

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL
TRABAJO EN EQUIPO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

NÉLIDA RUTH RUIZ CASAS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN
EQUIPO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO -
2017

TESIS PRESENTADA POR:
NÉLIDA RUTH RUIZ CASAS

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 03 - 04 - 18

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADA POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO :
Dra. FRIDA JUDITH MALAGA YANQUI

PRIMER JURADO :
Dr.Sc. JUAN MOISÉS SUCAPUCA ARAUJO

SEGUNDO JURADO :
Mtro. CARMEN LOURDES FERNÁNDEZ GONZALES

TERCER JURADO :
Dra. Enf. ROSENDÁ AZA TACCA

PUNO - PERÚ
2018

ÁREA: ADMINISTRACIÓN
LÍNEA: GERENCIA Y GESTIÓN EN SALUD
TEMA: COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y gratitud a la mejor madre del mundo Luzgarda, mis hermanos Luz, Richard y mi apreciado Ing. José Riveros, en quienes me inspiro para continuar en mis momentos frágiles.

Ruth

AGRADECIMIENTO

A la Dra Frida Judith Málaga Yanqui, Dr. Sc. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Mtro. Carmen Lourdes Fernández Gonzales y la Dra. Enf. Rosenda Aza Tacca por su buena disposición y sugerencias para culminar la investigación.

A todas las enfermeras quienes de manera voluntaria participaron y contribuyeron a la recolección de información, permitiendo el desarrollo del proyecto.

De manera especial a mi querida hermanita Luz por su valioso apoyo durante el desarrollo del proyecto.

Ruth

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	10
1.1.PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	26
1.4.IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	27
1.5.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
1.6.CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN	30
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	32
2.1.MARCO TEÓRICO.....	32
2.2.MARCO CONCEPTUAL.....	61
2.3.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
CAPÍTULO III	
MÉTODOS Y MATERIALES	63
3.1.TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	63
3.2.POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	64
3.3.TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3.4.PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
3.5.PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	66
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	68
4.1.RESULTADOS.....	68
4.2.DISCUSIÓN.....	80
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO.....	68
TABLA 2 ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPLEMENTARIEDAD	69
TABLA 2.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPLEMENTARIEDAD	70
TABLA 3 ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COORDINACIÓN	71
TABLA 3.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COORDINACIÓN.....	72
TABLA 4 ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN.....	73
TABLA 4.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN	74
TABLA 5 ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN CONFIANZA	75
TABLA 5.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN CONFIANZA.....	76
TABLA 6 ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPROMISO	77
TABLA 6.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPROMISO.....	78

ACRÓNIMOS

OMS	: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
CIE	: CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS
OIT	: ORGANIZACIONAL INTERNACIONAL DEL TRABAJO
SCELE	: SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA
ICS	: INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT
IPS	: INSTITUTO PRESTADOR DE SALUD
OTAS-S	: OBSERVATIONAL TEAMWORK ASSESSMENT FOR SURGERY
MINSA	: MINISTERIO DE SALUD
CEP	: COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ
HRMNB	: HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN
5 "C"	: COMPLEMENTARIEDAD, COORDINACIÓN, COMUNICACIÓN, CONFIANZA Y COMPROMISO
X	: PROMEDIO
Mo	: MODA
DS	: DESVIACIÓN ESTÁNDAR

RESUMEN

La investigación se desarrolló con el objetivo de determinar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno. El tipo de estudio fue descriptivo con enfoque cuantitativo de diseño transversal y descriptivo simple, la muestra estuvo conformada por 46 enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización y la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario sometido a juicio de expertos para la validación del contenido y a la prueba estadística de alfa de Cronbach para la confiabilidad del instrumento.

Los resultados del estudio demuestran que el 55% de las enfermeras asistenciales tienen actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo, de ella en la dimensión complementariedad, 48% tiene actitud desfavorable e indiferente, respectivamente; conforme a la dimensión coordinación, 81% tiene actitud desfavorable; en la dimensión comunicación, 70% presenta actitud desfavorable; según la dimensión confianza, 55% posee actitud desfavorable y el 61% de las enfermeras tienen actitud indiferente según la dimensión compromiso. Se concluye, que la mayoría de las enfermeras asistenciales tienen actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo.

Palabras clave: Actitud, trabajo en equipo, enfermería, salud.

ABSTRACT

The research was developed with the objective of determining the attitude of the care nurse toward teamwork, Regional Hospital Manuel Núñez Butrón Puno. The kind of study was descriptive with quantitative approach, of transversal design and simple descriptive, the sample was shaped by 46 nursing assistants who work in the hospitalization services for data collection, the survey was used as technique, whose instrument was a questionnaire submitted to expert judgment and the Cronbach alpha statistical test, for validation of the content and reliability of the instrument, respectively.

The results of the study show that 55% of care nurses have unfavorable attitude toward teamwork, of which according to the dimension complementarity, 48% have unfavorable attitude and the same percentage presents indifferent attitude; according to the dimension coordination, 81% have unfavorable attitude; according to dimension communication, 70% have unfavorable attitude; according to the dimension trust, 55% have unfavorable attitude and 61% of nurses have indifferent attitude according to the commitment dimension. It is concluded that the majority of care nurses have an unfavorable attitude toward teamwork.

Keywords: Attitude, teamwork, nursing, health.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En un mundo cada vez más globalizado y competitivo, las entidades e instituciones requieren de equipos de trabajo con capacidades y habilidades para trabajar en equipo, puesto que este último se ha convertido en una excelente estrategia para que las organizaciones obtengan mejores resultados y cumplan sus objetivos. En este contexto, la comunidad sanitaria internacional (OMS), señala que la formación profesional y sus competencias también juegan un papel importante en el sistema sanitario, pues que no se podrá lograr los objetivos de desarrollo del milenio, menos librar las singulares batallas de este siglo por la salud, si el talento humano sanitario no ha sido formado y adiestrado con capacidades de trabajo en equipo, de modo que, ni las intervenciones más eficaces mejorarán los resultados sanitarios en ausencia de unos sistemas asistenciales robustos con trabajadores de salud debidamente formados y motivados¹.

El Ministerio de Salud ha asumido el reto de introducir grandes cambios en el sistema de salud, estos nuevos retos, requieren nuevas tareas que los profesionales de salud deben desarrollar para alcanzar los resultados esperados de su desempeño, integrándose en equipos para el logro de los objetivos organizacionales y la calidad de atención en los servicios de salud².

La investigación consta de cuatro capítulos: El primero, comprende el problema, antecedentes, importancia, objetivos y la caracterización del área de investigación; el segundo, describe el marco teórico, conceptual e hipótesis de la investigación; el tercero, trata sobre el método de la investigación; cuarto, presenta los resultados y la discusión; finalmente las conclusiones y las recomendaciones.

1.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Después de la Segunda Guerra Mundial, durante la década de 1950 se introdujo la enfermería por equipos para mejorar los servicios de enfermería mediante los conocimientos y habilidades de enfermeras profesionales. El resultado fue una mayor satisfacción del personal y los pacientes. Este sistema de trabajo en enfermería representa el principio de contribuir a alcanzar las metas mediante acción colectiva, puesto que la interacción más estrecha del personal fomenta el espíritu de equipo³. En este escenario, “trabajar en equipo” se refiere a un método de trabajo coordinado, constituido por un número reducido de personas con experiencias, conocimientos y habilidades complementarias, comprometidas con un propósito en común y un conjunto de metas de desempeño que únicamente se desarrolla cuando se suma al equipo la sinergia⁴.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), para lograr los objetivos en salud se necesita de un óptimo trabajo en equipo. El equipo lo conforman los profesionales de salud que realizan distintas actividades que proyectan un fin común, el cual es lograr la atención de salud humanizada, holística y con calidad¹. He ahí la vital importancia del trabajo en equipo como una herramienta para lograr la calidad de atención, así mismo el bienestar y la satisfacción de los trabajadores de salud para hacer un aporte positivo a la productividad^{5,6}, dado que la atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano el cual genera fuerza de trabajo, elemento fundamental de todos los sistemas sanitarios para hacer progresar la salud¹. En este sentido, adquieren relevancia las competencias del trabajo en equipo y la fuerza laboral de enfermería que representan un componente central para la gestión del cuidado, por lo que el futuro del cuidado de la salud depende mucho del rol que jueguen las enfermeras⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), reconocen que el trabajo de enfermería tiene gran importancia en el campo de la salud, pronunciando sus conocimientos y funciones, incluso, resaltan el potencial de enfermería para lograr un cambio en la calidad y efectividad de la atención en la salud⁸. Así, la necesidad de la enfermería es universal⁹ y como tal es un recurso humano de apreciable importancia, considerando que conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención,

además, es el único agente de salud que está en constante interacción con los pacientes, familiares, otros profesionales de salud y con el mismo profesional de enfermería; en virtud de todo ello debe imperar la sinergia entre “los guardianes del cuidado” para mejorar la calidad y efectividad de la atención”¹.

Las personas invertimos casi un tercio de nuestra vida en el lugar de trabajo, donde se da gran parte de las situaciones de tensión y estrés¹⁰. Más aún en enfermería, ya que las condiciones de trabajo son deficientes, existe sobrecarga laboral por exceso de pacientes, turnos de trabajo prolongados, ambientes laborales poco adecuados para el cuidado de enfermería y pocos o inexistentes espacios de participación de enfermería en la toma de decisiones⁸. Es así que la carga asistencial de enfermería es compleja y trabajar en equipo no es sencillo, cuesta adaptarse a otras personalidades. En respuesta a esta carga emocional y laboral condicionada por factores organizacionales, las actitudes y conductas de los profesionales cambian de forma negativa, visto que el personal que no considera trabajar en equipo presenta más agotamiento emocional, más despersonalización y mayor nivel de Burnout en general¹¹.

La sistematización teórica de varios autores respecto al trabajo en equipo en la disciplina de enfermería, concuerda que la calidad de los cuidados y el grado de satisfacción personal y profesional de las enfermeras asistenciales son el reflejo del trabajo en equipo^{6,12}. De esta manera la calidad de la atención proporcionada en los hospitales está muy relacionada con las exigencias del trabajo, la gestión de los recursos humanos y los conflictos¹³. En este contexto, en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB) se encontró que la calidad del cuidado humanizado califica como regular y el 40% de las enfermeras tienen insatisfacción laboral^{14,15}.

Además, el Institut Català de la Salut de Barcelona (ICS) y la Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería (SCELE), señalan que el trabajo en equipo está determinado como una competencia de la enfermera asistencial en el ámbito hospitalario, específicamente “crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo dentro del equipo de enfermería”¹⁶, Sin embargo, no es aplicado como tal por las enfermeras del hospital, sencillamente porque desconocen esta competencia y no están instruidas en ese sentido. En concordancia con lo expuesto, el Colegio de Enfermeras(os) del Perú (CEP),

dispone para que el profesional de enfermería realice el compromiso de honor, manifestando y jurando “guardar respeto, comprensión y tolerancia por mis colegas, así como brindarles apoyo moral y profesional”. Favoreciendo con esta actitud el trabajo en equipo, la sana convivencia laboral, mejoramiento del cuidado y el fortalecimiento ético-profesional de enfermería¹⁷.

El Hospital Regional Manual Núñez Butrón, como una institución prestadora de servicios de salud a la población, se propone garantizar la calidad de servicios de atención en todas las áreas¹⁸. Sin embargo, no se da la debida importancia a la gestión de los recursos humanos asistenciales, puesto que no existe una oferta formativa (capacitaciones, entrenamientos) en relación al trabajo en equipo. Por otro lado, se observó que las enfermeras asistenciales del nosocomio realizan constantes manifestaciones de conflictos y desavenencias de carácter laboral hasta personal a la jefatura de enfermería.

Así mismo, durante las prácticas pre – profesionales que se han realizado en los diferentes servicios del hospital se observó en las enfermeras algunas actitudes desfavorables que predisponen la desunión del equipo como: Algunas enfermeras deseaban no trabajar con ciertas colegas porque prevalecían las diferencias personales, no confiaban unas en las otras, muchas enfermeras no estaban contentas de trabajar en el servicio, algunas siempre preferían trabajar sola durante el turno centrándose sólo en cumplir el turno, muchas veces se disgustaban a raíz del incumplimiento de algún procedimiento, no siempre prevalecía la cordialidad y el buen trato entre ellas, quitándose hasta el saludo, a veces resolvían sus discrepancias gritando delante de los pacientes, no se veía la colaboración hacia la enfermera de nueva incorporación más aún si son enfermeras jóvenes y también los escasos espacios de reunión que no favorecen la puesta en marcha del trabajo en equipo. A su vez, expresaban frases como: “las enfermeras no somos unidas”, “en el servicio no se puede confiar mucho en las colegas”, “no hay tiempo para coordinar ni hacer reuniones en el servicio”, “la enemiga de una enfermera es otra enfermera”, “ser enfermera es un gran sacrificio”, “no me gustaría asumir la jefatura de departamento porque no hay apoyo por parte de las colegas”, “me hubiera gustado estudiar otra carrera”. Estos comportamientos y actitudes están relacionados con las dimensiones del trabajo

en equipo: complementariedad, comunicación, confianza, coordinación y compromiso.

Entendiendo esta problemática se considera que probablemente las enfermeras asistenciales no tienen actitud favorable hacia el trabajo en equipo, por consiguiente, no se tenga la motivación y la predisposición para desarrollar las competencias del trabajo en equipo. Además, se resalta que no existen estudios a nivel local, regional y nacional que permitan conocer la actitud de las enfermeras asistenciales hacia el trabajo en equipo en el ámbito hospitalario.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Contexto internacional

La investigación “Trabajo en equipo: visión de los enfermeros del hospital de Murcia”, tuvo como objetivo conocer la visión de las enfermeras sobre el trabajo en equipo. El tipo de estudio fue cualitativo, descriptivo y exploratorio, la población estuvo conformada por 14 enfermeras y la técnica aplicada para la recolección de datos fue el grupo focal. La investigación obtuvo que los enfermeros reconocen que todos los miembros del equipo son importantes y que cada uno aporta sus especificidades. Sin embargo, hay muchas dificultades en el trabajo diario: individualismo, alta rotación de personal, falta de autonomía, relaciones verticales de poder, falta de tiempo para las reuniones y de los líderes para construir y fomentar el trabajo en equipo. Concluye que la comunicación efectiva en el lugar de trabajo puede ser capaz de reducir conflictos y promover la formación de vínculos profesionales saludables. Por lo tanto, las actitudes dialógicas son fundamentales para promover el trabajo colectivo¹⁹.

El estudio “Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería”, tuvo como objetivo construir una estrategia de trabajo en equipo en enfermería para favorecer las relaciones interpersonales y los vínculos profesionales, para el alcance de un cuidado terapéutico comprometido con las personas usuarias de los servicios de salud. El tipo de estudio fue cualitativo, la población estuvo constituida por 12 enfermeros y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la entrevista y observación. La investigación obtuvo que las enfermeras reconocen la importancia de una actuación adecuada con el equipo para el alcance de la finalidad del trabajo, sin embargo, se sienten poco preparadas

e inseguras para enfrentar las relaciones humanas presentes en el grupo, muchas veces, de desarmonía, conflictos por un largo tiempo, haciendo que el trabajo se vuelva una jornada de sufrimiento y disgusto. La preparación académica en las enfermeras sobre las relaciones en equipo no dio subsidios y no tuvieron formación en ese sentido de cómo trabajar en equipo; por la falta de esta preparación, ocurren situaciones que acaban perjudicando el proceso de formación de vínculos profesionales. Concluye que las estrategias para el trabajo en equipo en enfermería se basan en los fundamentos teóricos de la dinámica de las interrelaciones grupales, considerando la dimensión de la subjetividad en el trabajo, donde el énfasis se encuentra en el proceso de integración, en el proceso de comunicación, en el establecimiento de programas de educación continuada y en la competencia profesional. Esta corriente ayuda de forma efectiva el trabajo en equipo instrumentalizando al profesional enfermero en su función gerencial puesto que partir de la formación y afirmación de los vínculos profesionales saludables, las relaciones interpersonales puedan favorecer una praxis crítica, reflexiva y participativa en pro del desarrollo de un cuidado terapéutico²⁰.

El estudio “Cómo nos planteamos el trabajo en equipo en el área enfermera del Hospital de Sant Pau”, tuvo como objetivo definir las características básicas del trabajo en equipo en el ámbito enfermero. El tipo de estudio fue cualitativo, la muestra estuvo conformada por el equipo de enfermería y la técnica aplicada para la recolección de datos fue los grupos focales. La investigación obtuvo que en los grupos se ha creado un clima de confianza que ha permitido expresarse con total espontaneidad y sinceridad, se han tratado situaciones conflictivas con la finalidad de encontrar soluciones que permitan mejorar la práctica de los equipos asistenciales y se ha puesto de manifiesto el respeto y la escucha activa que han aportado todos los componentes. Concluye que los equipos enfermeros sienten que trabajan como un equipo, aunque creen que hay margen para mejorar y que a menudo algunos conflictos que aparecen en los equipos suelen ser consecuencia de actitudes individuales que afectan en mayor o menor medida al buen funcionamiento del equipo²¹.

El estudio “Enfermería: ¿Trabaja en equipo?”, tuvo como objetivo conocer cómo trabaja el equipo de enfermería, detectar factores que distorsionen el equipo de enfermería y proponer líneas de actuación para un buen trabajo del equipo de

enfermería. El tipo de estudio fue cualitativo con metodología descriptiva, la muestra estuvo constituida por 130 enfermeras y 72 enfermeras auxiliares que laboran en los servicios de hospitalización y las técnicas aplicadas para la recolección de información fueron la entrevista, la encuesta y el grupo de discusión. El estudio obtuvo que en cuanto al trabajo en equipo: Enfermera (media: 3.77) Auxiliar de enfermería (media: 3.90), coordinación de las distintas actividades que realizan los diferentes profesionales: Enfermera (media: 3.51) Auxiliar de enfermería (media: 3.62), la comunicación entre el personal es fluida: Enfermera (media: 3.65) Auxiliar de enfermería (media: 3.76) y tiene buena predisposición para cumplimentar los objetivos: Enfermera (media: 4.23) Auxiliar de enfermería (media: 4.38). Concluye que en general no se trabaja en equipo y los elementos de distorsión se basan en las personas (individualismo y la dificultad de las relaciones interpersonales) y en la falta de definición de roles y conocimiento (dificultad para establecer competencias y la funcionalidad). El concepto de institución queda disipado por la falta de información sobre la misión, visión y los valores, con lo que el objetivo final se pierde, como consecuencia, los profesionales no tienen noción de equipo de trabajo con un fin en común⁶.

La investigación “Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería”, tuvo como objetivo conocer cómo afectan los distintos modelos de organización de enfermería en las unidades de hospitalización, al trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería. El tipo de estudio fue cualitativo, la población estuvo conformada por enfermeras y auxiliares de enfermería y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la revisión bibliográfica, cuestionario de opinión y la entrevista. El estudio obtuvo que la organización que facilita el trabajo en los hospitales es la organización por equipos, se pudo comprobar teóricamente tras el análisis de las distintas formas de organizar al personal de enfermería (por tareas, por equipos, por paciente y por primary nursing). Concluye que el trabajo en equipo entre enfermeras y con auxiliares de enfermería es algo indispensable para ofrecer a los pacientes un buen cuidado y a su vez la forma en que se organizan las unidades hospitalarias debe favorecer la creación de estos equipos, ya que está en ellas que estos se creen²².

El trabajo de investigación “Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo”, tuvo como objetivo conocer la opinión y las expectativas de los profesionales que trabajan en centros de atención primaria sobre el trabajo en equipo. El tipo de estudio fue cualitativo, la muestra estuvo constituida por 38 profesionales (8 médicos, 9 enfermeros, 3 trabajadores sociales, 9 administrativos y 9 auxiliares) y la técnica utilizada para la recolección de datos fue el grupo focal. La investigación obtuvo que se identificaron opiniones sobre la definición de trabajo en equipo, aspectos fundamentales para su buen funcionamiento, limitaciones con las que se encuentran los profesionales en la actualidad y soluciones propuestas para superar dichas limitaciones. Concluye que los aspectos fundamentales para el buen funcionamiento del equipo es la definición de objetivos, la delimitación clara y estructurada de las funciones de cada grupo profesional, la participación de todos sus componentes en la toma de decisiones, la comunicación y las actitudes activas y facilitadoras del trabajo en equipo. Se consideran como limitaciones la indefinición de funciones, la escasa realización de reuniones, la heterogeneidad existente dentro de los equipos, la escasa formación en trabajo en equipo y las actitudes pasivas y des adaptativas. Se plantean como alternativas la formación, las acciones del coordinador, la mayor realización de reuniones y el cambio de actitudes²³.

La investigación “Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos Hospitales universitarios”, tuvo como objetivo evaluar las actitudes hacia el trabajo en equipo de las enfermeras y médicos, analizar si existen relaciones entre las actitudes hacia el trabajo en equipo y las variables sociodemográficas y si existen diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo entre los profesionales de las distintas categorías. El tipo de estudio fue prospectivo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 136 profesionales y la escala aplicada para la recolección de datos fue la de Heinemann. La investigación obtuvo que la mayoría de los profesionales tenían una actitud positiva hacia el trabajo en equipo, la puntuación media fue de 97.01 para un máximo de 120 puntos. Con relación a las variables sociodemográficas las mejores actitudes hacia el trabajo en equipo presentaron las mujeres y las enfermeras. No hubo diferencias en las actitudes hacia el trabajo en equipo en las diferentes unidades. Concluye

que la actitud hacia el trabajo en equipo de los médicos y enfermeras de las 6 unidades de cuidados intensivos ha sido buena²⁴.

El estudio “Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía”, tuvo como objetivo determinar si un programa de entrenamiento podía mejorar el trabajo en equipo en las salas de cirugía y obstetricia de una institución de salud. El tipo de estudio fue cuasi experimental, la muestra estuvo constituida por el 80% de la población y la técnica aplicada para la recolección de datos fue un programa de entrenamiento multifase y multimétodo para mejorar el trabajo en equipo (modelo sistémico en seguridad del paciente, trabajo en equipo, habilidades no técnicas: comunicación, cooperación, coordinación, liderazgo y conciencia situacional), el cual se midió aplicando el instrumento Observational Teamwork Assessment for Surgery en las etapas pre y pos intervención. La investigación obtuvo que la medición pos intervención reveló diferencias en los puntajes obtenidos en el trabajo en equipo entre ambas etapas. Todas las fases presentaron mejora de 2 o más puntos en los puntajes promedio del OTAS-S. Concluye que la intervención fue efectiva para mejorar el trabajo en equipo en las unidades y que los comportamientos con mayor oportunidad de mejoramiento eran liderazgo y conciencia situacional, pero a nivel general todos podían mejorarse en pro de un mejor trabajo en equipo²⁵.

