



ORIGINAL

Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios

M. Del Barrio Linares^{a,*} y M. Reverte Sanchez^b

^aUnidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria de Navarra, Navarra, España

^bServicio de Ginecología del Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 14 de diciembre de 2009; aceptado el 29 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Unidad de cuidados intensivos;
Trabajo en equipo;
Actitudes

Resumen

Introducción: El trabajar en equipo ha demostrado tener una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado proporcionado al paciente y en consecuencia en el coste hospitalario.

Objetivos: 1) Evaluar las actitudes hacia el trabajo en equipo de las enfermeras y médicos de 6 UCI en 2 hospitales universitarios. 2) Analizar si existen relaciones entre las actitudes hacia el trabajo en equipo y las variables sociodemográficas. 3) Analizar si existen diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo entre los profesionales de las distintas unidades.

Método: Este estudio prospectivo descriptivo evaluó en 136 profesionales las actitudes hacia el trabajo en equipo mediante la escala desarrollada por Heinemann et al, en 1999. Consta de 3 subescalas que miden el valor de ser equipo, la eficiencia del equipo y la función de colaboración del médico dentro del equipo.

Resultados: La mayoría de los profesionales tenían una actitud positiva hacia el trabajo en equipo, la puntuación media que obtuvieron para el total de la escala fue de 97,01 para un máximo de 120 puntos. Con relación a las variables sociodemográficas solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo y en la categoría profesional, al tener unas mejores actitudes hacia el trabajo en equipo las mujeres y las enfermeras. No ha habido diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo en las diferentes unidades.

Conclusión: La actitud hacia el trabajo en equipo de los médicos y enfermeras de las 6 UCI ha sido buena no encontrándose diferencias en las actitudes entre los profesionales de las distintas unidades.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdelbarrio@unav.es (M. Del Barrio Linares).

KEYWORDS

Intensive critical unit;
Teamwork;
Attitudes

Evaluation of the teamwork in six intensive care units of two university hospitals**Abstract**

Introduction: It has been demonstrated that teamwork has a direct positive effect on the quality and the efficiency of patient's care and consequently on hospital costs.

Objectives: 1. To assess attitudes toward the teamwork of nurses and physicians of 6 ICUs in two teaching hospitals. 2. To analyze if there are any relationships between attitudes toward teamwork and socio-demographic variables. 3. To study if there are differences in the attitudes toward teamwork among professionals of the different units.

Method: This prospective study evaluated the attitudes of teamwork of 136 professionals with the scale development by Heinemann et al. in 1999. This scale is made up of three subscales that measure the value of being in a team, the efficiency of the team and the function of collaboration of the physician within the team.

Results: The majority of professionals had a positive attitude towards teamwork. They obtained a mean score of 97.01 for a maximum of 120 points. In regards to sociodemographic variables, statistically significant differences were only found in gender and professional category, as women and female nurses had better attitudes toward teamwork. There were no differences in attitudes towards teamwork in the different units studied.

Conclusion: Attitude toward teamwork by physicians and nurses of the 6 ICUs studied was good. No differences were found between attitudes toward teamwork among the professionals of the different units.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

El trabajar en equipo demuestra tener una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado proporcionado al paciente, así como en su seguridad e incluso en los costes^{1,2}, al disminuir la estancia hospitalaria y mejorar los resultados del paciente. Además, el trabajo en equipo tiene otros beneficios que repercuten, por un lado, en los profesionales como son: la disminución del estrés, el aumento de su satisfacción y el incremento de su desarrollo, y por otro lado, en la institución con la optimización de los recursos, una mejor planificación del futuro con soluciones creativas en la resolución de los problemas, la disminución de los costes y en definitiva, llevar a cabo un trabajo de mejor calidad³⁻⁹.

McCallin¹⁰, en una amplia revisión bibliográfica sobre el trabajo en equipo, recoge la revisión conceptual sobre el trabajo en equipo que realizó Kane en 1975 y encuentra una serie de temas recurrentes en los diferentes estudios, estos son: tener objetivos comunes que hayan sido pensados entre todos, reconocer la contribución específica de cada uno de los otros profesionales al trabajo en equipo y favorecer entre ellos una buena comunicación, coordinación y colaboración. En definitiva, no se trata de trabajar como un grupo de personas juntas, sino que entre ellas exista una unidad¹⁰. Además, otros investigadores señalan como factores que contribuyen a un trabajo en equipo la actitud positiva, la confianza y el respeto mutuo, así como la participación conjunta en la toma de decisiones¹¹⁻¹³. Asimismo, al compartir los miembros del equipo conocimientos y habilidades permite que exista una sinergia que influya positivamente en el cuidado del paciente³. Por otro lado, en otros trabajos se hace referencia a los valores que

debe tener la institución, a la estructura organizacional de tipo horizontal y al apoyo institucional para trabajar en equipo^{10,14}.

Esto que parece que debería ser una realidad entre todos los integrantes del sistema sanitario, en la práctica diaria del ámbito hospitalario es difícil de conseguir². Una cierta explicación se puede encontrar en una comprensión distinta del concepto de «trabajo en equipo» por parte de cada uno de los profesionales^{10,11}. Para resolver este problema, algunas investigaciones proponen, que ya desde el ámbito académico, en el currículum base de los estudiantes de medicina y de enfermería, se fomente el conocimiento de la identidad profesional del otro sin perder la propia y se imparta una formación sobre el trabajo en equipo^{2,11,14}. Otra de las barreras para trabajar en equipo en el ámbito sanitario es el predominio del poder médico que influye en la interacción en los equipos^{11,15}. Además, en algunas ocasiones los profesionales centran más su atención en su crecimiento curricular, que en las necesidades del paciente, lo que dificulta también poder trabajar en equipo^{5,10}.

