en el de la atención primaria, no siempre es una realidad. Parece darse por sentado que todo el mundo sabe, per se, trabajar en equipo y actuar en consecuencia en la práctica.

No todos los profesionales de la salud tienen el mismo concepto de trabajo en equipo, una de las razones es que se carece de la formación necesaria para llevarlo a cabo.

Es fácil hablar del trabajo en equipo, de reconocer el valor que tiene para conseguir una atención integral, individualizada y adaptada a las necesidades de la persona sana o enferma, pero es más difícil que los grupos funcionen de forma eficaz en la práctica y en su actividad diaria.

Gran parte del éxito del trabajo en equipo comporta un *cambio cultural* y da un nuevo sentido de la responsabilidad a cada uno de sus miembros. El trabajo en equipo es mucho más eficaz y rentable que la suma de trabajos individuales.

### **3.1.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TRABAJO EN EQUIPO**

El trabajo en equipo está influenciado por muchos factores entre ellos destacaremos los siguientes:

1. Conocer sus propias funciones, así como las funciones del resto de los miembros del equipo.
2. Poseer las competencias profesionales que permitan la confianza en uno mismo, e integrar al otro como complementario. Esto significa un cambio de cultura y no reconocer al otro como competencia sino como ayuda sinérgica hacia un mismo objetivo.
3. Precisar el nivel de colaboración que cada miembro está dispuesto a realizar. Es importante sentar las bases del equipo desde un principio.
4. Desarrollar métodos de trabajo en los que se incluyan reuniones regulares, planificadas y previamente preparadas. Se entiende también la flexibilidad y la disponibilidad si surgen imprevistos que distorsionen la rutina del equipo.
5. Utilizar documentos de trabajo comunes, por ejemplo, los planes terapéuticos individualizados o PTI, estos fomentan aún más a sentir la pertenencia al equipo.
6. Conocer las estructuras para las que trabajamos, sus objetivos y los medios de que disponemos para alcanzarlos.
7. Dar al público una información clara sobre las actividades del centro. De esta manera se evitarán falsas perspectivas u objetivos por parte de la familia.
8. No olvidar nunca que la población con la que trabajamos es el centro de nuestro objetivo. El equipo y la institución en si debe cuestionarse continuamente si responde o no a las necesidades de su población diana.
9. Conocer bien la población a la que nos dirigimos.

El trabajo en equipo no es fácil pero sí posible. Sólo puede ser productivo si hay un espíritu de equipo sólido y positivo. El punto de partida es que cada miembro comprenda tanto la dinámica del trabajo en equipo como las dimensiones básicas con las que es posible medir su eficacia.

Ya no se puede suponer que se va a lograr un buen trabajo en equipo con tan sólo reunir personal con talento para realizar una tarea común, ni siquiera aunque los objetivos estén claros.

El funcionamiento del grupo se puede hacer más eficiente y eficaz, puede madurar. Esto se consigue mediante la continua evaluación, tanto del grado y la forma de participación e integración de sus miembros, como del grado de consecución de las metas fijadas.

Ahora bien, para poder conseguir que los trabajadores participen voluntariamente en las reuniones y decisiones del equipo (voluntariedad); colaboren activamente, tanto dentro de las reuniones, como en la realización de las tareas y funciones que deberán realizar individualmente (integración y responsabilidad); desarrollen un compromiso constructivo, que permita llegar a acuerdos en la toma de decisiones (consejo); y para que acepten ser evaluados por sus compañeros y evaluar cada uno de ellos a los demás (evaluación), en definitiva, para que se pueda hablar de trabajo en equipo, es preciso que en la organización, se den una serie de condiciones:

- Verdadero interés hacia las personas por parte de la dirección.
- Formación adecuada, tanto a los mandos; como a todos los empleados.
- Mejora de la comunicación a todos los niveles de la organización y en todos los temas.
- Flexibilización e informatización de las relaciones internas dentro de la empresa.

- Generación de un clima de confianza mutua, lo que permite superar las tradicionales relaciones de “confrontación” para establecer otras de “colaboración”.
- Integración, lo que se consigue a partir de un clima de honestidad y confianza que permite que los “intereses individuales” se transformen en “intereses comunes”.

En un equipo se dan una serie de elementos que pueden ayudarnos a esbozar una definición:

- El equipo es un grupo de personas: tiene una entidad diferente de la suma de los individuos que lo componen; para que varias personas formen un equipo es necesario que entre ellas se establezca una interrelación que les lleve a lograr un objetivo común.
- Dotado de una finalidad común: el objetivo común es la razón por la que las personas se reúnen en el equipo.
- Con una existencia propia: el equipo tiene su propia vida y sus propios problemas, dificultades, éxitos, alegrías, etc.
- Con un dinamismo y una historia propios.
- Que depende estrechamente de las relaciones interpersonales que se establecen entre sus miembros.

Un equipo efectivo es el que consigue, al mismo tiempo, altos niveles de realización y la permanencia en el tiempo de sus recursos humanos. Respecto a la realización del trabajo, un equipo efectivo alcanza sus metas de trabajo en la cantidad, calidad y tiempo previstos. En lo que respecta a la permanencia de los recursos humanos, en un equipo efectivo sus miembros están suficientemente satisfechos con sus tareas, logros y relaciones interpersonales como para continuar juntos.

### 3.1.3 VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

A largo plazo, los grupos participativos llegan a conseguir unos mayores niveles de eficacia que los individuos autónomos o los grupos autocráticos. Una de las más poderosas fuerzas motivadoras de los individuos es la de ser respetados por los integrantes del grupo al que consideran importante pertenecer y mantener su estatus dentro de él.

La mayoría de las personas estamos mucho más satisfechas cuando no solamente hacemos nuestro trabajo, sino que también participamos en la programación, organización y control del mismo.

Las principales ventajas que los sistemas de trabajo en equipo presentan frente a los tradicionales, con respecto a la empresa, son:

- Mayor nivel de productividad, tanto a nivel individual, al estar las personas más integradas en su trabajo y desarrollarlo de forma más eficaz; como a nivel grupal, ya que los resultados obtenidos por el grupo, cuando éste funciona como un verdadero equipo, serán superiores a la suma de los que habrían obtenido sus miembros trabajando individualmente, fruto del efecto sinérgico.
- Atmósfera de trabajo más estimulante, al perderse el miedo a la crítica, conocer los objetivos que se persiguen y mejorar las relaciones interpersonales.
- Comunicación más eficaz, al haberse establecido un sistema de comunicaciones directas y haberse reducido la intimidación de los miembros.

- División más precisa del trabajo, los equipos pueden resolver problemas que requieren el procesamiento de información compleja la interacción entre personas que posean información diversa y la evaluación crítica de las posibles alternativas de solución.
- Mayor nivel de compromiso con los objetivos del grupo, al ser éstos conocidos y aceptados por todos los miembros que, además, conocen cómo las metas del equipo se relacionan con los objetivos organizativos.
- Mejora de la satisfacción a todos los niveles.

Ventajas de los sistemas de trabajo en equipo, con respecto a los tradicionales, con relación a los individuos:

- Satisfacer la necesidad de afiliación, es decir, necesidad de amistad, de relación personal, al sentirse miembro de un grupo y ser aceptado por los demás componentes del mismo por sus propios valores.
- Aumentar la seguridad personal, ya que las decisiones que se hayan tomado, se habrán discutido y analizado por todo el equipo que, por otro lado, respaldará y apoyará las acciones que lleve a cabo cada uno de sus miembros.
- Desarrollar y/o reforzar la percepción de propia identidad, ya que en el equipo se recibirán alabanzas y críticas desinteresadas, lo que permitirá a todos y cada uno de sus miembros conocerse mejor a sí mismos, conocer sus puntos fuertes y débiles.
- Conocer y contrastar la realidad, ya que cada miembro del equipo aportará los datos de que disponga sobre el tema que se está tratando y, como consecuencia, todos los participantes tendrán una visión más completa del problema abordado.

- Estimular la creatividad, ya que al favorecer la participación de todos los miembros, y al haber eliminado la intimidación, los miembros del equipo se sienten libres, e incluso estimulados, a aportar nuevas ideas, por lo que se favorece el hallazgo de soluciones creativas a los problemas planteados.

No obstante, a pesar de estas ventajas, es preciso recordar que trabajar en equipo no es fácil. Así los grupos pasan por una serie de fases antes de convertirse en verdaderos equipos, y esta evolución exige tiempo.

Los grupos formales en la organización plantean dos problemas principales muy característicos y específicos: el mayor problema consiste en conseguir que el equipo cumpla tanto las tareas específicas para las cuales fue creado, como que satisfaga las necesidades psicológicas de sus miembros; el segundo problema radica en crear un espíritu de equipo y de cooperación en el interior del grupo, así como condiciones entre los equipos que refuercen la productividad de cada uno de ellos sin destruir las relaciones intergrupales.

### **3.1.4 FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO**

Cuando los miembros de un equipo se reúnen por primera vez, la situación que se vive es similar a la de un agrupamiento. Por ello, el primer objetivo que la dirección debe perseguir es el de pasar de dicha situación al nacimiento de un equipo. Ahora bien, no basta con reunir a un determinado número de personas en una sala para constituir automáticamente un equipo. Hace falta algo más. Es necesario cumplir ciertas condiciones para hacer posible la evolución desde el agrupamiento hasta el equipo.

El coordinador debe poner los medios para que se vaya creando el clima adecuado; que los miembros vayan percibiendo y viviendo el avance del equipo; en suma, que se vayan poniendo las bases necesarias para que surjan

la solidaridad, la pertenencia y la integración. Los equipos, como las personas, tienen un crecimiento que supone un proceso evolutivo.

Las fases por las que pasará un conjunto de personas para llegar a ser un equipo participativo, por lo general, son las siguientes:

### 1. Fase de dependencia

La primera fase por la que han de pasar los miembros de un grupo antes de convertirse en un equipo es aceptar que son dependientes de la autoridad formal, por lo que esperan que los coordinadores establezcan objetivos y normas de conducta. Los miembros mostrarán incertidumbre ante la nueva situación, lo que provocará una gran ansiedad en muchos de ellos. No existe aún un verdadero grupo. Cada uno de sus miembros trata de buscar seguridad, puesto que la característica principal de esta fase es la inseguridad. Funcionan "las máscaras", se habla a media voz, las miradas difícilmente se confluyen y son frecuentes los silencios embarazosos. Cuando se habla, el diálogo no toca el fondo del problema, sino que se trata de diálogos enmascarados sobre temas marginales. En esta etapa, el equipo se debate en el no ser.

### 2. Fase de contradependencia

Pasado un cierto tiempo y a medida que el equipo va madurando, los miembros empiezan a manifestarse en contra del estado de sumisión o dependencia. En esta etapa las personas tratan de trabajar juntas. Se busca el grado de sinceridad de los demás. Las personas hacen una tentativa de "dejar las máscaras" y ser ellas mismas.

## Fase de independencia

Todos los miembros en mayor o menor medida, van a ir asumiendo funciones de liderazgo. El líder, en esta fase, tratará de crear un espíritu de equipo, motivando a la gente a trabajar y apoyando toda actividad relacionada.

Aparecen fuertes expresiones de hostilidad; se van estableciendo ciertos vínculos entre los miembros y surgen algunos subgrupos. Al final de esta etapa aparece la tolerancia. Podemos resumir esta etapa diciendo que el equipo se busca.

## 3. Fase de euforia

Durante esta fase el grupo se siente feliz, distendido, muy cohesionado, y además, predominan unas relaciones afectivas intensas e indiferenciadas. En esta etapa hay participación y el clima del equipo es relajado. Se tiene la consciencia de pertenecer a “un buen grupo”. Pero este acuerdo es aún superficial. Sin embargo a medida que pasa el tiempo, este clima positivo se va a ir deteriorando, dado que las personas empiezan a anteponer sus intereses personales a los del grupo. Se sigue sin ser un verdadero equipo, ya que para ello será preciso aceptar y enfrentar los problemas y dificultades, en vez de negarlos.

## 4. Fase de identidad

En esta fase las personas están preocupadas por su identidad individual, aparece la confusión y las opiniones contrapuestas, luchas por el poder y situaciones de agresividad contra el coordinador.

Se siente la necesidad de una estructura. Se toma consciencia de los límites y el margen de libertad del equipo. Así pues el equipo se organiza y busca su

propia estructura. En definitiva, la división y el conflicto originado en el grupo se resolverán en una última fase de validación por consenso, en la que se produce la integración formal del grupo como equipo de trabajo.

### 5. Fase de madurez

En estos momentos ya se puede hablar de la existencia de un verdadero equipo participativo. Entre los miembros ha surgido la necesidad de evaluar los fracasos y logros, así como la actuación de cada uno, al haber llegado a una verdadera toma de conciencia de la nueva situación. El equipo debe evaluar su progreso, controlar su funcionamiento y reglamentar las tensiones e incidentes que surgen. Por tanto si el equipo ha llegado a esta etapa, podemos decir que ha alcanzado su madurez, puesto que se autoevalúa, reflexiona y se autogobierna.

#### **3.1.5 EL LÍDER DEL GRUPO**

- El rol del líder democrático se parece mucho al del animador: hace hablar a todos, controla la discusión, acoge todas las opiniones con neutralidad, reformula las intervenciones importantes, realiza una síntesis permanente, lleva al grupo a una correcta toma de decisiones.
- El auténtico líder es capaz de cambiar oportunamente de forma de actuar en determinados momentos. Es tan negativa la rigidez como el desconcierto.
- Dentro de la empresa, las tareas básicas de un buen jefe de grupo han de ser: fijar objetivos, organizar y coordinar, motivar y comunicar, establecer unidades de medida y control, preparar personas.

- Un buen conductor de grupo debe observar, estudiar y comprender los mecanismos psicológicos que los miembros ponen en juego como “medio de ajuste o defensa” ante una nueva situación.
- Nunca el líder debe censurar delante de todo el grupo la conducta de un miembro, por muy criticable que ella sea. Preferible hacer que el grupo entero manifieste su opinión.

### **3.1.6 CARACTERÍSTICAS DE UN GRUPO EFECTIVO**

- Los miembros son leales los unos con los otros y con su líder.
- Los miembros tienen una gran confianza y fe los unos con los otros.
- Los miembros están deseosos de ayudar a que cada uno desarrolle plenamente sus potencialidades.
- Saben cuándo dar su conformidad y cuándo no.
- Se comunican con franqueza en todos los asuntos relevantes.
- Se sienten seguros cuando toman las decisiones que les parecen adecuadas.
- Los valores y necesidades de los miembros son congruentes con los valores y metas del equipo.
- Los miembros del equipo saben desempeñar roles positivos, tanto centrados en la tarea como en el mantenimiento del grupo, según las circunstancias.
- El equipo lleva funcionando durante un período de tiempo suficiente largo como para que se puedan haber desarrollado unas buenas relaciones y un clima de confianza entre todos sus miembros, es decir, hayan quedado satisfechas las necesidades de afiliación así como resueltos los problemas derivados de la necesidad de poder.
- Los miembros del grupo se sienten atraídos por el equipo en sí.
- Los miembros del equipo están motivados para alcanzar los objetivos del grupo.

- Toda la interacción, discusión y solución de problemas, tiene lugar en un ambiente de amistad y de apoyo mutuo.
- El grupo contribuye a que cada miembro desarrolle su propio potencial. Los miembros del equipo consideran provechosa su pertenencia.
- Existe auténtica comunicación entre los miembros del equipo.
- Hay interés en influir en los otros miembros y se es receptivo a las ideas de los demás.
- Hay discusiones animadas y participación de todos los miembros.
- Se sabe escuchar a los demás.
- Hay desacuerdos. Al grupo no le molesta que haya desacuerdos y conflictos, que aborda y discute abiertamente hasta ponerse de acuerdo o conocer las razones de la disparidad de criterios.
- Las decisiones son tomadas con el asentimiento de todos.
- El equipo tiene perfecta conciencia de sus objetivos y tareas, y se dedica a ellos con interés.
- Hay una evaluación del funcionamiento del equipo y de cada uno de sus miembros en particular.

En función de las características reseñadas que configuran a un equipo de trabajo efectivo, podemos definir éste como una 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.

## **3.2 EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN**

---

### **3.2.1 DEFINICIÓN**

La empresa ganadora del siglo XXI es la empresa en movimiento, es decir, aquella empresa capaz de anticiparse y de transformarse permanentemente y de manera más rápida que sus competidores, para reforzar cada vez más su posición competitiva.

El cambio es un arte difícil. Los responsables se enfrentan a fenómenos extremadamente complejos ante los cuales los métodos y modelos tradicionales de management resultan poco eficaces. Es importante inventar constantemente, adaptarse... ya que gestionar el cambio se ha convertido en indispensable.

Las empresas están cada vez más preocupadas por el cambio. Éste está cada vez más presente. En la actualidad no se deja de hacer referencia a la reestructuración, reorganización, reorientación. La sociedad se desenvuelve en entornos que cambian rápida y constantemente.

El cambio es no seguir siendo el mismo, es el estado de lo que evoluciona, de lo que se modifica. El cambio significa fenómenos muy diferentes por su amplitud y por su extensión. Es el caso de las reestructuraciones, que se traducen en cambios importantes a nivel de estrategia, de estructura, de sistemas, de recursos humanos, de cultura...