La investigación “La comunicación como herramienta básica de enfermería”, tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica de la literatura acerca de la importancia de una comunicación eficaz en Enfermería. El tipo de estudio fue cualitativo, la muestra estuvo conformada por 25 artículos y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con la comunicación en enfermería, publicados entre 2010 y 2015. El estudio obtuvo que la comunicación efectiva permite establecer relaciones interpersonales e interprofesionales posibilitando lograr las metas marcadas. Ser un buen comunicador no es algo innato, por lo que enfermería debe formarse en este ámbito para desarrollar al máximo todas sus competencias. Concluye que la comunicación es un elemento clave en las 4 áreas en las que se desarrolla la enfermería: investigadora, gestora, asistencial y docente y por ello los profesionales deben adquirir conocimientos y habilidades en esta materia para un buen desarrollo de la profesión²⁶.

La investigación “Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena”, tuvo como objetivo evaluar la comunicación y coordinación de enfermería, en un Instituto Prestador de Salud de alta complejidad de la ciudad de Cartagena. El tipo de estudio fue descriptivo con diseño transversal, la muestra estuvo constituida por 100 enfermeras y el instrumento aplicado para la recolección de datos fue el cuestionario de práctica colaborativa UCI médico-enfermera de Shortells (escala de comunicación y coordinación). El estudio obtuvo que en la IPS con servicios de alta complejidad de Bogotá la estructura de la organización de enfermería está bien diseñada y definida para precisar las funciones, las obligaciones y la responsabilidad de cada enfermera(o), esto ha permitido favorecer la comunicación y la coordinación del personal, además cumplir con los objetivos de la institución y del propio servicio de enfermería. La coordinación es una verdadera fortaleza para las enfermeras que laboran en las diferentes unidades, no obstante, la preparación y experiencia profesional del personal de enfermería en estudio no es homogénea, esto dio como resultado que un porcentaje menor no posean estas mismas fortalezas por lo que una de las tareas principales de la gestión administrativa de la IPS es ofrecer educación continuada a su personal en el ámbito de gestión del cuidado y trabajo en equipo, que es de su responsabilidad para alcanzar logros importantes en el 100% del personal, también la necesidad de establecer la supervisión y evaluación como mecanismo de control que ha de aplicarse en un ambiente cordial y de buenas relaciones con todo el equipo de enfermería. Concluye que la mayor parte de los factores que conforman las dimensiones de comunicación y la coordinación entre las enfermeras(os) y con el equipo salud fueron evaluados positivamente, al hallarse resultados similares en las unidades y en el promedio de los puntajes a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad tanto para la comunicación como para la coordinación lo cual facilita que enfermería asuman de manera óptima la continuidad de los cuidados²⁷.

La investigación “Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un Instituto Prestador de Salud con servicios de alta complejidad de Bogotá”, tuvo como objetivo describir las características de los procesos de comunicación y coordinación como variables del rol interdependiente de enfermería. El tipo de estudio fue cuantitativo con diseño descriptivo transversal,

la población estuvo conformada por 176 profesionales de enfermería y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta (Práctica colaborativa UCI – Médico – Enfermera de Shortell y Cols). La investigación obtuvo que la dimensión de coordinación, correspondientes al servicio de hospitalización se encuentra con menor puntaje los mecanismos de coordinación personales e informales dentro del grupo y relación entre las unidades. Concluye que la apertura o franqueza de la comunicación muestra diferencias marcadas dentro de las unidades, esto puede generar problemas en la coordinación y en consecuencia la ruptura de la cohesión, fragmentación de la atención en la unidad y por ende impacto negativo en los resultados de la atención. El comportamiento de las unidades hospitalarias en términos de comunicación y de coordinación de una misma organización puede diferir, a pesar de tratarse de una sola organización, es así como según las dinámicas de las diferentes unidades los procesos de comunicación y coordinación se llevan a cabo independientemente, lo cual genera diferencias significativas evidenciándose fallos y oportunidades de mejora en cada una de ellas²⁸.

La investigación “El trabajo en equipo: un estudio de caso en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca”, tuvo como objetivo identificar qué factores facilitan o dificultan la práctica del trabajo en equipo de los profesionales de la salud. El tipo de estudio fue cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 20 personas (4 médicos, 8 enfermeros, 6 auxiliares de enfermería y 2 celadores) y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada en profundidad. El estudio obtuvo que trabajar en equipo es algo necesario que reporta ventajas tanto a los usuarios como a los profesionales, visto que las características y afinidades personales contribuyen a crear un clima afectivo que favorece la creación de sinergias y con ello la colaboración. En este sentido las características de los servicios asistenciales y la interdependencia de las tareas a realizar, facilitan el contacto interpersonal y las dinámicas informales. Así mismo el tiempo se consolida como un factor determinante en la creación de relaciones de confianza a través del aprendizaje grupal y el desarrollo de modelos mentales compartidos. Concluye que el diseño del trabajo en los hospitales y las relaciones que se establecen entre sus trabajadores están influenciados por un complejo entramado

de factores culturales, en el que interviene factores profesionales y personales como, las diferencias formativas tanto en conocimientos como en la capacidad técnica, edad, sexo, etc., que van a definir las características de las “culturas del trabajo” que convergen en una organización²⁹.

La investigación “Análisis de trabajo en equipo y liderazgo en equipos multidisciplinares en servicios de salud pública”, tuvo como objetivo comprender las dinámicas de trabajo en equipo y liderazgo en los equipos multidisciplinares del Hospital de urgencia de asistencia pública. El tipo de estudio fue cualitativo - descriptivo, la población estuvo conformada por equipos multidisciplinares y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la entrevista grupal focalizada y la observación. La investigación obtuvo que el logro de trabajo en equipo se da con la participación y colaboración solidaria entre los miembros del equipo en diferentes aspectos (reuniones de evaluación, vacaciones, condiciones de trabajo, etcétera). Existe una visión de mayor logro de trabajo en equipo entre profesionales del mismo tipo, es decir no se logra coordinar con todos los profesionales en torno a un objetivo, sino trabajando con personas que hacen las mismas tareas. Concluye que la percepción de falta de trabajo en equipo se da, aunque las tareas y metas del equipo si se llevan a cabo, el asunto es que no se percibe que sea por un esfuerzo coordinado de los miembros, sumado al poco contacto que existe entre los distintos profesionales de la organización³⁰.

La investigación “Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria”, tuvo como objetivo estimar la prevalencia de Burnout y percepción de trabajo en equipo en los equipos de atención primaria de Barcelona ciudad. El diseño de estudio fue Transversal multicéntrico, la muestra estuvo constituida por 2,398 profesionales (médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales y personal administrativo), entre ellos 1.894 mujeres (79%) y 504 hombres (21%) y los instrumentos aplicados para la recolección de datos fueron los cuestionarios “Maslach Burnout Inventory” y el diseñado ad hoc para la percepción del trabajo en equipo y la valoración de jefaturas. La investigación obtuvo que la prevalencia de Burnout fue de 17.2%. El 46.2% presentaron una o más subescalas alteradas, el 38.2% tiene alto grado de agotamiento emocional, el 23.8% presenta despersonalización y el 7.7% tiene baja realización personal. Globalmente, el personal fijo, los que peor valoraron a sus jefaturas y los que

menos consideraban trabajar en equipo presentaron más agotamiento emocional, más despersonalización y mayor nivel de Burnout en general ($p < 0.001$). Concluye que el trabajo en equipo y una buena valoración de sus jefaturas protegen del Burnout¹¹.

La investigación “Trabajo en equipo y satisfacción laboral”, tuvo como objetivo establecer la relación entre trabajo en equipo y satisfacción laboral entre los miembros del Staff de la cuenta de telemercadeo Claro RD. El tipo de estudio fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 25 trabajadores y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta. El estudio obtuvo que la buena relación entre los compañeros de trabajo se relaciona con la unión y la suma de esfuerzos para lograr los objetivos laborales, así, el trabajo en equipo desarrolla un sentido de pertenencia hacia la institución provocando una mejor satisfacción laboral y deseos de permanecer más tiempo dentro de la organización; puesto que el 56% manifiesta deseos de quedarse por lo menos 4 años más, el 24% indica 2 años y el 20% por lo menos un año más. Concluye que existe relación entre satisfacción laboral y trabajo en equipo, pero es necesario mejorar este último dado que uno de los puntos débiles lo constituye la comunicación entre las diferentes unidades que conforman todo el equipo, por lo que es necesario poder establecer estrategias de comunicación asertiva e implementar distintas actividades de socialización¹².

La investigación “Trabajo en equipo y clima organizacional”, tuvo como objetivo determinar la relación del trabajo en equipo con el clima organizacional. El diseño del estudio fue descriptivo, la muestra estuvo constituida por 107 colaboradores del Hotel del campo de Quetzaltenango y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta. El estudio obtuvo que el trabajo en equipo facilita a que los miembros se sientan a gusto en el lugar de trabajo y desarrollen las tareas de una mejor manera, debido a ello se constituye en un aspecto fundamental dentro de las organizaciones para un efectivo clima organizacional, por lo que debe estar en constante evaluación y control. Concluye que el trabajo en equipo está relacionado al clima organizacional porque favorece la unidad de un propósito por medio de aportaciones de sus integrantes cultivando un sentido de pertenencia y un clima organizacional saludable. Los elementos que intervienen en esta relación son, la comunicación, el grado de confianza, la

satisfacción laboral, el grado de cohesión con el grupo de trabajo y la calidad de liderazgo³¹.

La investigación “Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: el papel del diseño, la composición y los procesos interpersonales de los equipos”, tuvo como objetivo estudiar las condiciones que tornan el trabajo en equipo más efectivo en el contexto de las empresas. El tipo de estudio fue cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 107 pequeñas empresas brasileñas y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta virtual. El estudio obtuvo que a mayores niveles de interdependencia, autonomía, diversidad, gestión de conflicto, colaboración, coordinación entre los miembros de equipo y más compromiso de ellos con las tareas y con el equipo, mejores son los resultados organizativos del trabajo en equipo. Concluye que existe efecto moderador de las características de diseño, composición y procesos interpersonales del equipo sobre la relación entre el trabajo en equipo y los resultados organizativos, de modo que se constituyen en elementos críticos para el performance de los equipo³².

La investigación “Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito”, tuvo como objetivo explorar las competencias personales y conductas de los miembros de los equipos autodirigidos, propiciadoras de la cohesión grupal y generadoras de resultados altamente productivos. El tipo de estudio fue ex pos factor correlacional, la muestra estuvo constituida por 126 trabajadores adscritos a dos unidades organizativas de una empresa de energía eléctrica y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la escala. El estudio obtuvo que las competencias analizadas aportan el 17% a la varianza del trabajo en equipo, además, existe correlaciones altamente significativas entre competencias y conductas, destacando: el motivo de logro, trabajo en equipo, actitud hacia el cambio, flexibilidad y compromiso. Concluye que se halla relevancia en las competencias personales para propiciar conductas facilitadoras de la interacción grupal, así como, alinear a los integrantes a la visión y misión³³.

1.2.2. Contexto nacional

La investigación “Condiciones de trabajo relacionados con la actitud hacia el trabajo en equipo de enfermeras Microredes de salud de los distritos de Cerro colorado, Cayma y Yura”, tuvo como objetivo determinar la relación entre las condiciones de trabajo y la actitud hacia el trabajo en equipo en enfermeras. El tipo de estudio fue descriptivo con diseño correlacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 95 enfermeras y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta. La investigación obtuvo que el 76.84% de enfermeras tienen actitud favorable hacia el trabajo en equipo, las condiciones de trabajo y la actitud hacia el trabajo en equipo presentaron relación estadística significativa ($p = 0.0008$). Concluye que las enfermeras que trabajan en condiciones de trabajo de regulares a buenas tienen una actitud favorable hacia el trabajo en equipo, mientras que aquellas que consideran que sus condiciones de trabajo son malas tienden a tener una actitud desfavorable e indiferente hacia el trabajo en equipo⁵.

El estudio “El trabajo en equipo desde la percepción del profesional de salud servicio de Neonatología - Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo”, tuvo como objetivo describir y comprender la percepción del profesional de salud sobre el trabajo en equipo. El tipo de investigación fue cualitativo, con abordaje de estudio de caso, la muestra estuvo constituida por 10 profesionales de salud (médicos y enfermeras) y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la entrevista abierta. La investigación obtuvo que el trabajo en equipo para los profesionales de salud tiene gran importancia, al significarlo, como un sistema de trabajo integrado por un equipo de profesionales unidos mediante un objeto común que beneficia al paciente como al trabajador; y necesita del conocimiento y los elementos necesarios para su planificación y correcta ejecución dentro de los servicios. Concluye que las dificultades entre profesionales dentro del servicio llevan a debilitar el trabajo en equipo, de alguna manera con no tener en cuenta el propósito final: el bienestar humano³⁴.

El estudio “Trabajo en equipo de los colaboradores de la fuerza de ventas de Tadoo Adventure Gear”, tuvo como objetivo determinar la naturaleza del trabajo en equipo de los colaboradores de la organización a nivel nacional. La investigación fue de tipo descriptivo con diseño no experimental, la población

estuvo conformada por 28 promotores y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta. El estudio obtuvo que el trabajo en equipo es “regular” (85.7%) y los resultados de las dimensiones son: Complementariedad regular (64%), compromiso regular (54%), comunicación regular (64%), confianza buena (68%) y coordinación regular (75%). Concluye que el trabajo en equipo se manifiesta de manera parcial y no en su totalidad, debido a que la cooperación entre los miembros del equipo es limitada y solo algunas veces procuran conseguir propósitos comunes, lo cual termina enmarcando las acciones en el término medio de su potencial, limitando las actividades que los integrantes podrían ejecutar para alcanzar los objetivos del equipo³⁵.

La investigación “Las relaciones interpersonales en enfermería quirúrgica: Conflictos laborales y estrategias de mejora en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo”, tuvo como objetivo describir, caracterizar y comprender las relaciones interpersonales entre enfermeras quirúrgicas, los conflictos laborales y las estrategias de mejora. El tipo de estudio fue cualitativo con abordaje estudio de caso, la muestra estuvo constituida por 6 enfermeras y la técnica aplicada para la recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada. El estudio obtuvo que en las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo (enfermera – enfermera) a nivel del hospital es imprescindible mantener siempre una actitud afable, agradable, tolerante y alegre, pues de nada servirá que las cuidadoras sean sensibles a las necesidades de los pacientes si no existe apoyo y compañerismo, si predominan otros valores como la productividad y la competitividad. Las enfermeras se sienten frustradas en ausencia de un clima armónico de confianza y respeto, en donde la desmotivación surge como algo ordinario. Concluye que en el contexto de las relaciones interpersonales de las enfermeras es imprescindible un clima laboral basado en la solidaridad, autenticidad, auto-respeto, unidad, sinergia, democracia y comunicación asertiva que favorezcan la convivencia, el cuidado humanizado y la resolución de conflictos laborales, ocasionados por malos entendidos, resentimientos, envidia y pugna por el poder para dominar y controlar a otros, generalmente para fines egoístas; en este sentido es necesario el fomentar la identidad profesional a través de estrategias de mejora como talleres de coaching, reuniones de camaradería, entre otros aspectos que deberían considerarse desde la formación de pregrado,

fomentando una cultura de paz, donde el poder se emplee para empoderar a otros, generar sinergias y efectuar cambios positivos en beneficio de todos³⁶.

La investigación “Influencia del trabajo en equipo en la adaptación a entornos laborales cambiantes: caso Adecco Perú”, tuvo como objetivo determinar si el trabajo en equipo está relacionado la adaptación a entornos laborales cambiantes entre los trabajadores del centro de servicios compartidos de Adecco Perú. El tipo de diseño fue descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 107 pequeñas empresas brasileñas y las técnicas aplicadas para la recolección de datos fueron la entrevista a profundidad (jefes) y un cuestionario estructurado (trabajadores). El estudio obtuvo que la necesidad del trabajo, la satisfacción del personal, la cooperación entre compañeros, la comunicación eficaz, la adopción de distintos roles, la mejora continua y la retroalimentación son factores relacionados con el trabajo en equipo. Las buenas relaciones interpersonales, escasos reconocimientos, el buen liderazgo, la cooperación y comunicación de los jefes, escasas actividades de integración en el área y las frecuentes actividades de integración en la empresa son factores relacionados con la adaptación a entornos laborales cambiantes. Concluye que el trabajo en equipo se relaciona positivamente con la adaptación a entornos laborales cambiantes, puesto que todos los factores relacionados con el trabajo en equipo logran efectos positivos, por lo que la mayoría de los trabajadores del departamento perciben un óptimo trabajo en equipo en su área³⁷.

1.2.3. A nivel local

No se encontraron estudios relacionados al tema de investigación en el área de salud.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

En la actualidad el trabajo en equipo se ha convertido en una excelente estrategia para que las organizaciones cumplan sus objetivos y obtengan mejores resultados, aumentando considerablemente la calidad de trabajo, ya sea a corto, mediano o largo plazo. En este contexto, la OMS señala que se necesita de un óptimo trabajo en equipo para lograr los objetivos en salud y contribuir al bienestar y la satisfacción de los trabajadores sanitarios para que puedan hacer un aporte positivo a la productividad, considerando que la atención sanitaria es una industria de servicios basada en el capital humano¹. De tal forma que no se puede avanzar en la mejora de la calidad asistencial, si el talento humano implicado no tiene las competencias para trabajar en equipo “un saber hacer y un saber comportarse”. Estas competencias están resumidas en cinco dimensiones: Complementariedad, coordinación, comunicación, confianza y compromiso, que permiten al equipo alcanzar un alto nivel de eficiencia de la atención sanitaria porque suponen mayor desarrollo de las capacidades de sus miembros para lograr los objetivos propuestos.

La importancia de este estudio reside en determinar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, dado que través de este sistema de trabajo la enfermera desarrolla sus habilidades no técnicas, un conjunto de valores y un espíritu que anima a un nuevo modelo de interacción para ofrecer un cuidado óptimo y humanizado a los pacientes. De modo que está definido como una competencia asistencial de la enfermera en el ámbito hospitalario, concretamente: “crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo dentro del equipo de enfermería”¹⁶, con la esencia de mejorar los servicios de enfermería a través de la calidad de cuidados, la satisfacción de la enfermera y los pacientes atendidos⁶.

Trabajar en equipo cultiva un sentido de pertenencia hacia la institución, generando así deseos de permanecer más tiempo dentro de la organización y contribuyendo a alcanzar los objetivos asistenciales mediante la acción y el compromiso individual y mancomunado de las enfermeras para asumir de manera óptima la continuidad de los cuidados, lo que favorecerá el fortalecimiento de la identificación profesional.

De esta manera, por medio de la complementariedad favorece el trabajo de todas con todas las enfermeras dentro de los servicios, el intercambio de conocimientos y la creación de la sinergia cultivando actitudes y conductas favorables para el reconocimiento de las virtudes y la aceptación de los compañeros de trabajo por encima de las diferencias de caracteres, de intereses particulares, conflictos de relación y de inevitables defectos, generando sentimientos de integración hacia el equipo y con ello el incremento del grado de colaboración, a partir de modelos mentales compartidos más que competitivos.

Asimismo, por intermedio de la delimitación estructurada de las funciones y la realización de reuniones abiertas y dirigidas favorecen la coordinación entre las enfermeras, acentuando la participación de todos mediante el liderazgo compartido y la supervisión interna para un trabajo armónico en los servicios de hospitalización. También, a través de la comunicación asertiva, la retroalimentación y la participación de todos en la toma de decisiones en los servicios reduce conflictos y promueve la formación de relaciones interpersonales y vínculos profesionales saludables con actitudes dialógicas y facilitadoras del trabajo en equipo en el marco del buen trato y la cordialidad.

Además, fomenta la creación de relaciones de confianza que permiten expresarse con sinceridad y confidencialidad, respetando la privacidad de los demás y facilitando el apoyo moral para la comprensión entre colegas, haciendo que el trabajo se vuelva una jornada acogedora y agradable, y no un lugar de tensión centrado sólo en el cumplimiento de las tareas.

Por lo cual, el trabajo en equipo es una herramienta útil para la gestión de los conflictos derivados de la convivencia laboral y de los sistemas de salud cada vez más complejos, haciendo que sean una oportunidad positiva para minimizar el desgaste laboral y emocional, protegiendo así a las enfermeras del síndrome de Burnout, visto que en ellas recae una gran carga de estrés laboral y emocional que afectan en mayor o menor medida al buen funcionamiento del equipo, la sana convivencia laboral y el bienestar emocional de las enfermeras.

A partir de este estudio se pretende proporcionar datos sobre la predisposición que poseen las enfermeras asistenciales para trabajar en equipo en los servicios de hospitalización y también proponer alternativas para el desarrollo

del mismo, a fin de que las autoridades competentes del hospital formulen y establezcan programas de formación continua sobre el trabajo en equipo con entrenamientos y capacitaciones, instrumentalizando a la enfermera en su función asistencial a partir de la formación de vínculos profesionales saludables, lo que indudablemente se decantará en el fortalecimiento ético profesional y la calidad de cuidados de enfermería.

Los hallazgos obtenidos sirven para consolidar y dar argumento de la trascendencia que tiene el trabajo en equipo en la práctica de enfermería, por lo que debe estar en constante evaluación para su correcta ejecución dentro de los servicios de hospitalización. Finalmente, se constituye como fuente de información y documento de referencia, además de proporcionar un instrumento y una escala métrica para determinar la actitud de las enfermeras asistenciales hacia el trabajo en equipo en el ámbito hospitalario, contribuyendo así en el área de investigación de enfermería, visto que los resultados aportan un nuevo conocimiento que sirve de plataforma para el desarrollo de nuevos estudios sobre el trabajo en equipo en la disciplina de enfermería asistencial.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo general

- Determinar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno – 2017.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión complementariedad.
- Identificar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión coordinación.
- Identificar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión comunicación.
- Identificar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión confianza.
- Identificar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión compromiso.