El trabajar en equipo tiene especial importancia en las UCI como muestran los resultados de diversas investigaciones, en las que se obtienen una mejora en el cuidado del paciente al tener una mayor información, desde distintos puntos de vista aportada por los diferentes profesionales y una disminución de los reingresos en estas unidades¹⁶⁻²¹.

La presente investigación se plantea como un estudio exploratorio para conocer la actitud hacia el trabajo en equipo que existe entre los miembros de 6 UCI. Conocer la actitud de los profesionales de estas unidades permitirá comprender el comportamiento que ellos tienen hacia el trabajo en equipo, lo que ayudará a establecer un diagnóstico sobre la cohesión de equipo que existe en estas

unidades. De este modo, se podrán establecer una serie de medidas que contribuyan o continúen fomentando el trabajo en equipo.

Los objetivos del estudio son:

1. Evaluar las actitudes hacia el trabajo en equipo de las enfermeras y médicos de 6 unidades de cuidados intensivos en 2 hospitales universitarios.
2. Analizar si existen relaciones entre las actitudes hacia el trabajo en equipo de las enfermeras y médicos y las variables sociodemográficas.
3. Analizar si existen diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo entre los profesionales de las distintas unidades.

Método

En este estudio se utilizó un diseño prospectivo descriptivo con el fin de evaluar las actitudes de trabajo en equipo de enfermeras y médicos de 6 UCI de 2 hospitales universitarios de nivel terciario, un hospital del sector público y otro del sector privado de 600 y 350 camas respectivamente. Las UCI donde se llevó a cabo el estudio disponen de 4–16 camas. La población accesible estaba compuesta por 208 enfermeras, residentes y médicos adjuntos de UCI. El criterio de inclusión para participar en la investigación fue llevar al menos 6 meses trabajando en la unidad. La muestra de conveniencia estuvo formada, finalmente, por 136 profesionales de UCI.

Se utilizó un cuestionario que constaba de 3 partes:

1. Para conocer las actitudes de los médicos y de las enfermeras para trabajar en equipo se empleó la escala *Actitudes Hacia el Trabajo en Equipo (Attitudes Toward Health Care Teams)* de 20 ítems desarrollada por Heinemann, Schmitt, Farrell y Brallier²² en 1999. Esta escala consta de 3 subescalas que miden las *actitudes hacia el valor de ser equipo* formada por 11 ítems, las *actitudes hacia la eficiencia del equipo* con 5 ítems y una última subescala sobre las *actitudes hacia la función de colaboración del médico dentro del equipo* con 4 ítems. Los grados de respuesta para cada ítem van desde 1 hasta 6, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Para obtener la puntuación total de la escala, se han invertido las puntuaciones de los 9 ítems negativos (ítem 1, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 16, 18). El rango de la escala es de 20 hasta 120 puntos. Una puntuación total elevada en el cuestionario indica una actitud positiva hacia el trabajo en equipo. La escala desarrollada por Heinemann et al²² en 1999 fue utilizada por Hyer et al²³ en 2000, para medir las actitudes de estudiantes de diferentes disciplinas que realizaban un programa de formación interdisciplinar en geriatría. En ambos estudios se obtuvieron unas buenas cualidades psicométricas de la escala. El resultado del análisis de fiabilidad alpha Cronbach obtenido en el presente estudio para la escala traducida fue de 0,72; para la subescala *actitudes hacia el valor de ser equipo* 0,78; para la subescala *actitudes hacia la eficiencia del equipo* 0,53 y para la subescala *actitudes hacia la función de colaboración del médico* 0,52.

2. Para obtener información sobre los datos sociodemográficos personales y profesionales de interés para el estudio se elaboró una parrilla de 11 preguntas donde fueron recogidos: la categoría profesional, la edad, el sexo, los años de experiencia profesional, los años de experiencia en UCI, los años que lleva trabajando en esa unidad, la unidad en la que trabaja, si el hospital donde trabaja es público o privado, el número de camas de cada unidad y si ha recibido formación sobre cómo trabajar en equipo.
3. Además, se formuló una pregunta abierta en la que cada uno de los profesionales podía explicar lo que significaba para él trabajar en equipo.

En cuanto a la recogida de datos, en primer lugar se realizó la traducción de los ítems de la lengua original (inglés) al español. Con el fin de asegurar una equivalencia conceptual en la traducción del instrumento se realizó en segundo lugar una traducción inversa de los ítems y una evaluación de la traducción por parte de 2 profesionales bilingües para su adecuación al contexto hospitalario español y finalmente un pretest del instrumento para valorar la comprensión de los ítems del cuestionario, con 8 enfermeras que estaban realizando un curso de especialización en cuidados intensivos. Tras la realización de dicho pretest, no fue necesario modificar la redacción de ninguno de los ítems. También se controló el tiempo empleado para cumplimentar el cuestionario que osciló entre 10–15 min. Además, se contó igualmente con la colaboración de las enfermeras gestoras de cada unidad de cuidados intensivos para la distribución y recogida de los cuestionarios, que se realizó entre el 15 de diciembre de 2007 y el 15 de enero de 2008. Con cada cuestionario se adjuntaba una carta explicativa del objetivo y de la importancia del estudio en la que se solicitaba la libre participación, así como una hoja de instrucciones sobre como cumplimentarlo. Los médicos y las enfermeras autocumplimentaron el cuestionario de forma anónima y el consentimiento se consideró implícito en los profesionales que lo devolvieron.