El cambio en sí ha cambiado de estatuto. Hasta hace poco era percibido como extraño a la empresa, como si fuera un paréntesis, era el medio de pasar de un estado a otro y al cual se quería llegar. Ahora el cambio forma parte de la vida de la empresa y está integrado en su funcionamiento; *y a la búsqueda de la estabilidad le ha seguido la del movimiento.*

Esto ocasiona múltiples problemas. La sensación de encontrarse en una situación que terminará por cambiar podría desembocar en un menor compromiso, en un nivel de exigencia menor en términos de competencias, de calidad y de funcionamiento.

El cambio se presenta entonces como una coartada ideal para no involucrarse plenamente en la situación existente. Poco importan las debilidades actuales, ya que una próxima reorganización alterará las reglas del juego y anulará los esfuerzos que pudieron haberse emprendido para mejorar la organización presente.

Nada se adquiere de forma definitiva y las cuestiones son permanentes. Simultáneamente, se apunta a niveles de excelencia siempre más elevados en todos los terrenos: calidad de los productos y servicios, rapidez de respuesta a la demanda de los clientes, productividad, etc.

En la mayoría de los casos los cambios reiterados son percibidos generalmente como el resultado de errores de la dirección o de sus responsables.

El cambio supone el desorden, el desequilibrio, la inestabilidad. El cambio, cualquiera sea su alcance y naturaleza, exige una desestabilización de la situación existente. Cuanto más estable sea ésta, más difícil resultará practicar el cambio.

Cuando el entorno se mueve con excesiva velocidad, como sucede actualmente, la capacidad de evolucionar rápidamente es un objetivo mucho más importante que la perfección de la organización y de su funcionamiento.

La capacidad para cambiar rápido es esencial para la supervivencia de las empresas y el cambio debe convertirse en algo “natural” para ellas. Lograr el cambio exige una habilidad, un “savoir-faire”.

### **3.2.2 PRINCIPIOS GENERALES DEL CAMBIO**

Cambiar y hacer cambiar no es fácil. Para que un cambio se produzca con éxito se requieren tres componentes:

1. Insatisfacción con la situación anterior.
2. Esperanza de mejora.
3. Fe en la propuesta.

No todas las innovaciones se aceptan. Las actitudes y valores de la institución determinan que tipo de innovaciones se está dispuesto a hacer. Si se puede demostrar la utilidad, mejora en la calidad asistencial y a bajo precio, la prueba es útil.

Las innovaciones compatibles son aceptadas más fácilmente que las que chocan con características importantes de la cultura existente.

Ante el rápido cambio, algunos individuos y grupos se tornan difíciles y tratan por distintos medios, de atrasar el reloj o de desarrollar formas políticas altamente autoritarias.

La estructura de la sociedad afecta al cambio: la sociedad sumamente *conformista y tradicional* con una cultura sumamente integrada es menos

propensa a cambiar que la *sociedad permisiva* individualmente que tiene una cultura vigorosamente integrada. Las actitudes y valores de una sociedad impulsan o retrasan en gran manera el cambio. Las necesidades percibidas de la población, afectan la velocidad y dirección del cambio.

Las consecuencias del cambio son interminables. Aunque el cambio es a veces doloroso, rehusar a cambiar puede ser más doloroso, porque el cambio trae ventajas a pesar de las desventajas.

### **3.2.3 FACTORES QUE ALIMENTAN LA RESISTENCIA AL CAMBIO**

El cambio y las ambigüedades:

A menudo, cuando ocurre el cambio nos vemos forzados a enfrentarnos al hecho de que nuestras viejas ideas no encajan en la realidad actual, por lo menos no del todo. Existe cierta disonancia o desacuerdo entre las realidades del pasado y nuestras nuevas observaciones sobre la naturaleza de ciertas situaciones. Esto crea en nosotros ciertas ambigüedades respecto a lo que se pretende con el cambio.

El cambio y la disminución de poder:

Los individuos ven el cambio como una amenaza de reducción de su posición de poder, pues puede tratarse sencillamente de que cambien su horario de trabajo o de que acepten un nuevo procedimiento. En situaciones de cambio de grupos dentro de la organización, puede existir cambio evidente en las posiciones de poder entre los grupos, de manera que el cambio en una situación competitiva puede encontrar oposición mientras el grupo sienta que su posición con respecto a otro grupo se verá perjudicada.

### El cambio y las destrezas adquiridas:

Puede darse el caso de que el profesional se resiste al cambio porque presiente que sus habilidades no serán adecuadas y se pregunta si podrá reconocer sus limitaciones y conservar su dignidad o si, tendrá la capacidad suficiente para adquirir nuevas destrezas. Esto se agudiza en organizaciones donde desde hace tiempo se han seguido los mismos procedimientos sin ningún cambio anterior.

### El cambio y las satisfacciones personales:

El cambio puede encontrar oposición porque afecta o amenaza los sistemas de satisfacción significativa del sujeto, sin que los iniciadores del cambio sean conscientes de ello. Aquí será necesaria la escucha por parte de la dirección para ver si se puede tener en cuenta dichos aspectos de satisfacción.

### El cambio y las normas del grupo:

Todos nos damos cuenta de que los grupos tienden a desarrollar normas que todos los miembros obedecen, cuando se sugieren cambios que violan tales normas, el grupo se resiste ya que representan una amenaza al grupo en sí.

Un clima propicio es aquél en el cual el cambio ocurre más rápidamente y con el menor índice de desasosiego individual. Hará falta entonces dejar un margen de tiempo para la nueva adaptación del grupo al cambio y la adaptación o creación de sus normas de funcionamiento.

### **3.2.4 PROCESOS DEL CAMBIO**

Percepción de la necesidad de cambiar y primeros pasos.

El cambio empieza cuando una o más personas piensan:

1. Que el cambio es necesario
2. Que es posible.

El problema entonces, es conseguir la participación de otras personas para:

1. Obtener información relacionada con el diagnóstico correcto del problema.
2. Idear la estrategia que conduzca a la formulación de un plan de acción y a la acción misma.

Los procesos de cambio restantes son equivalentes a las etapas de la resolución de un problema:

- Experimentación o prueba provisional.
- Modificación o adaptación.
- Incorporación del cambio dentro de un orden establecido alterado.

Cuando las fuerzas impulsoras y restrictivas son iguales, con pequeñas fluctuaciones de tiempo “alrededor de un promedio”, existe lo que Kurt Lewin ha llamado “equilibrio dinámico”.

Factores comunes que pueden actuar como fuerzas restrictivas al cambio:

1. La falta de reconocimiento de la necesidad de cambiar.
2. El temor a lo desconocido.
3. El temor a las consecuencias desfavorables dentro de la organización.
4. El recelo hacia los verdaderos motivos de los iniciadores.
5. La incertidumbre de la propia capacidad para adquirir nuevas destrezas.
6. El temor de reducción de poder individual o de grupo.

7. La dificultad de resolver la disonancia entre las creencias previas y la realidad presente.

Puede ocurrir cambio si se reducen las fuerzas restrictivas con aumento o sin de las fuerzas positivas. Ciertos enfoques son útiles para reducir el tipo general de fuerzas restrictivas. Estos enfoques son:

1. Creación de un clima propicio en el cual exista respeto por las personas involucradas en la situación, incluyendo a los opositores al cambio.
2. Interés de individuos interesados y de grupos significativos por examinar la necesidad de cambio y por las posibles variantes.
3. Actitud experimental en la cual, siempre que sea posible, se hagan ensayos provisionales en la práctica mediante la simulación, o anticipación de las consecuencias mediante el uso de la imaginación.
4. Exponerse de manera gradual a aquello que se teme.

### **3.2.5 ABORDAR SIN MIEDO EL REDISEÑO DE PROCESOS**

En lugar de la convencional forma rígida en pirámide, la empresa puntera, que implanta los nuevos diseños, adopta formas radicalmente nuevas:

- Las corporaciones del futuro, serán más bien como amebas. La ameba siempre está cambiando de forma, aumentando y encogiéndose con el entorno, pero siempre mantiene su integridad y su identidad como criatura única.

En una institución donde se haya rediseñado radicalmente, los profesionales deben tener creencias como las siguientes:

- Los clientes pagan nuestros salarios: debo hacer lo que sea preciso para complacerlos.

- Todo oficio en esta institución es esencial: el mío es importante.
- La responsabilidad es mía: debo aceptar la aparición de problemas y resolverlos.
- Yo pertenezco a un equipo: o fracasamos o nos salvamos juntos.
- Nadie sabe lo que nos reserva el mañana: un aprendizaje constante es parte de mi profesión.

La disponibilidad para el cambio aparece gradualmente como característica de ciertos profesionales y grupos. Estos no viven mirando con nostalgia al pasado y su siglo de oro, sino que tratan de anticipar su utopía de futuro, fomentan la espontaneidad de la juventud, y estimulan y protegen la innovación hasta que queda probado su valor. El ideal aparece así cada día más tangible.

### **3.3 INSTITUT MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA DE URGENCIAS**

#### **3.3.1 BREVE RESUMEN HISTÓRICO**

La asistencia de los "locos" por el Ayuntamiento de Barcelona tiene su origen en el abandono, o pésima cura en que se encontraban los enfermos mentales indigentes, en la ciudad, en la segunda mitad del siglo XIX.

Las deficiencias en la asistencia de los enfermos mentales indigentes a Barcelona en el año 1885 eran lamentables y complicadas principalmente: por la difícil tramitación de los expedientes de ingreso condicionada a la legislación entonces vigente, por la inmigración, problema aún hoy no resuelto, y por el abandono tradicional del Estado.

Aquella inatención continua llevó a habilitar más tarde el Asilo del Parque. Hasta el año 1928 no se obtuvo la ayuda oficial para una nueva construcción. El alcalde conde de Güell ordenó el inicio de las obras del que fue el Servicio Psiquiátrico Municipal en la calle Llull. Al estallar la guerra civil en el 1936 los enfermos mentales pasaron al desalojado colegio de Jesús y María y el Servicio de la calle Llull se convirtió en el Servicio Neurológico Municipal.

Acabada la guerra en el año 1939 se habilitó para clínica psiquiátrica una torre con amplio parque en la calle de San Juan Bautista de la Salle 42, detrás del Santuario de la Bonanova y cerca del lugar donde está situado el palacio de Bellesguard. La institución se llamó Preventorio Municipal de Psiquiatría.

El aumento progresivo de los ingresos lo hacen insuficiente para una ciudad como Barcelona de rápido crecimiento. A pesar de las reformas de habilitación, es necesario una ampliación adecuada por la cual causa se ideó un proyecto con las siguientes características:

La organización sanitaria estatal, regida por la ley de Bases de Sanidad del 18 de Octubre de 1944, en su base 15, se ocupa no solamente de la higiene mental, sino que todos reglamentemos la asistencia de los enfermos psíquicos, señalando la competencia al ministerio de la Gobernación, mediante la Dirección General de Sanidad, para la superior dirección técnica y la inspección psiquiátrica nacional, así como la coordinación de servicios entre las distintas instituciones oficiales que tengan a su cargo la asistencia de los enfermos psíquicos. Se prevé la existencia de departamento neuropsiquiátrico dentro de los hospitales y clínicas psiquiátricas destinadas al tratamiento de los enfermos agudos.

El Preventorio Municipal de Psiquiatría de Barcelona está destinado a este fin, cumpliendo a la vez una urgente y humanitaria necesidad, como es la prevención y asistencia de los trastornos mentales de la población indigente que llena la ciudad.

El Preventorio Municipal de Psiquiatría, en el año 1973, se trasladó a la calle Germans Desvalls s/n, al pie de las montañas de Colleserola. A la vez, cambió de nombre, pasó a llamarse Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias (IMPU).

En el año 1984, nació el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), el cual englobó todos los hospitales y dispensarios del Ayuntamiento, tomando un carácter de funcionamiento autónomo pero con una subordinación municipal. El IMPU formó parte de esta empresa.

El IMAS inicia su actividad el año 1983, como resultado de la agregación del conjunto de recursos hospitalarios y de atención primaria de Barcelona ciudad. Se estructura sobre la base de la coordinación de los servicios centrales y gerencia y dirección de los diferentes ámbitos funcionales en: dos centros hospitalarios de agudos (Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza), dos centros monográficos (Centro Geriátrico e Instituto Psiquiátrico) y una red de dispensarios de atención primaria, la cual hoy en día está especializada en planificación familiar y toxicomanías.

Paralelamente, el IMAS incorpora el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) dedicado a la investigación, la Unidad Docente del IMAS (facultad de Medicina), la Escuela Universitaria de Enfermería y la Escuela Bonanova de Formación profesional Sanitaria.

La consolidación del modelo de integración entre los diferentes centros sanitarios del Ayuntamiento que representa el IMAS hace un paso más con la creación del Consorcio de Hospitales de Barcelona (CHB), actualmente nombrado Consorcio Sanitario de Barcelona.

La racionalización e integración en la gestión administrativa de los primeros años de vida del IMAS se complementa con la adhesión del IMAS al CHB a finales de 1987.

El CHB tiene por objetivo buscar la racionalización del conjunto de la oferta de utilización pública de Barcelona ciudad. La riqueza tanto cuantitativa como cualitativa de los centros sanitarios a la ciudad, junto su diversa adscripción y titularidad hacía necesario pensar en una estructura que hiciera permeable la información, permitiera la ordenación de la oferta y agilizara la relación con el pagador único del sistema sanitario público catalán que representa la Administración Autonómica. El CHB dirige también la Fundación de Gestión

Sanitaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, el PAMEM y gestiona directamente el servicio de Urgencias de la ciudad de Barcelona "061".

Después de comentar, brevemente, en donde se halla inmerso el Instituto Psiquiátrico, volveremos de nuevo a hablar específicamente de este hospital.

En el año 1993, nació la Unidad de Crisis, ubicada en el mismo hospital psiquiátrico, pero sin depender del Imas; su vinculación era al Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB). La Unidad de Crisis representa un dispositivo específico para la atención de enfermos en situación de malestar agudo a través de una asistencia intensiva y limitada en el tiempo; permite tanto una detección precoz de un trastorno psicopatológico determinado como una intervención rápida. La multiplicación de medios terapéuticos en un lapsus breve de tiempo hace que se pueda asemejar a un sistema de cuidados intensivos en psiquiatría, en un eje de referencia bio-psico-social.

El dispositivo de la Unidad de Crisis contempla, en función de la intensidad del trastorno psicopatológico y de la complejidad de la situación, tres modalidades asistenciales diferenciadas que se pueden dar de forma aislada o complementaria en cada caso:

- Régimen ambulatorio intensivo: entrevistas individuales, familiares o de grupo, con una media de una o dos veces por semana.
- Régimen de hospitalización parcial: participación en programas terapéuticos específicos (grupo de actividades, programa de cumplimentación de la medicación, sueroterapia, relajación, etc.).
- Régimen de hospitalización completa: la estancia media del enfermo se sitúa entre ocho y nueve días. La hospitalización ocupa 12 camas de las 46 de agudos.

Desde el año 1997 el Servei Català de la Salut autoriza que el Imas, quede subrogado en los derechos y obligaciones correspondientes al CSB, en calidad de gestor de la Unidad de Crisis.

La Unidad de Agudos es el dispositivo básico del Imas para la atención a los episodios psicopatológicos agudos más graves. Desde hace más de 20 años ocupa un lugar preeminente en la ciudad, actualmente atiende cuatro distritos de acuerdo con la sectorización. Un numeroso segmento poblacional de la ciudad de Barcelona (750.000 habitantes) tiene el Instituto Psiquiátrico como referente para las urgencias psiquiátricas y la hospitalización.

Por otro lado, la gravedad de las manifestaciones y la descarga tensional que provocan en la persona que lo padece hacen que la atención de los episodios de descompensación en muchos casos requiera un periodo de hospitalización aguda más larga que el descrito en la Unidad de Crisis. La patología más característica de este bloque son los trastornos psicóticos.

El acoplamiento de estos dos dispositivos, Unidad de Crisis y Unidad de Agudos, se ha ido produciendo de forma progresiva.

### 3.3.2 DESCRIPCIÓN SITUACIONAL Y ARQUITECTÓNICA

El Instituto Psiquiátrico se halla dentro de la ciudad de Barcelona pero en un lugar apartado; detrás de la sierra de Collserola. Se cita en la calle Germans Desvalls s/n., al final de la carretera asfaltada que sirve de acceso al centro. No hay núcleo de población cercana, ni bares, ni panaderías, ni farmacias, ni kioscos. Tampoco llega el autobús o el metro. Si no se dispone de coche propio se tiene que llegar al centro andando unos diez minutos desde la parada del transporte público.<sup>1</sup>

No hay muros que rodeen el edificio, grandes ventanales con protección dejan ver lo que hay al otro lado. Sólo está vallado el jardín por una reja metálica. La Institución puede albergar a 92 enfermos; 46 en cada planta. El edificio consta de un sótano, una planta baja y dos pisos, con unos espacios fuera y otros dentro de las áreas de hospitalización.