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el distrito de Puno, provincia y departamento del mismo; ubicado en la meseta del Collao sobre los 3,827 m.s.n.m. a orillas del lago navegable más alto del mundo; el Titicaca. Tiene una extensión territorial de 460.75 Km² y una población total de 141, 064 habitantes³⁸. Debido a su ubicación en la región sur andina de la cordillera predomina el clima frígido seco (otoño e invierno) a húmedo templado (primavera y verano).

La investigación se realizó en los servicios de hospitalización del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, institución pública de salud al servicio de la ciudad de Puno. Fue fundado el 15 de octubre de 1965 con domicilio legal en la av. El Sol N° 1022 (ver figura N° 1). Es un establecimiento de salud con categoría III – 1 de atención general, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, a través de atención ambulatoria, de emergencia, de hospitalización y de cuidados intensivos; con acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y de gestión a través de unidades productoras¹⁸.

ÁMBITO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN



Fuente: Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

El hospital atiende aproximadamente al 80% de los usuarios del servicio de salud de Puno, su ámbito de influencia se extiende a todas sus provincias y comunidades aledañas a la ciudad. Está conformada por las siguientes unidades: Cirugía general y especializada, Medicina general y especializada, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro quirúrgico, Emergencia, Gineco – Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Alojamiento conjunto y consultorio externo. Dentro del personal de salud que labora en esta institución se tiene 107 enfermeras asistenciales, de las cuales 05 son supervisoras y 102 tienen función asistencial, dispuestas de la siguiente manera: Enfermeras de planta (94), con contrato administrativo de servicios (07), con plaza orgánica (04) y destacadas (02); quienes realizan actividades asistenciales, administrativas, de docencia e investigación¹⁸. Las enfermeras(os) que participaron en el estudio tienen las siguientes características: 66% tiene entre 51 – 60años, el 98% es femenino, el 78% es casado y el 87% tiene más de 21 años de experiencia laboral.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Trabajo en equipo

2.1.1.1. Generalidades del trabajo en equipo

El trabajo en equipo es fundamental dentro del sistema de salud, porque favorece la calidad y eficiencia del cuidado proporcionado al paciente y la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio^{1,6}.

A efectos del presente estudio se tomó en cuenta las habilidades no técnicas que caracterizan al trabajo en equipo, basada en la Teoría de las 5 “C” (Complementariedad, coordinación, comunicación, confianza, compromiso) de Thomas Peters. Para el respaldo teórico y su mejor entendimiento de las 5 dimensiones se tomó en cuenta la literatura de diferentes autores que permitió determinar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo.

2.1.1.2. Definición del trabajo en equipo

En una revisión sistemática de la literatura sobre el trabajo en equipo, las definiciones conceptuales más notables son:

Katzenbach y Smith (1993), definen el trabajo en equipo como una entidad organizada constituida por un número reducido de personas con conocimientos y habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común y un conjunto de metas de desempeño que esencialmente implica la sinergia. Esta definición considera la complementariedad⁴.

Según Acosta (2001), es un método de trabajo colectivo coordinado en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetan sus roles y

funciones. Se caracteriza porque los integrantes dirigen sus actividades y se apoyan entre sí para lograr objetivos comunes. Esta definición considera la coordinación³⁹.

Rodríguez (2013), refiere que es un sistema laboral social, con reglas formales e informales de interacción, en el que los miembros requieren el desarrollo de las habilidades dialógicas para entenderse y relacionarse entre sí, en aras a la consecución de la meta en común. Esta definición considera la comunicación⁴⁰.

Bornell (2004) y Blake et al. (2000), lo definen como una modalidad de actividad laboral que permite adoptar roles de comportamiento social basado en la confianza y respeto mutuo para conducir el proceso psico-social del equipo. Esta definición considera la confianza^{41,42}.

Luppi (2001) y Blake et al. (2000), lo formulan como un desempeño específico caracterizada por el compromiso, la proactividad y el entusiasmo con que participa cada miembro hasta la consecución de los objetivos. Esta definición considera el compromiso^{43,42}.

2.1.1.3. Diferencias entre trabajo en grupo y trabajo en equipo

Robbins y Coulter (1996) definen el trabajo en grupo como “dos o más individuos interdependientes que interactúan y se reúnen para alcanzar objetivos particulares⁴⁴. La Organización Mundial de la Salud define el trabajo en equipo como “dos o más personas que trabajan en interdependencia en pro de un fin común”. En este sentido reunir un grupo de personas no crea un “equipo”, pues un equipo se caracteriza principalmente por la presencia de la sinergia, ésta supone el resultado colectivo como superior a la suma de los aportes individuales del equipo¹. Otras diferencias se mencionan a continuación:

TRABAJO EN EQUIPO		TRABAJO EN GRUPO
Desempeño colectivo	←	Meta
Positivo	←	Sinergia
Individual y mutuo	←	Responsabilidad
Complementario	←	Habilidades
Compartido	←	Liderazgo
Abiertas y dirigidas	←	Reuniones
Interna	←	Supervisión
	→	Compartir información
	→	Neutral
	→	Individual
	→	Aleatorias
	→	Individual
	→	Eficientes
	→	Externa

Fuente: Tomado y adaptado de: Robbins S. Comportamiento organizacional. 8va Edición. México D. F. Editorial Prentice hall;1999.

La dificultad para conseguir la eficacia y la eficiencia en el cuidado se ve incrementada por la ausencia de una visión conjunta para hacer frente a los problemas, considerando que gran parte de la vida profesional de la enfermera es prestar cuidados conjuntamente con el equipo de enfermería, para ello se debe tener claro el concepto de “trabajo en equipo” y no verse como rivales en el acto de cuidar⁶.

2.1.1.4. Teoría de las 5 “C” del trabajo en equipo

Es un modelo de trabajo en equipo creado por Thomas Peters (Padre de la administración posmoderna), que nace a través de una investigación, en donde se estudia equipos de alto rendimiento, lo que finalmente decanta en cinco habilidades no técnicas que deben estar presentes al interior de un equipo para que este funcione de manera armónica⁴⁵, que en lo concreto, se manifiestan como las dimensiones del trabajo en equipo, estas son:

A. Complementariedad

Davenport y Prusak (2001), refieren que es un proceso en el que existe una necesidad mutua de compartir habilidades y conocimientos por un número reducido de personas que trabajan sinérgicamente juntos para que los resultados sean los deseados^{4,46}. En relación a esto, las capacidades y las virtudes de los miembros del equipo son variadas pero por lo general una de ellas se desarrolla más en algunos que en otros, que al ser compartido se constituye en una fortaleza para la organización⁴⁷.

La complementariedad se trata de reconocer y aceptar que cada persona es diferente, con talentos propios que se pone al servicio de los demás. Las diferentes personalidades y las características deben dar balance al equipo, además de permitirle contar con diferentes puntos de vista que favorezcan el resultado final⁴⁸. La complementariedad en el trabajo en equipo se caracteriza por la existencia de:

- Sinergia

Para Sánchez (2006), es la capacidad del equipo para unir personas e intereses con el objeto de alcanzar la mayor efectividad del trabajo para el logro del propósito compartido. Se caracteriza porque los integrantes del equipo se refuerzan y potencien los unos a los otros hasta alcanzar una comprensión,

generando gran motivación y cohesión, de forma que la unión de esfuerzos proporcione unos resultados superiores a la suma de los que obtendrían los miembros si trabajasen de manera aislada o independiente⁴⁹.

Lo mencionado también lo comparten Arévalo y Polgatti (2004), adoptando que la sinergia se refiere a los lazos de atracción interpersonal para unir o cohesionar al equipo, puesto que la sinergia presente en los equipos de trabajo se ve fortalecida en el tiempo, propiciando en sus integrantes una identidad particular, que les conduce a asumir los desafíos organizacionales como propios, desarrollando al máximo el sentido de pertenencia y con ello la confianza, lo cual implica un compromiso emocional mayor, dando como resultado un verdadero trabajo en equipo⁵⁰.

Para la adopción del trabajo en equipo, los equipos deben presentar altos niveles de sinergia e interdependencia de tareas, para ello, las organizaciones deben adoptar estructuras que favorezcan la interacción entre los miembros del equipo durante la ejecución de las tareas diarias. Desde esta perspectiva, bajos índices de cohesión podrían estar evidenciando la presencia de falsos equipos en las organizaciones, considerando que la sinergia es una característica que define el trabajo en equipo³².

- Conocimiento

Alles (2002), lo define como el conjunto de información adquirida a través de la experiencia y la formación, el mismo que implica la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad⁵¹. Para Carozzo (2015), es el grado de pluralidad de conocimientos que presentan los miembros del equipo con relación a la tarea que desempeñan.

En este sentido, la complementariedad de dichos conocimientos y habilidades torna más efectivo al trabajo en equipo, dado que los miembros pueden integrar diferentes perspectivas para aprender mutuamente³². Al respecto, Champion et al. (1993), formula que cuando la diversidad de conocimientos es alta, los recursos cognitivos tienden a ser únicos y este hecho promueve la creatividad y la innovación debido a que se toman decisiones fundamentadas en diversas informaciones⁵².

Ruiz (2015), en su estudio menciona que es necesario transmitir los conocimientos y las experiencias en los profesionales de salud, esencialmente

entre los compañeros de profesión, para que esas aportaciones sean conocidas, llevadas a la práctica, comprobadas y evaluadas. Como profesionales de la salud es una obligación moral compartir estos conocimientos debido a las consecuencias sociales que pueden tener. Los continuos avances científicos y tecnológicos hacen que enfermeros tengan que actualizarse continuamente para su función asistencial ya sea mediante estudios propios, asistiendo a simposios o adquiriendo conocimientos junto a sus compañeros de trabajo, con fin del desarrollo continuo de la profesión a través del trabajo en equipo²⁶.

- Colaboración

Mantilla y García (2010), lo definen como una conducta de respaldo, que se manifiesta en el apoyo mutuo del equipo. La existencia de comportamientos colaborativos hace que los miembros del equipo siempre que sea posible ofrezcan su ayuda, cuando alguno de ellos tiene dificultades para llevar a cabo las actividades del equipo, para esto centran su atención en las necesidades de sus compañeros y no sólo a las propias³⁵, de tal manera que no se impacte negativamente en el logro de los resultados. En este sentido, las conductas de respaldo comprometen a los miembros del equipo a conocer suficientemente las tareas de sus compañeros, para ser capaces de proporcionar y solicitar ayuda en el momento necesario³³.

Para Carozzo (2015), el trabajo en equipo se torna más efectivo en el ámbito donde los miembros del equipo se respetan mutuamente y se ayudan voluntariamente, siempre que sea pertinente. La colaboración intensiva entre los miembros del equipo depende de modelos mentales más cooperativos que competitivos, puesto que cuando las personas ejecutan tareas individuales e independientes, sin lugar a dudas la competición es potencialmente motivadora, pero en casos donde las tareas son interdependientes, la colaboración es más productiva que la competición, por tanto, la colaboración está positivamente relacionada con el performance de los equipos de trabajo³².

- Reconocimiento

Reinoso (2006), lo define como la capacidad de conocerse a uno mismo y a los demás miembros del equipo. Se trata de poder reconocer las virtudes individuales y colectivas para un efecto positivo, ya sea como personas capaces,

talentosas y proactivas, con la intención de contribuir en el logro de los objetivos propuestos por la organización, sin embargo, se ven frustradas las expectativas cuando se encuentra a compañeros que limitan o desconocen su potencial⁵³.

Mantilla y García (2010), mencionan que las fortalezas y las virtudes de los miembros influyen positivamente si se trabaja realmente en equipo. En relación a esto, es necesario conocer y reconocer el poder que tiene cada miembro para sumar y complementar el equipo, porque traen a su favor una serie de destrezas y experiencias que se necesita para desarrollar el trabajo en conjunto³³.

- Integración

Según Thofehn y colaboradores (2010), el proceso de integración es el punto de partida para la colaboración y formación de vínculos profesionales, que se caracteriza por un sentimiento de pertenencia al equipo, buscando la estabilidad del medio psicológico de cada persona a través del proceso de interacción que comprende el autoconocimiento para posterior aceptación del otro.

La integración corresponde a la formación de un proceso social, que implica la identidad grupal, compartir los momentos de éxito y también los de fracaso, puesto que la celebración de logros como equipo hace que cada uno de los integrantes sienta que ha contribuido a algo bueno e importante. El equipo crea elementos o motivos para que los integrantes quieran forjar las actividades futuras^{20, 54}.

B. Coordinación

Shortell (1994), define la coordinación como una actividad consciente por la cual se ensambla y se sincroniza esfuerzos de trabajos diferenciados de tal manera que las enfermeras funcionan organizada y armoniosamente en el logro de los objetivos organizacionales⁵⁵. Al respecto Carozzo (2015), menciona que al trabajar en forma coordinada, los equipos consiguen visualizar mejor la interdependencia entre las tareas, necesaria para alcanzar un objetivo común y la forma en que cada uno de los miembros sumará esfuerzos para alcanzar determinados sub-objetivos, evitando las tareas desatendidas y la superposición del mismo. Esto reafirma la importancia de la coordinación dentro de los procesos interpersonales que tienen lugar en los equipos de trabajo³².

Para Puello (2012), la coordinación de enfermería dentro de las unidades de hospitalización es la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad. Esta es medida por el cumplimiento de los planes escritos, horarios, protocolos de tratamiento, políticas y procedimientos, los cuales implican esfuerzos de los miembros de la unidad, interacción cara a cara, liderazgo y participación en los espacios de reunión²⁷. En este sentido el personal de enfermería trabaja coordinadamente cuando respeta y cumple sus funciones dentro de la unidad⁵⁶. La coordinación dentro del trabajo equipo, implica:

- Participación

Delarue (2008), lo define como un proceso que depende de las responsabilidades que asuma el equipo y del estímulo que puede representar trabajar juntos para alcanzar un objetivo común. La participación está muy relacionada con el concepto de motivación. Por un lado, si el trabajador no está motivado, difícilmente participará en la mejora de calidad, puesto que no aprecia ningún beneficio por hacerlo, por otro lado, permitirle participar en el proceso de toma de decisiones referentes a la calidad puede constituir un elemento de motivación.

Por consiguiente, es importante establecer mecanismos para fomentar la participación y la motivación de las personas implicadas en el equipo. Justamente un instrumento a través del cual puede conseguirse tanto la motivación como la participación de los integrantes de la organización es el trabajo en equipo, a través de la aplicación de muchas de las herramientas y técnicas de la calidad⁵⁷.

- Liderazgo

Para Thofehrn y colaboradores (2010), el liderazgo al interior del trabajo en equipo implica ejercer y compartir en cualquier momento la capacidad de tomar iniciativa sin esperar una orden, con la posibilidad de apoyarse en el equipo, que tiene su razón de ser en las metas en común. Así la conducción del equipo debe ser realizada a través de un liderazgo compartido, objetivando alcanzar el compromiso del equipo²⁰.

Mantilla (2010), menciona que el líder es la persona que hace eficiente al equipo, es típicamente, un organizador, un facilitador y un coordinador, no quien

da órdenes, pues es un compañero más del equipo. Se caracteriza por ser un guía del propio desempeño y del logro de las metas compartidas, acercándose al concepto de liderazgo personal compartido, ya que el trabajo en equipo exige a los miembros una sólida autodirección, autocontrol y autopercepción de “yo puedo”³³. Por otro lado, la experiencia como líder faculta a los miembros del equipo a mejorar la visión y las estrategias, esto debido a que los individuos quienes ofrecen un desempeño de líder se ganan la confianza de sus compañeros y son llamados a representar el equipo⁵⁴. La diversidad de habilidades gerenciales puede mejorar los resultados del equipo, mediante el liderazgo compartido entre los miembros³².

- Organización de funciones

Puello (2012), en su estudio señala que, es importante que el equipo de enfermería cuente con una organización propia y que tenga claramente definidas sus funciones en el desarrollo del rol interdependiente, para producir resultados de interés específico para enfermería. Por lo que debe existir reglas bien definidas dentro de la unidad, creadas por el mismo equipo para regular aquello que es permitido y lo que no se debe tolerar sobre los procedimientos sistematizados, y la organización de las actividades del equipo para conocer sus deberes y responsabilidades sobre los objetivos del equipo²⁷, considerando que la organización es el espacio en el que se desarrolla la vida del equipo y se inventa el futuro a través de la acción⁵¹ y el trabajo en equipo.

- Espacios de reunión

Thofehrn (2010), lo define como un momento de integración y coordinación, donde todos pueden poner en pauta lo que juzgan necesario, considerando que estos espacios favorecen el desarrollo laboral y minimizan las dificultades inherentes a la vida cotidiana de los equipos, objetivando el perfeccionamiento del rendimiento y resolviendo los conflictos de forma rápida, franca y objetiva²⁰.

Garrido, Ugarte y Vodanovich (2011), argumentan que estos espacios o encuentros aminoran el ambiente emocional denso en el trabajo a través de la generación de instancias de conversación, donde se da la transferencia de conocimientos, sentimientos y percepciones entre los distintos profesionales de la

salud en base a la experiencia obtenida del trabajo con los pacientes³⁰. En relación a esto según Carozzo (2015), la resolución de conflictos en los espacios de reunión viabiliza las tareas de forma efectiva y mejora el desempeño de los equipos de trabajo, puesto que ven el conflicto como un problema mutuo que necesita ser abordado en conjunto³².

- **Desempeño armónico**

Según Carozzo (2015), es la integración equitativa de funciones y actividades desarrolladas por los miembros de una organización, para efecto de ello las tareas deben ser proporcionales entre sí³².

Para Alles (2002), es una combinación armónica de funciones desarrolladas por el equipo. Para ello es necesario que las responsabilidades e intereses sean compartidos, las actividades se realicen en forma coordinada y los programas que se planifiquen en equipo apunten a un objetivo común. En tal sentido, aprender a trabajar como equipo requiere su tiempo⁵¹.

- C. **Comunicación**

Marín (2008), lo define como un proceso continuo y dinámico que tiene un rol primordial en la interacción, favoreciendo las relaciones interpersonales funcionales que permiten trabajar de forma conjunta. De manera que en el equipo su papel es fundamental, ya que une a los individuos de un sistema y proporciona la información necesaria para dirigir las acciones hacia las metas previstas^{58,59}.

Al respecto, Longest y Klingersmith (1996), refieren que la comunicación es la habilidad de la enfermera para comunicar y articular su opinión con los miembros del equipo de cuidado de salud⁵⁹. En este sentido, la comunicación es una herramienta imprescindible para el cuidado del paciente, las relaciones interprofesionales y la solución de problemas dentro del equipo de salud²⁹. Considerando que no es fácil trabajar en conjunto, pero por medio de la comunicación se logran entender las diferencias que buscan siempre un bien común, enfocado al objetivo primordial, que es brindar un excelente servicio al usuario³¹.

La comunicación es el corazón de la vida de un equipo. Cuando existe crecen las personas, se estiman, disfrutan trabajando juntos, en cambio, cuando falta, las relaciones se deterioran, los miembros se distancian y disminuye el deseo

de unión. Por lo que es vital una comunicación eficaz y cordial para poner en marcha trabajar el equipo y alcanzar la calidad del cuidado de enfermería⁶⁰.

Ruiz (2015), sostiene que la adecuada comunicación entre los profesionales de la salud es un elemento clave para el correcto cuidado de los pacientes, dado que las deficiencias en la misma, han sido relacionadas con el rendimiento del equipo, aumento del estrés en los profesionales de la salud y la disminución en la calidad de atención. Ser enfermera no sólo implica adquirir determinados conocimientos técnicos o tener habilidades para llevar a cabo ciertos procedimientos de intervención, también, es importante saber comunicarse y es necesario formarse en este sentido como enfermeras, puesto que desarrollar una comunicación efectiva es un proceso complejo y que requiere de cierto entrenamiento²⁶. La comunicación dentro del trabajo en equipo, comprende:

- Comunicación no verbal

Es complementaria a la comunicación verbal y debe estar en concordancia con ella para una correcta expresión, comprensión e interpretación del mensaje. La comunicación no verbal está relacionada con el conjunto de gestos, miradas, sonrisas, expresiones faciales y posturas corporales, siendo muy útil a la hora de transmitir emociones y mantener un ambiente cordial con respeto por las formas de ser, pensar y actuar en el equipo, puesto que durante la conversación, el 96% representa la manera de cómo se dice el mensaje y sólo el 4% representa en sí el significado del mensaje, a su vez, es menos controlable que la comunicación verbal y no es necesario conocer determinados códigos para su interpretación, por ello son muchos los autores que destacan la importancia de la misma.

Este tipo de comunicación es vital en el proceso del cuidado en los recintos hospitalarios, ya que es imposible no comunicar nada. Los gestos, las palabras, la entonación e incluso el silencio siempre son captados por los demás como un determinado mensaje, por ello que la interacción entre enfermera – enfermera se debe dar dentro de un proceso afable y cordial²⁶.

- Habilidad relacional

Según Ruiz (2015), es una destreza que permite establecer buenas relaciones interpersonales, como seres sociales. Para Arias (2012), es saber interactuar, respetando espacios y aceptando la forma de ser de los demás, pero

sin dejar de ser nosotros mismos³⁶, cualidades sociales que no deben ser olvidadas por el personal de salud, puesto que contribuye a crear un buen ambiente laboral, minimizando los conflictos entre los miembros⁶¹.

Para mantener una interacción adecuada entre las enfermeras asistenciales que comparten el desempeño laboral es necesario una relación dialógica, que consiste en el establecimiento del diálogo y la escucha activa, por medio de la retroalimentación y acercamiento, lo cual permite crear un ambiente laboral sano para la puesta en marcha del trabajo en equipo y el logro de un fin en común: brindar cuidados de enfermería de alta calidad⁶².