Para el análisis de los datos, en primer lugar se utilizó *estadística descriptiva*: medidas de frecuencia para las variables discretas (frecuencia y frecuencia relativa); medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, máximo y mínimo) para las variables continuas.

En segundo lugar, *estadística inferencial*: test de correlación de Pearson para analizar la relación entre la variable de interés actitud hacia el trabajo en equipo y la edad de los profesionales, así como con los años que llevan trabajando en la unidad; *t* de Student para muestras independientes para comparar la variable de interés actitud hacia el trabajo en equipo y el sexo, así como con la categoría profesional, el haber recibido formación o no sobre cómo trabajar en equipo y el hecho de trabajar en un hospital del sector público o privado; análisis de la varianza (ANOVA) para comparar la variable de interés actitud hacia el trabajo en equipo y la unidad en la que trabaja. La verificación de la consistencia interna de la escala de medida utilizada en este estudio se realizó determinando el coeficiente alfa Cronbach.

Los cálculos fueron realizados con el programa estadístico SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Los tests

estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

El análisis de contenido de la pregunta abierta permitió clasificar los comentarios en diferentes categorías.

Resultados

Un total de 136 profesionales de la salud, 29 médicos y 107 enfermeras, participaron en el estudio pertenecientes a 6 UCI (una unidad era del hospital privado y las otras 5 del hospital público) ambos hospitales son universitarios de tercer nivel. En la tabla 1 se presenta la distribución de los profesionales según las distintas unidades.

La edad media de los profesionales fue de 35,63 años, desviación estandar (DE)=9,38; mín 20-máx 60, la experiencia profesional se situó en una media de 12,98 años (DE=9,57; mín 1-máx 43), mientras que los años de experiencia en UCI fueron de 9,59 (DE=8,07; mín 1-máx 40) y la media de años trabajados en la Unidad de 8,71 (DE=7,48; mín 1-máx 39). Del total de los profesionales 111 eran mujeres y 25 eran hombres.

Con relación a haber recibido una formación específica de cómo trabajar en equipo 49 participantes sí la habían recibido, mientras que 86 contestaron no tenerla y un participante no contestó.

Puntuaciones obtenidas de la escala Actitudes hacia el trabajo en equipo

La puntuación global media obtenida para la escala actitudes hacia el trabajo en equipo por los 136 participantes del estudio, fue de 97,01 (DE=9,18; mín 69-máx 115), para un máximo de 120 y un mínimo de 20 puntos. El 75,70% (103 participantes) de la muestra obtuvo una puntuación mayor de 90, mientras que el 24,30% (33 participantes) de esta fue menor.

En las tablas 2-4 se presentan la distribución de los participantes según el acuerdo o desacuerdo en cada uno de los ítems de las 3 subescalas de las que consta la escala actitudes hacia el trabajo en equipo, así como las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems.

Para simplificar la presentación de los datos, los ítems que los participantes han puntuado con 1, 2 o 3 puntos se han agrupado como «desacuerdo» y aquellos que han sido

puntuados con 4, 5 o 6 puntos se han agrupado como «acuerdo».

Se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas: sexo, categoría profesional y la variable de interés actitudes hacia el trabajo en equipo, es decir, los hombres han obtenido puntuaciones más bajas en la escala actitudes hacia el trabajo en equipo que las mujeres ($t = -3,886$, $p < 0,001$), la puntuación media de las mujeres fue de 98,49 frente a los 91 puntos de media que obtuvieron los hombres; asimismo los médicos, también, han obtenido puntuaciones más bajas con respecto a las enfermeras ($t = -5,048$, $p < 0,001$), las enfermeras obtuvieron una puntuación media en la escala de 99,05 frente a los 90,25 puntos de media que obtuvieron los médicos.

Por otro lado, no se ha encontrado asociación entre las actitudes hacia el trabajo en equipo y la edad de los profesionales ($r = -0,079$, $p = 0,36$), ni con los años que los profesionales llevan trabajando en la unidad ($r = 0,084$, $p = 0,33$). Tampoco el haber recibido una formación específica de cómo trabajar en equipo ha estado relacionado con tener mejores actitudes hacia el trabajo en equipo ($t = 0,716$, $p = 0,475$), en las distintas unidades estudiadas no se han encontrado diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo (ver tabla 5), y por último tampoco se han encontrado diferencias en el hecho de que los profesionales trabajaran en un hospital público o privado ($t = -1,039$, $p = 0,301$).

Resultados obtenidos de la pregunta abierta del cuestionario

De los 136 profesionales de la Salud, 99 de ellos contestaron a la pregunta abierta sobre qué significaba para ellos trabajar en equipo, lo que representa una tasa de respuesta del 72,80%. Alguno de los comentarios, que hicieron los participantes, comprendía más de una característica de lo que es trabajar en equipo, por lo que fueron desglosados, dando lugar a un total de 125 comentarios. El análisis de contenido de los comentarios de los participantes ha permitido clasificarlos en diferentes categorías. La tabla 6 muestra las 7 categorías surgidas del análisis de los comentarios realizadas por los profesionales a la pregunta abierta, así como el número y porcentaje de comentarios incluidos en cada una de las categorías.

Tabla 1 Distribución de los profesionales y porcentaje de participación por Unidad

Tipo de unidad	Población accesible n=208	Participantes n=136	% de participación de los profesionales por Unidad
Polivalente*	55	55	100
Medicina Interna**	29	21	72,41
Quirúrgica**	29	21	72,41
Cardíaca**	46	17	36,96
Hepatología**	42	18	42,86
Nefrología**	7	4	57,14
Total	208	136	65,38

*Hospital privado.