En el sótano se encuentra urgencias<sup>2</sup>, admisiones y el archivo. Fuera de este espacio que denominamos hospitalización se encuentran los vestuarios, el ropero, la farmacia, el almacén, la cocina, los talleres de mantenimiento y la morgue. En la planta baja están las consultas externas, la Unidad de Crisis, la consulta de la asistente social, los despachos de las diferentes divisiones, información, el salón y el bar. El personal y las visitas acceden a éste por un lado y los enfermos hospitalizados por otro desde el salón que tiene salida directa al jardín. El salón es una zona común a las dos unidades de hospitalización. El primer y el segundo piso son las salas de hospitalización. En el primer piso está el comedor común y una sala anexa de usos múltiples.

---

<sup>1</sup> La estación de metro más cercana es Llars Mundet. Existen varias líneas de autobús (10, 27, 73, 76, 85, empresa Alsina Graells...)

<sup>2</sup> Próximamente, dentro de la remodelación del centro, el servicio de Urgencias se hallará en la planta baja.

En cada una de las plantas de hospitalización hay las habitaciones de los enfermos, los aseos y baños, una sala de estar, un comedor, despachos médicos, la habitación del médico de guardia y la enfermería. Fuera de la enfermería hay un pequeño espacio separado por un mostrador del resto de la sala encarada a la puerta de entrada. Algunas de las puertas de la zona de hospitalización tan solo se pueden abrir con llave (enfermería, despachos, comedor, jardín, puerta de salida...). La puerta de entrada a la unidad se abre bajo apertura remota.

El centro posee un sistema de alarma que sirve para pedir refuerzos ante una situación de emergencia. Por los pasillos, en los despachos y en urgencias hay unos dispositivos en la pared que se ponen en marcha introduciendo una llave especial. Si esto ocurre, afortunadamente son pocas veces, suena un timbre y en los halls de cada planta se enciende un número que señala el lugar donde se da la emergencia.

### **3.4 MOMENTO ACTUAL EN EL INSTITUT MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA DE URGENCIAS**

El Instituto Psiquiátrico del Imas tiene tras él largas historias con distintos capítulos. Ahora, nos interesa el actual, la nueva reorganización asistencial que se inicia en Marzo de 1999. En el contexto de cambio de nuevas direcciones, la médica y la de enfermería (1998), se lleva a cabo una reorganización asistencial, la cual nos potencia a trabajar interdisciplinariamente y a coordinarnos con los centros de salud mental para favorecer el tratamiento y el seguimiento del enfermo.

La plantilla del personal del área de hospitalización está compuesta por: 1 director de enfermería y un director médico, 2 supervisores y 1 coordinador del servicio de urgencias y de actividades ocupacionales, 15 enfermeras, 22 auxiliares de enfermería, 10 psiquiatras y 4 psicólogos.

El marco conceptual del proceso de cambio está orientado en la atención al enfermo hospitalizado como un proceso asistencial integral. Se centra, no sólo, en una correcta evaluación diagnóstica y la remisión de los elementos sintomatológicos más agudos presentes inicialmente, sino también que entre en consideración el episodio psicopatológico que ha motivado el ingreso como un elemento relevante y singular en la historia del individuo, en función de sus características de personalidad y de interacción relacional con el entorno familiar y social y, por último, facilitar la vinculación a un proyecto terapéutico que garantice la continuidad asistencial más allá de la hospitalización.

Para cohesionar todo el proceso asistencial y dar una respuesta terapéutica global en los diferentes aspectos médicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en un trastorno psicopatológico tributario de un ingreso hospitalario, ha sido necesario implementar tres líneas de actuación:

- desdoblarse una dinámica de trabajo en equipo interdisciplinar,
- elaborar un plan terapéutico individualizado enfocado en las necesidades de cada enfermo y
- desarrollar un programa específico de atención a las familias.

Previamente, a la reorganización en sí, las unidades de hospitalización se han transformado a unidades mixtas. Primeramente, los hombres y las mujeres estaban separados en cada unidad y sólo compartían su tiempo y espacio en las zonas comunes (salón, jardín y comedor).

Actualmente el hospital posee una población de referencia de aproximadamente 750.000 personas pertenecientes a los distritos de Barcelona de: Nou Barris, Sant Martí, Sant Andreu y Horta Guinardó. Anteriormente a cada enfermo, al ingresar, se le asignaba un médico por orden correlativo y enfermería se organizaba según cargas de trabajo. En la nueva organización a cada distrito le corresponde un equipo integrado por médico/s psiquiatra/s,

enfermeras y auxiliares de enfermería, recibiendo el nombre de equipos de sectorización. Al enfermo se le asignará un equipo u otro dependiendo del domicilio de procedencia. Los ingresos de la Unidad de Crisis funcionan como si de otro sector se tratara (atiende a enfermos de los cuatro sectores). La primera unidad asiste a Horta Guinardó y Unidad de Crisis, y la segunda unidad Nou Barris, Sant Martí y Sant Andreu.

Como pieza clave, al modelo actual de asistencia se ha creado la figura de la enfermera de referencia (anexo 1). Existen 5 enfermeras de referencia, una para cada sector. Su rol es gestionar y liderar los cuidados de los enfermos y es la responsable de la planificación de los que tiene a su cargo. Es la enfermera que observa, detecta problemas del enfermo marca objetivos y planifica las acciones encaminadas a alcanzar dichos objetivos y como fase final del proceso evaluará la consecución de los objetivos. No quiere decir que el resto de la enfermería de la unidad, a la que denominamos de soporte, deje de atender a los enfermos asignados a las enfermeras de referencia, muy al contrario, todo el personal ha de ofrecer soporte, comunicar, informar y participar responsablemente en los cuidados planificados por éstas y la enfermera referente tener en cuenta sus aportaciones. En situaciones argumentadas y evidentes, una enfermera que no sea la de referencia podrá realizar, según su criterio, algún cambio en la planificación establecida. A esta nueva figura le acompaña en sus cuidados el auxiliar de enfermería referente y también el de soporte. La valoración de las necesidades del paciente quedará registrada en un documento propio de enfermería (anexo 2).

Para poder llevar a cabo sus actuaciones, facilitar la continuidad asistencial de enfermería y facilitar tanto el contacto con el equipo médico como con la familia<sup>3</sup> se instaura un nuevo horario para las enfermeras de referencia: de 7.30h a 16.30h de lunes a viernes y librar los fines de semana y festivos<sup>4</sup>. La

---

<sup>3</sup> El horario de visitas es: días laborables de 15h a 18h y sábados y festivos de 10h a 12.30h.

<sup>4</sup> El horario anterior era de turnos de mañana o tarde y trabajando dos fines de semana al mes.

selección de estas enfermeras ha sido conformada por la presentación de una memoria sobre la organización y actividades a realizar por la enfermera de referencia en el contexto del equipo interdisciplinar, por los méritos personales y por la valoración global del equipo directivo de enfermería (anexo 3).

#### 3.4.1 Competencias de la enfermera de referencia:

- Gestión del proyecto terapéutico. P.T.I. :

La enfermera de referencia es la responsable de gestionar el proyecto terapéutico de cada enfermo que asiste. Ha de participar en la elaboración y seguimiento del Plan Terapéutico Individualizado (P.T.I.) (anexo 4). El P.T.I. es un instrumento funcional sintético, que permite recoger los diferentes elementos terapéuticos que se desdoblán para un mismo enfermo, Requiere de una cierta planificación del proceso terapéutico por parte de los diferentes profesionales que intervienen en el caso; facilita un funcionamiento interdisciplinar y unas líneas orientativas de la relación con el enfermo y la familia en el día a día.

- Cuidado integral del enfermo:

Supone responsabilizarse en un sentido holístico de la persona, de todo el proceso de cuidados. La enfermera desarrolla su actividad profesional relacionándose y estableciendo contacto con otras personas, ya sea con el enfermo, ya sea con la familia del enfermo, ya sea con el equipo interdisciplinar o con los centros de salud mental. La ayuda vendrá enmarcada por la sensibilidad de la enfermera para captar las necesidades y carencias que presenta el enfermo y elaborar el plan de cuidados específico de ello.

## Relación terapéutica:

Una de las claves de esta relación es el establecimiento de la confianza entre la enfermera y el enfermo. No sólo, el enfermo debe confiar en la enfermera, sino también ésta debe confiar en sí misma como terapeuta, en la motivación del enfermo, y las capacidades para su cambio. La confianza es la base fundamental de una relación terapéutica y la consistencia y sus límites son los pilares para construirla.

Una relación terapéutica entre la enfermera y el enfermo crea un espacio en el que pueden trabajar juntos usando los procedimientos de enfermería y los mejores esfuerzos posibles encaminados a lograr objetivos previamente identificados. Podemos ayudar a que el enfermo acepte su situación, a captar a los demás, a aprender habilidades relacionales y sobre sí mismo, a identificar sus necesidades, a mejorar sus competencias, potenciando su autocuidados y su independencia tanto física como emocional. También, la relación terapéutica, recibe el nombre de relación de ayuda.

- **Cohesionador del equipo terapéutico:**

La enfermera de referencia ha de participar, ser miembro activo y cohesionador del equipo interdisciplinar del sector correspondiente, dado que está en posición de ver al enfermo en su globalidad las 24 horas del día y puede canalizar las dificultades de manera adecuada. Es nexo de unión entre el enfermo y el resto del equipo, la familia y el resto del equipo, el enfermo y la familia y el enfermo y los recursos asistenciales.

- **Atención a las familias:**

La familia es el elemento co-protagonista. No solo en cuanto a que el enfermo surge en su seno y, por tanto, está implicada en la búsqueda de soluciones,

sino también porque puede convertirse en ciertos momentos en una aliada, en el sentido más terapéutico del término, ya que a través de ella vamos a incidir en los autocuidados del enfermo. Todo enfermo con una familia implicada en el proceso terapéutico va a tener una mejor evolución y unos mayores niveles de integración social. La familia es incapaz de dar respuesta por sí sola a la demanda de salud de uno de sus miembros. Esto trae como consecuencia la aparición de ansiedades puestas de manifiesto de muy diversas maneras. Por ello la enfermera debe prestar atención a la familia, educarla y enseñarla a autocuidarse en su situación de salud.

Es necesario tener en cuenta que el motivo del ingreso está muchas veces más en relación con la claudicación de las capacidades contenedoras de la familia que con la misma descompensación aguda del enfermo. Se hace imprescindible favorecer un espacio de acogida que resulte reasegurador y desdramatizador y que proporcione una información suficiente sobre el proceso terapéutico; debe saber en qué consiste la enfermedad que padece su familiar, la evolución y los cuidados que tendrá que recibir, así como la reorientación de las relaciones de la familia con el enfermo, que con frecuencia están en malas condiciones en el momento de la descompensación psicopatológica del enfermo. La acogida de enfermería de la familia permite un contacto rápido, incluso antes de tener una valoración exhaustiva del enfermo, que favorece que se pueda tranquilizar, así como la transmisión de la información y de la valoración del equipo para poder diseñar pautas de seguimiento coherentes.

- Conexión con los dispositivos asistenciales primarios:

El papel de la enfermera en la coordinación de los Centros de Salud Mental tiene como finalidad favorecer la derivación y vinculación de aquellos enfermos ingresados, que dada el alta hospitalaria, necesitan de un seguimiento ambulatorio del tratamiento, potenciar la vinculación del enfermo en el CSM,

favorecer la continuidad asistencial coordinando la continuidad del plan de curas y mejorar la información entre los dos servicios asistenciales.

La enfermera de referencia solicitará hora de visita a todo enfermo que sea dado de alta y precise visitarse al CSM. Así mismo, es conveniente establecer un día de reunión de coordinación entre la enfermería de los dos servicios asistenciales.

Ahora, se ha puesto en marcha, como experiencia piloto una nueva documentación de enfermería que contempla que queden registrados los planes de cuidados individualizados de cada enfermo. Paralelamente, con el departamento de informática de la empresa se está elaborando la informatización de los registros.

En un futuro, el proyecto de enfermería es desarrollar nuevas competencias, implementar los registros de enfermería en todos los enfermos y poder trabajar por estándares y posteriormente por trayectorias, informatizar la historia de enfermería y potenciar, aún más, el equipo interdisciplinar.

En el mismo mes de marzo de 1999 se ha instaurado la presencia de enfermería durante las 24 horas del día en el servicio de urgencias. Así, la estancia del enfermo, es asistida, no sólo por la visita médica, sino por la acogida del personal de enfermería. Se entiende por acogida el primer contacto que establece enfermería con el objetivo de desangustiar al enfermo por el hecho de encontrarse en un lugar nuevo, hacerlo sentir lo más cómodo posible, acompañarlo y poder valorar inicialmente posibles problemas que pueda presentar.

También es novedoso la asistencia en Box de Urgencias para enfermos que no son tributarios de ingreso y tampoco de derivar rápidamente a su domicilio u a otro centro. Se inició un registro de enfermería para este servicio (anexo 5). Es

de destacar el trabajo en equipo que se establece en urgencias, no tan solo por ser uno de los objetivos, sino porque lo lleva intrínsecamente el servicio.

Paralelamente al proceso de renovación organizativo y asistencial se ha hecho necesario introducir la necesidad de apostar por un tratamiento al enfermo complementario al entonces actual, como son las actividades ocupacionales. El objetivo es adecuar la oferta real del centro a las necesidades del enfermo durante su ingreso e incluir a enfermería de hospitalización para llevar a cabo esta tarea. Anteriormente tan solo había en funcionamiento un taller y un grupo de actividades de hospitalización parcial.

Es con esta finalidad, que el grupo de trabajo (psiquiatras, psicóloga, enfermeras y auxiliares de enfermería) se ha reunido en sesiones periódicas, tanto en un grupo general como en subgrupos, para encontrar los mecanismos necesarios (horarios, personal, actividades, objetivos, espacios, contenidos...) para iniciar actividades ocupacionales por parte de enfermería y planificar nuevos contenidos de futuro según los objetivos institucionales de la dirección del centro. En el mes de febrero del 2000 se iniciaron, con mucha ilusión, las actividades ocupacionales con los enfermos. Actualmente, a finales de 2201, se va a iniciar un nuevo proyecto de actividades que contempla más tiempo, más dedicación en exclusiva por parte de los auxiliares ocupacionales y más variedad de actividades.

Para coordinar el servicio de urgencias y las actividades ocupacionales se ha creado un coordinador de enfermería de estos servicios, el cual trabaja conjuntamente con el equipo directivo de enfermería.

El equipo directivo de Enfermería está formado por el Director y por dos supervisores. Un supervisor gestiona los turnos de noche y la segunda unidad del turno de mañana y el otro supervisor los turnos de tarde y la primera unidad del turno de la mañana. Para ello, sus horarios se han cambiado; antes era un

supervisor con el horario del turno de mañana y el otro con el turno de tarde, ahora son de 7h a 16h y de 9h a 18h respectivamente. De esta forma se coincide con los turnos de noche y de tarde y mayoritariamente el de la mañana ya que es cuando el motor de la asistencia está más tiempo en marcha. A la vez se solapan en el tiempo y así se facilita el trabajo en equipo del equipo directivo de enfermería. A los mandos intermedios se les ha liberado de algunos trabajos administrativos para poder tomar un papel de gestor clínico en las unidades.

Así como se ha realizado para definir el proyecto de las actividades ocupacionales (anexo 6), se han concebido varios grupos de trabajo: para la reorganización de las unidades en unidades mixtas, para los registros de enfermería y para el plan asistencial de hospitalización (anexo 7) y de urgencias. Periódicamente, se siguen reuniendo para complementar, revisar y hacer un seguimiento de lo establecido. Actualmente, se ha creado un grupo de trabajo, tan solo con el personal de enfermería, para definir entre todas sus funciones y elaborar un plan de trabajo específico.

Es de importancia, mencionar que en XVII Congreso de Psiquiatría y Salud Mental en enfermería, celebrado en el mes de abril del 2000 se presentaron dos comunicaciones complementarias: "La enfermera de referencia: pieza clave en el modelo del Institut Psiquiàtric" y "Actividades ocupacionales con enfermos agudos en el Institut Psiquiàtric", ganando el primer premio a la mejor comunicación la primera mencionada.

Hoy, en el año 2001, se ha aumentado una enfermera de referencia para poder reforzar al sector de Sant Martí, ya que se trata de una población muy numerosa.

## **4. DISEÑO DEL ESTUDIO**

---

### **4.1 HIPÓTESIS**

---

El cambio organizativo en el Instituto Psiquiátrico potencia el trabajo en equipo interdisciplinar.

### **4.2 METODOLOGÍA**

---

Para la realización del estudio se utilizará el método descriptivo cualitativo. Podríamos hablar también de un estudio de caso por la reducida población del estudio. Se trata de una población diana de 52 individuos, los cuales se conocen entre sí no sólo en la vida profesional, sino también, en algunos casos, en la personal.

El tamaño de la muestra incide directamente en los resultados, ya que estamos hablando de la población de trabajadores sanitarios de un hospital relativamente pequeño (92 camas).

Mediante el estudio descriptivo, intentaremos acercarnos a la realidad tratando de describir y documentar lo que en ella acontece mediante variables cualitativas.