En este sentido, es vital mantener siempre una actitud agradable, comprensiva, convincente, tolerante y alegre en la interacción con los compañeros de trabajo y los pacientes de distintas edades, culturas y niveles de instrucción²⁶, ya que en la enfermera recae relacionarse en primera instancia con los mismos. Además, el desarrollo del trabajo profesional requiere equilibrio, comprensión, aceptación de sugerencias, intercambio de opiniones y de buenas maneras sociales³⁶. Así como los valores apropiados y sabiduría para otorgar cuidados en la labor cotidiana, genuinamente humana. De esta manera, los procesos interpersonales favorables tienen un impacto positivo sobre los resultados del trabajo en equipo⁶³.

- Retroalimentación

Consiste en un intercambio continuo de información, tanto de emisor a receptor o a la inversa, como parte del proceso comunicativo, la cual solo se consigue mediante la escucha activa y el diálogo. Es necesario tener en cuenta que la interpretación del mensaje es subjetiva, y que no siempre el interlocutor capta el mensaje tal y como el emisor lo quería expresar, he ahí la importancia de la retroalimentación, para el mejor entendimiento del contenido del mensaje²⁶.

Al respecto, la retroalimentación constructiva no es crítica y pretende ayudar a los otros a comprender las percepciones, sentimientos y reacciones que la conducta provoca. Este comportamiento se manifiesta cuando los miembros del equipo están alertas al comportamiento del resto de los compañeros, no para fiscalizar sino para ofrecer el apoyo o respaldo necesario. Las cosas pueden ir bien entre los miembros del equipo pero no son perfectas, si no se comenta lo que no

va bien será muy difícil superar los conflictos, por ello es importante la honestidad y la retroalimentar en el equipo⁶⁴.

- **Asertividad**

La interacción social bajo el comportamiento asertivo es saludable, ya que se traduce en una conducta segura, con capacidad de escuchar y respetar los diferentes puntos de vista. Una persona sin asertividad se vuelve ineficaz socialmente, porque no logra comunicar adecuadamente lo que quiere.

La asertividad en el campo laboral es una cualidad que permite a la persona comunicar su punto de vista en forma adecuada, respetuosa, en el momento oportuno y defender sus derechos, respetando el de los demás, a su vez, permite comprender y percibir lo que siente la otra persona en una situación determinada²⁶.

- **Decisiones compartidas**

Mantilla (2010), menciona que las decisiones del equipo siempre deberían tomarse de manera conjunta, puesto que es importante respetar las opiniones de todos y permitir que se hagan las elecciones de manera informada principalmente para llegar al consenso. Al respecto Fainstein (1997), refiere que la toma de decisiones por consenso hace que los miembros del equipo compartan las decisiones y se sientan protagonistas en las disposiciones, además, es un elemento importante para afianzar el compromiso. Este es uno de los valores más difíciles de lograr y mantener, su manifestación origina una mayor identificación con los objetivos organizacionales, promoviendo a la vez, la sensación de pertenencia y la creación del equipo⁶⁵.

Delarue (2008), en su estudio precisa que, los mayores niveles de participación de los miembros en el proceso decisorio mejora el desempeño de los equipos, puesto que conllevan a una mayor motivación de los integrantes que acaban reflejándose en los resultados de la organización, mediante una comunicación horizontal, relaciones de confianza y respeto mutuo⁵⁷.

D. Confianza

Gonzales (2015), conceptualiza la confianza es la seguridad que se genera actuando responsablemente según lo esperado¹². Mientras tanto para Ahumada (2005), confiar implica creer en el buen hacer de los compañeros de trabajo y

anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal, pues no es posible que existan las otras “C” si no se parte de la confianza.

Asimismo, el contrato de confianza implica manejar las expectativas, delegar, guardar confidencialidad, respetar los acuerdos y actuar consistente y conscientemente. De modo que cuando se agrega al equipo un alto nivel de confianza se contribuye a un mejoramiento continuo, con el que se eleva el nivel de productividad entre los miembros⁶⁶. La confianza al interior del trabajo en equipo se caracteriza por:

- Libertad de expresión

Según Alles (2002), es un derecho fundamental de las personas para el descubrimiento de la verdad, que a su vez, implica la libre difusión de ideas sin verse involucrado en malinterpretaciones, juicios ni sentirse intimidado. De manera que, dentro de los equipos es esencial para que todos puedan dar su opinión y debatir sobre diferentes temas de interés general.

La libertad de expresión comprende no solo la libertad verbal o de palabra, sino toda comunicación manifestada por cualquier medio⁵¹.

- Autoconfianza

Orengo (2008), la define como una cualidad que consiste en confiar en uno mismo, manteniendo un estado emocional positivo. En este sentido, es necesario que los miembros del equipo guarden actitud positiva, motivando y ofreciendo palabras de aliento a sus compañeros de equipo para hacerle frente a los problemas cotidianos⁶⁷.

Gonzales (2015), asevera que desarrollar las fortalezas dentro del equipo, incrementa la autoconfianza. Es así que, en las instituciones de salud se desencadena una necesidad de fortalecimiento y perfeccionamiento profesional constante en enfermería, a través de la preparación para el enfrentamiento de los nuevos desafíos¹².

- Empoderamiento

Según Alles (2002), es delegar u otorgar el poder necesario dentro del equipo para realizar las tareas, considerando la dirección de las responsabilidades y los objetivos de desempeño. Durante este proceso se desarrolla la confianza, con ella la fortaleza subjetiva del equipo en general.

Así, el empoderamiento organizacional se constituye como el otorgamiento del poder a los trabajadores, para obtener beneficios óptimos, que impacten a la productividad⁵¹.

- Confidencialidad

Aguilar (2016), refiere que es un principio ético asociado con varias profesiones responsables de la información, generando credibilidad entre los compañeros. Una comunicación confidencial y veraz genera un grado de confianza alto, de modo que cada miembro puede confiar en resto, al contar una información confidencial y realizar sugerencias sin temor a represalias dentro del trabajo³¹.

- Sinceridad

Desde la perspectiva de Yarce (2006), una persona sincera es congruente con sus pensamientos, palabras y acciones⁶⁸. Esto también hace referencia al actuar con rectitud, en concordancia con lo que cada uno considera importante, reconociendo los errores, evitando las excusas y comunicando honestamente las intenciones de manera abierta y directa⁵¹.

En el contexto de un equipo, la sinceridad es ejercida por aquella persona que tiene una recta estima de sí misma y un respeto por la autoestima de los demás, puesto que una persona honesta respeta la verdad y establece sus relaciones bajo este parámetro moral, recordando que forma parte de un equipo. Lo cual es vital para generar la confianza entre los miembros, finalmente el trabajo en equipo⁶⁸.

- Compromiso

Carozzo (2015), lo define como el valor que permite a los miembros del equipo dar lo mejor de sí mismos, enfocando todo su empeño en realizar las actividades planeadas para lograr el resultado deseado por el equipo. Este compromiso deber ser tan grande que trascienda hasta el éxito⁶⁸.

Cuando los miembros de un equipo están comprometidos el trabajo en equipo se torna más efectivo, pues los integrantes son responsables y autodisciplinados para cumplir con los acuerdos establecidos por voluntad propia⁴⁸. El compromiso dentro del trabajo en equipo, comprende:

- Metas en común

La meta en común es un elemento esencial de toda organización, para ser común debe ser comprendido y asumido por todos aquellos que han asociado sus esfuerzos, lo que implica el compromiso entre las enfermeras hacer realidad con su práctica diaria esas metas⁶⁹.

Según Alles (2002) cuando las metas son compartidas por dos o más personas se dice que son comunes. Las metas son los objetivos cuantificados con un horizonte temporal definido, para lo cual se disponen de acciones u operaciones que busquen lograr dichas finalidades⁵¹.

Al respecto, Mantilla (2010), menciona que el futuro deseado por los miembros del equipo debe caracterizarse por ser una visión compartida, derivada de las visiones personales que permiten a los miembros tener claridad del porqué y para qué de su esfuerzo³³. Una visión compartida es el primer paso para crear una identidad común y lograr que el equipo comience a trabajar en conjunto. De esta forma, se espera que todos los participantes se identifiquen con la visión y misión del departamento, para conseguir mayor alineamiento de energías individuales para el cumplimiento de las metas en común⁷⁰.

- Cooperación

Carreras y colaboradores (1995), la definen como la acción conjunta para conseguir un mismo fin. A su vez, este acto debe ser recíproco de lo contrario no se puede hablar de "cooperación", sino sólo de "ayuda"⁷¹.

Mientras que para Alles (2002), es la asociación de fuerzas que conlleva un beneficio mutuo para los cooperantes, especialmente en situaciones difíciles en las que las individualidades son insuficientes. Esta acción, si bien a veces es un beneficio para uno, siempre tiende a beneficiar al equipo, de manera que cada uno de ellos pueden alcanzar sus objetivos si, y sólo si, los otros alcanzan los suyos³¹. Esta interdependencia es un atributo potencialmente motivador para trabajar eficientemente³².

Así, cooperar en el equipo es responsabilidad de todos, aunque facilitar el proceso requiere fortaleza interna y una actitud de desapego, en la que nada se tome a nivel personal⁵¹.

- Responsabilidad

La responsabilidad está asociada al compromiso con que las personas realizan las tareas encomendadas, considerando que el cumplimiento de lo asignado está por encima de los intereses individuales⁵¹.

Al respecto, Mantilla y García (2010), refieren que la responsabilidad es parte del compromiso, y este último es lo que conduce a los miembros del equipo a aportar lo mejor de sí mismo y poner todo su empeño en sacar el trabajo en equipo adelante, mediante el cumplimiento de los tareas, planes y acuerdos establecidos³³.

- Proactividad

Covey, señala que la esencia de una persona proactiva es liderar su propia vida, al margen de lo que pase a su alrededor, pues decide cómo quiere reaccionar ante los estímulos y centra sus esfuerzos en su círculo de influencia, es decir, se dedica a aquellas cosas con respecto a las cuales puede hacer algo. Es así que, la proactividad no sólo significa tomar la iniciativa, sino asumir la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, decidiendo en cada momento que hacer y cómo hacer⁷².

De tal forma, el comportamiento proactivo implica el potencial para mejorar la situación, el entorno y a sí mismo. Las personas que se rigen por este comportamiento detectan anticipadamente los estresores potenciales y actúan oportunamente para prevenirlos, utilizando métodos poco comunes ya que no dudan en saltarse rutinas habituales para hacer el cambio^{51,73}. Al respecto, West (2002), también establece que los miembros proactivos, además de mostrar mejorías en el desempeño general, presentan más persistencia para implementar nuevas ideas frente a la resistencia de otros miembros del equipo, pues actúan con la intención de llevar adelante una actividad y acompañarlo hasta su conclusión⁷⁴.

- Identificación profesional

Maya (2003), lo conceptualiza como el conjunto de rasgos que permiten a una persona distinguirse del resto, producto del resultado extraordinario de la interacción humana. En esta perspectiva, dentro de los recintos hospitalarios en el ejercicio de la profesión, la identidad se construye día a día, con el buen desempeño de los enfermeros en el proceso de la interacción con los pacientes y los compañeros de trabajo.

Fortalece la vocación para reflejar la imagen real de la profesión ante la sociedad, cualidad que el profesional debe ir cultivando desde el inicio de su formación y a lo largo de ejercicio profesional de enfermería con los valores éticos y los principios morales. Por lo cual, la enfermera tiene la obligación de encontrar su propia fórmula para valorar y proteger la imagen de enfermería⁷⁵. Al respecto, Manz y Sims (1980), vislumbran que se requiere de la disciplina, entrega personal e identificación, sin perjudicar a ningún miembro del equipo⁷³.

2.1.1.5. Ciclo de vida del trabajo en equipo

Dentro de las organizaciones los miembros del equipo atraviesan por varias etapas, las mismas que no se siguen en forma rígida, pero si un patrón amplio, como lo siguiente:

- **Formación:** Los miembros comparten información personal básica, comienzan a conocerse y aceptarse unos a otros, hacen preguntas sobre su comisión y objetivos, y empiezan a centrar su atención en las tareas, dentro de un ambiente de cortesía, mientras que la incertidumbre está en el aire y las interacciones son a menudo cautelosas.
- **Conflicto:** Los integrantes compiten por el prestigio, buscan puestos de control relativo y discuten sobre la dirección adecuada del grupo. Así, las presiones externas interfieren con el grupo y surgen tensiones entre los individuos conforme se afirman y discrepan las medidas iniciales. Si estas tensiones no se encaran, es posible que surjan resentimientos que desaceleren el progreso del equipo.
- **Normalización:** Los miembros del equipo comienzan a avanzar unidos de manera cooperativa y logran un equilibrio tentativo entre las fuerzas en pugna. Surgen normas grupales para guiar el comportamiento individual, las funciones se aclaran, los sentimientos de cooperación son cada vez más evidentes y se pone de manifiesto un sentido de cohesión.
- **Desempeño:** El equipo madura y maneja retos complejos. Los roles funcionales se desempeñan e intercambian en forma fluida según se requiera, haciendo las tareas de manera eficiente. Sin embargo, también puede aflorar un sentido de logro prematuro debido a errores cometidos, pesimismo acerca de las perspectivas del éxito y complacencia entre algunos miembros, aunque a la larga, un equipo en pleno funcionamiento resuelve sus problemas, establece una identidad única y fomenta un ambiente de apertura.

- **Conclusión:** La ruptura se denomina conclusión, la cual hace referencia al término de las relaciones sociales estrechas y regresar a las tareas permanentes o avanzar a otros puestos. Esta etapa es una contingencia cada vez más frecuente con la llegada de las organizaciones flexibles, que trabajan con grupos temporales. Por otro lado, en esta etapa los equipos exitosos examinan su historia en busca de lecciones que han aprendido y se despiden de sus compañeros de equipo.

En este contexto, la toma de conciencia de todos los miembros del equipo permitirá a entender mejor lo que sucede en cada etapa y a resolver los problemas que se presentan en ellas. Desde luego, los equipos siempre son diferentes, por tanto, no todos experimentarán de igual manera el ciclo de desarrollo, algunos grupos pueden estancarse temporalmente en cierta etapa y otros esporádicamente pueden regresar a una etapa previa⁷⁶.

2.1.1.6. Fuentes de conflicto en el trabajo en equipo

- **Cambio organizacional:** Estos cambios son ocasionados por los diferentes puntos de vista de los miembros sobre la ruta hacia el éxito, los recursos necesarios y los resultados probables en la organización. En este sentido, debido al ritmo creciente del cambio tecnológico, político, económico y social los cambios organizacionales estarán siempre presentes.
- **Diferentes valores:** Los individuos tienen diferentes filosofías y creencias, puesto que se adhieren a distintos sistemas de valores éticos, los mismos que los pueden llevar en distintas direcciones. Así, las disputas resultantes son difíciles de resolver, ya que son menos objetivas que los desacuerdos.
- **Amenazas al estatus:** La jerarquía social de una persona es muy importante para muchos individuos. Cuando el estatus se ve amenazado, salvar la imagen se convierte en una fuerza motriz poderosa que impulsa a la persona a luchar por conservar la imagen deseada. El conflicto puede surgir entre la persona que se defiende y cualquiera que haya amenazado su estatus.
- **Percepciones contrastantes:** Las personas perciben las cosas de manera diferente debido a sus experiencias y expectativas previas. Las percepciones son muy reales para ellas y consideran que deben ser igualmente claras para los demás, en ocasiones no se dan cuenta de que otras personas pueden tener percepciones contrastantes del mismo objeto o acontecimiento.

- Falta de confianza: Toda relación duradera requiere cierto grado de confianza, es decir, la capacidad de una y otra parte de depender de las palabras y acciones de la otra. Cuando alguien tiene una razón real o percibida para no confiar en otro, surge la posibilidad de conflicto.
- Descortesía: El respeto, la empatía y el cuidado mutuo son los elementos de cohesión que mantienen unidos a los equipos de trabajo, mientras que la rudeza, la ausencia de consideración por los demás y la falta de cortesía elemental dividen al equipo, generando tensiones, ira y conflictos.
- Choques de personalidad: No todo el mundo piensa, siente, ve o actúa del mismo modo, en este sentido, el concepto de diferencias individuales es fundamental para el comportamiento organizacional, puesto no sólo ocasionan conflictos, también son un rico recurso para la solución creativa de problemas⁷⁶.

2.1.1.7. Ingredientes para el trabajo en equipo

- Ambiente de apoyo: El trabajo en equipo tiene más probabilidades de desarrollarse cuando la administración crea un clima organizacional favorable. La creación de este ambiente implica motivar a los miembros a pensar como equipo, proporcionar el tiempo adecuado para las reuniones y mostrar fe en la capacidad de los miembros para obtener logros. Estas medidas de apoyo ayudan al grupo a seguir los primeros pasos, como, la confianza, la cooperación y la compatibilidad que se requieren para el trabajo en equipo
- Habilidades y claridad de roles: Los miembros de equipos deben estar razonablemente calificados para desempeñar sus puestos y tener el deseo de cooperar. Además, se puede trabajar como equipo sólo después de que todos sus integrantes conozcan los roles de todos los demás con quienes deberán interactuar, después de entender esta cuestión, los miembros pueden actuar de inmediato como equipo con base en las necesidades de esa situación, sin esperar que alguien dé una orden. En otras palabras, los miembros del equipo responden voluntariamente a las demandas del trabajo y toman las medidas apropiadas para lograr las metas del equipo.
- Metas superiores: Una responsabilidad importante de los administradores es mantener a los miembros del equipo orientados hacia su tarea general. Por desgracia, en ocasiones, las políticas de la organización fragmentan los esfuerzos

individuales y desalientan el trabajo en equipo. Las metas superiores se logran sólo si todas las partes cumplen con lo que les corresponde.

- **Confianza:** Es vital para que el equipo sea eficaz y comienza cuando el grupo demuestra honradez, integridad, apertura y disposición. Desde esta perspectiva, la confianza se gana al ofrecer elogios frecuentes, cumplir las promesas, demostrar interés, respetar a los demás, actuar de forma responsable y compartir la información de manera oportuna.
- **Premios de equipo:** Otro elemento que estimula el trabajo de los equipos es la entrega de premios, que pueden ser financieros o en forma de reconocimientos. Los premios son más eficaces si los miembros del equipo los valoran, los perciben como asequibles y como reconocimiento al desempeño laboral del equipo. Así, las organizaciones necesitan lograr un equilibrio cuidadoso entre motivar y recompensar la iniciativa individual y colectiva, estimulando las contribuciones importantes al éxito del equipo.
- **Facultamiento:** La motivación de los miembros desempeña un papel importante en el éxito del equipo. En esta perspectiva, se sentirán más motivados y facultados, cuando, compartan una sensación de fuerza (la actitud de poder hacer cosas), experimenten significado (compromiso con un propósito valioso), reciban autonomía (la libertad y discrecionalidad para controlar recursos y tomar decisiones) y vean su efecto en los resultados (evalúen, supervisen y celebren sus contribuciones y resultados).
- **Normas positivas:** Los equipos son más fuertes cuando examinan conscientemente su propia conducta y se ponen de acuerdo en los requisitos internos que establecerán sus acciones, como saber escuchar, franqueza, enfrentamiento y confidencialidad, asimismo el compromiso para asistir puntualmente a las reuniones, compartir la responsabilidad por los resultados mutuos, pensar antes de hablar y centrarse en los asuntos y problemas en lugar de las personalidades. Una norma muy eficaz es permitir y fomentar la disensión, en la que los miembros del equipo consideran aceptable “estar de acuerdo en mostrar desacuerdo”⁷⁶.

2.1.2. Trabajo en equipo en el ámbito sanitario

El trabajo en el ámbito sanitario se define como, la manera en que los profesionales trabajan, cooperativa y efectivamente y el equipo se centra como, la unidad estructural específica dentro de la organización sanitaria⁷⁷.

2.1.2.1. Modelos de trabajo en equipo en salud

Dentro del ámbito sanitario existen diferentes modelos de trabajo en equipo, según el número de disciplinas que participan en él y la forma de participación de cada miembro en el equipo. Estos modelos son:

- Equipo intradisciplinar: Se refiere al trabajo en equipo que surge dentro de una misma disciplina, donde sus miembros trabajan de manera cooperativa para conseguir un objetivo común en el cuidado del paciente.
- Equipo multidisciplinar: Representa al trabajo en equipo que se da entre diferentes disciplinas que trabajan independientemente en distintos aspectos del cuidado del paciente, es decir, lo hacen de forma paralela o secuencialmente.
- Equipo interdisciplinar: Hace mención al trabajo en equipo que nace de la interacción recíproca entre disciplinas, se caracteriza por trabajar conjuntamente estableciendo objetivos comunes en la atención del paciente para proporcionarle el mejor cuidado. Además la contribución es única por parte de cada disciplina dentro de los objetivos comunes del equipo, por lo que es imprescindible considerar la perspectiva enfermera, para tener así, una visión completa del paciente a cuidar.
- Equipo transdisciplinar: Se refiere al trabajo en equipo que surge entre los profesionales de diferentes ámbitos científicos y no científicos que comparten objetivos comunes en la atención del paciente. Los profesionales trascienden las fronteras de sus profesiones adoptando un enfoque holístico de la persona a cuidar⁷⁷.

En el análisis de los distintos modelos de trabajo en equipo en salud, realizado por Del Barrio (2010), se puede observar que el equipo multidisciplinar carece de algunos elementos esenciales para el desarrollo del trabajo en equipo, puesto que no funciona como una unidad, sino como un grupo de individuos independientes²⁴. Por otro lado, algunos autores afirman que existe una visión de mayor logro de trabajo en equipo entre profesionales del mismo gremio (intradisciplinar), dado que, no se logra coordinar con los profesionales de otras

disciplinas en torno a un objetivo, sino trabajando con personas que hacen las mismas tareas³⁰. De ahí se desprende la necesidad de trabajar en equipo, para que sean capaces de administrar los mejores cuidados al paciente dando un enfoque donde las relaciones de colaboración se hacen indispensables²⁴.

2.1.2.2. Elementos esenciales del trabajo en equipo en salud

Existe una serie de elementos esenciales para el desarrollo del trabajo en equipo al interior de las instituciones de salud, entre éstos se encuentran: La igualdad de poder y competencia profesional, valores compartidos, objetivos comunes, funciones de trabajo claramente definidas, confianza, respeto mutuo, habilidades de comunicación, colaboración, así como la capacidad de todos los miembros de funcionar como una unidad más que como un grupo de individuos⁷⁷. En este sentido, los valores, la cultura y la filosofía de las institucionales sanitarias juegan un papel fundamental, para promover la colaboración entre los profesionales de la salud en el marco de un trabajo colectivo, centrada en el paciente y su familia⁷⁸.