**Hospital público.

Tabla 2 Distribución de los participantes según el acuerdo/desacuerdo en cada uno de los ítems, así como las puntuaciones medias de cada ítem de la subescala actitudes hacia la valoración del equipo (n= 136)

Actitudes hacia el valor de ser equipo	Acuerdo	Desacuerdo	Media	DE	Mín/ máx
2- El trabajo en equipo mejora la calidad del cuidado de los pacientes	133 (97,8%)	3 (2,2%)	5,64	0,79	1-6
3- Las reuniones de equipo fomentan la comunicación entre los miembros de distintas disciplinas dentro del equipo	128 (94,1%)	8 (5,9%)	5,41	0,93	1-6
5- Es más probable que los pacientes reciban unos cuidados integrales si son atendidos por profesionales que trabajan en equipo	132 (97,1%)	4 (2,9%)	5,60	0,80	1-6
7- Trabajar dentro de un equipo mantiene a la mayoría de los profesionales de la salud entusiasmados e interesados en su trabajo	118 (86,8%)	18 (13,2%)	4,82	1,17	1-6
9- El desarrollo de un plan de cuidados para el paciente con otros miembros del equipo evita errores en la administración de dichos cuidados	128 (94,1%)	8 (5,9%)	5,01	0,98	2-6
11- Los profesionales de la salud que trabajan en equipo responden mejor que el resto (los que no trabajan en equipo) tanto a las necesidades emocionales de los pacientes como económicas de los pacientes	108 (81,2%)	25 (18,8%)	4,58	1,23	1-6
14- El consenso entre los miembros del equipo ayuda a tomar las mejores decisiones en el cuidado del paciente	133 (98,5%)	2 (1,5%)	5,50	0,69	3-6
16- Los pacientes que reciben cuidados de los profesionales que trabajan en equipo están mejor preparados para ser dados de alta que los pacientes que reciben cuidados de los profesionales que no trabajan en equipo	99 (72,8%)	37 (27,2%)	4,26	1,20	1-6
18- El trabajo en equipo hace que la administración de los cuidados sea más eficiente	132 (97,8%)	3 (2,2%)	5,39	0,80	1-6
19- El trabajar en equipo permite a los profesionales de salud conocer las necesidades tanto de los familiares como las de los pacientes	124 (91,9%)	11 (8,1%)	5,16	1,02	1-6
20- El hecho de tener que informar al resto del equipo ayuda a sus distintos miembros a comprender mejor el trabajo de los otros profesionales de la salud	133 (98,5%)	2 (1,5%)	5,43	0,69	3-6

n=135 en los ítems 14,18,19, 20; n=133 en el ítem 11.

Tabla 3 Distribución de los participantes según el acuerdo/desacuerdo en cada uno de los ítems, así como las puntuaciones medias de cada ítem de la subescala actitudes hacia la eficiencia del equipo (n= 136)

Actitudes hacia la eficiencia del equipo	Acuerdo	Desacuerdo	Media	DE	Mín/ máx
1- Trabajar en equipo complica innecesariamente las cosas la mayoría de las veces	3 (2,2%)	132 (97,8%)	1,33	0,72	1-5
8- Los pacientes están menos satisfechos con los cuidados recibidos cuando éstos son administrados por profesionales que trabajan en equipo	9 (6,6%)	127 (93,4%)	1,62	1,02	1-6
10- Cuando se desarrollan planes de cuidados interdisciplinarios para el paciente, la mayor parte del tiempo se pierde en traducir el lenguaje (jerga) de las otras disciplinas	21 (15,7%)	113 (84,3%)	2,34	1,09	1-6
12- El desarrollo de un plan interdisciplinar de cuidados para el paciente supone un gasto de tiempo excesivo	25 (18,4%)	111 (81,6%)	2,28	1,33	1-6
15- La mayoría de las veces, el tiempo necesario para las reuniones de equipo podría ser invertido de otra forma	37 (27,4%)	98 (72,6%)	2,82	1,38	1-6

n=135 en el ítem 1,15; n=134 en el ítem 10.

Tabla 4 Distribución de los participantes según el acuerdo/desacuerdo en cada uno de los ítems, así como las puntuaciones medias de cada ítem de la subescala actitudes hacia la función compartida del médico en el equipo (n=136)

Actitudes hacia la función de colaboración del médico dentro del equipo	Acuerdo	Desacuerdo	Media	DE	Mín/máx
4- Los médicos tienen derecho a alterar el plan de cuidados del paciente que ha establecido el equipo	39 (28,7%)	97 (71,3%)	2,88	1,31	1-6
6- El fin primordial del equipo es ayudar al médico a alcanzar los objetivos de tratamiento para el paciente	51 (38,1%)	83 (61,9%)	3,22	1,62	1-6
13- El médico no debería tener siempre la última palabra en las decisiones tomadas por el equipo de salud	92 (67,6%)	44 (32,4%)	4,26	1,64	1-6
17- Los médicos son líderes naturales del equipo	54 (39,7%)	82 (60,3%)	3,10	1,64	1-6

n=134 en el ítem 6.