## **4.3 INSTRUMENTOS**

---

### **4.3.1 REUNIONES INFORMATIVAS A LOS DISTINTOS ESTAMENTOS Y SUS PROFESIONALES.**

### **4.3.2 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE**

Es gratificador e interesante ver la evolución de los cinco equipos que conforman la asistencia del Institut Psiquiàtric. La mayoría de ellos se van transformando bastante al unísono.

Uno de los equipos, el equipo de la Unidad de Crisis, lleva más años de funcionamiento. Éste, empezó a ejercer anteriormente a la reorganización del hospital; intentaba ya trabajar en equipo. Actualmente, se halla en la fase de independencia a caballo con la de euforia. Enfermería ha tomado el liderazgo y el resto del equipo así lo vive y lo comparte. El clima es distendido y de trabajo, se busca el método para trabajar de forma eficiente y se es consciente de pertenecer a un equipo no sólo porque la dirección así lo ha dicho, sino porque hay un sentimiento de identidad.

Los demás equipos, formados en la reorganización del hospital, están en la fase de dependencia con todo lo que ello supone; se dan las "agendas ocultas", a veces se "destapan" y de nuevo se vuelven a "ocultar". A la vez, se aprecia una maduración desde el inicio de la constitución de los equipos hasta el momento de hoy, en que ya se empieza a hablar con más sinceridad y tratando de trabajar juntos del mejor modo.

Destaca en todos ellos la mayor disposición por parte de enfermería para trabajar en equipo que el resto de profesionales. A las demás categorías, les cuesta el paso de compartir la asistencia. Creemos que es debido que al escuchar a otros profesionales con distintos puntos de vista, puede peligrar el afán de poder y de dominación.

### **4.3.3 CUESTIONARIO. JUECES-VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Los jueces que han participado en el estudio de los cuestionarios han sido representativos de cada uno de los distintos estamentos. El listado es el siguiente:

- Coordinador de psiquiatría del IMAS
- Director Médico
- Director de Enfermería
- Coordinador de enfermería del servicio de urgencias y de actividades ocupacionales
- Psicóloga
- Médico psiquiatra
- Directora de la E.U.I. de Santa Madrona
- Profesor de investigación del máster
- Coordinador pedagógico del máster

Las aportaciones han sido tanto en el contenido de la presentación del cuestionario como en lo que refiere a los ítems de la tabla.

En el ítem 4, sobre la profesión, se han añadido las variables de psicólogo y de asistente social, en el ítem 7, para el equipo de enfermería se han omitido las variables enfermera o auxiliar de enfermería ya que se menciona anteriormente en el ítem 4.. Los ítems 28 y 35, sobre la tolerancia y la flexibilidad, anteriormente a la validación, estaban recogidos en un único ítem.

#### **4.4 PROCESO Y DIFICULTADES**

El proceso ha sido largo y laborioso debido a las siguientes dificultades:

- La validación de la encuesta se ha visto enlentecida debido a que algunos de los jueces se demoraron en su entrega.
- Uno de los realizadores de esta investigación es un mando intermedio de la organización donde se realiza el estudio, provocando en alguno de los individuos encuestados cierta desconfianza y miedos.

## **5 RESULTADOS**

---

### **5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA**

De 52 cuestionarios entregados han sido respondidos 34 (65.3). De los 18 que no han sido contestados, dos se hallan en incapacidad laboral, los otros 16 son respuestas en blanco.

El perfil de los profesionales encuestados es el siguiente:

El género en esta población está equilibrado. Hay 14 personas de género masculino (41%) y 20 (59%) de género femenino.

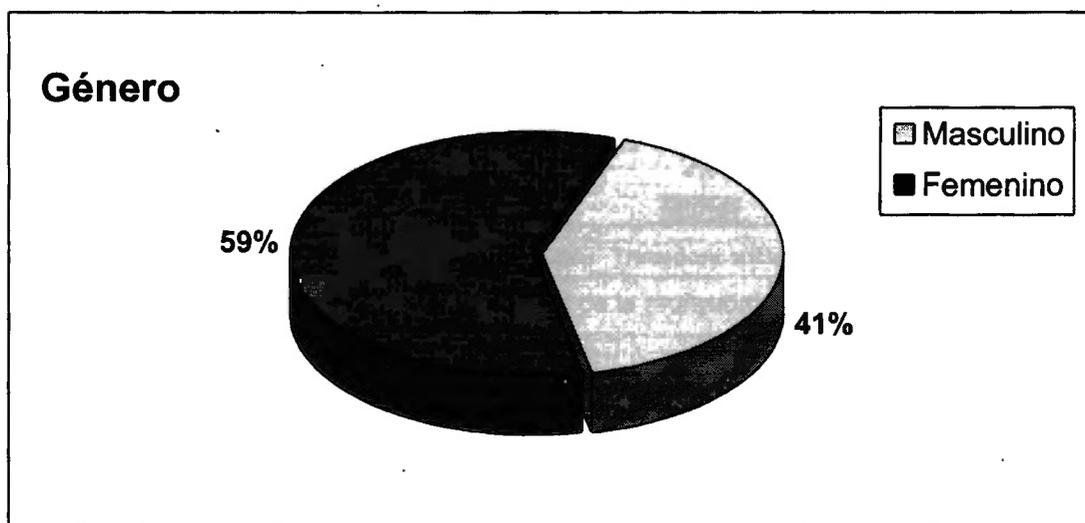


Gráfico 1. - Distribución del genero

En la mayoría de hospitales la población predominante es del género femenino. En el caso de un hospital psiquiátrico, como es el nuestro, es importante la presencia de personas del género masculino debido a las características del tipo de paciente. En este centro se contempla que por cada turno haya por lo menos dos hombres en el personal de enfermería, sin contar el resto de las otras categorías.

El estado civil de los profesionales es de una proporción de un 12% de solteros, casados/en pareja 82.5% y un 6% de separados/divorciados. Es un dato que con el análisis del estudio se ha visto que no influye en nuestra hipótesis.

La distribución de la profesión es de un 27% (9) de médicos, un 32% (11) de diplomados en enfermería, un 29% (10) de auxiliares de enfermería, un 3% (1) de trabajadores sociales y un 9% (3) de psicólogos.

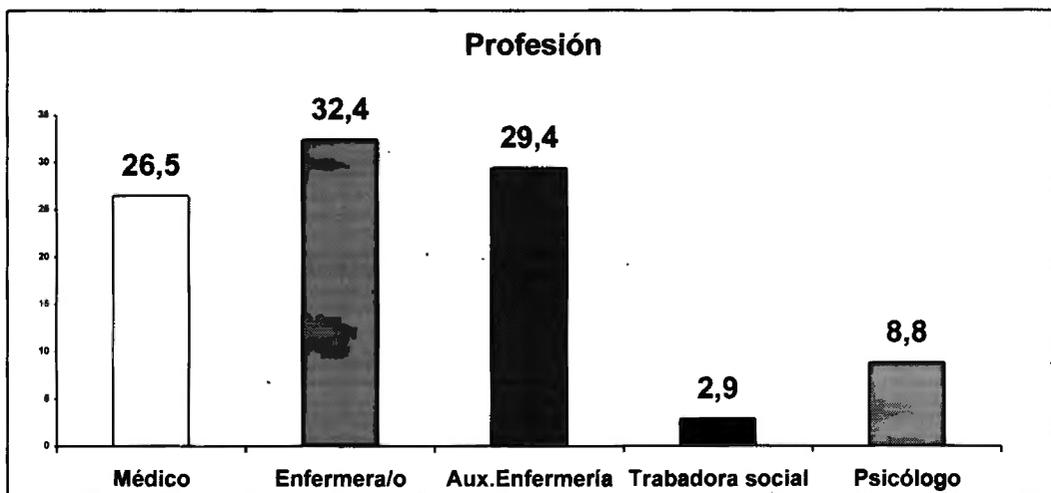


Gráfico 2. - Distribución de la profesión

En cuanto a los turnos del personal de enfermería la repartición corresponde a 13 del turno de la mañana, 6 del turno de tarde y 2 del turno de noche.

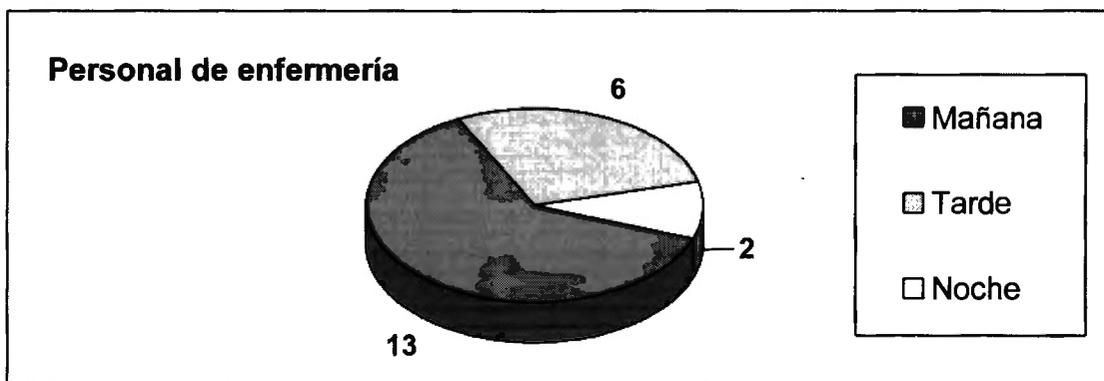


Gráfico 3. - Personal de enfermería

El turno de noche; no ha sufrido directamente los cambios en la reorganización del Instituto Psiquiátrico, por ello las respuestas, al cuestionario, la mayoría son en blanco.

El lugar que ocupa enfermería en cuanto si es de referencia, de soporte o del turno de noche ha sido muy importante en el cambio en el hospital. Hay 5 enfermeras de referencia, 11 de soporte entre enfermeras y auxiliares de enfermería y 2 del turno de noche.

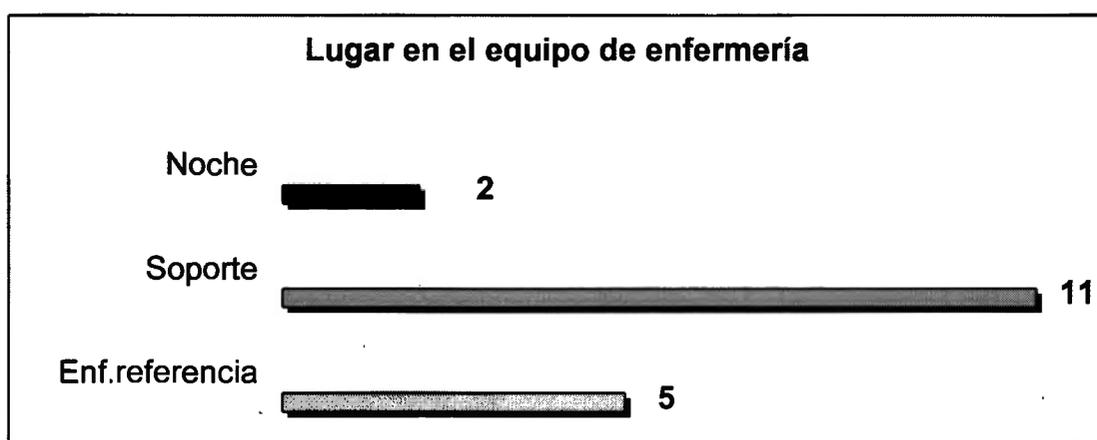


Gráfico 4. - Lugar en el equipo de enfermería

La media de edad es de 39 años.

La media de la experiencia profesional en otros centros con la misma categoría es de 4 años.

La media de la experiencia profesional en el mismo centro es de 9 años, esto se considera un grado de antigüedad importante de los trabajadores del hospital.

La oportunidad de formación que ofrece el centro es de una media de 3 sobre 5. Desglosado en las posibles puntuaciones corresponderá al siguiente gráfico:

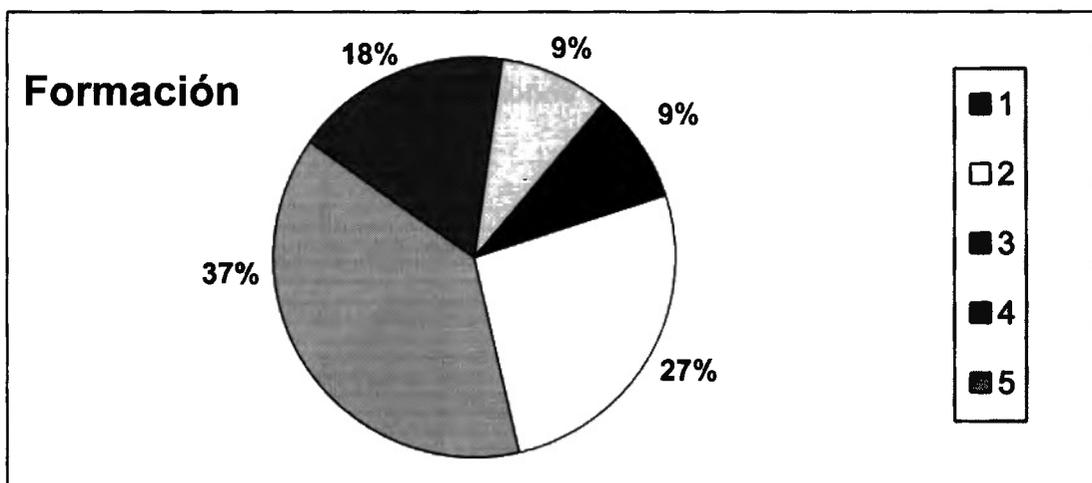


Gráfico 5. - Oportunidad de formación

El sistema de trabajo actual, los equipos de sectorización son valorados sobre una media de un 3 sobre 5. Desglosado en las posibles puntuaciones corresponderá al siguiente gráfico:

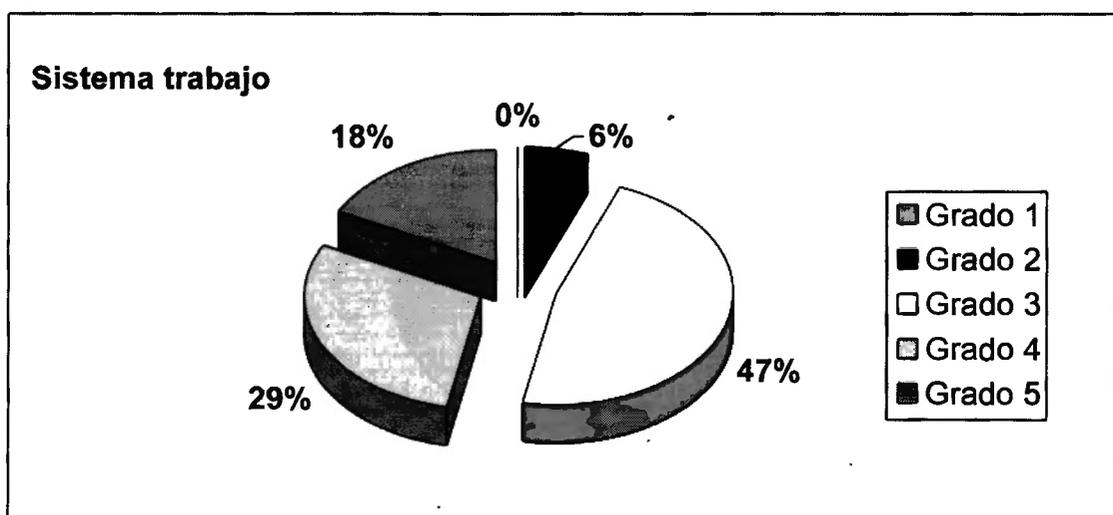


Gráfico 6. - Sistema de trabajo

La percepción sobre el prestigio actual del hospital es de una media de 3 sobre 5. Desglosado en las posibles puntuaciones corresponderá al siguiente gráfico:

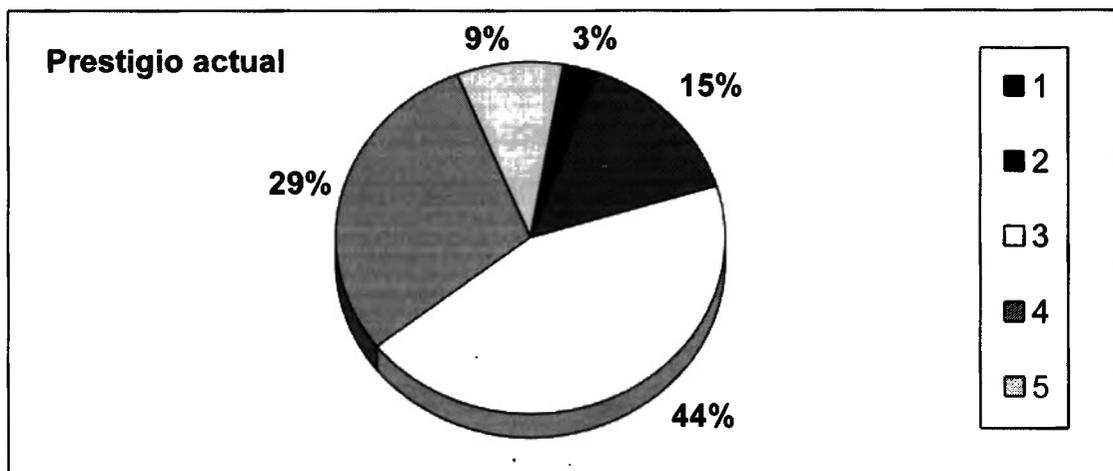


Gráfico 7. - Prestigio actual

La percepción sobre el clima laboral del hospital es de una media de 3 sobre un 5. Desglosado en las posibles puntuaciones corresponderá al siguiente gráfico:

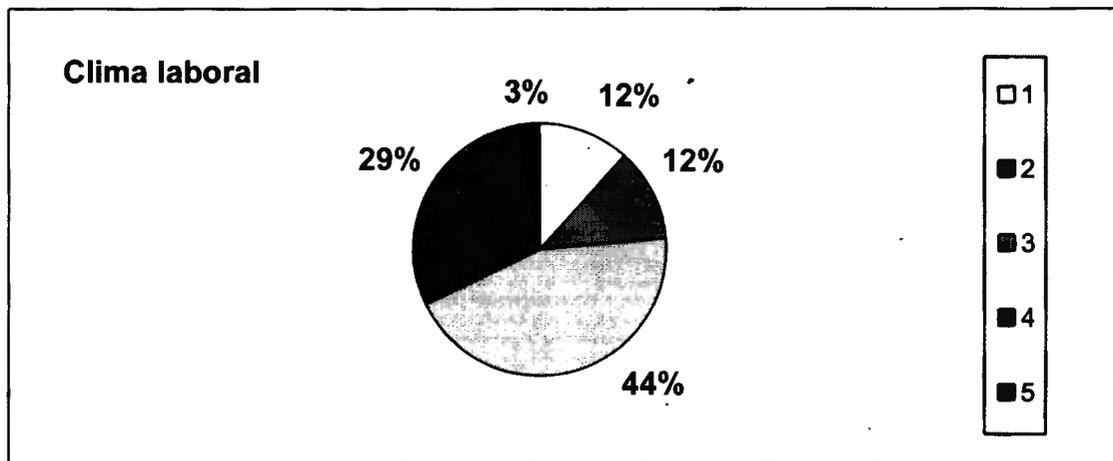


Gráfico 8. - Clima laboral

OLA UNIV.  
 cadastre e la  
 rsitor  
 FUNDACIÓ C.E.P.  
 BIBLIOTEC

## ANÁLISIS INFERENCIAL

A continuación se hará el análisis de resultados de la parrilla de preguntas considerando las distintas variables implicadas en el estudio.