2.1.2.3. Beneficios de trabajar en equipo en el ámbito sanitario

La finalidad última del trabajo en equipo se encuentra en su eficiencia, que incide directamente en la mejora de los resultados de los pacientes, así como, la disminución de la estancia hospitalaria, mayor seguridad para los pacientes y una mejor recuperación de los mismos. Además, el trabajo en equipo tiene otros beneficios que repercuten en los profesionales, como, la disminución del estrés, el aumento de su satisfacción, el incremento de su desarrollo y aprendizaje, y por otro lado, aporta en la institución, con la disminución de los costes innecesarios, la optimización de los recursos, la mejor planificación del futuro dando soluciones creativas en la resolución de los problemas, y en definitiva, el llevar a cabo un trabajo de mejor calidad.

En este contexto, los equipos que verdaderamente trabajan en equipo, reconocen la contribución personal y profesional de cada uno de sus miembros, ven la responsabilidad que se debe atribuir a cada uno como una responsabilidad colectiva, esta sinergia influye positivamente en el cuidado del paciente⁷⁹.

2.1.2.4. Barreras para trabajar en equipo en el ámbito sanitario

En el trabajo diario surgen barreras que dificultan el buen funcionamiento del equipo. Entre las principales barreras se encuentran: las diferentes concepciones de los profesionales de lo que significa trabajar en equipo, la falta de formación y habilidades de los miembros para funcionar como un equipo y el predominio del poder médico que influye en la interacción en los equipos. Asimismo, 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 equipo⁸⁰.

2.1.2.5. Determinantes del trabajo en equipo en salud

Las organizaciones de salud cada vez son más dependientes del trabajo en equipo, de hecho, su funcionabilidad idónea depende de la eficacia de la gente que trabaja dentro de ella, por su impacto muy significativo en el cuidado que recibe el paciente⁸. En esta perspectiva, el trabajo en equipo en salud depende de muchos factores, no solo de las relaciones interpersonales de los miembros, sino también, de las políticas propias a las organizaciones sanitarias; estos se agrupan en tres grandes determinantes:

- Los determinantes sistémicos: Son los factores condicionantes que se ubican fuera de la organización, como, el sistema social, cultural, educativo y profesional. Dentro de estos es importante resaltar el sistema social, que hace referencia a las diferencias de poder entre los profesionales, basadas en diversos estereotipos, creando una barrera que obstaculiza el buen trabajo en equipo. Por otro lado, los miembros de cada profesión saben muy poco de las tareas y responsabilidades de sus “colegas” de otras disciplinas. En este sentido, algunos estudios han demostrado que, conocer las funciones que desempeñan el resto de profesionales facilita el desarrollo de la colaboración interprofesional.
- Los determinantes de organización: Son los factores condicionantes dentro de la organización, tales como la estructura organizativa. Dentro de esto, es importante destacar que la colaboración no solo depende de los miembros, sino también de estructuras jerárquicas más flexibles y descentralizadas de la institución, que propicien los mecanismos de coordinación, comunicación y toma de decisiones conjunta a través de la disponibilidad de tiempo y espacio para que el equipo de salud se reúna dentro de un clima abierto y de confianza⁸¹. Es así que, las

estructuras organizativas tienen una fuerte influencia en el desarrollo del trabajo en equipo entre los distintos profesionales.

- Los determinantes de interacción: Son los condicionantes implicados en los componentes de las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo, tales como las habilidades no técnicas. Dentro de ellas se encuentran, la disposición para colaborar, la confianza mutua, la flexibilidad, el respeto y la comunicación. En este contexto, la confianza es uno de los elementos clave para la formación de los equipos de trabajo, concretamente de las enfermeras⁸².

Como se vislumbra son muchos los factores que influyen al trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios, por lo que en este estudio nos hemos centrado en los determinantes de interacción, específicamente, en las habilidades no técnicas de las enfermeras para después determinar la actitud hacia el trabajo en equipo.

2.1.2.6. Recomendaciones para lograr trabajar en equipo en el ámbito sanitario

Las recomendaciones para la práctica, están encaminadas a recibir formación desde el aprendizaje en la universidad, con programas que contemplen asignaturas que capaciten al futuro profesional mediante las herramientas, teóricas y prácticas, de cómo trabajar en equipo para posteriormente desarrollarlas en el mundo profesional⁸³.

Al respecto, en un estudio realizado en el 2001, se analizaron los programas conjuntos en la universidad para estudiantes de enfermería y medicina, los resultados evidenciaron que, los estudiantes consideran beneficiosa la educación interdisciplinar, ya que producen cambios en sus conocimientos, habilidades, actitudes y creencias al entender las funciones de los otros profesionales. Además, se encontraron que las experiencias del aprendizaje interprofesional fueron más beneficiosas en los estudiantes de los primeros cursos de universidad⁸⁰. Asimismo, otros autores describen algunas estrategias para promover la colaboración entre enfermera - enfermera y también con el médico, como: la realización conjunta de los objetivos del plan terapéutico, la toma de decisiones, las habilidades de comunicación, las enseñanzas para gestionar las situaciones de estrés, el apoyo entre los profesionales, especialmente a los de nueva incorporación. Además, sugieren la necesidad de dar a conocer a todos los

profesionales los buenos resultados que tiene para el paciente, trabajar en equipo⁷⁹.

2.1.2.7. Trabajo en equipo en enfermería

El trabajo en equipo en la disciplina de enfermería implica asumir un conjunto de valores y un espíritu que anima a un nuevo modelo de interacción y participación plena en el trabajo, basado en la confianza, la comunicación y el apoyo mutuo⁸⁴. En sentido, al examinar la relación laboral de enfermera a enfermera se identificaron: una comunicación superficial, falta de colaboración, confianza y respeto en los recintos hospitalarios. Además, en este mismo estudio se documentó la relación del trabajo entre las enfermeras y los auxiliares de enfermería, donde se ha observado que existe también la falta de colaboración y confianza, ya que, las enfermeras no siempre confiaban en el nivel de competencia de las auxiliares de enfermería, no las escuchaban, ni las incluían en la planificación del cuidado del paciente⁸⁵.

En este contexto, la desconfianza en los compañeros de trabajo crea una individualización de las tareas, por consiguiente, del trabajo, impidiendo de esta manera que se creen equipos de trabajo de enfermería basados en la confianza y la cooperación⁸⁶. Al respecto, para Moreno (2014), el individualismo a la hora de trabajar y de tomar decisiones, sólo sirve para impedir una buena comunicación y alejar a las enfermeras que trabajan en la misma unidad hospitalaria, que acaben siendo nocivos para la salud del paciente²².

Por otro lado, Ruiz (2015), en su estudio refiere que, en el trabajo de enfermería el estilo de comunicación que más se utiliza es el informal, el llamado “boca a boca”, lo que en muchas ocasiones puede llevar a que afloren rumores y críticas, que son considerados barreras comunicativas dentro de una organización laboral²⁶.

En el estudio de Garrido, Ugarte y Vodanovic (2011), se documentó que, al interior de las unidades de atención existe una diferencia generacional entre los miembros de los equipos. En esta perspectiva, los profesionales jóvenes son percibidos como más empáticos y con mejor preparación interpersonal para trabajar en equipo, sin embargo, se percibe que no se valora esas habilidades, perjudicándose su participación con los equipos ya conformados, puesto que al

final son los que se adaptan al modo de trabajo a veces individualista de las enfermeras que ya pertenecen a la institución y llevan tiempo en ésta³⁰.

2.1.2.8. Modelos de trabajo en enfermería

Dentro de la organización de enfermería, existen cuatro sistemas de trabajo para atender a los pacientes dentro de las unidades hospitalarias. Estos sistemas se denominan modelos de asignación de cuidados y son los siguientes.

- Modelo de asignación primary nursing: Este sistema se encarga de asignar a cada enfermera un número de pacientes, a los que administra todos los cuidados de enfermería de forma integral, planificando y organizando la terapia durante todo el periodo que dura la hospitalización.
- Modelos de asignación por tareas: Este modelo distribuye el trabajo por tareas específicas a cada enfermera. Desde el inicio del turno, a cada profesional, se le asignan unas tareas concretas que debe realizar, sin más responsabilidad que la de cubrir los objetivos propios de dichas tareas y actividades.
- Modelo de asignación por equipos: Este modelo consiste en asignar un grupo de pacientes a un pequeño equipo de profesionales, que tendrá un líder. Es parecido al modelo de asignación por tareas, ya que la enfermera líder lo que hace es asignar a cada enfermera una tarea o función. Ella es quien organiza el trabajo y los cuidados de enfermería entre los distintos profesionales que forman el equipo. Este modelo de trabajo tiene varias ventajas, entre ellas, la utilización máxima de las condiciones individuales que tiene cada profesional para el desempeño de las actividades, la comunicación permanente entre los componentes del equipo, la creación de las relaciones interprofesionales saludables, el aumento del sentimiento de pertenencia al equipo y la elevación del nivel de responsabilidad en equipo, ya que los cuidados son organizados en equipo.
- Modelo de asignación por pacientes: Este sistema consiste en la asignación de un número de pacientes a cada enfermera por turno. La responsabilidad del cuidado sólo se mantiene durante el turno de trabajo, y después la responsabilidad cambia a otro profesional. Cada enfermera se responsabiliza de llevar a cabo todas las tareas de un grupo de pacientes ingresados, es su propia gestora.

En este entender, cabe destacar que no hay un modelo perfecto, sino que cada uno es perfecto a la unidad en la que se aplique y al tipo de cuidados que se

requiere. Empero, es importante señalar que el modelo que más facilita el trabajo en equipo es el modelo de asignación por equipos, ya que todos los profesionales colaboran y las decisiones se toman en conjunto, por lo que se debe replantear la forma de organizar a los profesionales en el sistema sanitario⁸⁷, visto que en la mayoría de veces la organización de los servicios se hace de manera que no consuman demasiados recursos, en vez de, priorizar las necesidades del paciente, como centro del cuidado⁶.

2.1.2.9. Enfermería en su función gerencial

La función profesional de la enfermera se ha ido ampliando cada vez más, esto pone en relieve la necesidad de trabajar manteniendo una relación de equipo⁶. Desde esta perspectiva, las administradoras, las supervisoras, las coordinadoras y todos los puestos de liderazgo de enfermería, tienen como responsabilidad favorecer un óptimo ambiente de cuidado, pues de poco sirve que las cuidadoras sean sensibles a las necesidades de los pacientes, si la desmotivación surge como algo ordinario, debido a la frustración por la falta de apoyo y compañerismo por parte de las enfermeras gestoras, predominando otros valores como la productividad y la competitividad. Es debido a esto, que en los equipos de enfermería se han observado problemas de colaboración³⁶.

De este modo, la enfermera líder del equipo (supervisora) es la responsable de estimular y formar los equipos dentro de las unidades de hospitalización⁶. Para el desarrollo de estos equipos es necesario que las enfermeras estén entrenadas en su función gerencial, sin embargo, en la actualidad la mayoría de las enfermeras no están preparadas o no están dispuestas a asumir las funciones de liderazgo, por lo que se han de prepararse líderes de enfermería que sean administradoras eficientes para: Revertir la tendencia al aislacionismo y comunicarse con otras personas dentro y fuera de enfermería, extender las habilidades de trabajo de equipo, entender los conceptos administrativos y metas organizacionales y promover la estructura y el ambiente organizacional que estimulen la participación de la enfermera a todos los niveles, en vez de la práctica de crear y mantener “abejas reina”. Por otro lado, el reconocimiento de las habilidades y una buena gratificación salarial, sientan una base positiva para el trabajo³⁶.

2.1.3. Actitud

2.1.3.1. Generalidades de la actitud

El estudio de las actitudes resulta muy relevante para la comprensión de la conducta humana por diversas razones, entre ellas:

- Las actitudes guardan una estrecha relación con las conductas, de tal manera que el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirán realizar predicciones más exactas sobre la conducta humana (la forma en que piensan y actúan las personas) y sus cambios.
- Las actitudes permiten conectar el contexto social con la conducta individual, de modo que las actitudes reflejan la interiorización de los valores, principios y preferencias que rigen en las organizaciones laborales⁸⁸.

2.1.3.2. Definición de la actitud

La actitud como una propiedad de la personalidad ha sido definida por diversos autores:

- «Predisposición inmediata hacia el comportamiento⁸⁹, adquirida durante el aprendizaje, impulsando al individuo a comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones»⁹⁰.
- «Disposición duradera de procesos emocionales, cognitivos y conductuales con respecto a algún aspecto del mundo del individuo»⁹¹.
- «Tendencia adquirida y relativamente duradera para evaluar la realidad, después actuar de un modo determinado en consonancia con dicha evaluación»⁸³.

2.1.3.3. Componentes de la actitud

Al abordar el fenómeno de las actitudes desde una perspectiva psicosocial, se encuentra tres componentes básicos y definitorios que reflejan la complejidad de la realidad social, puesto que la formación y el cambio de actitudes operan siempre con estos tres componentes, que son:

- Componente cognitivo: Es el grado de conocimiento y pensamiento que el individuo tiene hacia su objeto de actitud. Está formado por percepciones, creencias e información hacia el referente, pues el referente desconocido no pueden generar actitudes.
- Componente afectivo: Es el sentimiento favorable, indiferente o desfavorable hacia el objeto social, es decir, asocia los sentimientos y emociones del sujeto al referente de actitud. Es el componente más característico de las actitudes.

- Componente conductual: Es la tendencia a reaccionar hacia el referente de una determinada manera. Se constituye como el componente activo de la actitud, que recoge las intenciones o disposiciones a la acción “comportamiento”.

2.1.3.4. Características de la actitud

- Dirección: La dirección de la actitud puede ser positiva o negativa.
- Magnitud: Grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud.
- Intensidad: Fuerza del sentimiento asociada con la actitud.
- Centralidad: Preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto⁹².

2.1.3.5. Evaluación de la actitud

Las actitudes son creencias y sentimientos que predisponen nuestras reacciones frente a las personas, por lo tanto, no es susceptible de observación directa. En este sentido, se avalúa de forma indirecta mediante la intensidad de las expresiones verbales, manifestaciones escritas o patrones de comportamiento por medio de una escala que cuantifica los resultados de las proposiciones⁹³. De este modo, para determinar las actitudes de las enfermeras asistenciales hacia el trabajo en equipo se usó la escala de Rensis Likert.

2.1.3.6. Escala de Rensis Likert

Consiste en un conjunto de ítems, presentados en forma de proposiciones o juicios, ante los cuáles el sujeto reacciona eligiendo una de las categorías de la escala Likert que, a su vez, tienen asignado un valor numérico, que sumado presenta la puntuación general que califica como, positiva, negativa, favorable, indiferente, neutro o desfavorable, externalizando de este modo, la actitud del encuestado⁹⁴. En este sentido, las evaluaciones de las actitudes pueden variar en su extremosidad o grado de polarización, las cuales en el estudio son formuladas de la siguiente manera:

- Actitud favorable: La persona está de acuerdo con las proposiciones, mostrando una tendencia positiva de apoyo hacia el referente. En este sentido, para el estudio es la enfermera que tiene una predisposición positiva para trabajar en equipo en los servicios de hospitalización.
- Actitud indiferente: La persona considera las proposiciones como algo no relevante, mostrando una tendencia neutra, imprecisa e indiferente hacia el referente. En este entender, para el estudio es la enfermera que tiene una

predisposición imprecisa para trabajar en equipo en los servicios de hospitalización.

- Actitud desfavorable: La persona está en desacuerdo con las preposiciones, mostrando una tendencia negativa de apoyo hacia el referente⁸⁸. Dentro de esta perspectiva, para el estudio es la enfermera que tiene una predisposición negativa para trabajar en equipo en los servicios de hospitalización.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

- Actitud: Es la predisposición aprendida a través de la experiencia para responder favorable, indiferente o desfavorablemente hacia el referente, en el que intervienen procesos emocionales, cognitivos y conductuales^{90, 91}.
- Grupo: Integrado por dos o más individuos interdependientes, que se reúnen para alcanzar objetivos particulares⁴⁴.
- Equipo: Conjunto de dos o más personas que interaccionan entre sí, manteniendo una relación de interdependencia para la consecución de metas comunes y compartidas en un contexto organizacional particular⁴⁹.
- Equipo de trabajo: Unidad estructural y funcional específica para realizar un trabajo, que, no es lo mismo que, trabajar en equipo, que se refiere a un estilo o una metodología de trabajo de un equipo²⁹.
- Trabajo en equipo: Método de trabajo coordinado, que requiere de la sinergia para alcanzar la meta en común, la cual únicamente se desarrolla cuando, al interés por el resultado se suma la confianza, la comunicación y el compromiso compartido por sus miembros³⁹.
- Complementariedad: Los integrantes del equipo dominan una determinada habilidad y/o conocimiento, de tal manera que, se complementan entre sí, para sacar las actividades a realizar, adelante, en función de los objetivos compartidos⁴⁵.
- Coordinación: Los miembros actúan de manera organizada, adaptando las acciones a la gestión de tiempos y enfocando las actividades hacia un exitoso resultado común⁴⁵.
- Comunicación: Los miembros del equipo se comunican abiertamente para poder comprender, tomar las mejores decisiones y determinar su actuar en aras del cumplimiento de la meta⁴⁵.

- **Confianza:** Los integrantes del equipo confían en el buen hacer y la responsabilidad del resto de sus compañeros para la consecución del objetivo compartido⁴⁵.
- **Compromiso:** Los miembros del equipo aportan lo mejor de sí mismo, poniendo todo su empeño en realizar las actividades planeadas⁴⁵.
- **Gestión de servicios de salud:** Es la capacidad de conducir la organización de los servicios de salud, centrando el manejo de los recursos humanos en el logro de objetivos sanitarios, dentro de los nuevos escenarios⁶.
- **Enfermera asistencial:** Desarrolla una función asistencial como parte del equipo de salud, compartiendo actividades y objetivos. Las actividades asistenciales de enfermería se realizan en un medio hospitalario, la asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo, deterioradas por un proceso patológico⁶.
- **Calidad del cuidado de enfermería:** Prestación de ayuda eficiente y efectiva a la persona fundamentada en los estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona, usuaria del servicio de enfermería, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio²⁷.
- **Satisfacción del profesional de enfermería:** El sentimiento de agrado que se experimenta una vez que se ha brindado un cuidado de calidad, es decir, es el resultado de lo experimentado por el buen trabajo. La satisfacción no se deriva únicamente del grado en que se cubren las necesidades de los usuarios, sino del gusto en el contexto laboral, los esfuerzos laborales y los valores compartidos con los otros miembros de trabajo¹².

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, es desfavorable.

CAPÍTULO III

MÉTODOS Y MATERIALES

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

- Cuantitativo, de acuerdo al procesamiento de datos, porque se obtuvieron datos con base en la medición numérica en el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento⁹⁴.
- Descriptivo, de acuerdo al análisis y el alcance de los resultados, porque se especificaron las dimensiones de la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo⁸⁹.

3.1.2. Diseño de investigación

- Transversal, de acuerdo a la dimensión temporal, porque se recolectaron datos en un tiempo único.
- Descriptivo simple, de acuerdo al análisis de la variable, porque se describieron las competencias de la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, sin ningún tipo de intervención intencional⁹⁴.

El diagrama del diseño de investigación es:



Dónde:

O = Medición de la variable en estudio (Actitud hacia el trabajo en equipo).

G = Muestra de estudio (Enfermeras asistenciales).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. La población

Estuvo conformada por 56 enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Para el estudio se consideró los servicios de hospitalización porque las características asistenciales y la interdependencia de las tareas dentro de estos ambientes, favorecen la interacción más estrecha entre las enfermeras y por consiguiente el desarrollo del trabajo en equipo.

3.2.2. La muestra

Para el estudio se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, conformada por:

Criterios de inclusión

- ✓ Enfermeras que laboran en los servicios de hospitalización.
- ✓ Enfermeras que otorguen su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- ✓ Enfermeras que se encuentran de vacaciones, permiso o algún tipo de licencia.

Considerando los criterios establecidos, la muestra fue conformada por 46 enfermeras asistenciales, dispuestas de la siguiente manera:

MUESTRA DE ESTUDIO

Nº	SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	ENFERMERAS ASISTENCIALES
01	Medicina Especializada	05
02	Medicina General	04
03	Cirugía Especializada	07
04	Cirugía General	07
05	Neonatología	09
06	Gineco - Obstetricia	04
07	Pediatría	05
08	Unidad de cuidados intensivos	05
TOTAL		46

Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica

La técnica que se utilizó para recolectar la información y dirigir los resultados de la investigación, fue la encuesta.

3.3.2. Instrumento

El instrumento que se aplicó fue el cuestionario “Actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo”. Fue diseñado por la investigadora a partir de la exploración sistemática de la literatura, tomando como base la teoría de las 5 “C” del trabajo de equipo⁹² (Complementariedad, coordinación, comunicación, confianza y compromiso) y como referencia, el cuestionario “Enfermería: ¿Trabaja en equipo?”¹⁸. Estructurado de este modo: Presentación, instrucción y cuerpo, este último contiene una sección genérica que recolectó los siguientes datos: servicio, edad, género y años de experiencia laboral, y la otra sección específica que recolectó datos sobre: la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo. El cuestionario fue constituido por 25 afirmaciones positivas (ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25) y negativas (ítems: 5, 10, 12, 13 y 14) de los cuales 5 afirmaciones corresponden a cada dimensión.

3.3.3. Validez y confiabilidad del instrumento

3.3.3.1. Validez

Se realizó mediante juicio de expertos, para tal efecto se consultó a un profesional de Enfermería especialista en Gerencia y gestión de salud, un profesional de Psicología conocedor de las Relaciones humanas, un profesional de Enfermería asistencial y un profesional de Ciencias de la comunicación social especialista en Metodología de investigación científica. Atendiendo a la evaluación del instrumento preliminar, se consideraron las apreciaciones de los especialistas para reformular y mejorar el instrumento.