Tabla 5 Test de ANOVA entre la variable tipo de unidad y la actitud hacia el trabajo en equipo

Tipo de unidad	Puntuación global media	DE	ANOVA	
			F	p
Polivalente	98,00	9,98	1,233	0,297
Medicina Interna	92,76	6,61		
Quirúrgica	98,62	9,09		
Cardíaca	96,06	10,24		
Hepatología	97,78	7,86		
Nefrología	97,75	8,81		

Tabla 6 Categorías surgidas de los comentarios de la pregunta abierta realizados por los profesionales, n.º y porcentaje de comentarios incluidos en cada una de las categorías

Categoría	N.º Comentarios	%
Buena comunicación entre los miembros del equipo	37	29,6
Colaboración y coordinación	29	23,2
Participación conjunta en la toma de decisiones	23	18,4
Tener objetivos comunes en el equipo	19	15,2
Reconocer la contribución específica que tiene cada uno de los otros profesionales al equipo	10	8
Respeto mutuo	5	4
Confianza	2	1,6
Total	125	100

La categoría con mayor número de comentarios correspondió a que exista una *buena comunicación entre diferentes miembros del equipo*, algunos de los profesionales señalaron que era el requisito previo para que se dieran otros elementos del trabajo en equipo, mientras que otros

expresaban que la comunicación era un valor tan importante que lo consideraban como un sinónimo de trabajo en equipo. Las características que los profesionales señalaban para que exista una buena comunicación eran: tener en cuenta las reflexiones hechas por los distintos componentes del equipo, mantener una actitud de diálogo y una escucha activa por parte de todos los integrantes del equipo, así como de disponer de un lugar en el trabajo para el intercambio de ideas entre los profesionales, que hagan que la comunicación sea más fluida y eficaz. Además, señalaban que la comunicación es un vehículo de resolución de dudas, donde se puede aprender, enseñar y comprender mejor el trabajo de los demás.

A continuación, esta categoría se ilustra con algunos de los comentarios textuales escritos por los profesionales del estudio:

«Para mi, trabajar en equipo supone una buena comunicación interdisciplinaria y tener en cuenta las reflexiones de estos» (participante 10).

«Tener actitud de diálogo, comunicación, estar disponible, ser capaz de escuchar... saber valorar lo que los demás tienen que aportar» (participante 12).

La segunda categoría, con relación al número de comentarios, fue la que hace alusión a la *colaboración y coordinación* que debe existir en el trabajo en equipo, como forma efectiva de resolución de problemas y así conseguir la unificación de objetivos en el cuidado del paciente. Muchos de los participantes del estudio ven una clara relación entre esta categoría y la anterior. Los siguientes comentarios reflejan textualmente las ideas de los participantes:

«Es la colaboración entre los distintos equipos de salud cuyo objetivo está encaminado a que el paciente reciba los mejores cuidados y tratamiento que le convenga en su situación actual» (participante 7).

«Mantener una colaboración entre el equipo interdisciplinaria para que el trabajo sea más eficaz gracias a que se comparte información y se unifiquen criterios. El resultado es más eficaz» (participante 24).

«Trabajar en equipo es trabajar de forma coordinada y aunar esfuerzos para alcanzar un objetivo común» (participante 29).

En tercer lugar, en la categoría *participación conjunta en la toma de decisiones*, los participantes se referían a tener un tiempo para reunirse, analizar los problemas del paciente desde distintos puntos de vista, consensuar las actuaciones y

acordar entre todos un plan de cuidados conjunto. Los siguientes comentarios documentan esta categoría:

«Elaborar y llevar a cabo un plan de cuidados interdisciplinar para satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente y de su familia» (participante 13).

«Trabajar de manera conjunta teniendo en cuenta las opiniones de todos los profesionales para conseguir el mejor estado posible del paciente. Los pacientes no son propiedad privada de nadie y las órdenes... deben ser consensuadas no autoritarias. Se trabaja por y para el paciente. Ese es el fin del trabajo en equipo» (participante 36).

La cuarta categoría que se desprende de los comentarios de los profesionales fue *tener objetivos comunes*. Algunos participantes expresaban esta categoría como el tener unos objetivos comunes para lograr una mayor eficacia en la atención al paciente, mientras que otros lo hacían, de una forma más amplia, refiriéndose al objetivo último, tanto para la enfermera como para el médico, que es el paciente. Estas ideas se reflejan en los siguientes comentarios:

«...conocer las necesidades del paciente y plantear unos objetivos comunes para lograr eficacia en los cuidados y mejorar la calidad de los mismos» (participante 22).

«Colaborar con un conjunto de personas que quieren conseguir un mismo objetivo, la atención integral del paciente, con una cierta autonomía y responsabilidad de cada uno de los miembros» (participante 97).

Las siguientes categorías han agrupado un menor número de comentarios. La quinta categoría se refiere a reconocer la contribución específica que tiene cada uno de los otros profesionales con el equipo, y que queda reflejado por los siguientes comentarios:

«Trabajar en equipo es entender y comprender el trabajo de los demás miembros del equipo» (participante 25).

«Existe trabajo en equipo cuando cada profesional comprende lo que el trabajo de otro profesional aporta a su propio trabajo, en el objetivo común que es la atención de cada paciente y familia... cuando se trabaja en equipo se reconoce el valor del trabajo de otro profesional» (participante 35).

La sexta categoría se refiere al, *respeto mutuo*, los participantes expresaron este valor en un doble sentido, por un lado, el tener en cuenta el trabajo de cada uno de los otros profesionales y por otro lado, el respeto que debe existir en toda relación personal. Los comentarios expuestos a continuación expresan los matices descritos:

«Que haya respeto entre las diferentes categorías profesionales» (participante 63).

«Conocer y respetar el trabajo del compañero...» (participante 1).

Por último, la séptima categoría recoge los comentarios de los participantes que reflejaron la idea de la *confianza* entre los distintos miembros del equipo, como característica clave para poder trabajar en equipo. Como se puede apreciar en las siguientes expresiones:

«Para que exista trabajo en equipo es imprescindible la confianza y la colaboración entre cada uno de los profesionales. La confianza es la condición que hace que en un equipo exista cohesión, es decir unidad» (participante 35).

«Trabajar con todos sus miembros, cada uno a su nivel profesional de forma coordinada y con un objetivo común y siempre con el respeto y confianza mutuos» (participante 34).