### Análisis de los resultados en función de la CATEGORIA PROFESIONAL

Valoración general.	Médic 1	Enfer 2	Auxil 3	Sign	Dif
1. Oportunidad de formación.	2,22	3,36	3,30	.037	1<2,3
2. Sistema de trabajo actual.	3,22	4,18	3,60	.028	1<3<2
3. Percepción del prestigio externo hospital	2,78	3,64	3,40	--	
4. Percepción del clima laboral.	2,89	3,27	2,8	--	

Tabla 1.- Valoración general en función de la categoría profesional.

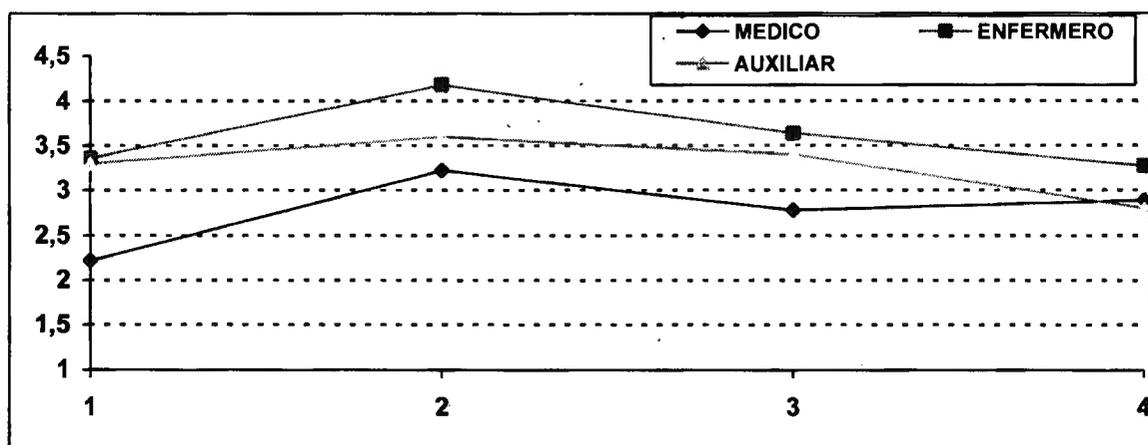


Gráfico 1.- Perfil de la valoración general en función de la categoría.

Como resultado general, podemos decir que la valoración ha sido satisfactoria en las categorías profesionales de enfermera y auxiliar de enfermería, categorías 2 y 3, siendo la media de las puntuaciones superior a 3 sobre 5.

La puntuación del colectivo médico, categoría 1, en cambio, se ha visto ligeramente mermada en comparación con las del equipo de enfermería.

En el **ítem 1**, referente a la **oportunidad de formación que ofrece la empresa** se observan diferencias significativas ( $p < 0,037$ ), dando un mayor resultado el equipo de enfermería, en comparación con los médicos, que han puntuado con una media de 2.22 frente a una media de 3.36 y 3.30 respectivamente en las categorías 2 y 3.

Se observa pues una valoración satisfactoria por parte del equipo de enfermería y una valoración ligeramente negativa por parte del colectivo médico.

En el **ítem 2**, referente al **sistema de trabajo actual**, se ha obtenido como una diferencia significativa ( $p < 0.028$ ), donde enfermería ha puntuado con una media de 4.18, seguido de auxiliar de enfermería con una media de 3.60 y por último la categoría de médico con una media de 3.22.

La mayor valoración de este ítem por parte de la categoría profesional de enfermería, era de esperar ya que con el cambio organizativo y a la puesta en marcha del sistema de trabajo en equipo interdisciplinar en el hospital, este colectivo ha ganado poder posicionándose con la figura de la **enfermería de referencia**.

Referente a los **ítems 3 y 4** cabe destacar que las medias han sido entorno al 3 considerándose un resultado normal en el curso del crecimiento del equipo interdisciplinar su evolución y desarrollo.

<b>Valoración del trabajo en equipo interd.</b>	<b>Médico</b>	<b>Enferm</b>	<b>Auxilia</b>
1. Preferencia trabajo en equipo interd.	4,0	4,27	4,30
2. Conocimientos de trabajo en equipo Interd.	3,33	4,0	3,8
3. Influencia del equipo interd. hacia mí.	3,44	4,18	3,3
4. Aportación que me ofrece el equipo interd.	3,56	4,00	3,4
5. Motivación que me ofrece el equipo interd.	3,78	4,0	3,7
6. Calidad que ofrece al usuario el trabajo en equipo interdisciplinar.	4,0	4,55	4,6
7. Participación de los miembros del equipo interd.	3,22	3,45	3,8
8. Interés de los miembros del equipo interd.	3,33	3,82	4,10
9. Libertad para expresarse en el equipo interd.	3,44	3,82	4,0
10. Atención prestada al trabajo efectuado.	3,44	3,91	3,9
11. Eficacia para desarrollar el trabajo.	3,38	3,82	3,8
12. Organización del equipo interd.	2,78	3,55	3,3
13. Entendimiento en el equipo interd.	3,33	3,73	3,6
14. Confianza en el equipo interd.	3,44	3,91	3,9
15. Tolerancia en el equipo interd.	3,89	3,91	3,9
16. Escucha en el equipo interd.	3,67	3,82	4,10
17. Comunicación en el equipo interd.	3,22	3,55	3,3
18. Sinceridad en el equipo interd.	3,33	3,82	4
19. Integración en el equipo interd.	3	3,64	4,2
20. Apoyo en el equipo interd.	3,67	3,55	4,30
21. Liderazgo en el equipo interd.	3,25	3,09	2,5
22. Flexibilidad en el equipo interd.	3,44	3,73	3,7
23. Autonomía de los miembros	3,11	3,36	3,6

Tabla 2.-Valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función de la categoría profesional.

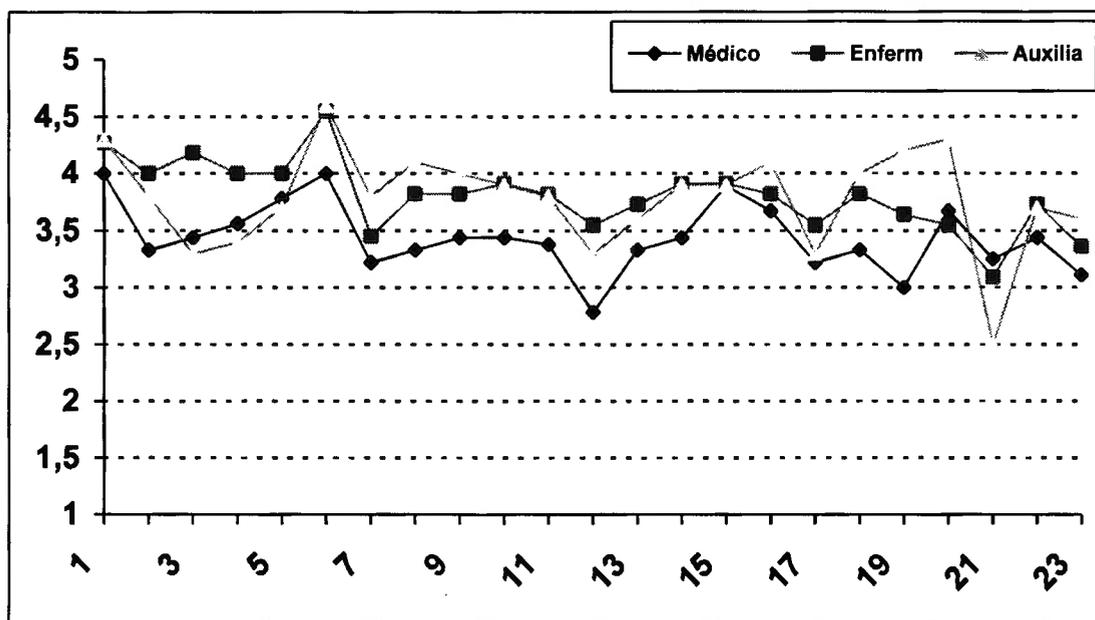


Gráfico 2.-Perfil de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función de la categoría profesional.

En la tabla 2 donde se muestra la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar. En función de la categoría profesional, los resultados más destacables han sido los siguientes:

- La media de la puntuación total del trabajo en equipo interdisciplinar según la categoría profesional ha sido:

<b>Médico</b>	<b>3.55</b>
<b>Enfermero/a</b>	<b>3.81</b>
<b>Auxiliar enf.</b>	<b>3.95</b>
<b>Total</b>	<b>3.78</b>

Es importante destacar en general, la valoración aproximándose a media de 4 de la categoría profesional 3, Auxiliares de enfermería.

Esta valoración es debida al aumento: de apoyo mutuo en el equipo interdisciplinar, de comunicación, de integración, de calidad , de escucha, de interés, de libertad y autonomía que ofrece el trabajo en equipo interdisciplinar.

El colectivo de auxiliares de enfermería revela esta mayor satisfacción con este cambio organizativo.

Esta positiva valoración de los auxiliares viene seguida de la categoría profesional de enfermería con una media de 3.81.

Enfermería ha puntuado con mayor valoración los ítems siguientes:

- preferencia del trabajo en equipo interdisciplinar
- influencia del equipo
- aportación que ofrece el equipo
- motivación
- calidad
- tolerancia en el equipo
- confianza

Enfermería con la figura de la enfermera de referencia ejerce una función de coordinación, intercambio y flujo de la información entre todos los miembros del equipo.

El colectivo médico ha puntuado la valoración con una media general de 3.55 ligeramente menor que la categoría profesional de enfermería y auxiliares de enfermería, aunque el resultado no deja de ser favorable al trabajo en equipo, esta disminución en la media referente a las otras categorías podría ser justificada al miedo al cambio, y por la posible pérdida de poder y autonomía que hasta la fecha habían tenido.

En general todas las categorías valoran positivamente el **ítem 6** sobre la **calidad que ofrece al usuario el trabajo en equipo interdisciplinar**, demostrando así que uno de los objetivos primordiales comunes por lo que se organizó el cambio ha sido la mejora de la calidad del servicio.

El **ítem** valorado con menor puntuación ha sido el **21** basado en el **liderazgo en el equipo interdisciplinar** y el **12** basado en la **organización del equipo interdisciplinar**, es comprensible que las puntuaciones en estos dos ítems hayan sido menores debido a la relativa juventud de los equipos y al crecimiento, maduración progresivos.

## Análisis de los resultados en función del SEXO

Valoración general.	Masc 1	Feme 2	Sign	Dif
1.Oportunidad de formación.	3,14	2,75	--	--
2.Sistema de trabajo actual.	3,86	3,40	--	--
3.Percepción del prestigio externo hospital	3,29	3,25	--	--
4.Percepción del clima laboral.	3,21	2,85	--	--

Tabla 3.- Valoración general en función del sexo

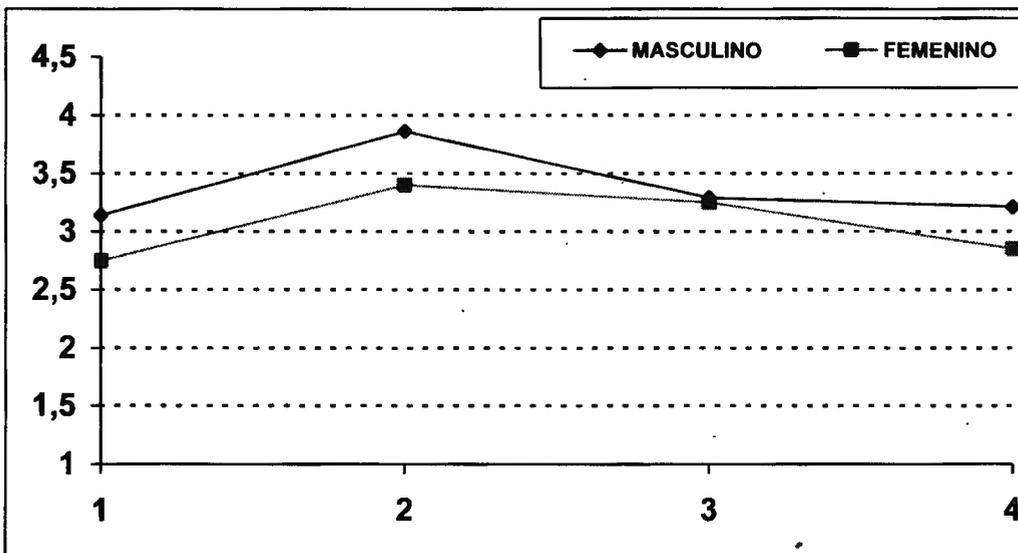


Gráfico 3.- Perfil de la valoración general en función del sexo

En el análisis en función del sexo, recordaremos que el género en la población muestra estaba formado en un **41% género masculino** y en un **59% género femenino**. Comentábamos ya en la caracterización de la muestra que esta distribución del género tan poco habitual es debida a la especialidad del hospital, psiquiatría, donde el número de personal masculino en enfermería debe tenerse en cuenta.

En la valoración general en función del sexo, no se ha obtenido ningún resultado significativo. El género masculino y el femenino han puntuado los cuatro ítems prácticamente de igual forma.

Podemos afirmar por tanto que:

- La oportunidad de formación
- El sistema de trabajo actual
- La percepción del prestigio actual del hospital
- La percepción del clima laboral

No son variables interpretadas de distinta forma según el sexo, es más podríamos incluso constatar que esta igualdad en el tanto por cien del género no perjudica al buen clima laboral que se vive en el hospital.

La media de las puntuaciones es cercana a 3 sobre 5, consideramos este resultado positivo.

<b>Valoración del trabajo en equipo interd.</b>	<b>Mascu 1</b>	<b>Femen 2</b>	<b>Sign.</b>	<b>Diferen</b>
1. Preferencia trabajo en equipo interd.	4.29	4.1	--	--
2. Conocimientos de trabajo en equipo Interd.	3.64	3.75	--	--
3. Influencia del equipo interd. hacia mí.	3.64	3.5	0.015	1>2
4. Aportación que me ofrece el equipo interd.	3.64	3.6	--	--
5. Motivación que me ofrece el equipo interd.	4	3.6	0.04	1>2
6. Calidad que ofrece al usuario el trabajo en equipo interdisciplinar.	4.29	4.45	--	--
7. Participación de los miembros del equipo interd.	3.29	3.5	--	--
8. Interés de los miembros del equipo interd.	3.79	3.6	0.022	1>2
9. Libertad para expresarse en el equipo interd.	3.86	3.58	--	--
10. Atención prestada al trabajo efectuado.	3.64	3.74	--	--
11. Eficacia para desarrollar el trabajo.	3.64	3.61	--	--
12. Organización del equipo interd.	3.21	3	--	--
13. Entendimiento en el equipo interd.	3.79	3.3	--	--
14. Confianza en el equipo interd.	3.93	3.58	0.022	1>2
15. Tolerancia en el equipo interd.	4	3.7	--	--
16. Escucha en el equipo interd.	3.86	3.75	--	--
17. Comunicación en el equipo interd.	3.57	3.15	--	--
18. Sinceridad en el equipo interd.	3.71	3.63	--	--
19. Integración en el equipo interd.	3.64	3.53	--	--
20. Apoyo en el equipo interd.	3.86	3.65	--	--
21. Liderazgo en el equipo interd.	3.07	2.75	--	--
22. Flexibilidad en el equipo interd.	3.64	3.55	--	--
23. Autonomía de los miembros	3.29	3.47	--	--

Tabla 4.- Valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del sexo.