3.3.3.2. Confiabilidad

Se realizó mediante la prueba estadística, Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.91$), para ella previamente, se sometió el instrumento a una prueba piloto, en los servicios de hospitalización del Hospital General Carlos Monge Medrano – Juliaca, en donde, laboran enfermeras con similares características al grupo objetivo en estudio

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- De la coordinación

Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, una carta de presentación para la ejecución de la investigación, dirigido al Director del Hospital Manuel Núñez Butrón, con el fin de obtener facilidades durante la recolección de datos, luego se coordinó con la enfermera jefe del departamento de Enfermería con el motivo de obtener permiso para la recolección de datos y finalmente, con las enfermeras jefas de los servicios para la aplicación del instrumento.

- De la ejecución

Se localizó a las enfermeras asistenciales que conforman la muestra, para dar a conocer la finalidad de la investigación, y, a su vez, solicitar el consentimiento para proceder con la encuesta. El momento pertinente para la aplicación de los instrumentos fue, las horas de libre disposición de las enfermeras, ya que ellas manifestaron que, no disponen de tiempo durante el turno, por lo cual, nos citaron en los momentos de refrigerio, a veces, al término del turno y algunas ocasiones se dejó el cuestionario para que las enfermeras lo llenen durante la guardia nocturna, con la intención de, no interferir en sus actividades asistenciales. Se recalcó la forma del correcto llenado, con el sentido de aclarar alguna duda; el tiempo de llenado de los cuestionarios fue de 10 a 15 minutos. Finalmente se concluyó la aplicación del instrumento, agradeciendo a los profesionales de Enfermería por su participación en la investigación.

3.5. PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

- Procesamiento de datos

Primeramente, para construir la base de datos, se realizó el conteo de las encuestas, revisando que todos los ítems del instrumento estén resueltos, luego, se codificó con números arábigos los cuestionarios, después se procesó los datos recolectados utilizando el software IBM SPSS Statistics 23. Finalmente se presentó los resultados en tablas, respondiendo a los objetivos de la investigación.

- Análisis de datos

Para interpretar los resultados se utilizó:

- ✓ La estadística descriptiva porcentual para responder a los objetivos generales (Tabla N° 1) y específicos (Tablas N° 2, 3, 4, 5, 6).
- ✓ Las medidas de tendencia central (moda y promedio) y dispersión (desviación estándar) para hacer una descripción más específica de las 5 dimensiones (Tablas N° 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1

ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO,
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2017

TRABAJO EN EQUIPO	ACTITUD DESFAVORABLE		ACTITUD INDIFERENTE		ACTITUD FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	25	55	19	41	2	4	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

En la tabla, los hallazgos del estudio evidencian que el 55% de las enfermeras asistenciales tienen una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo, mientras que el 41% presenta una actitud indiferente y sólo el 4% posee una actitud favorable. Estos resultados responden al objetivo general, determinando que más de la mitad de las enfermeras tienen predisposición negativa para trabajar en equipo en los servicios de hospitalización.

TABLA 2

ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPLEMENTARIEDAD, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2017

COMPLEMENTARIEDAD	ACTITUD DESFAVORABLE		ACTITUD INDIFERENTE		ACTITUD FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	22	48	22	48	2	4	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla revela que el 48% de las enfermeras asistenciales poseen una actitud desfavorable e indiferente, respectivamente, hacia el trabajo en equipo en la dimensión complementariedad y sólo el 4% tiene una actitud favorable. Estos hallazgos responden al primer objetivo específico, identificando que casi la mitad de las enfermeras tienen predisposición negativa e imprecisa para trabajar en equipo según la dimensión complementariedad, en los servicios de hospitalización.

TABLA 2.1

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPLEMENTARIEDAD

Nº ITEM	COMPLEMENTARIEDAD	DESVIACIÓN ESTANDARDS	MODA	PROMEDIO
1	Las enfermeras del servicio están unidas como un equipo (SINERGIA).	0.80	1 Casi nunca	1.56
2	Las enfermeras comparten lo aprendido de las capacitaciones con las demás enfermeras del servicio (CONOCIMIENTO).	0.93	3 Casi siempre	2.91
3	Las enfermeras del servicio se ayudan solidariamente durante el turno (COLABORACIÓN).	0.69	2 A veces	2.08
4	Las habilidades y virtudes de las enfermeras influyen positivamente en el equipo (RECONOCIMIENTO).	0.99	2 A veces	2.02
5	No me siento parte del equipo de enfermería del servicio (INTEGRACIÓN).	0.85	1 Casi siempre	1.60

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla demuestra que en la dimensión complementariedad, el ítem 1 presenta el promedio más bajo: 1.56 con una moda de 1, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras casi nunca están unidas como un equipo (sinergia), de igual modo, el ítem 5 tiene un promedio bajo: 1.60 con una moda de 1, esto demuestra que la mayoría de las enfermeras casi siempre no se sienten parte del equipo de enfermería en su servicio (integración). Estos hallazgos establecen que la sinergia y la integración son las principales debilidades de la complementariedad. La desviación estándar en los ítems mencionados son 0.80 y 0.85, respectivamente, así, las puntuaciones obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

Por otro lado, se observa que el ítem 2 tiene el promedio más alto: 2.91 con una moda de 3, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras casi siempre comparten lo aprendido de las capacitaciones con las demás enfermeras de su servicio (conocimiento). Este resultado establece que el conocimiento es la única fortaleza de esta dimensión. La desviación estándar en el ítem antes mencionado es 0.93, así, la puntuación obtenida se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicio de hospitalización han sido similares.

TABLA 3

ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COORDINACIÓN, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2017

COORDINACIÓN	ACTITUD DESFAVORABLE		ACTITUD INDIFERENTE		ACTITUD FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	37	81	8	17	1	2	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla evidencia que el 81% de las enfermeras asistenciales tienen una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo en la dimensión coordinación, mientras que el 17% presenta una actitud indiferente y sólo el 2% posee una actitud favorable. Estos hallazgos responden al segundo objetivo específico, identificando que la gran mayoría de las enfermeras tienen predisposición negativa para trabajar en equipo según la dimensión coordinación, en los servicios de hospitalización.

En comparación con las demás dimensiones, en ésta se encuentra el más alto porcentaje de actitud desfavorable, de este modo, la coordinación se constituye como la principal debilidad del trabajo en equipo.

TABLA 3.1

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COORDINACIÓN

N° ITEM	COORDINACIÓN	DESVIACIÓN ESTANDAR	MODA	PROMEDIO
6	Las enfermeras participan en la organización de las actividades del servicio (PARTICIPACIÓN).	1.08	2 A veces	2.26
7	Hay iniciativa por parte de las enfermeras para hacer actividades de mejora en el servicio (LIDERAZGO).	0.97	2 A veces	1.23
8	Las enfermeras del servicio cumplen cabalmente con sus responsabilidades durante el turno (ORGANIZACIÓN DE FUNCIONES).	0.93	1 Casi nunca	1.80
9	En el servicio se realizan constantemente las reuniones (ESPACIOS DE REUNIÓN).	0.81	1 Casi nunca	1.08
10	Las enfermeras están más preocupadas por sus objetivos e intereses individuales (DESEMPEÑO ARMÓNICO).	0.93	0 Siempre	0.71

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que en la dimensión coordinación, el ítem 10 tiene el promedio más bajo: 0.71 con una moda de 0, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras siempre están más preocupadas por sus objetivos e intereses individuales (desempeño armónico), asimismo, el ítem 9 tiene un promedio bajo: 1.08 con una moda de 1, esto significa que casi nunca se realizan constantemente las reuniones dentro de los servicios (espacios de reunión), también, el ítem 7 presenta un promedio relativamente bajo: 1.23 con una moda de 2, esto demuestra que la mayoría de las enfermeras solo a veces tienen iniciativa para hacer actividades de mejora en el servicio (liderazgo). Estos hallazgos establecen que el desempeño armónico, los espacios de reunión y el liderazgo son las principales debilidades de la coordinación. La desviación estándar en los ítems mencionados son 0.93, 0.81 y 0.97, respectivamente, así, las puntuaciones obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

Por otro lado, se observa que no existe ninguna fortaleza en esta dimensión.

TABLA 4

ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2017

COMUNICACIÓN	ACTITUD DESFAVORABLE		ACTITUD INDIFERENTE		ACTITUD FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	32	70	14	30	0	0	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla revela que el 70% de las enfermeras asistenciales poseen una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo en la dimensión comunicación, mientras que el 30% presenta una actitud indiferente y ninguna enfermera tiene una actitud favorable. Estos hallazgos responden al tercer objetivo específico, identificando que la gran mayoría de las enfermeras tienen predisposición negativa para trabajar en equipo según la dimensión comunicación.

En comparación con las demás dimensiones, en ésta se encuentra gran parte de las enfermeras con actitud desfavorable y ninguna con actitud favorable, de este modo, la comunicación se constituye como la segunda dimensión más débil del trabajo en equipo.

TABLA 4.1

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN

Nº ITEM	COMUNICACIÓN	DESVIACIÓN ESTANDAR	MODA	PROMEDIO
11	El trato entre las enfermeras del servicio es cordial (COMUNICACIÓN NO VERBAL).	0.64	2 A veces	2.39
12	Las enfermeras del servicio no mantienen una buena relación (HABILIDAD RELACIONAL).	1.43	0 Siempre	1.17
13	Las enfermeras no aclaran los malentendidos ocurridos en el servicio (RETROALIMENTACIÓN).	0.67	1 Casi siempre	1.17
14	Cuando recibo una ofensa verbal por parte de mi colega frente a los pacientes, respondo inmediatamente con la misma intensidad (ASERTIVIDAD).	0.50	1 Casi siempre	1.47
15	Las decisiones en el servicio son fruto del consenso (DECISIONES COMPARTIDAS).	0.55	2 A veces	2.30

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla demuestra que en la dimensión comunicación, los ítems 12 y 13 presentan los promedios más bajos: 1.17 con una moda de 0 y 1, respectivamente, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras siempre no mantienen una buena relación en su servicio (habilidad relacional), a su vez, casi siempre no aclaran los malentendidos ocurridos en el servicio (retroalimentación). Estos hallazgos establecen que la habilidad relacional y la retroalimentación son las principales debilidades de la comunicación. La desviación estándar en los ítems mencionados son 1.43 y 0.67, respectivamente, así, las puntuaciones obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

Por otro lado, se observa que no existe ninguna fortaleza en esta dimensión.

TABLA 5

ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN CONFIANZA, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO - 2017

CONFIANZA	ACTITUD DESFAVORABLE		ACTITUD INDIFERENTE		ACTITUD FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	25	55	19	41	2	4	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla evidencia que el 55% de las enfermeras asistenciales tienen una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo en la dimensión confianza, mientras que el 41% posee una actitud indiferente y sólo el 4% presenta una actitud favorable. Estos hallazgos responden al cuarto objetivo específico, identificando que más de la mitad de las enfermeras tienen predisposición negativa para trabajar en equipo según la dimensión confianza, en los servicios de hospitalización.

TABLA 5.1

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN CONFIANZA

N° ITEM	CONFIANZA	DESVIACIÓN ESTANDAR	MODA	PROMEDIO
16	Se pueden expresar libremente las opiniones en el servicio, sin temor a represalias (LIBERTAD DE EXPRESIÓN).	0.60	3 Casi siempre	2.65
17	Me gustaría asumir la jefatura del servicio (AUTOCONFIANZA).	1.30	1 Casi nunca	1.36
18	Confío en mis colegas al delegarles una de mis actividades importantes en el servicio (EMPODERAMIENTO).	0.62	2 A veces	2.21
19	Las enfermeras actúan con discreción dentro del equipo (CONFIDENCIALIDAD).	1.01	0 nunca	1.10
20	Las enfermeras del servicio son sinceras (SINCERIDAD).	0.95	2 A veces	1.43

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que en la dimensión confianza, el ítem 19 presenta el promedio más bajo: 1.10 con una moda de 0, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras no actúan con discreción dentro del equipo (confidencialidad), de igual manera, el ítem 17 tiene un promedio bajo: 1.36 con una moda de 1, esto demuestra que a la mayoría de las enfermeras casi nunca les gusta asumir la jefatura del servicio (autoconfianza). Estos hallazgos establecen que la confidencialidad y la autoconfianza son las principales debilidades de la confianza. La desviación estándar en los ítems mencionados son 1.01 y 1.30, respectivamente, así, las puntuaciones obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

Por otro lado, se observa que el ítem 16 tiene el promedio más alto: 2.65 con una moda de 3, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras casi siempre expresan libremente sus opiniones en el servicio, sin temor a represalias (libertad de expresión). Este resultado establece que la libertad de expresión es la fortaleza de esta dimensión. La desviación estándar en el ítem mencionado es 0.60, así, la puntuación obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

TABLA 6

ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPROMISO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO - 2017

COMPROMISO	ACTITUD DESFAVORABLE		ACTITUD INDIFERENTE		ACTITUD FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	5	11	28	61	13	28	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla revela que el 61% de las enfermeras asistenciales tienen una actitud indiferente hacia el trabajo en equipo en la dimensión compromiso, mientras que el 28% presenta una actitud favorable y sólo el 11% posee una actitud desfavorable. Estos hallazgos responden al quinto objetivo específico, identificando que más de la mitad de las enfermeras tienen predisposición imprecisa para trabajar en equipo según la dimensión compromiso, en los servicios de hospitalización.

A diferencia de otras dimensiones, sólo en ésta se encuentra el más alto porcentaje de actitud indiferente y el más bajo porcentaje de actitud desfavorable, de este modo, el compromiso se constituye como la dimensión menos débil del trabajo en equipo.

TABLA 6.1

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPROMISO

N° ITEM	COMPROMISO	DESVIACIÓN ESTANDAR	MODA	PROMEDIO
21	Lograr la calidad de cuidados es una meta compartida por las enfermeras del servicio (METAS EN COMÚN).	0.75	4 Siempre	3.28
22	Las enfermeras asisten puntualmente a las reuniones programadas en el servicio (COOPERACIÓN).	1.08	1 Casi nunca	2.26
23	Las enfermeras cumplen oportunamente las tareas asignadas para el servicio (RESPONSABILIDAD).	0.93	2 A veces	2.39
24	Las enfermeras proponen actividades de solución al identificar un problema en el servicio (PROACTIVIDAD).	1.17	2 A veces	2.04
25	Desarrollo mi potencial humano y profesional en el trabajo diario (IDENTIFICACION PROFESIONAL).	0.62	3 Casi siempre	3.30

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla demuestra que en la dimensión compromiso, el ítem 24 presenta el promedio más bajo: 2.04 con una moda de 2, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras sólo a veces proponen actividades de solución al identificar un problema en el servicio (proactividad), asimismo, el ítem 22 tiene un promedio bajo: 2.26 con una moda de 1, esto demuestra que la mayoría de las enfermeras casi nunca asisten puntualmente a las reuniones programadas en el servicio (cooperación). Estos hallazgos establecen que la proactividad y la cooperación son las principales debilidades del compromiso. La desviación estándar en los ítems mencionados son 1.17 y 1.08, respectivamente, así, las puntuaciones obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

Por otro lado, se observa que el ítem 25 tiene el promedio más alto: 3.30 con una moda de 3, esto evidencia que la mayoría de las enfermeras casi siempre desarrollan su potencial humano y profesional en el trabajo diario (identificación profesional), igualmente, el ítem 21 tiene un promedio alto: 3.28 con una moda de 4, esto significa que lograr la calidad de cuidados es una meta compartida por la mayoría de las enfermeras (metas en común). Estos resultados establecen que la identificación profesional y las metas en común son las únicas fortalezas de esta

dimensión. La desviación estándar en los ítems mencionados son 0.62 y 0.75, respectivamente, así, las puntuaciones obtenidas se encuentran entre $\pm 1DS$, lo cual indica que las respuestas de las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización han sido similares.

4.2. DISCUSIÓN

La comunidad sanitaria internacional señala que se necesita de un óptimo trabajo en equipo para lograr los objetivos en salud, a su vez, para contribuir al bienestar, la motivación y la satisfacción de los trabajadores sanitarios para que puedan hacer un aporte positivo a la productividad, considerando que la atención sanitaria es una industria de servicios basada en el capital humano¹.

Dentro de este contexto, es necesario señalar que las actitudes guardan una estrecha relación con las conductas humanas, pues son las predisposiciones inmediatas hacia los comportamientos⁸⁹, en otros términos, el tipo de comportamiento es el reflejo inmediato del tipo de actitud. El mayor y mejor conocimiento de las actitudes facilitan realizar predicciones más exactas sobre la forma en que piensan y actúan las personas⁸⁸, lo que permitirá implementar el mejoramiento de las conductas colectivas e individuales, si estas son negativas y perjudiciales para trabajar en equipo.

Al analizar sistemáticamente la literatura y los resultados, se determinó que: La mayoría de las enfermeras asistenciales presentan una actitud desfavorable hacia el **trabajo en equipo** (55%), es decir, poseen una predisposición negativa para trabajar en equipo dentro de los servicios de hospitalización. Las cuales son aprendidas y asimiladas a través de la experiencia, con la intervención de procesos emocionales, cognitivos y conductuales⁹¹, impulsando a las enfermeras a comportarse de manera negativa en el desarrollo del trabajo en equipo, un modelo de trabajo colectivo que permite adoptar roles de comportamiento basado en la complementariedad, la coordinación, la comunicación, la confianza y el compromiso⁴⁵ con el propósito de ayudar el bienestar de las enfermeras reduciendo el síndrome de Burnout¹¹, favorecer la satisfacción profesional incrementando la motivación y facilitar el logro de la calidad de cuidados de enfermería conduciendo el proceso psicosocial y laboral del equipo de enfermería⁶.

Bautista y colaboradores, señalan que la calidad asistencial, la motivación y el grado de satisfacción de las enfermeras asistenciales son el reflejo del trabajo en equipo. En este sentido, en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, la calidad del cuidado humanizado califica como regular y el 40% de las enfermeras

sienten insatisfacción laboral^{14,15}, esto confirma que el trabajo en equipo no se da en su totalidad entre las enfermeras asistenciales, evidentemente porque ellas poseen actitudes desfavorables hacia el mismo. Lo cual obstaculiza que las enfermeras asistenciales asuman de manera óptima su función asistencial, puesto que en ellas predominan actitudes desfavorables que dificultan el desarrollo del trabajo en equipo, el bienestar y la sana convivencia laboral de las enfermeras por consiguiente el logro de la calidad de cuidados.

Los resultados tienen cierta similitud con los obtenidos en el estudio de Espinoza, donde se encontró que el trabajo en equipo basado en la teoría de las 5“C” se manifiesta de manera parcial y no en su totalidad, ya que todas las dimensiones son insatisfechas la mayoría de veces³⁵. Empero, es necesario resaltar que el autor evalúa el trabajo en equipo en una entidad privada. Asimismo, Bautista y colaboradores, en su estudio obtuvieron que las enfermeras asistenciales de los servicios de hospitalización presentaron un promedio menor en cuanto al trabajo en equipo⁶. Estos resultados ganan significado a la luz de los argumentos defendidos por Guardia , Garcia y Esteve, quienes sostienen que para el desarrollo del trabajo en equipo en los enfermeros existe un margen para mejorar, debido a que los conflictos productos de las actitudes individuales afectan al buen funcionamiento de los equipos enfermeros²¹.

Al respecto, también, Bautista y colaboradores, argumentan que la falta de trabajo en equipo en las enfermeras asistenciales es debido a que ellas no buscan el perfeccionamiento profesional y no tienen claro el concepto de trabajo en equipo⁶. También, Thofehn , Leopardi , Coelho y Oliveira, aseveran que las enfermeras se sienten poco preparadas e inseguras para enfrentar las relaciones humanas en equipo, dado que la preparación académica en las enfermeras sobre las relaciones en equipo no dio subsidios y no tuvieron formación en ese sentido de cómo trabajar en equipo. Por esta falta de preparación, ocurren situaciones que acaban perjudicando el proceso de formación de vínculos profesionales, muchas veces de desarmonía, conflictos por un largo tiempo, haciendo que el trabajo se vuelva una jornada de sufrimiento y disgusto que desmotiva y aumentan la carga de estrés emocional en las enfermeras²⁰. Con respecto a este último, Vila y otros, en su estudio encontraron que los profesionales de salud que menos consideraban trabajar en equipo presentar más agotamiento emocional, más despersonalización

y mayor nivel de Burnout en general¹¹. Es así que el trabajo en equipo protege del síndrome del quemado para un mejor bienestar físico y mental de las enfermeras.

Por otra parte, los hallazgos difieren con los sostenidos por Del Barrio y Reverte, quienes evidenciaron que la mayoría de los profesionales de salud tenían una actitud positiva hacia el trabajo en equipo, con relación a las variables sociodemográficas, las mejores actitudes hacia el trabajo en equipo presentaron las mujeres y enfermeras²⁴. En tanto en nuestra investigación se encontró que la mayoría tiene una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo a pesar de que el 100% también son enfermeras y el 98% son mujeres, entonces esta diferencia probablemente es debido a que las condiciones y la gestión administrativa no es la adecuada en el hospital de Puno. Esto se ratifica en el estudio de Gutiérrez, donde encontró que la mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en condiciones de trabajo malas o inadecuadas tienden a presentar una actitud desfavorable e indiferente hacia el trabajo en equipo, mientras que aquellas que laboran en condiciones regulares a buenas tienen una actitud favorable⁵.

Según Lucas, el diseño del trabajo en los hospitales y las relaciones que se establecen entre sus trabajadores, están influenciados por un complejo entramado de factores culturales. En este entramado complejo interviene también factores como, las diferencias formativas tanto en conocimientos como en la capacidad técnica, edad, sexo, etc., que van a definir las características de las “culturas del trabajo” que convergen en una organización²⁹. Considerando esta literatura, las actitudes positivas de las enfermeras, también pueden ser atribuidas a la diferencia de edades de las enfermeras, ya que dentro de las unidades de atención existe diferencia generacional entre los miembros de los equipos, en donde los profesionales jóvenes son percibidos como más empáticos y con mejor preparación interpersonal para laborar en equipo, aunque muchas veces su participación con los equipos ya conformados se ve perjudicada porque sus habilidades no son valoradas, pues al final son los que se adaptan al modo de trabajo a veces individualista de las enfermeras que ya pertenecen a la institución y llevan tiempo en ésta³⁰. En tal sentido, en nuestro estudio el 66% de enfermeras tienen entre 51 a 60 años de edad y el 87% tienen más de 21 años de experiencia laboral, características que probablemente están influenciando negativamente al trabajo en equipo de las enfermeras asistenciales.