Discusión

Al analizar los resultados obtenidos, se puede afirmar que la mayoría de los participantes del estudio tienen una amplia experiencia dentro del mismo equipo, ya que llevan una media de 9 años trabajando en la misma unidad, lo que nos hace pensar que, la percepción de trabajar en equipo por estos profesionales les ha permitido valorar con rigor su actitud para trabajar en equipo al llevar estos, tiempo constituidos.

De los resultados de este trabajo se desprende que la mayoría de los profesionales del estudio tienen una actitud positiva hacia el trabajo en equipo, que queda reflejado por la alta puntuación obtenida en la escala que mide las actitudes hacia el trabajo en equipo.

Concretamente, en *las actitudes hacia el valor de ser equipo* se aprecia que prácticamente la totalidad de los profesionales están de acuerdo que trabajar en equipo mejora la calidad del cuidado, pudiendo proporcionar al paciente unos cuidados integrales y más eficientes. El hecho de trabajar en equipo favorece el consenso entre médicos y enfermeras, lo que ayuda a conocer mejor las necesidades del paciente y evita así errores en el plan de cuidados y tomar las mejores decisiones para él; también contribuye a comprender mejor el trabajo de los otros profesionales de la salud y fomentar y favorecer la comunicación entre ellos. En otras palabras, los participantes del estudio creen que los cuidados proporcionados al trabajar en equipo mejoran los resultados de los pacientes. En el estudio de McHugh⁷ et al en el que analizan cómo influye el trabajo de un equipo interdisciplinar en la estancia de los pacientes postquirúrgicos, encuentran que esta se ha reducido a la mitad desde que se constituyó el equipo interdisciplinar. Otros autores²¹ señalan que la disminución de la estancia hospitalaria tiene una repercusión directa en la reducción de los recursos y en consecuencia en los costes generados.

Por otra parte, en *las actitudes hacia la eficiencia del equipo* también la mayoría de los profesionales, estaban de acuerdo en que trabajar en equipo y realizar un plan interdisciplinar no suponía un gasto excesivo de tiempo o que el tiempo que se dedica a las reuniones de equipo estaba bien invertido.

Con respecto a *las actitudes hacia la función de colaboración del médico dentro del equipo*, llama la atención encontrar que en esta subescala, un 40% de los participantes, tanto médicos como enfermeras, mostró una actitud menos positiva hacia el trabajo en equipo. Tal vez este hallazgo se puede explicar por la posición jerárquica que el médico ha tenido, hasta hace poco tiempo, dentro del equipo y además, por la subordinación que existía por parte de las enfermeras hacia los médicos.

Al comparar estos resultados con los obtenidos por Leipzig et al²⁰, en el que en una muestra de 591 profesionales de la salud se utilizó esta misma escala, se encuentran unos resultados similares, ya que, como en el presente estudio, las puntuaciones mejores las obtuvieron en la subescala actitudes hacia el valor de ser equipo, seguida de las actitudes hacia la eficiencia del equipo y en último lugar, en la subescala actitudes hacia la función compartida del médico en el equipo en la que también encontraron divergencias entre los profesionales.

Los comentarios realizados a la pregunta abierta sobre lo que significa trabajar en equipo, en su mayoría, refuerzan las ideas expresadas en los ítems de la escala «Actitudes hacia el trabajo en equipo». Cabe destacar que el mayor número de comentarios de la pregunta abierta a la que respondieron los participantes de esta investigación fue sobre la comunicación, siendo considerado por ellos como pilar del trabajo en equipo o incluso equivalente a trabajar en equipo, resultado que coincide con la amplia bibliografía revisada^{3,4,8,10-13,24-31} donde se muestra como elemento esencial, base para que se den otros componentes importantes de trabajo en equipo. Otros comentarios, de las enfermeras y médicos del estudio, hacían referencia a la colaboración y coordinación imprescindible para que se dé el trabajo en equipo, a la participación conjunta en la toma de decisiones, a tener ambos profesionales unos objetivos comunes y a reconocer la contribución específica que tiene cada uno de los otros profesionales al equipo.

La diferencia de que las enfermeras tienen una actitud mejor hacia el trabajo en equipo que los médicos, independientemente de que los médicos o las enfermeras fueran hombres o mujeres se puede explicar porque en los ítems que exploran la función del médico en el equipo se encuentra que más de un tercio de los médicos están de acuerdo en que ellos tienen el derecho de alterar el plan de cuidados del paciente que ha establecido el equipo, que son los líderes naturales del equipo y además, consideran que el fin primordial del equipo es ayudarles a alcanzar los objetivos del tratamiento del paciente. Es decir, estas actitudes no reflejan algunas de las características necesarias para el trabajo en equipo. Un resultado similar se encontró en el estudio de Leipzig et al²⁰ donde también la mayoría de los médicos pensaban que el fin primordial del equipo era apoyarles en la consecución de los objetivos y que podían modificar el plan establecido por el equipo para la atención del paciente. En el estudio de Thomas et al¹⁶, realizado en 8 unidades de cuidados intensivos también encuentran disparidad en las actitudes de las enfermeras y los médicos con relación al trabajo en equipo. Además, este resultado se puede comprender si se tiene en cuenta la trayectoria histórica que el médico ha tenido dentro de los equipos de salud, ya que hasta hace poco tiempo, el médico tenía una posición jerárquica dentro del equipo y las mismas instituciones hospitalarias así lo consideraban, incluso en el ámbito social se tenía esta perspectiva^{3,22,32}. De igual modo, la formación que el médico recibe en la universidad no está enfocada a que él sea un miembro dentro del equipo de salud sino a que sea el líder del equipo.