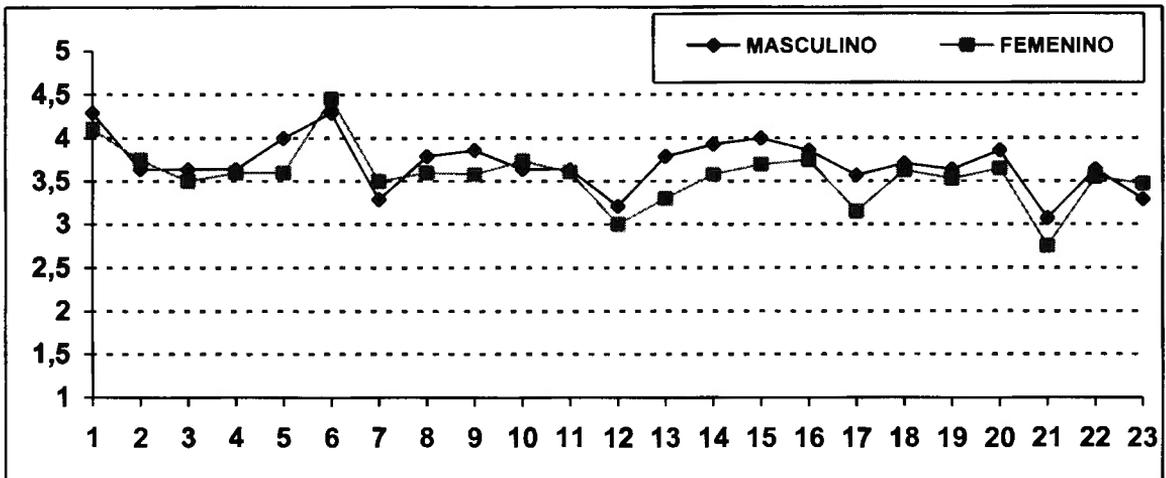


Gráfico 4.-Perfil de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del sexo.

En la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del sexo se han obtenido como resultado, una **media total** de:

<b>Masculino</b>	<b>3.78</b>
<b>Femenino</b>	<b>3.82</b>

La semejanza en ambas medias nos confirma que la variable sexo no es una variable significativa para el buen funcionamiento del trabajo en equipo, es más, ambos géneros han puntuado prácticamente de igual forma casi todos los ítems, en el gráfico 4 se observa como el perfil general dibujado se asemeja mucho confundándose en algunos ítems las dos líneas en una.

Los ítems que han dado como resultado una **significación menor a 0.05**, han sido los siguientes:

- **Ítem 3.** Influencia del equipo interdisciplinar hacia mí.
- **Ítem 5.** Motivación que me ofrece el equipo interdisciplinar.
- **Ítem 8.** Interés de los miembros del equipo interdisciplinar.
- **Ítem 14.** Confianza en el equipo interdisciplinar.

En los ítems a los cuales hacemos referencia el género masculino ha valorado con mayor puntuación respecto al género femenino.

## Análisis de los resultados en función del TIPO DE CONTRATO

Valoración general.	Func 1	Inter 2	Sign	Dif
1.Oportunidad de formación.	2,83	3,1	--	--
2.Sistema de trabajo actual.	3,5	3,8	--	--
3.Percepción del prestigio externo hospital	3,21	3,4	--	--
4.Percepción del clima laboral.	2,92	3,2	--	--

Tabla 5.- Valoración general en función del tipo de contrato.

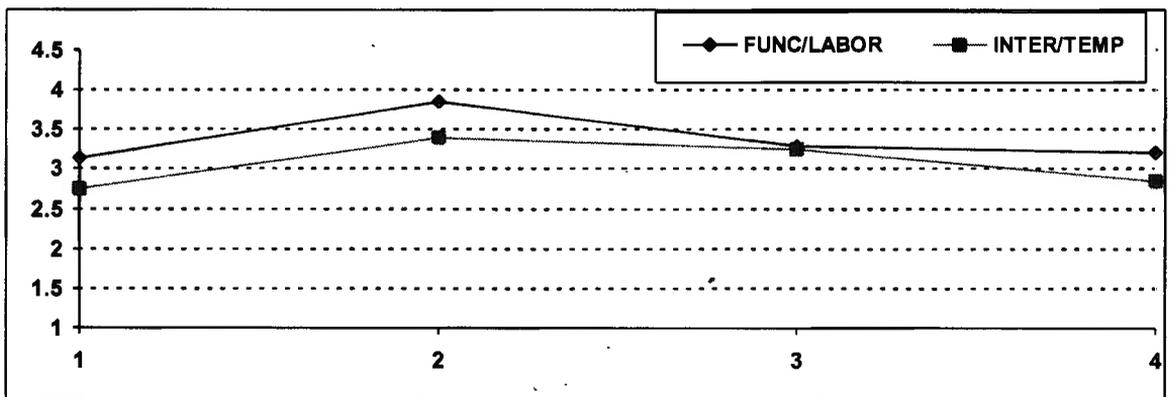


Gráfico 5.- Perfil de la valoración general en función del tipo de contrato.

La valoración general en función del tipo de contrato ha sido puntuada por:

1. Funcionario/laboral
2. Interino/temporal

Esta valoración se caracteriza por la ligera puntuación mayor por parte del personal funcionario. Es importante recordar que **la media del tiempo de antigüedad del personal del hospital es de 9 años.**

Esta antigüedad es considerable, además estamos hablando de un hospital de 92 camas donde todo el personal se conoce e incluso en la vida no profesional.

Esto tiene sus ventajas y sus desventajas.

- Como ventajas podríamos destacar que existe un clima de confianza relajado entre el personal, donde la personalidad de cada uno y sus peculiaridades se conocen por el resto de personas. Esto beneficia en la relación entre los miembros del equipo e incluso en las relaciones entre los equipos. Favorece también que la competitividad que se establece entre los equipos sea sana, y en ningún momento perjudicial para la evolución de los equipos.
- Como desventaja podríamos decir que hay muchas normas de comportamiento creadas entre el personal más antiguo del hospital que dificultan en cierta forma la creación de nuevas normas de funcionamiento a partir de la creación de los equipos interdisciplinarios. Es decir, hubo cierta resistencia al cambio por parte de algunos colectivos, mas que resistencia podríamos decir que ciertos miedos a abandonar las pautas de funcionamiento adquiridas hacía muchos años para iniciar de nuevas desde el marco de los equipos.

<b>Valoración del trabajo en equipo interd.</b>	<b>Fun/Lab</b>	<b>Int/Temp</b>	<b>Sign.</b>	<b>Diferen</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>		
1. Preferencia trabajo en equipo interd.	4	4,6	--	--
2. Influencia del equipo interd. hacia mí.	3,8	4	--	--
3. Conocimientos de trabajo en equipo Interd.	3,75	3,6	--	--
4. Aportación que me ofrece el equipo interd.	3,58	3,7	--	--
5. Motivación que me ofrece el equipo interd.	3,75	3,8	--	--
6. Calidad que ofrece al usuario el trabajo en equipo interdisciplinar.	4,25	4,7	--	--
7. Participación de los miembros del equipo interd.	3,42	3,4	--	--
8. Interés de los miembros del equipo interd.	3,58	3,9	--	--
9. Libertad para expresarse en el equipo interd.	3,75	3,8	--	--
10. Atención prestada al trabajo efectuado.	3,7	3,7	--	--
11. Eficacia para desarrollar el trabajo.	3,59	3,7	--	--
12. Organización del equipo interd.	2,96	3,4	--	--
13. Entendimiento en el equipo interd.	3,54	3,4	--	--
14. Confianza en el equipo interd.	3,7	3,8	--	--
15. Tolerancia en el equipo interd.	3,83	3,8	--	--
16. Escucha en el equipo interd.	3,83	3,7	--	--
17. Comunicación en el equipo interd.	3,38	3,2	--	--
18. Sinceridad en el equipo interd.	3,87	3,2	--	--
19. Integración en el equipo interd.	3,61	3,5	--	--
20. Apoyo en el equipo interd.	3,79	3,6	--	--
21. Liderazgo en el equipo interd.	3	2,63	--	--
22. Flexibilidad en el equipo interd.	3,63	3,50	--	--
23. Autonomía de los miembros	3,48	3,2	--	--

**Tabla 6.- Valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del tipo de contrato.**

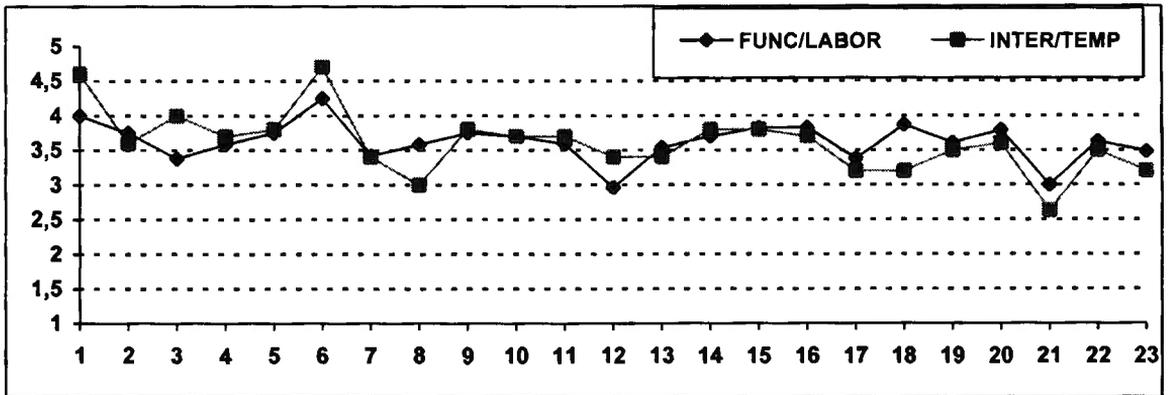


Gráfico 6.- Perfil de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del tipo de contrato.

La valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del tipo de contrato no ha tenido como resultado ninguna significación inferior a 0.05.

La media total de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar ha sido la siguiente:

	MEDIA	PORCENTAJE
<b>Funcionario/Laboral</b>	<b>3.77</b>	<b>70%</b>
<b>Interino/Temporal</b>	<b>3.90</b>	<b>30%</b>

Un 70% de la población encuestada es personal funcionario o laboral y un 30% personal Interino o Temporal.

La media de la edad de los trabajadores del hospital es de **39 años** . Esta media de edad se considera joven.

**El personal interino y temporal** del hospital es personal joven en su mayoría y está muy integrado con el personal funcionario o laboral del centro. Es necesario destacar que **el personal temporal** es móvil y polivalente, es decir, dependiendo de la persona fija que estén suciendo forman parte de un equipo o de otro, tiene además facilidad para adaptarse a cada uno de los distintos funcionamientos de los equipos y a sus componentes.

Desde los equipos, el personal temporal está muy bien valorado por su facilidad de adaptación al grupo e integración y además porque en muchas ocasiones aportan nuevas perspectivas de abordaje ya sea de un problema concreto de un paciente o de una rutina de circuito adquirida por el equipo.

Podríamos decir que es “aire fresco” que de alguna forma tiene la capacidad de ver también las situaciones con una perspectiva externa que les permite sacar nuevos caminos a seguir o nuevas posibilidades que quizá en el grupo no se habían planteado antes.

Las valoraciones más significativas que podemos observar en el gráfico son las siguientes:

**En el ítem 1,3 y 6 sobre:**

- La preferencia del trabajo en equipo.
- Conocimientos respecto al trabajo en equipo.
- Calidad que ofrece el trabajo en equipo.

El personal interino/temporal ha valorado con mayor puntuación que el personal funcionario o laboral.

**En los ítems 8,18 y 21 sobre:**

- Interés de los miembros del equipo.
- Sinceridad en el equipo.
- Liderazgo en el equipo.

El personal interino/temporal ha valorado con menor puntuación que el personal funcionario/laboral.

En cambio el personal funcionario/laboral puntúa más que el personal interino/temporal los **ítems 6,18,20** sobre la calidad, sinceridad y apoyo, ya que forman parte de un mismo equipo siempre y su nivel de confianza e integración en el equipo es mayor.

En cambio el **ítem 3** sobre los conocimientos del trabajo en equipo es menor en el personal funcionario/laboral que en el personal interino/temporal pudiéndose justificar por la edad de los mismos.

## Análisis en función del LUGAR EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Valoración general.	Refer.	Sop.	Noch	Sign	Dif
	1	2	3		
1.Oportunidad de formación.	3	3.27	4	--	--
2.Sistema de trabajo actual.	4.2	3.73	4	--	--
3.Percepción del prestigio externo hospital	3.6	3.45	3	--	--
4.Percepción del clima laboral.	3	2.91	3.5	--	--

Tabla 7.- Valoración general en función del lugar ocupado en el equipo interdisciplinar.

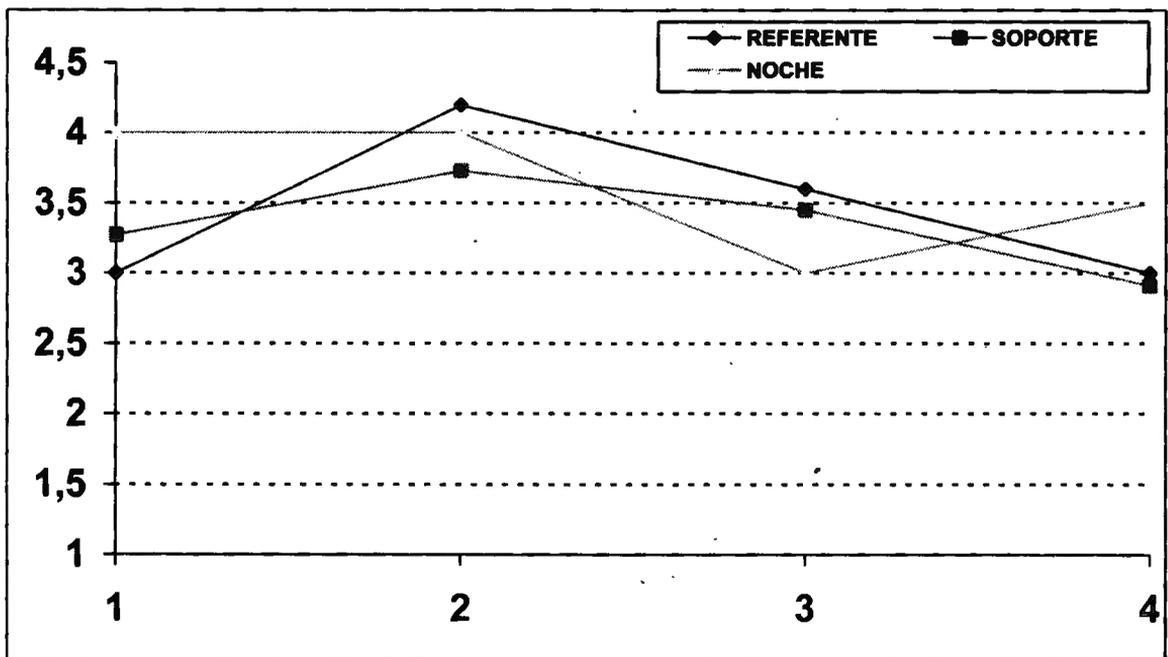


Gráfico 7.- Perfil de la valoración general en función del lugar ocupado en el equipo interdisciplinar.

En la valoración general del trabajo en equipo interdisciplinar en función del lugar en el equipo en calidad de enfermeros o auxiliares, nos encontramos con los siguientes resultados:

- En el **ítem 1** sobre la oportunidad de formación que ofrece la empresa, los enfermeros del equipo interdisciplinar que ocupan el turno de noche son los que han valorado con mayor puntuación, seguido de los enfermeros y auxiliares soporte y referente sucesivamente.
- En el **ítem 2** sobre el sistema de trabajo actual, ha sido puntuado con mayor valoración por los enfermeros/as y auxiliares referente, seguidos por los del turno de noche y los soporte sucesivamente.

Cabe destacar que en el inicio de la formación de los equipos la jerarquía de responsabilidades dentro del equipo de enfermería que nace con la figura de la enfermera referente, costó de asimilar entre el resto del equipo de enfermería en especial de las enfermeras soporte, ya que de hecho el liderazgo del equipo de enfermería a partir de entonces lo asumiría la enfermera referente

Con el paso del tiempo los equipos se han ido afianzando y este ligero malestar ha ido cediendo con la acertada y necesaria delegación de responsabilidades a la enfermera soporte por parte de la enfermera referente, así como el aumento de comunicación y entendimiento entre ambas figuras tan importantes como necesarias para el buen funcionamiento del equipo.