Según la teoría de las “5 C” de Tomas Peters, el trabajo en equipo engloba 5 habilidades no técnicas o dimensiones⁴⁵. Estas dimensiones determinan el trabajo en equipo y son necesarias para alcanzar un alto nivel de eficiencia en la continuidad de los cuidados de enfermería porque suponen mayor desarrollo de las capacidades para lograr los objetivos propuestos.

La primera dimensión del trabajo en equipo es la **complementariedad**. En este contexto, la complementariedad entre las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización se define como el proceso en el que se complementan las habilidades y los conocimientos para que los resultados sean los deseados en función de las metas en común^{4,46}. Se trata de reconocer y aceptar que cada persona es diferente, con talentos propios que se pone al servicio del equipo, puesto que las diferentes personalidades y las características deben dar balance al equipo en aras del resultado final que es lograr la calidad de cuidados⁴⁸. Se identificó que la mayoría de las enfermeras asistenciales poseen una actitud desfavorable e indiferente hacia el trabajo en equipo según la dimensión complementariedad (48%, respectivamente), es decir, tienen una predisposición negativa e imprecisa para complementarse entre sí y poner en marcha el trabajo en equipo dentro de los servicios de hospitalización.

Las principales debilidades que se hallaron en esta dimensión son la sinergia y la integración, ya que gran parte de las enfermeras asistenciales casi nunca están unidas como un equipo (X: 1.56, Mo: 1, DS: 0.80) y casi siempre no se sienten parte del equipo de enfermería en su servicio (X: 1.60, Mo: 1, DS: 0.85), siendo similares las respuestas dadas por las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización. Aspectos que impiden que las enfermeras asistenciales asuman de la mejor manera la continuidad de los cuidados, en vista de que en ellas predominan actitudes desfavorables e indiferentes que principalmente obstruyen la sinergia e integración para una mejor complementariedad entre las enfermeras. Al respecto, Thofehrn, sostiene que el proceso de integración se caracteriza por un sentimiento de pertenencia hacia el equipo desarrollando al máximo la unión como el punto de partida para la colaboración entre los miembros²⁰. Y para la adopción del trabajo en equipo, según Carozzo, los equipos deben presentar altos niveles de sinergia e interdependencia de tareas, puesto que bajos índices de

sinergia podrían estar evidenciando la presencia de falsos equipos en las organizaciones³².

Por otro lado, el conocimiento es la única fortaleza de esta dimensión, puesto que gran parte de las enfermeras asistenciales casi siempre comparten lo aprendido de las capacitaciones con las demás enfermeras de su servicio (X: 2.91, Mo: 3, DS: 0.93). Lo cual facilita el conocimiento para la complementariedad entre las enfermeras, visto que es un deber moral compartir los conocimientos debido a las consecuencias sociales que pueden tener en la atención asistencial²⁶.

Los hallazgos tienen relación con los obtenidos por Espinoza, quien encontró que la dimensión complementariedad se presenta de manera regular, donde la sinergia es la debilidad de esta dimensión³⁵. La dificultad para la complementariedad entre las enfermeras podría estar asociado al individualismo de los miembros, la dificultad para aceptar y lidiar con la heterogeneidad existente de personalidades, las diferentes concepciones de las enfermeras, el escaso conocimiento sobre lo que significa trabajar en equipo⁶ y la existencia de modelos mentales más competitivos que colaborativos debido a que no están formadas y entrenadas para funcionar como un equipo.

La segunda dimensión del trabajo en equipo es la **coordinación**. Desde esta perspectiva, la coordinación entre las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización se define como una actividad consciente por la cual se ensambla y se sincroniza esfuerzos de trabajos diferenciados, de modo que las enfermeras funcionan organizada y armoniosamente enfocando las actividades hacia un exitoso resultado⁵⁵. Según Carozzo, al trabajar en forma coordinada, los equipos consiguen visualizar mejor la interdependencia de tareas, evitando las labores desatendidas, la superposición o duplicación del mismo para una mejor organización³². Se identificó que la mayoría de las enfermeras asistenciales tienen una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo según la dimensión coordinación (81%), es decir, poseen una predisposición negativa para coordinar entre sí y poner en marcha el trabajo en equipo dentro de los servicios de hospitalización.

Las principales debilidades que se encontraron en esta dimensión son el desempeño armónico, los espacios de reunión y el liderazgo, ya que gran parte de

las enfermeras asistenciales siempre están más preocupadas por sus objetivos e intereses individuales (X: 0.71, Mo: 0, DS: 0.93), solo a veces tienen iniciativa para hacer actividades de mejora en el servicio (X: 1.23, Mo: 2, DS: 0.97) y casi nunca se realizan constantemente las reuniones dentro de los servicios (X: 1.08, Mo: 1, DS: 0.81), siendo similares las respuestas dadas por las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización. Al mismo tiempo, no se presenta ninguna fortaleza en esta dimensión. Estos factores dificultan que las enfermeras asistenciales asuman eficazmente el rol asistencial, visto que en ellas predominan actitudes desfavorables que principalmente obstruyen el desempeño armónico, los espacios de reunión y el liderazgo para una mejor coordinación entre las enfermeras. Al explorar la literatura, los argumentos señalan que la conducción del equipo debe ser realizada a través de un liderazgo compartido, que supone ejercer y compartir en cualquier momento la capacidad de tomar iniciativa sin esperar una orden, con la posibilidad de apoyarse en el equipo²⁰. En tal sentido, es necesario el desempeño armónico, es decir, que las responsabilidades e intereses sean compartidos por todos los miembros del equipo⁵¹. Para ello, los espacios de reunión son fundamentales, pues suponen un momento de integración donde todos pueden poner en pauta lo que juzgan necesario a través de la generación de instancias de conversación para una mejor coordinación y organización dentro del trabajo en equipo²⁰.

En comparación con las demás dimensiones, en ésta se encuentra el más alto porcentaje de actitud desfavorable, por tanto, la coordinación se constituye como la principal debilidad del trabajo en equipo de las enfermeras asistenciales.

Los resultados son congruentes con los obtenidos por Espinoza, quien concluye que la calificación de la dimensión coordinación es regular, es la principal debilidad del trabajo en equipo, ya que la percepción más desfavorable, siendo el liderazgo, la organización de funciones, el trabajo armónico las debilidades de esta dimensión³⁵. También, Bautista, Devesa, Guitart, Palma y Pérez en su estudio encontraron que las enfermeras asistenciales que laboran en las unidades de hospitalización presentan un promedio menor en cuanto a coordinación de las distintas actividades⁶. Asimismo, Bejarano concluye que en la dimensión coordinación, correspondientes al servicio de hospitalización se encuentra con menor puntaje los mecanismos de coordinación personales e

informales dentro del equipo²⁸. En relación a esto, Garrido, Ugarte y Vodanovic, en su estudio aseveran que la percepción de falta de trabajo en equipo se da en el hospital, aunque las tareas y metas del equipo se llevan a cabo, el asunto es que no se percibe que sea por un esfuerzo coordinado de personas, sumado al poco contacto que existe entre los distintos profesionales de salud³⁰.

Al respecto, Viñas, Castell, Thofehrn y colaboradores señalan que las fallas en la coordinación que dificultan el trabajo en equipo es debido a la escasa organización para favorecer las funciones, falta de autonomía, relaciones verticales de poder, falta de supervisión interna, actitudes pasivas y desadaptativas, indefinición de funciones, la escasa formación en trabajo en equipo, la insuficiente realización de reuniones, la falta de tiempo para las reuniones y de líderes para construir y fomentar el trabajo en equipo^{11,20}, puesto que las enfermeras están más centradas en cumplir las actividades asistenciales dejando de lado el papel de líder que facilite un sistema de trabajo coordinado y organizado. Lo cual termina enmarcando las acciones en el término medio de su potencial, limitando las actividades que las enfermeras podrían ejecutar para alcanzar los objetivos del equipo. En atención a ello el nosocomio debe facilitar los espacios para la mayor realización de reuniones abiertas y dirigidas desde el sistema de organización de enfermería, poner en marcha la formación continuada, fortalecer las acciones del coordinador y el cambio de actitudes, preparando a la enfermera en su función gerencial y asistencial para que puedan favorecer una praxis participativa en aras de un buen cuidado²⁰.

Desde otra perspectiva, los hallazgos son diferentes a los encontrados por Puello, en su estudio realizado en Colombia, en la IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena, en donde la coordinación es una verdadera fortaleza para las enfermeras que laboran en las diferentes unidades, además para cumplir con los objetivos de la institución y del propio servicio de enfermería, facilitando la continuidad de los cuidados, en tanto en nuestra investigación se encuentra que la coordinación es la principal debilidad del trabajo en equipo de las enfermeras asistenciales, esta diferencia probablemente es debido a que la estructura de la organización de enfermería en la Cartagena está bien diseñada y definida para precisar las funciones, las obligaciones y la responsabilidad de cada enfermera, esto ha permitido favorecer la coordinación del personal, a su vez, una de las tareas

principales de la gestión administrativa de la IPS, es ofrecer educación continuada a su personal en el ámbito de gestión del cuidado y trabajo en equipo, que es de su responsabilidad para alcanzar logros importantes en el 100% del personal, asimismo, se establece la supervisión y evaluación como mecanismo de control que se aplica en un ambiente cordial y de buenas relaciones con todo el equipo de enfermería²⁷.

La tercera dimensión del trabajo en equipo es la **comunicación**. Desde este enfoque, la comunicación entre las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización se define como un proceso continuo y dinámico que tienen un rol primordial en las relaciones interpersonales funcionales dentro del equipo^{58,59}. No es fácil laborar y lidiar con diferentes personalidades, pero por medio de la comunicación se logran entender las diferencias que buscan siempre un bien común y el cumplimiento de la meta, que es brindar un excelente cuidado al usuario³¹. Se identificó que la mayoría de las enfermeras asistenciales presentan una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo según la dimensión comunicación (70%), es decir, poseen una predisposición negativa para comunicarse entre sí y poner en marcha el trabajo en equipo dentro de los servicios de hospitalización.

Las principales debilidades que se hallaron en esta dimensión son la habilidad relacional y la retroalimentación, ya que gran parte de las enfermeras asistenciales siempre no mantienen una buena relación en su servicio (X: 1.17, Mo: 0, DS: 1.43) y casi siempre no aclaran los malentendidos ocurridos en el servicio (X: 1.17, Mo: 1, DS: 0.67), siendo similares las respuestas dadas por las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización. A su vez, no se presenta ninguna fortaleza en esta dimensión. Acaecimientos que obstaculizan que las enfermeras asistenciales ofrezcan un cuidado idóneo, dado que en ellas predominan actitudes desfavorables que principalmente obstruyen la habilidad relacional y la retroalimentación para una mejor comunicación entre las enfermeras.

En comparación con las demás dimensiones, en ésta se encuentra gran parte de las enfermeras con actitud desfavorable y ninguna con actitud favorable, de este modo, la comunicación se constituye como la segunda dimensión más débil del trabajo en equipo de las enfermeras asistenciales. En este sentido, la comunicación es el corazón de la vida de un equipo. Cuando existe crecen las

personas, se estiman, disfrutan trabajando juntos, en cambio, cuando falta, las relaciones se deterioran, los miembros se distancian y disminuye el deseo de unión. Por tanto, es vital una comunicación eficaz y cordial para trabajar en conjunto y lograr la calidad del cuidado de enfermería⁶⁰. Según Prieto, para mantener una interacción adecuada entre las enfermeras asistenciales que comparten el desempeño laboral es necesario una relación dialógica, que consiste en el establecimiento del diálogo y la escucha activa, por medio de la retroalimentación y acercamiento, lo que facilitará crear un ambiente laboral sano para la puesta en marcha del trabajo en equipo⁶².

Los hallazgos en esta dimensión tienen relación con los obtenidos en el estudio de Bautista, Devesa, Guitart, Palma y Pérez, donde las enfermeras asistenciales que laboran en las unidades de hospitalización presentan un promedio menor en cuanto a comunicación fluida⁶.

Los fallos en los mecanismos de la comunicación entre las enfermeras, probablemente es debido a que predominan los valores como la productividad y la competitividad, la carencia de apoyo y compañerismo, y las dificultades en las relaciones interpersonales, la comunicación y las actitudes desfavorables. Según Thofehn y Ruiz, la comunicación efectiva en el lugar de trabajo puede ser capaz de reducir conflictos y promover la formación de vínculos profesionales saludables posibilitando lograr las metas marcadas^{20,26}. Por lo que las enfermeras asistenciales deben formarse en ese ámbito para desarrollar al máximo todas sus competencias para un buen desarrollo de la profesión, puesto que ser un buen comunicador no es algo innato²⁶.

Según, Arias, para las relaciones interpersonales positivas con los compañeros de trabajo a nivel del hospital, es imprescindible mantener siempre una actitud afable, agradable, tolerante y alegre en el marco del buen trato y la cordialidad, de lo contrario de poco serviría que las cuidadoras sean sensibles a las necesidades de los pacientes³⁶.

Por otra parte, los resultados obtenidos en esta dimensión distan con los sostenidos por Espinoza, quien concluye que la comunicación se clasifica como regular, donde la asertividad, la honestidad y la comunicación no verbal son debilidades³⁵. Asimismo, en el estudio realizado por Puello, la comunicación entre

las enfermeras fue evaluada positivamente²⁷. Esta diferencia probablemente es debido a que la organización de enfermería está bien diseñada para precisar las funciones, además que la gestión administrativa ofrece una educación continuada en gestión del cuidado y trabajo en equipo.

La cuarta dimensión del trabajo en equipo es la **confianza**. En este contexto, la confianza entre las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización supone la seguridad que se genera en el equipo actuando responsablemente según lo esperado. Se trata de creer en el buen hacer de los compañeros de trabajo y anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal para la consecución del objetivo compartido^{12,66}. Se identificó que la mayoría de las enfermeras asistenciales poseen una actitud desfavorable hacia el trabajo en equipo según la dimensión confianza (55%), es decir, tienen una predisposición negativa para desarrollar la confianza mutua y poner en marcha el trabajo en equipo dentro de los servicios de hospitalización.

Las principales debilidades que se encontraron esta dimensión son la confidencialidad y la autoconfianza, ya que gran parte de las enfermeras asistenciales casi nunca les gusta asumir la jefatura del servicio (X: 1.36, Mo: 1, DS: 1.30) y además no actúan con discreción dentro del equipo de enfermería (X: 1.10, Mo: 0, DS: 1.01), siendo similares las respuestas dadas por las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización. Aspectos que impiden que las enfermeras asistenciales asuman de manera ideal la continuidad del cuidado, pues en ellas predominan actitudes desfavorables que principalmente obstruyen la confidencialidad y la autoconfianza para un mejor desarrollo de la confianza entre las enfermeras. El contrato de confianza implica manejar las expectativas, guardar confidencialidad, respetar los acuerdos actuando consistente y conscientemente. De modo que cuando se le agrega al equipo un alto nivel de confianza entre los miembros y la autoconfianza en cada miembro desarrolla las fortalezas y se eleva el nivel de productividad del trabajo⁶⁶.

Por otro lado, la libertad de expresión es la única fortaleza de esta dimensión, puesto que gran parte de las enfermeras asistenciales casi siempre expresan libremente sus opiniones en el servicio, sin temor a represalias (X: 2.65, Mo: 3, DS: 0.60). Lo cual favorece la libertad de expresión para un mejor desarrollo de la confianza entre las enfermeras. La libre difusión de ideas sin verse

involucrado en malinterpretaciones, juicios ni sentirse intimidado es esencial para que todos los miembros puedan dar su opinión y se sientan motivadas y satisfechas con el equipo⁵¹.

La dificultad en las relaciones de confianza entre las enfermeras podría estar asociado a la falta de sinceridad, confiabilidad en los compañeros de trabajo debido a que no hay coherencia entre lo que se dice y se hace, incumplimiento de promesas, la desmotivación, la frustración, débil confianza en uno mismo para asumir la conducción del equipo de enfermería y existencia de un clima armónico de compañerismo y respeto mutuo. Al respecto, Arias, sostiene que la desconfianza en los compañeros de trabajo crea una individualización de las tareas y del trabajo, impidiendo de esta manera que se creen equipos de trabajo que estén basados en la confianza y la cooperación³⁶.

Estos resultados van al encuentro de los argumentos propuestos por Lucas, quien formula que el tiempo es un factor determinante en la creación de relaciones de confianza, a través del aprendizaje en equipo para el desarrollo de modelos mentales compartidos²⁹, sin embargo la alta rotación del personal de enfermería muchas veces no facilita el desarrollo de la confianza dentro del equipo.

Por otro lado, los hallazgos en esta dimensión difieren con los de Espinoza, donde se encontró que la confianza es la dimensión mejor puntuada dentro de los componentes del trabajo en equipo pues en ella se encuentra el mayor porcentaje de percepciones favorables, siendo el cumplimiento de acuerdos la debilidad de la confianza³⁵. Esta diferencia probablemente se debe a que existe la motivación y la confianza en el marco del compañerismo y respeto mutuo, haciendo que el trabajo se vuelva una jornada acogedora y agradable, y no un lugar de tensión centrado sólo en el cumplimiento de las tareas.

La quinta dimensión del trabajo en equipo es el **compromiso**. En tal sentido, el compromiso entre las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización se define el valor que permite a los miembros del equipo dar lo mejor de sí mismos, enfocando todo su empeño en realizar las actividades planeadas para lograr el resultado deseado por el equipo⁶⁸. Se identificó que la mayoría de las enfermeras asistenciales tienen una actitud indiferente hacia el trabajo en equipo según la dimensión compromiso (61%), es

decir, tienen una predisposición imprecisa para fortalecer el compromiso y poner en marcha el trabajo en equipo dentro de los servicios de hospitalización.

Las principales debilidades que se hallaron en esta dimensión son la proactividad y la cooperación, ya que gran parte de las enfermeras asistenciales sólo a veces proponen actividades de solución al identificar un problema en el servicio (X: 2.04, Mo: 2, DS: 1.17) y casi nunca asisten puntualmente a las reuniones programadas en el servicio (X: 2.26, Mo: 1, DS: 1.08), siendo similares las respuestas dadas por las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización. Estos aspectos dificultan que las enfermeras asistenciales asuman competentemente su rol asistencial, puesto que en ellas predominan actitudes indiferentes que principalmente obstruyen la proactividad y la cooperación para un mejor desarrollo del compromiso entre las enfermeras. El comportamiento proactivo involucra el potencial para hacer el cambio, detectando anticipadamente los estresores potenciales que permiten actuar oportunamente implementando nuevas ideas frente a la resistencia de otros miembros del equipo^{51,74}. La cooperación supone una acción conjunta para conseguir un mismo fin, por lo cual es responsabilidad de todos los miembros del equipo^{51,71}.

Por otro lado, la identificación profesional y las metas en común son las únicas fortalezas de esta dimensión, puesto que gran parte de las enfermeras asistenciales casi siempre desarrollan su potencial humano y profesional en el trabajo diario (X: 3.30, Mo: 3, DS: 0.62), además, lograr la calidad de cuidados es una meta compartida por las enfermeras del servicio (X: 3.28, Mo: 4, DS: 0.75). Estos favorecen la identificación profesional y el desarrollo de las metas en común para el fortalecimiento del compromiso entre las enfermeras. La identidad profesional fortalece la vocación porque insta la entrega personal para reflejar la imagen real de la profesión ante la sociedad, cualidad que el profesional debe ir cultivando desde el inicio de su formación y a lo largo de ejercicio profesional de enfermería⁷⁵. Y la meta en común es un elemento esencial de toda organización, para ser común debe ser comprendido y asumido por todos aquellos que han asociado sus esfuerzos, lo que implica el compromiso entre las enfermeras para hacer realidad con su práctica diaria esas metas⁶⁹.

A diferencia de otras dimensiones, sólo en ésta se encuentra el más alto porcentaje de actitud indiferente y el más bajo porcentaje de actitud desfavorable,

de este modo, el compromiso se constituye como la dimensión menos débil del trabajo en equipo de las enfermeras asistenciales.

Los hallazgos son parecidos al de Espinoza, quien concluye que la dimensión compromiso califica como regular. Siendo la responsabilidad, las metas en común y la cooperación las debilidades de esta dimensión³⁵. Al respecto, Bautista, Devesa, Guitart, Palma y Pérez en su estudio encontraron que las enfermeras asistenciales que laboran en las unidades de hospitalización presentan un promedio menor en cuanto a la predisposición para cumplimentar los objetivos⁶.

Estos resultados podrían estar atribuidos a que el concepto de institución queda disipado por la falta de empoderamiento con la misión, la visión y los valores, falta de motivación e interés, ya que las enfermeras a veces centran más su atención en el crecimiento curricular personal. Lo cual termina enmarcando las acciones en el término medio de su potencial, limitando el logro de los objetivos del equipo y el fortalecimiento de enfermería. Viñas y Castel, señalan que los aspectos fundamentales para el buen funcionamiento del equipo son la definición de objetivos, la participación y el compromiso de todos sus componentes, las actitudes activas y facilitadoras del trabajo en equipo¹¹.

En este contexto, Garrido, Ugarte y Vodanovic, aseveran que existe una visión de mayor logro de trabajo en equipo entre profesionales del mismo gremio, es decir no se logra coordinar con todos los profesionales en torno a un objetivo, sino trabajando con personas que hacen las mismas tarea (enfermera-enfermera)³⁰. En atención a estos argumentos, es fundamental lograr el trabajo en equipo intradisciplinar para conseguir el trabajo en equipo multidisciplinar dentro de los recintos hospitalarios.

Finalmente, según los argumentos defendidos por Moreno, la organización que facilita el trabajo en los hospitales es la organización por equipos, señala que el trabajo en equipo entre enfermeras es algo indispensable para ofrecer a los pacientes un buen cuidado, es por ello que la forma en que se organizan las unidades hospitalarias deben favorecer la creación de estos equipos, ya que está en ellas que estos se creen²². Para ello, es fundamental que las enfermeras estén capacitadas y entrenadas desde su actitud.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, es desfavorable.

SEGUNDA:

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión complementariedad, es desfavorable e indiferente, dado que la sinergia y la integración son las principales debilidades y solo el conocimiento es la fortaleza de esta dimensión.