Otro dato a destacar es que las actitudes hacia el trabajo en equipo han sido diferentes entre los hombres y las mujeres, ya que estas últimas mostraron tener unas mejores actitudes hacia el trabajo en equipo que los hombres. Una explicación a este resultado se puede encontrar en las diferencias en la naturaleza de ser hombre o mujer. Como es ampliamente conocido, las mujeres tienen más facilidad para desarrollar relaciones interpersonales, entre las que cabe destacar una mayor capacidad para el diálogo y la comunicación, además tienen mejores aptitudes para coordinar al equipo. Sin embargo, en el estudio de Hojat et al² realizado con una muestra de profesionales de EE.UU., Israel, Italia y México, en el que estudian y comparan las puntuaciones obtenidas con otra escala para medir las

relaciones de colaboración entre médicos y enfermeras no encontraron diferencias entre las puntuaciones de los profesionales y el sexo, por lo que consideran que esta variable sociodemográfica no afecta a las actitudes de relación entre médicos y enfermeras, como pueden ser otros factores sociales o culturales. Igualmente en otra investigación, realizada por Leipzig et al²⁰, en el que estudian las actitudes hacia el trabajo en un equipo de salud interdisciplinar, tampoco encontraron que el ser hombre o mujer, estuviera relacionado con las actitudes hacia el trabajo en equipo en los diferentes profesionales de salud.

En el resto de las variables sociodemográficas del estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa. En efecto, los profesionales de mayor edad no tuvieron mejores actitudes hacia el trabajo en equipo que los más jóvenes. Este resultado concuerda con el obtenido en estudios previos^{2,20}. El tener más años de experiencia profesional y el haber recibido formación específica sobre cómo trabajar en equipo tampoco se relacionó con unas mejores actitudes hacia el trabajo en equipo. Estos datos no se han podido comparar con la bibliografía revisada, ya que en estos estudios estos aspectos no se analizaban.

Implicaciones para la práctica

Los profesionales participantes en el estudio han reflejado, en la pregunta abierta sobre que era para ellos trabajar en equipo, la importancia de una buena comunicación dentro del equipo, por lo que podría plantearse, conjuntamente con los gestores de las unidades, sesiones de formación sobre este aspecto tan fundamental de las relaciones interpersonales dentro del equipo. Por otro lado, se anima a los profesionales de cada una de las unidades a analizar en qué puntos concretos presentan carencias en la comunicación, la coordinación y la colaboración para que conjuntamente establezcan planes o medidas de mejora.

Límites del estudio

Los límites de este estudio hacen referencia a las pruebas psicométricas de la escala traducida, ya que solo se ha realizado como indicador de la fiabilidad la consistencia interna mediante el alfa Cronbach, no habiéndose realizado la validez en la versión de la escala traducida.

Conclusiones

La actitud hacia el trabajo en equipo por parte de médicos y enfermeras de las 6 unidades estudiadas ha sido buena, no encontrándose diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo entre los profesionales de las distintas unidades; las mujeres y las enfermeras han tenido unas mejores actitudes hacia el trabajo en equipo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Versión inglesa de la escala original

Attitudes toward healthcare teams

Attitudes toward team value (subscale 1)

2. The team approach improves the quality of care to patients.
3. Team meetings Foster communication among team members from different disciplines.
5. Patients receiving team care are more likely than other patients to be treated as whole persons.
7. Working on a team keeps most health professionals enthusiastic and interested in their jobs.
9. Developing a patient care plan with other team members avoids errors in delivering care.
11. Health professionals working on teams are more responsive than others to the emotional and financial needs of patients.
14. The give and take among team members helps them make better patient care decisions.
16. Hospital patients who receive team care are better prepared for discharge than other patients.
18. The team approach makes the delivery of care more efficient.
19. The team approach permits health professionals to meet the needs of family caregivers as well as patients.
20. Having to report observations to the team helps team members better understand the work of other health professionals.

Attitudes toward team efficiency (subscale 2)

1. Working in teams unnecessarily complicates things most of the time.
8. Patients are less satisfied with their care when it is provided by a team.
10. When developing interdisciplinary patient care plans, much time is wasted translating jargon from other disciplines.
12. Developing an interdisciplinary patient care plan is excessively time consuming.
15. In most instances, the time required for team meetings could better be spent in other ways.

Attitudes toward physician's shared role on team (subscale 3)

4. Physicians have the right to alter patient care plans developed by the team.
6. A team's primary purpose is to assist physicians in achieving treatment goals for patients.
13. The physician should not always have the final word in decisions made by health care teams.
17. Physicians are natural team leaders.

Heineman G, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Evaluation & the health professions. *Eval Health*. 1999;22:123-42.

Anexo 2. Versión traducida al español de la escala

Actitudes hacia el trabajo en equipo

Actitudes hacia el valor de ser equipo (subescala 1)

2. El trabajo en equipo mejora la calidad del cuidado de los pacientes
3. Las reuniones de equipo fomentan la comunicación entre los miembros de distintas disciplinas dentro del equipo
5. Es más probable que los pacientes reciban unos cuidados integrales si son atendidos por profesionales que trabajan en equipo
7. Trabajar dentro de un equipo mantiene a la mayoría de los profesionales de la salud entusiasmados e interesados en su trabajo
9. El desarrollo de un plan de cuidados para el paciente con otros miembros del equipo evita errores en la administración de dichos cuidados
11. Los profesionales de la salud que trabajan en equipo responden mejor que el resto (los que no trabajan en equipo) tanto a las necesidades emocionales de los pacientes como económicas de los pacientes
14. El consenso entre los miembros del equipo ayuda a tomar las mejores decisiones en el cuidado del paciente
16. Los pacientes que reciben cuidados de los profesionales que trabajan en equipo están mejor preparados para ser dados de alta que los pacientes que reciben cuidados de los profesionales que no trabajan en equipo
18. El trabajo en equipo hace que la administración de los cuidados sea más eficiente
19. El trabajar en equipo permite a los profesionales de salud conocer las necesidades tanto de los familiares como las de los pacientes
20. El hecho de tener que informar al resto del equipo ayuda a sus distintos miembros a comprender mejor el trabajo de los otros profesionales de la salud