- En el **ítem 3** sobre la percepción del prestigio externo del hospital, enfermería del turno de noche es el turno que valora con menor puntuación, quizá por la desvinculación que este turno tiene con las familias.

- El clima laboral valorado en el ítem 4, ha sido puntuado con mayor valoración por parte de los enfermeros/as y auxiliares del turno de noche, esta valoración es comprensible si tenemos en cuenta que en el turno de noche hay menos personal y menos decisiones que tomar a nivel de equipo, estos dos factores favorecen el buen entendimiento entre el personal.

<b>Integración del trabajo en equipo interd.</b>	<b>Refer</b>	<b>Soport.</b>	<b>Noche</b>	<b>Sign.</b>	<b>Diferen</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		
1. Preferencia trabajo en equipo interd.	4.6	4.27	4	--	--
2. Conocimientos de trabajo en equipo Interd.	4.4	3.82	3.5	--	--
3. Influencia del equipo interd. Hacia mí.	3.8	3.82	3.5	--	--
4. Apoyo que me ofrece el equipo interd.	3.8	3.64	4	--	--
5. Motivación que me ofrece el equipo interd.	4	3.82	4	0.041	1,2>3
6. Calidad que ofrece al usuario el trabajo en equipo interdisciplinar.	4.6	4.64	3.5	--	--
7. Participación de los miembros del equipo interd.	4	3.36	4	--	--
8. Interés de los miembros del equipo interd.	4.4	3.91	4	--	--
9. Libertad para expresarse en el equipo interd.	4.2	3.82	4	--	--
10. Atención prestada al trabajo efectuado.	4.4	3.82	4	--	--
11. Eficacia para desarrollar el trabajo.	3.6	3.82	4	--	--
12. Organización del equipo interd.	3.2	3.45	4	--	--
13. Entendimiento en el equipo interd.	3.4	3.64	4.5	--	--
14. Confianza en el equipo interd.	4.2	3.82	4	--	--
15. Tolerancia en el equipo interd.	4.4	3.82	3.5	--	--
16. Escucha en el equipo interd.	4.4	3.82	4	--	--
17. Comunicación en el equipo interd.	3.4	3.18	4.5	--	--
18. Sinceridad en el equipo interd.	4.4	3.45	4.5	--	--
19. Integración en el equipo interd.	4	3.82	4.5	--	--
20. Apoyo en el equipo interd.	3.8	3.73	3.5	--	--
21. Liderazgo en el equipo interd.	3.2	2.8	2	--	--
22. Flexibilidad en el equipo interd.	4	3.45	3.5	--	--
23. Autonomía de los miembros	3.6	3.45	3.5	--	--

Tabla 8.- Valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del lugar ocupado en el equipo.

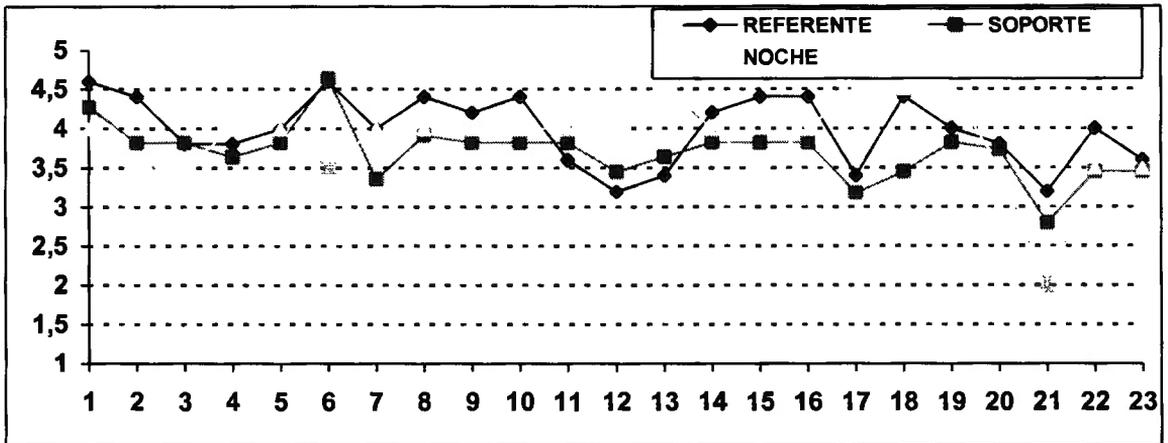


Gráfico 8.- Perfil de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del lugar ocupado en el equipo.

En el perfil de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del lugar ocupado en el equipo por parte de enfermería, podemos destacar los siguientes resultados

- Cabe destacar que la media de las valoraciones en general ha sido:

<b>Referente</b>	<b>4.1</b>
<b>Soporte</b>	<b>3.8</b>
<b>Noche</b>	<b>3.7</b>
<b>Media Total</b>	<b>3.9</b>

- La valoración más alta ha sido por parte de las enfermeras y auxiliares referente, seguido de las soporte y noche respectivamente.
- La **media total ha sido de 3.9** podríamos considerar esta media como un resultado muy bueno teniendo en cuenta la relativa juventud de los equipos.

- Los ítems mas destacados en general han sido los siguientes:
  - Preferencia del trabajo en equipo interdisciplinar.
  - Calidad que ofrece al usuario el trabajo en equipo.
  - Interés de los miembros del equipo.
  - Atención prestada por los miembros del equipo.
  - Tolerancia.
  - Escucha.
  - Sinceridad.
  - Flexibilidad.
- **Enfermería referente** ha puntuado con mayor valoración los ítems que hablan sobre la preferencia por el trabajo en equipo, conocimientos, calidad, Interés, atención, tolerancia, escucha, sinceridad y flexibilidad. Los ítems puntuados con menor puntuación han sido los referentes a : influencia, apoyo, organización, entendimiento, comunicación y liderazgo.
- **Enfermería de soporte**, ha puntuado con mayor puntuación los ítems sobre: preferencia, calidad. Los ítems puntuados con menor puntuación han sido los siguientes: influencia, apoyo, organización, entendimiento, comunicación , liderazgo. Cabe destacar que el trazado en el gráfico 8 es muy parecido entre los enfermeros y auxiliares soporte y los referente, diferenciándose sólo en que la media de las valoraciones de los referente es superior en todo momento respecto a la media de la valoración de los soporte.
- El trazado en el gráfico por parte de los **enfermeros y auxiliares de noche** es ligeramente distinto, este hecho es comprensible si tenemos en cuenta que los enfermeros y auxiliares del turno de noche debido al horario de trabajo están apartados de la dinámica de trabajo en equipo interdisciplinar del día (reuniones de equipo, visitas de la familia, visitas médicas al paciente...)
- En el **ítem 5** sobre la motivación, hay una diferencia significativa ( $p > 0.04$ ) en la que el turno de noche está menos motivado que el resto, quizá por este aislamiento de la dinámica general del equipo durante el día.

## **6. CONCLUSIONES**

---

Definíamos en el marco contextual el trabajo en equipo como:

Grupo de personas que, a partir de conceptos, medios o instrumentos propios de cada una de las disciplinas, elabora un plan de trabajo sobre un problema común según la competencia de cada uno, con una comunicación constante, que tiene como objetivo prevenir o resolver los errores y compartir la responsabilidad en cuanto al resultado final.

El paciente es el centro del equipo interdisciplinar, la única razón de ser de este agrupamiento de profesionales. Los componentes gravitan alrededor de él con el fin de responder adecuadamente a sus necesidades.

De igual forma, la familia, además de ser un puente de información para el equipo de salud, desempeña un papel primordial en la adaptación del paciente a su enfermedad u hospitalización y al mantenimiento de su integridad psicosocial.

El papel de enfermería es primordial ya que es el nexo de unión del equipo interdisciplinar por su contacto diario y continuo con el paciente y la familia. Como resultado de la implicación de distintas disciplinas en un solo equipo, se da una atención asistencial global, se unen objetivos de cuidados, se evitan repeticiones inútiles y se maximizan los esfuerzos de todos los componentes del equipo.

Es fácil hablar del trabajo en equipo, de reconocer el valor que tiene para conseguir una atención integral, individualizada y adaptada a las necesidades de la persona sana o enferma, pero es más difícil que los grupos funcionen de forma eficaz en la práctica y en su actividad diaria.

Gran parte del éxito del trabajo en equipo comporta un *cambio cultural* y da un nuevo sentido de la responsabilidad a cada uno de sus miembros. El trabajo en equipo es mucho más eficaz y rentable que la suma de trabajos individuales.

Unos de los factores primordiales que intervienen en el trabajo en equipo son:

- Desarrollar métodos de trabajo en los que se incluyan reuniones regulares, planificadas y previamente preparadas. Se entiende también la flexibilidad y la disponibilidad si surgen imprevistos que distorsionen la rutina del equipo.
- Utilizar documentos de trabajo comunes, por ejemplo, los planes terapéuticos individualizados o PTI, éstos fomentan aún más a sentir la pertenencia al equipo.
- Poseer las competencias profesionales que permitan la confianza en uno mismo, e integrar al otro como complementario. Esto significa un cambio de cultura y no reconocer al otro como competencia sino como ayuda sinérgica hacia un mismo objetivo.
- Dar al público una información clara sobre las actividades del centro. De esta manera se evitarán falsas perspectivas u objetivos por parte de la familia.

- No olvidar nunca que la población con la que trabajamos es el centro de nuestro objetivo. El equipo y la institución en si debe cuestionarse continuamente si responde o no a las necesidades de su población diana.

El funcionamiento del grupo se puede hacer más eficiente y eficaz, puede madurar. Esto se consigue mediante la continua evaluación, tanto del grado y la forma de participación e integración de sus miembros, como del grado de consecución de las metas fijadas.

En definitiva para que se pueda hablar de trabajo en equipo, es preciso que en la organización se den una serie de condiciones:

- Verdadero interés hacia las personas por parte de la dirección.
- Formación adecuada, tanto a los mandos; como a todos los empleados.
- Mejora de la comunicación a todos los niveles de la organización y en todos los temas.
- Flexibilización e informatización de las relaciones internas dentro de la empresa.
- Generación de un clima de confianza mutua, lo que permite superar las tradicionales relaciones de “confrontación” para establecer otras de “colaboración”.
- Integración, lo que se consigue a partir de un clima de honestidad y confianza que permite que los “intereses individuales” se transformen en “intereses comunes”.

En el marco contextual apuntábamos como ventajas del trabajo en equipo:

- Mayor nivel de productividad.
- Atmósfera de trabajo más estimulante.
- Comunicación más eficaz.
- División más precisa del trabajo.
- Mayor nivel de compromiso con los objetivos del grupo.
- Aumenta la seguridad personal.
- Desarrolla y/o refuerza la percepción de propia identidad.
- Conoce y contrasta la realidad.
- Estimula la creatividad.

Definíamos el proceso de cambio organizativo y las dificultades y resistencias que éste conlleva:

- - Las ambigüedades, temor a lo desconocido.
  - El temor a la disminución de poder.
  - Temor a la pérdida de destrezas adquiridas y la incertidumbre de la capacidad para adquirir de nuevas.
  - La creación de nuevas normas...

Todo esto que hemos apuntado basándonos en lo descrito anteriormente en el marco contextual se ha visto verificado en los resultados obtenidos por el cuestionario y la observación participante.

Apuntaremos como **resultados más destacables** los siguientes:

**Conclusiones en función de la categoría profesional:**

En el **ítem 2**, referente al **sistema de trabajo actual**, se ha obtenido como una diferencia significativa ( $p < 0.028$ ), donde enfermería ha puntuado con una media de 4.18, seguido de auxiliar de enfermería con una media de 3.60 y por último la categoría de médico con una media de 3.22.

La mayor valoración de este ítem por parte de la categoría profesional de enfermería, era de esperar ya que con el cambio organizativo y a la puesta en marcha del sistema de trabajo en equipo interdisciplinar en el hospital, este colectivo ha ganado poder posicionándose con la figura de la **enfermería de referencia**.

La **media de la puntuación total** del trabajo en equipo interdisciplinar según la categoría profesional ha sido:

<b>Médico</b>	<b>3.55</b>
<b>Enfermero/a</b>	<b>3.81</b>
<b>Auxiliar enf.</b>	<b>3.95</b>
<b>Total</b>	<b>3.78</b>

Como ya se ha dicho en el análisis de resultados, los auxiliares de enfermería, son la categoría profesional que han puntuado más positivamente el cambio organizativo y la puesta en marcha del trabajo en equipo, seguido de enfermería y médicos respectivamente.

Estos resultados constatan la mejora de la calidad de los servicios con la puesta en marcha del trabajo en equipo interdisciplinar, en el que cada categoría profesional conoce sus competencias y responsabilidades dentro del equipo.

Enfermería con la figura de la enfermera de referencia ejerce una función de coordinación, intercambio y flujo de la información entre todos los miembros del equipo.

El colectivo médico ha puntuado la valoración con una media general de 3.55 ligeramente menor que la categoría profesional de enfermería y auxiliares de enfermería, aunque el resultado no deja de ser favorable al trabajo en equipo, esta disminución en la media referente a las otras categorías podría ser justificada al miedo al cambio, y por la posible pérdida de poder y autonomía que hasta la fecha habían tenido.

### **Conclusiones en función del sexo:**

En la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del sexo se han obtenido como resultado, una **media total** de:

<b>Masculino</b>	<b>3.78</b>
<b>Femenino</b>	<b>3.62</b>

La semejanza en ambas medias nos confirma que la variable sexo no es una variable significativa para el buen funcionamiento del trabajo en equipo, es más, ambos géneros han puntuado prácticamente de igual forma casi todos los ítems, en el gráfico 4 se observa como el perfil general dibujado se asemeja mucho confundándose en algunos ítems las dos líneas en una.

### Conclusiones en función del tipo de contrato:

Esta valoración se caracteriza por la ligera puntuación mayor por parte del personal funcionario. Es importante recordar que la **media** del tiempo de **antigüedad del personal del hospital es de 9 años.**

Esto tiene sus ventajas y sus desventajas.

- Como ventajas podríamos destacar que existe un clima de confianza relajado entre el personal, donde la personalidad de cada uno y sus peculiaridades se conocen por el resto de personas.
- Como desventaja podríamos decir que hay muchas normas de comportamiento creadas entre el personal más antiguo del hospital que dificultan en cierta forma la creación de nuevas.

La valoración del trabajo en equipo interdisciplinar en función del tipo de contrato no ha tenido como resultado ninguna significación inferior a 0.05.

La media total de la valoración del trabajo en equipo interdisciplinar ha sido la siguiente:

	<b>MEDIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Funcionario/Laboral</b>	<b>3.77</b>	<b>70%</b>
<b>Interino/Temporal</b>	<b>3.90</b>	<b>30%</b>

Apuntábamos en la valoración de los resultados la importancia que el personal temporal tiene dentro de los equipos y como de alguna forma tiene la capacidad de ver con una perspectiva externa que les permite sacar nuevos caminos a seguir o nuevas posibilidades que quizá en el grupo no se habían planteado anteriormente.

### Conclusiones en función del lugar en el equipo interdisciplinar:

En el inicio de la formación de los equipos la jerarquía de responsabilidades dentro del equipo de enfermería que nace con la figura de la enfermera referente, costó de asimilar entre el resto del equipo de enfermería en especial de las enfermeras soporte, ya que de hecho el liderazgo del equipo de enfermería a partir de entonces lo asumiría la enfermera referente.

Con el paso del tiempo los equipos se han ido afianzando y este ligero malestar ha ido cediendo con la acertada y necesaria delegación de responsabilidades a la enfermera soporte por parte de la enfermera referente, así como el aumento de comunicación y entendimiento entre ambas figuras tan importantes como necesarias para el buen funcionamiento del equipo.

- la media de las valoraciones en general ha sido:

<b>Referente</b>	<b>4.1</b>
<b>Soporte</b>	<b>3.8</b>
<b>Noche</b>	<b>3.7</b>
<b>Media Total</b>	<b>3.9</b>

- La valoración más alta ha sido por parte de las enfermeras y auxiliares referente, seguido de las soporte y noche respectivamente.
- La **media total ha sido de 3.9** podríamos considerar esta media como un resultado muy bueno teniendo en cuenta la relativa juventud de los equipos.

Cabe destacar que el trazado en el gráfico 8 es muy parecido entre los enfermeros y auxiliares soporte y los referente, diferenciándose sólo en que la media de las valoraciones de los referente es superior en todo momento respecto a la media de la valoración de los soporte.

## **7. PROPUESTAS Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

---

Es importante dado el punto de vista de la dirección del hospital reforzar los avances de los equipos interdisciplinarios para así potenciar el crecimiento de los mismos. Facilitar las nuevas iniciativas, así como dar al alcance de los equipos los recursos necesarios para llevarlos a término.

Sería interesante contratar una consultoría externa al hospital para realizar un diagnóstico de la evolución actual de cada uno de los equipos.

Por parte de la dirección de enfermería, es fundamental seguir trabajando en la línea de supervisor clínico, como persona cercana a los equipos y más especialmente a la asistencia de enfermería.