Actitudes hacia la eficiencia del equipo (subescala 2)

1. Trabajar en equipo complica innecesariamente las cosas la mayoría de las veces
8. Los pacientes están menos satisfechos con los cuidados recibidos cuando estos son administrados por profesionales que trabajan en equipo
10. Cuando se desarrollan planes de cuidados interdisciplinarios para el paciente, la mayor parte del tiempo se pierde en traducir el lenguaje (jerga) de las otras disciplinas
12. El desarrollo de un plan interdisciplinar de cuidados para el paciente supone un gasto de tiempo excesivo
15. La mayoría de las veces, el tiempo necesario para las reuniones de equipo podría ser invertido de otra forma

Actitudes hacia la función de colaboración del médico dentro del equipo (subescala 3)

4. Los médicos tienen derecho a alterar el plan de cuidados del paciente que ha establecido el equipo
6. El fin primordial del equipo es ayudar al médico a alcanzar los objetivos de tratamiento para el paciente
13. El médico no debería tener siempre la última palabra en las decisiones tomadas por el equipo de salud
17. Los médicos son líderes naturales del equipo

Bibliografía

1. Sherwood G, Thomas E, Bennett DS, Lewis P. A teamwork model to promote patient safety in critical care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2002;14:333-40.
2. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Lo Scalzo A, et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *Int J Nurs Stud.* 2003;42:7-35.
3. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof Care.* 2005;1:188-96.
4. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1: Definiciones, objetivos, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med.* 2006;29:351-64.
5. Oandansan MD, Baker GR, Barker K, Bosco C, D'Amour D, Jones L, et al. Teamwork in health care: promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Canadian Health services research foundation. 2006;1:1-23.
6. Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scand J Caring Sci.* 2002;16:360-7.
7. McHugh M, West P, Assatly C, Duprat L, Howard L, Niloff J, et al. Establishing an interdisciplinary patient care team: collaboration at the bedside and beyond. *J Nurs Adm.* 1996;26:21-7.
8. D'amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care.* 2005;1:116-31.
9. Ingram H, Desombre T. Teamwork in health care. Lessons from the literature and from good practice around the world. *J Manag Med.* 1999;13:51-8.
10. McCallin A. Interdisciplinary practice- a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs.* 2001;10:419-28.
11. Atwal A, Caldwell K. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *Int J Nurs Pract.* 2006;12:359-65.
12. Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, Grimm J, Bubner T, Amoroso CH, et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *Int J Qual Health Care.* 2007;2:1-6.
13. Walsh M, Walsh A. Practice development units: a study of teamwork. *Nurs Stand.* 1998;12:35-8.
14. Gibbon B, Watkins C, Barer D, Waters K, Davies S, Lightbody L, et al. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *J Adv Nurs.* 2002;40:105-11.
15. Cooper H, Carlise C, Gibbs T, Watkins C. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2001;35:228-37.
16. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31:956-9.
17. Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson F, Johnson JE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung.* 1992;21:18-21.
18. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell P, Eldredge D, Oakes D, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med.* 1999;27:1991-8.
19. Gedney J, Schmitt M, Mushlin AI, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD. Nurse-physician Collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *Am J Crit Care.* 1997;6:393-9.
20. Leipzig RM, Hyer K, Ek K, Wallenstein S, Vezina ML, Fairchild S, et al. Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: a comparison by discipline. *JAGS.* 2002;50:1141-8.
21. King ML, Lee JL, Henneman E. A collaborative practice model for critical care. *Am J Crit Care.* 1993;2:444-9.
22. Heineman G, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Evaluation & the health professions. *Eval Health.* 1999;22:123-42.
23. Hyer K, Fairchild S, Abraham I, Mezey M, Fulmer T. Measuring attitudes related to interdisciplinary training: revising the Heinemann, Schmitt and Farrell attitudes toward health care teams scale. *J Interprof Care.* 2000;14:249-58.
24. Pearson A, Porritt KA, Doran D, Vincent L, Craig D, Tucker D, et al. A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *Int J EB Healthcare.* 2006;4:118-59.
25. Pont E, Teixidor M. La importancia del trabajo en equipo cooperativo. En: *El Alzheimer un reto para la enfermería.* Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2005. p. 33-45.
26. San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD, D'amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care.* 2005;1:132-47.
27. Blickensderfer L. Nurses and physicians. Creating a collaborative environment. *J Intraven Nurs.* 1996;19:127-31.
28. Zwarenstein M, Bryant W. Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus.* Oxford: Update Software Ltd; 2007 Número 2 Disponible en: <http://www.update-software.com>.
29. Apker J, Propp KM, Ford Z, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse

- communication skill sets in health care team interactions. *J Prof Nurs.* 2006;22:180–9.
30. Mulkins AL, Eng J, Verhoef MJ. Working towards a model of integrative health care: Critical elements for an effective team. *Complement Ther Med.* 2005;13:115–22.
 31. Risser D, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1999;34:373–83.
 32. Stein LI, Watts DT, Howell T. Sounding Board. The doctor-nurse game revised. *N Engl J Med.* 1990;322:546–9.