Así como la dirección de enfermería está formada por un equipo de 4 personas (1 director y 3 supervisores), sería conveniente que la dirección médica tuviera un responsable en cada una de las unidades, la de agudos y la de crisis, como persona de enlace entre los médicos de base y el director médico.

## **8. BIBLIOGRAFIA**

---

### **Libros:**

- Antons K. Práctica de la dinámica de grupos. 2ª ed. Barcelona: Herder, 1981.
- Brown A. Treball en equip. 1ª ed. Barcelona: Pòrtic, 1988.
- Douglass M, Douglass D. El management del tiempo en el trabajo en equipo. 1ª ed. Barcelona: Paidós empresa 35, 1997.
- Dyer W. Formación de equipos. 2ª ed. México: Addison-Wesley Iberoamericana, 1998.
- Fernández N. Dirección de equipos de trabajo en las organizaciones. 1ª ed. Madrid: Civitas, 1999.
- López A. Como dirigir grupos con eficacia. Madrid: CCS, 1997.
- Napier R, Gershefeld M. Grupos: teoría y experiencia. 2ª ed. México: Trillas, 1987.
- Surdo E. La magia de trabajar en equipo. 1ª ed. Madrid: S&A, 1997.
- Fuster J. La asistencia psiquiátrica en Cataluña una perspectiva histórica. 1ª ed. Barcelona: Espaxs, S.A. 1989.
- Organización Mundial de la Salud. Aprender juntos a trabajar juntos por la salud. Ginebra, 1988.
- William G. Dier. Formación de equipos. 2ª ed. Madrid: Addison\_Wesley Iberoamericana. 1973.

- Grouart.B, Meston.F. Reingeniería del cambio.1ª ed. Barcelona: Marcombo,S.A.1995.

### Artículos:

- Oriol y Bosch. Del aprendizaje y el cambio. Revista Rol de Enfermería 1994; octubre, I(194):13-18.
- Pacheco G.Los espacios de la Enfermera de Salud Mental. Metas 1999, Junio, I(16):41-49.
- *Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Memòria 1995. Barcelona 1996.*
- *Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Memòria 1996. Barcelona 1997.*
- *Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Memòria 1997. Barcelona 1998.*
- *Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Memòria 1998. Barcelona 1999.*
- Tizón.J.L. Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental. Atención Primaria 1995, XVI(3): 105-114.
- Leal Rubio J. La construcción de lo grupal en los equipos de trabajo: la participación de los profesionales. *Revista de Treball Social* 1994,(113): 58-65.
- Muñoz R, Noguera A. El equipo interdisciplinar, de la teoría a la práctica.Trabajo presentado para el Master de gestión y administración en enfermería. Barcelona 1996.
- Natali P. Fronteras y uso del espacio e interacción social en una institución psiquiátrica. No Publicado. Barcelona 1994.

- Escribano J, Cuixart I, Puig M, Armengol J, Sanchís R. La enfermera de referencia: pieza clave en el modelo del instituto psiquiátrico. Trabajo presentado al XVII Congreso de Psiquiatría y Salud Mental en enfermería. Zaragoza 2000.
- Vila LL. La dinàmica de grup i el treball en equip. Enfermería geriátrica y gerontología 1993; Marzo, (8): 26.
- Trabajo en equipo interdisciplinar en el hospital. Nursing 1996; Marzo, XIV(3): 4.
- Cómo hemos conseguido trabajar en equipo. Comunicación interactiva. Rev AE Enferm Urolog 1999; Julio,(72): 7-11.
- Trabajo en equipo eje central en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 1996; enero-marzo, VII (1): 1-2.
- Gestión del cambio organizacional en enfermería. Desarrollo Científico Enfermero 1999; Agosto, VII(7): 195-199.
- Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental. Atención Primaria 1995; junio, XVI(2): 2-3.
- Sobre la necesidad de trabajo en equipo. Comunic. Enferm. 1998; II(13):2-3.
- Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en centros de salud. Atención Primaria 1999; Marzo, XXIII(4): 192-197.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**



## DIRECCIÓ D'INFERMERIA

### **PRINCIPIS ESTRATÈGICS què es pretenen, com a mètode organitzatiu, en l'implantació de l'INFERMER/A i AUXILIAR DE REFERÈNCIA en el nostre Centre.**

- **Proposa que cada malalt estigui a càrrec d'un metge i d'una única Infermera/er, responsables directes de la seva assistència i ella/ell en tot el que fa referència a la planificació dels cuidados. Això ha de facilitar el seguiment del malalt i la personalització de l'atenció.  
Constarà en la documentació clínica del malalt el nom d'ambdós professionals.**
- **Aquesta infermera /er és la responsable del procés d'atenció de cada malalt. (Acollida, Seguiment i Alta), i referent de disponibilitat i atenció a les famílies. És qui observa, detecte problemes, marca objectius, planifica les accions encaminades a assolir-los i n'avalua els resultats.**
- **Organitzativament es basa en la responsabilització directe de cada infermera/er i auxiliar de referència dels cuidados d'un grup de malalts d'un SECTOR determinat.**
- **Suposa responsabilitzar-se en un sentit HOLÍSTIC de la persona, de tot el procés de cuidados, que necessàriament ha de produir millors resultats en el tenir cura del malalt i satisfacció professional de la infermera/er i auxiliar. Tot realitzat sota un enfoc d'infermeria "relacional" i de RELACIÓ D'AJUDA.**
- **Aquest nou mètode organitzatiu, no vol dir que el reste d'infermeria d'una Unitat, deixi d'atendre als malalts assignats a les infermeres/rs de referència, molt el contrari, tothom ha d'oferir suport i participar responsablement en els cuidados planificats per aquestes. Malgrat tot en situacions justificades convenientment, una infermera/er que no sigui la de referència podrà realitzar, segons el seu criteri, algún canvi en la planificació establerta.**



- **Tot el personal d'infermeria s'ocupa d'un grup determinat de malalts de la seva Unitat i treballa i participa de les decisions respecte a cada un dels seus malalts en constant interacció amb els professionals d'altres disciplines i que també tenen responsabilitat en el procés d'atenció.**
- **Entenem que l'eix fonamental de cohesió, participació activa, col·laboració i responsabilitat de tots els professionals és el TREBALL EN EQUIP INTERDISCIPLINAR per tal de dissenyar adequadament els PLANS TERAPÈUTICS INDIVIDUALITZATS.**

**"EQUIP, ENTES COM A ESPAI D'INTERCANVI I ANÀLISI DE L'ACTIVITAT DELS PROFESSIONALS PER ACONSEGUIR UNA ASSISTÈNCIA INDIVIDUALITZADA, INTEGRAL I INTEGRADA."**

- **Per tal d'aconseguir tot l'exposat, la infermeria ha de participar activament en les REUNIONS D'EQUIP i la Infermera/er de referència tenir cura de complimentar el DOSSIER D'INFERMERIA de cada malalt on es registren els PROBLEMES- NECESSITATS detectats, OBJECTIUS consensuats i totes les ACCIONS planificades per la resolució de la situació de "crisi".**

### **BIBLIOGRAFIA:**

- 1) **Antolí i Sasot J. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. ENFERMERIA CLINICA, vol. 8 núm 2. Abril-Mayo 1998.**
- 2) **Perfil de la ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL y del/la AUXILIAR DE ENFERMERIA PSIQUIÀTRICA. Asociación de Enfermería en Salud Mental (Grup Català) y Associació d'Auxiliars /Curadors Psiquiàtrics de Catalunya. MASSON 1995.**
- 3) **Àrea de Salut Pública i Consum. Torribera (Diputació de Barcelona), MODEL D'ATENCIÓ INTEGRAL PER A PACIENTS AGUTS DE PSIQUIATRIA DELS SERVEIS ASSISTENCIALS TORRIBERA. Octubre de 1998.**



- 4) Vilà Vendrell A. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. **ENFERMERÍA CLÍNICA** Vol. 7 núm. 13. Mayo-Junio 1997.
- 5) García Bañón A.M., Sebastián Iglesias M<sup>a</sup>J. etc. La enfermera clínica especialista como consultora. **ENFERMERÍA CLÍNICA**, Vol. 7 núm 5. Septiembre-Octubre 1997.
- 6) Siles González J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. **ENFERMERÍA CLÍNICA**, Vol. 7 núm 4. Julio-Agosto 1997.
- 7) Teixidor Freixa M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. **ENFERMERÍA CLÍNICA**, Vol. 7 Núm 3. Mayo-Junio 1997.
- 8) Gallego Riestra S. Los deberes médicos y de los profesionales sanitarios. **TODO HOSPITAL/ 142** Diciembre 1997.
- 9) Martínez Aguado L.C. Análisis de los Derechos y Deberes de los Pacientes. **TODO HOSPITAL / 142** Diciembre de 1997.
- 10) Jover S., Admetlla I. Reflexiones a partir de las dificultades en la formación para el trabajo en equipo. Internet.

**Barcelona, Gener 1999**

## **ANEXO 2**

**DIRECCIÓ D'INFERMERIA****CARACTERÍSTIQUES BÀSIQUES DE LA INFERMERIA DE REFERÈNCIA.****INFERMER/A I AUXILIAR DE REFERÈNCIA: RESPONSABLES DE L'ATENCIÓ D'INFERMERIA.**

- \* **Continuïtat d'atenció d'infermeria i facilitar la formulació d'objectius.**
- \* **Responsabilitat assistencial de la infermera/er i auxiliar de referència, respecte al procés d'atenció de cada malalt. (Acollida, Seguiment i Alta).**
- \* **Personalitzar i individualitzar el pla de cuidados.**
- \* **Coordinació, malgrat el canvi de torn garantir continuïtat en el procés d'atenció per mitjà d'una bona comunicació entre infermera- auxiliar i el reste de personal.**
- \* **Participació activa en els Equips interdisciplinars.**
- \* **Informació i comunicació amb les famílies.**
- \* **Participació en els Grups terapèutics.**
- \* **Seguiment de les activitats ocupacionals.**
- \* **Incrementar el nivell de qualitat d'atenció i satisfacció dels usuaris.**
- \* **Augmentar la satisfacció, formació i desenvolupament professional.**

**Barcelona, Gener 1999**

## **ANEXO 3**



## **GRUP DE TREBALL: ACTIVITATS OCUPACIONALS**

### **OBJECTIUS:**

- ◆ **Elaborar un projecte de l'Institut Psiquiàtric que contempli el desenvolupament d'activitats ocupacionals integrades, com a instrument terapèutic, en el procés global d'atenció al malalt.**
- ◆ **Definir el rol i tasques a realitzar pels diferents professionals en que compte la institució, per tal d'iniciar algunes activitats del projecte.**
- ◆ **Consensuar els mecanismes de comunicació en els Equips de Sector, per tal de poguer transmetre el procés terapèutic del malalt en les diverses activitats ocupacionals en les que ha participat.**
- ◆ **Delimitar els espais arquitectònics necessaris per el ple desenvolupament de les activitats ocupacionals en el sí de l'Institut.**

### **Grup de treball:**

**Grup format per: Roberto Bataller, Carme Daura, Santi Domenech, Manel Gràcia, Isabel Gutierrez, Carme Masferrer, Manel Puig, Rosa Ros i Joan Vegué.**

### **Pla de treball:**

- ▣ **Reunions periòdiques a concretar: freqüència, dies i hora, en la primera reunió de treball.**
- ▣ **Presentar, segons els objectius proposats, un projecte general i el rol i tasques dels diferents professionals.**
- ▣ **Divulgar els documents de síntesi, elaborats, a la resta de professionals de l'Institut.**

## **ANEXO 4**



## **GRUP DE TREBALL: SECTORITZACIÓ INTERNA**

### **OBJECTIUS:**

- ▣ **Establir mètodes de treball que permetin superar una dinàmica de funcionament aïllat entre els diferents professionals.**
- ▣ **Elaborar criteris generals interdisciplinars d'assistència i organització en les unitats sectoritzades.**
- ▣ **Definir funcions concretes i espais d'interrelació en el si de cada unitat de sector.**

### **PLA DE TREBALL:**

- ◆ **Reunions periòdiques (a concretar: freqüència, dies i hora, en la primera reunió del grup), durant el segon trimestre del 99.**
- ◆ **Plasmar, segons els objectius proposats, els criteris de funcionament del procés d'hospitalització en un document consensuat pel grup de treball.**
- ◆ **Divulgar al reste de professionals del Centre el document elaborat.**

### **REUNIÓ:**

**DIA: 25 de Març (dijous)**

**HORA: 9,30**

**LLOC: Biblioteca.**

## **ANEXO 5**

## **¿TRABAJAMOS SOLOS?**

Este **cuestionario** es un instrumento de un proyecto de investigación diseñado **para conocer en qué momento se halla el trabajo en equipo en el Instituto Psiquiátrico.**

Su colaboración es muy importante, ya que la suma de sus aportaciones nos permitirán evaluar **ventajas o desventajas en el sistema de trabajo actual**, percibido desde cada uno de los profesionales (ya sean médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería) que trabajan, día a día, en los equipos interdisciplinares.

Cada una de sus aportaciones permitirá conocer cuál es, desde su punto de vista, **el nivel de calidad de cuidados** y la adecuación de ellos en el contexto que envuelve el enfermo mental en la actualidad.

Con el estudio detallado de este cuestionario, podremos evaluar también si el **grado de satisfacción y enriquecimiento personal** de cada uno de los profesionales, ha cambiado desde que se puso en marcha el cambio organizativo en el hospital en marzo de 1999 y se comenzó el trabajo en equipo interdisciplinar.

En el cuestionario **no consta su nombre**, garantizando con ello la confidencialidad de los datos, por tanto le pedimos que conteste con la máxima **sinceridad** para que el resultado del estudio sea lo más cercano posible a la realidad.

Les agradecemos de antemano su colaboración.

**1. Género**

- 1. Masculino
- 2. Femenino

**2. Edad ..... años**

**3. Estado civil**

- 1. Soltero
- 2. Casado/en pareja
- 3. Separado/divorciado
- 4. Otros

**4. Profesión**

- 1. Médico
- 2. Enfermera
- 3. Auxiliar enfermería
- 4. Trabajador social
- 5. Psicólogo

**5. Experiencia en otros centros con la misma categoría profesional** n° ..... años

**6. Experiencia en el centro actual con la misma categoría profesional** n° ..... años

**7. Si es enfermera o auxiliar de enfermería (señala con una X)**

- |           |                          |                    |                          |
|-----------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Turno     |                          | Lugar en el equipo |                          |
| 1. Mañana | <input type="checkbox"/> | 1. Referente       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tarde  | <input type="checkbox"/> | 2. Soporte         | <input type="checkbox"/> |
| 3. Noche  | <input type="checkbox"/> |                    |                          |

**8. Tipo de contratación:**

- 1. Funcionario/laboral
- 3. Interino/ en prácticas

**9. Actividades de formación continua realizadas en los últimos 3 años**

Curso	Horas	Institución organizativa	Año

Valore los siguientes enunciados teniendo en cuenta que el 1 es el menor grado y el 4 el mayor. (Señale con un círculo la respuesta más conveniente).

- |   |                  |
|---|------------------|
| <b>10. Oportunidad de formación que ofrece la empresa</b>             | <b>1-2-3-4-5</b> |
| <b>11. Sistema de trabajo actual (equipos de sectorización)</b>       | <b>1-2-3-4-5</b> |
| <b>12. Percepción sobre el prestigio actual exterior del hospital</b> | <b>1-2-3-4-5</b> |
| <b>13. Percepción sobre el clima laboral del hospital</b>             | <b>1-2-3-4-5</b> |

Valore, de nuevo, sabiendo que el 1 es la puntuación mínima y el 5 la máxima. (Marque con una X en la casilla correspondiente).

ITEM	1	2	3	4	5
14. Grado de preferencia que tengo hacia el trabajo en equipo					
15. Grado de conocimientos respecto al trabajo en equipo					
16. Grado de influencia del equipo de trabajo hacia mí					
17. Grado de aportación que me ofrece el equipo de trabajo					
18. Grado de motivación que me ofrece el equipo de trabajo					
19. Grado de calidad que ofrece al usuario trabajar en equipo					
20. Grado de participación de todos los miembros del equipo					
21. Grado de interés en el trabajo en equipo por parte de todos los miembros del equipo					
22. Grado de libertad de los componentes del equipo int para expresarse abiertamente					
23. Grado de atención prestada por los componentes del equipo int al trabajo que están efectuando					
24. Grado de eficacia de los componentes del equipo int para desarrollar el trabajo en equipo					
25. Grado de organización del trabajo int entre los miembros del equipo					
26. Grado de entendimiento entre los componentes del equipo					
27. Grado de confianza mutua en el equipo					
28. Grado de tolerancia entre los componentes del equipo					
29. Grado de escucha entre los componentes del equipo					
30. Grado de comunicación entre los miembros del equipo					
31. Grado de sinceridad entre los miembros del equipo					
32. Grado de integración de los miembros del equipo					
33. Grado de apoyo mutuo en el equipo					
34. Grado de liderazgo en el equipo					
35. Grado de flexibilidad entre los miembros del equipo					
35. Grado de autonomía de los miembros del equipo					