TERCERA:

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión coordinación, es desfavorable, dado que el desempeño armónico, los espacios de reunión y el liderazgo son las principales debilidades, mientras que no se presenta ninguna fortaleza en esta dimensión.

CUARTA:

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión comunicación, es desfavorable, dado que la habilidad relacional y la retroalimentación son las principales debilidades, mientras que no se presenta ninguna fortaleza en esta dimensión.

QUINTA:

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión confianza, es desfavorable, dado que la confidencialidad y autoconfianza son las principales debilidades y solo la libertad de expresión es la fortaleza de esta dimensión.

SEXTA:

La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según la dimensión compromiso, es indiferente, dado que la proactividad y la cooperación son las principales debilidades y solo la identificación profesional y las metas en común son las fortalezas de esta dimensión.

RECOMENDACIONES

A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO:

- Reorganizar las líneas de la Unidad de calidad y clima organizacional conjuntamente con la Unidad de apoyo a la docencia e investigación, con la finalidad de lograr capacitaciones continuas para el fortalecimiento de las capacidades de complementariedad, coordinación, comunicación, confianza y compromiso del personal de enfermería para el desarrollo del trabajo en equipo, a cargo de un profesional competente y especialista en el tema de trabajo en equipo.

A LA JEFATURA DE ENFERMERÍA:

- Socializar los resultados de la presente investigación con el profesional de enfermería para hacer reflexionar sobre el trabajo en equipo, y de su importancia en el trabajo diario.
- Fomentar reuniones de análisis y reflexión sobre las actitudes de las enfermeras asistenciales hacia el trabajo en equipo y considerarlo dentro de la formación continua con fines del fortalecimiento ético profesional de enfermería.
- Empoderar al personal de enfermería sobre la misión, visión y objetivos del departamento de enfermería con el fin de asumir compromisos compartidos.
- Elaborar y proponer programas de capacitación para mejorar y fortalecer el desarrollo de las habilidades no técnicas del trabajo en equipo en las enfermeras a través de estrategias de mejora como talleres de coaching, rol playing, reuniones de camaradería, actividades dinámicas, charlas, paneles o conversatorios guiados por especialistas, para el desarrollo personal y profesional de enfermería.
- Propiciar espacios dentro de los servicios de hospitalización para realizar reuniones constantemente, terapias de motivación en equipo, conversatorio con todo el profesional de enfermería para facilitar la convivencia fraterna.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:

- Capacitarse y entrenarse no solo en habilidades técnicas propias de la disciplina de enfermería sino también en habilidades favorecedoras a las relaciones personales y profesionales para el desarrollo del trabajo en equipo de enfermería asistencial.

A LAS AUTORIDADES Y DOCENTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Fortalecer la formación del estudiante de enfermería con capacidades y habilidades para desarrollar el trabajo en equipo en pro de su ejercicio personal y profesional dentro del equipo de salud. Puesto que el aprendizaje para la formación de relaciones saludables y trabajo en equipo ocurre durante la formación académica y en el transcurso de la práctica profesional.
- Implementar dentro de la asignatura de Gerencia de servicios de salud, estrategias para el desarrollo de liderazgo y trabajo en equipo, para que desde la teoría y la práctica se permitan procesos de aprendizaje participativos.
- Enfatizar de manera intencional metodologías didácticas en el aula que conduzcan a formar habilidades de complementariedad, coordinación, comunicación, confianza y compromiso para la puesta en marcha del trabajo en equipo.
- Destacar una formación continuada de las capacidades del trabajo en equipo en los profesionales de enfermería de posgrado, como una competencia de la formación profesional ya que la oferta formativa del centro laboral no cubre las expectativas del profesional y a su vez que la ayuda prestada por la institución para realizar cursos es mínima.
- Realizar un examen vocacional estricto como parte del examen de admisión para el ingreso a la escuela profesional de enfermería en coordinación con la universidad. Un test vocacional aplicado por un especialista, para conocer el perfil de un postulante apto a la carrera, con la intención de que el profesional pueda desarrollarse satisfactoriamente, cumpliendo las competencias de una verdadera enfermera (o).

A LOS BACHILLERES DE LA FACULTAD ENFERMERÍA:

- Realizar estudios pre- experimentales con programas de capacitación y entrenamientos para mejorar el desarrollo trabajo en equipo en los profesionales de enfermería que laboran en el hospital
- Realizar estudios de tipo cualitativo sobre el trabajo en equipo en enfermería por su enfoque holístico e integrador, en el que todas las visiones son valiosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Por qué es importante el personal sanitario. [Internet]. 2006. [Accedido el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/overview/es/>
2. Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. 2011. [Accedido el 02 de mayo de 2016]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe//2011/MINSA.pdf>
3. Marriner T. Manual para Administración de Enfermería. 4a Edición. México: Editorial Interamericana S.A.; 1993.
4. Katzenbach J, Smith D. La disciplina de los equipos. Harvard business review. 1993. En: Fundación universitaria. Proyecto Formación de Directivos Docentes en Antioquia [Internet]. 2006 – 2008. [Accedido el 10 de junio de 2016]. Disponible en: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/EltrabajoenEquipo.pdf>
5. Gutiérrez L. Condiciones de trabajo relacionados con la actitud hacia el trabajo en equipo de enfermeras Microredes de salud de los distritos de Cerro Colorado, Cayma y Yura. [Tesis de grado]. Arequipa: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín; 2013.
6. Bautista E, Devesa A, Guitart M, Palma M, Pérez M. Enfermería: ¿Trabaja en equipo? [Tesis de Máster]. Barcelona: Administración y Gestión en cuidados de Enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona; 2008.
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Recursos humanos de Enfermería: desafíos para la próxima década. [Internet]. 2005. [Accedido el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ChallengesNextDecadeSpan.pdf>
8. Torres J. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. Revista Cubana de Salud Pública. [Revista en internet]. 2004, Septiembre – Diciembre. [Accedido el 10 de julio de 2016]; 30(4): 0864-3466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400009
9. Consejo Internacional de Enfermeras. Marco de competencias para la enfermera generalista: Informe del proceso de elaboración y consultas. [Internet]. 2003. [Accedido el 20 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competiciones_CIE_Enfermera_Generalista.pdf
10. García J, Puebla M, Herrera P, Daudén E. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. Actas Dermo-Sifiligráficas [Revista en internet]. 2016. [Accedido el 02 de julio de 2016]; 107(1): 400 - 406. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/pdf/S0001731015004585/S300/>
11. Vila M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González M, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Atención Primaria [Revista en internet]. 2015. [Accedido el 20 de junio de 2016]; 47(1): 25-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300475>
12. Gonzales K. Trabajo en equipo y satisfacción laboral [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/43/gonzalez-karyn.pdf>
13. Costa P, Passos A, Silva S, Sacadura E, Tavares S, Spanu F, et al. La superación de las exigencias laborales para ofrecer una elevada calidad asistencial en el ámbito hospitalario en Europa: papel del trabajo en equipo y la positividad. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Revista en internet]. 2014.

- [Accedido el 25 de junio de 2016]; 30(3): 105-112. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v0n3/30n3a03.pdf>
14. Blanco V. Percepcion del paciente sobre la calidad del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno. [Tesis de grado]. Puno: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
 15. Kaccallaca N. Satisfaccion laboral del profesional de enfermería en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno. [Tesis de grado]. Puno: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano; 2007.
 16. Institut Català de la Salut de Barcelona. En: III jornadas de la Sociedad científica española de licenciados en enfermería. Definición y evaluación de competencias asistenciales de la enfermera en el ámbito hospitalario [Internet]. 2005. [Accedido el 20 de julio de 2016]. Disponible en:
http://www.scele.org/archivos/eulalia_juve.pdf
 17. Colegio de Enfermeras(os) del Perú. Código de Ética y Deontología: La enfermera(o) y las relaciones humanas [Internet]. 2008. [Accedido el 20 de julio de 2016]. Disponible en:
http://cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf
 18. Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón Puno. Institucional: Misión, Visión, Valores y Principios Estratégicos. [Internet]. 2014. [Accedido el 20 de julio de 2016]. Disponible en:
<http://hospitalregional-mnbpuno.gob.pe/?p=47>
 19. Thofehrn M, López M, Coelho A, Porto A, Bettin A, Fernandes H, et al. Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia. Enfermería Global [Revista en internet]. 2014. [Accedido el 25 de julio de 2016]; 13(36): 223-237. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400012
 20. Thofehrn M, Leopardi M, Coelho A, Oliveira I. Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. Enfermería Global [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 28 de mayo de 2016]; 3(20): 1695-6141. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300013
 21. Guardia N, Garcia A, Esteve M. Cómo nos planteamos el trabajo en equipo en el área enfermera del Hospital de Sant Pau. Nursing [Revista en internet]. 2012. [Accedido el 10 de julio de 2016]; 30(7): 58 - 61. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538212701085>
 22. Moreno M. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería [Tesis de grado]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 - 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18587>
 23. Viñas M, Castel S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. Atención Primaria. 2000; 26 (5): p. 309-313. Viñas M, Castel S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. Atención Primaria [Revista en internet]. 2000. [Accedido el 27 de junio de 2016]; 26 (5): 309-313. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700786707>
 24. Del Barrio M, Reverte M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermería Intensiva [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 15 de julio de 2016]; 21(4): 150 - 160. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910000386>
 25. Amaya A, Idarraga D, Giraldo V, Gómez L. Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. Revista Colombiana de Anestesiología [Revista en internet]. 2015, Enero – Marzo.

- [Revista el 10 de julio de 2016]; 43(1): 68 - 75. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v43n1/es_v43n1a09.pdf
26. Ruiz M. La comunicación como herramienta básica de enfermería [Tesis de grado]. España: Universidad Pública de Valladolid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de agosto de 2016]. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13605/1/tfg-o%20567.pdf>
 27. Puello A. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>
 28. Bejarano D. Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en una IPS con servicios de alta complejidad de Bogotá, en el primer semestre de 2014. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/77276917.pdf>
 29. Lucas C. El Trabajo en Equipo: un Estudio de Caso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca [Tesis doctoral]. España: Facultad de Filosofía, Área de Antropología Social, Universidad de Murcia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de enero de 2016]. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10201/29618>
 30. Garrido M, Ugarte M, Vodanovic J. Análisis de trabajo en equipo y liderazgo en equipos multidisciplinarios en servicios de Salud Pública [Seminario de pregrado]. Chile: Escuela de Economía y Administración, Universidad de Chile; 2011. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de diciembre de 2015]. Disponible en:
http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ec-garrido_t/html/
 31. Aguilar H. Trabajo en equipo y clima organizacional [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2016. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en:
<recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/43/Aguilar-Hector.pdf>
 32. Carozzo M. Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: diseño, composición y los procesos interpersonales de los equipos [Tesis doctoral]. España: Departamento de Organización de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de mayo de 2016]. Disponible en:
https://orff.uc3m.es/bitstream/handle/mauroenrique_carozzo_tesis.pdf?sequence1
 33. Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
 34. Olivera S, Ravillet I. El trabajo en equipo desde la percepción del profesional de salud servicio de Neonatología - Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo [Tesis de pre grado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en:
[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/Olivera Olivera Silvia.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/Olivera%20Olivera%20Silvia.pdf)
 35. Espinoza D. Trabajo en equipo de los colaboradores de la fuerza de ventas de tattoo adventure gear, Perú 2015 [Tesis de pre grado]. Cusco: Facultad de ciencias económicas, administrativas y contables, Universidad Andina del Cusco; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de enero de 2016]. Disponible en:
<http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/116>

36. Arias C. Las relaciones interpersonales en Enfermería Quirúrgica: Conflictos laborales y estrategias de mejora. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2012 [Tesis de grado]. Chiclayo: Escuela de postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
37. Laredo G. Influencia del trabajo en equipo en la adaptación a entornos laborales cambiantes: caso Adecco Perú. Revista de ciencias empresariales de la Universidad de San Martín de Porres. 2014. 5(1): 38 – 53.
38. Instituto Nacional de Informática y Estadística. Demografía. [Internet]. 2015. [Accedido el 02 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/poblacion/>
39. Acosta J. Trabajo en equipo Madrid: Editorial ESIC; 2011.
40. Rogríguez J. El reto de trabajo del equipo. En: Olivera S, Ravillet I. El trabajo en equipo desde la percepción del profesional de salud servicio de Neonatología - Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo [Tesis de pre grado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream//TL_Olivera_Olivera_Silvia.pdf
41. Bornell, 2004. En: Lucas C. El Trabajo en Equipo: un Estudio de Caso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca [Tesis doctoral]. España: Facultad de Filosofía, Área de Antropología Social, Universidad de Murcia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de enero de 2016]. Disponible en:
<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/29618>
42. Blake R, Mouton J y Allen R, 2000. Las dimensiones que contribuyen a desarrollar un equipo de excelencia. En: Ministerio de Educación de la Nación. Trabajo en equipo. [Internet]. Buenos Aires – UNESCO 2000. [Accedido el 20 de junio de 2016]. Disponible en:
http://www.pilar.org/biblioteca/museo_feria/www.pgi.me.gov.ar/download/Mod09.pdf
43. Luppi C, 2001. Prepararse para el trabajo en equipo. En: Posgrado en salud social y comunitaria. Trabajo en equipo. Argentina; 2010.
44. Robbins y Coulter 1996. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
45. Peters T. La 5C del trabajo en equipo. En: Jiménez X. Equipos Humanos. Madrid: UNED; 2010.
46. Davenport y Prusak, 2001. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
47. Hellriegel, Jackson, Slocum (2004), En: Gonzales K. Trabajo en equipo y satisfacción laboral [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/43/gonzalez-karyn.pdf>
48. Jiménez G, Vallejo M. Trabajo en equipo y cooperación. Escuela de administracion publica de la Region de Murcia [Libro en Internet]. España. [Accedido el 30 de junio de 2016]. Disponible en:
https://efiapmurcia.carm.es/.../integra.servlets.Blob?...trabajo_equipo

49. Sánchez, 2006. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
50. Arévalo y Polgatti, 2004, Ahumada, 2005. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
51. Alles M. Dirección Estratégica de Recursos Humanos. Gestión por Competencias: El Diccionario [Internet]. Argentina: Editorial Granica; 2002. [Accedido el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/8088164/Martha-Alles-Diccionario>
52. Campion et al, 1993. En: Carozzo M. Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: el papel del diseño, la composición y los procesos interpersonales de los equipos [Tesis doctoral]. España: Departamento de Organización de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de mayo de 2016]. Disponible en: https://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22489/mauroenrique_carozzo_tesis.pdf?sequence1
53. Reinoso M, 2006. Desarrollo de Competencias Emocionales. En: Espinoza D. Trabajo en equipo de los colaboradores de la fuerza de ventas de tattoo adventure gear, Perú 2015 [Tesis de pre grado]. Cusco: Facultad de ciencias económicas, administrativas y contables, Universidad Andina del Cusco; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/116>
54. Romero, 1999. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
55. Shortell, 1994. En: Puello A. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>
56. García, 2011. En: Gonzales K. Trabajo en equipo y satisfacción laboral [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/43/gonzalez-karyn.pdf>
57. Delarue, 2008. En: Carozzo M. Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: el papel del diseño, la composición y los procesos interpersonales de los equipos [Tesis doctoral]. España: Departamento de Organización de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de mayo de 2016]. Disponible en: https://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22489/mauroenrique_carozzo_tesis.pdf?sequence1
58. Marín, 2008. En: .Lucas C. El Trabajo en Equipo: un Estudio de Caso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca [Tesis doctoral]. España: Facultad de Filosofía, Área de Antropología Social, Universidad de Murcia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de enero de 2016]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/29618>

59. Longest B, Klingersmith J. En: Puello A. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>
60. Pangrazzi. El grupo lugar de crecimiento. En: Puello A. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>
61. Campuzano L. 2005. En: Gonzales K. Trabajo en equipo y satisfacción laboral [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/43/gonzalez-karyn.pdf>
62. Prieto. Comunicación asertiva en enfermería. En: Puello A. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>
63. Lechler, 2001. En: Carozzo M. Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: el papel del diseño, la composición y los procesos interpersonales de los equipos [Tesis doctoral]. España: Departamento de Organización de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de mayo de 2016]. Disponible en: https://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22489/mauroenrique_carozzo_tesis.pdf?sequence1
64. Morales, 2000. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
65. Fainstein, 1997. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
66. Ahumada, 2005; Zornoza, Ripoll, Orengo, González y Peiró, 2008. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
67. Orengo, González y Peiró, 2008. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
68. Yarce J. El poder de los valores en las organizaciones [Libro]. 2006.
69. Ledesma. En: Puello A. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. [Tesis de grado]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>

70. Senge. En: Mantilla M, García D. Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. Revista Venezolana de Gerencia [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 25 de junio de 2016]; 15(49): 51-71. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/290/29012358004.pdf>
71. Carreras et al., 1995. En: Aguilar H. Trabajo en equipo y clima organizacional [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2016. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en:
<recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/43/Aguilar-Hector.pdf>
72. Covey S. En: Aguilar H. Trabajo en equipo y clima organizacional [Tesis de grado]. Guatemala: Facultad De Humanidades, Psicología Industrial/Organizacional, Universidad Rafael Landívar; 2016. [Tesis en internet]. [Accedido el 20 de febrero de 2016]. Disponible en:
<recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/43/Aguilar-Hector.pdf>
73. Manz y Sims, 1980. En: Carozzo M. Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: el papel del diseño, la composición y los procesos interpersonales de los equipos [Tesis doctoral]. España: Departamento de Organización de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de mayo de 2016]. Disponible en:
https://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22489/mauroenrique_carozzo_tesis.pdf?sequence1
74. West, 2002. En: Carozzo M. Trabajo en equipo y resultados organizativos en pequeñas empresas de base tecnológica: el papel del diseño, la composición y los procesos interpersonales de los equipos [Tesis doctoral]. España: Departamento de Organización de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid; 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de mayo de 2016]. Disponible en:
https://orff.uc3m.es/bitstream/handle/mauroenrique_carozzo_tesis.pdf?sequence1
75. Maya M. Identidad profesional. Educación en Enfermería [Revista en internet]. 2003. [Accedido el 25 de agosto de 2016]; 1(21): 98-104. Disponible desde:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215278017>
76. Newstrom J. Comportamiento Humano en el Trabajo. 13va Edición. México: McGrawHill; 2011
77. Hojat M, et al., 2003. En: Del Barrio M, Reverte M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermería Intensiva [Revista en internet]. 2010. [Citado el 15 de julio de 2016]; 21(4): 150 - 160. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910000386>
78. Pont E, 2005. En: Del Barrio M, Reverte M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermería Intensiva [Revista en internet]. 2010. [Citado el 15 de julio de 2016]; 21(4): 150 - 160. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910000386>
79. Hall P, 2005; Pearson A, et al, 2006. En: Del Barrio M, Reverte M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermería Intensiva [Revista en internet]. 2010. [Citado el 15 de julio de 2016]; 21(4): 150 - 160. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910000386>
80. Cooper H, 2001. En: Del Barrio M, Reverte M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermería Intensiva [Revista en internet]. 2010. [Citado el 15 de julio de 2016]; 21(4): 150 - 160. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910000386>

81. Alt-White, Charns y Strayer, 1995. En: Moreno M. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería [Tesis de grado]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 - 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18587>
82. Portella et al., 2011. En: Moreno M. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería [Tesis de grado]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 - 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18587>
83. Eysenck D. Psicología Humana. Mexico: Ediciones el manual moderno S.A.; 1980.
84. Ros, 2006. En: Lucas C. El Trabajo en Equipo: un Estudio de Caso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca [Tesis doctoral]. España: Facultad de Filosofía, Área de Antropología Social, Universidad de Murcia; 2012. [Tesis en internet]. [Accedido el 03 de enero de 2016]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/29618>
85. Beatrice, 2009. Potter y Grant 2004. En: Moreno M. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería [Tesis de grado]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 - 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18587>
86. San Martín Rodríguez L, Beaulieu MD, D'amour D, Ferrada-Videla M, 2005. En: Del Barrio M, Reverte M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermería Intensiva [Revista en internet]. 2010. [Accedido el 15 de julio de 2016]; 21(4): 150 - 160. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910000386>
87. Fernández, Flores, Rey, et al., 2009. En: Moreno M. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería [Tesis de grado]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 - 2015. [Tesis en internet]. [Accedido el 15 de junio de 2016]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18587>
88. Briñol P, Falces C, Becerra A. Psicología social: Actitudes [Libro en internet]. España. [Accedido el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.uam.es/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
89. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Fundamentos de metodología de la investigación. México: Interamericana Editores S.A.; 2007.
90. Coll C, Pozo J, Sarabia B, Valls. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. 2ª Edición. Madrid: Ediciones Santillana S.A.; 1994.
91. Krech y Crutchfield. En: Coll C, Pozo J, Sarabia B, Valls. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. 2ª Edición. Madrid: Ediciones Santillana S.A.; 1994.
92. Aigner M. Técnicas de medición por medio de escalas. Universidad Nacional de Antioquia: Facultad de ciencias sociales y humanas. [Internet]. España. [Accedido el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile>
93. Arnau L, Montané J. Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes [Libro en internet]. España. [Accedido el 25 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/2916.pdf>
94. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª Edición. México: Interamericana Editores S.A.; 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO: ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2017.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MUESTRA	TIPO Y DISEÑO	INSTRUMENTO
<p>¿Cómo es la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo general: Determinar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2017. Objetivos específicos: Identificar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo según las dimensiones: Complementariedad, coordinación, comunicación, confianza y compromiso. 	<p>La actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, es desfavorable.</p>	<p>Actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Población: Conformada por 56 enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno. Muestra: Según criterios de inclusión y exclusión, participaron en el estudio 46 enfermeras asistenciales. 	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de investigación: Cuantitativo, descriptivo. Diseño de investigación: Transversal, descriptivo simple. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ÍNDICE	
				Afirmación positiva	Afirmación negativa
<p>Actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo.</p> <p>Es la predisposición aprendida a través de la experiencia para responder favorable, indiferente o desfavorablemente hacia el trabajo en equipo, en el que intervienen procesos emocionales, cognitivos y conductuales de las enfermeras asistenciales.</p>	Complementariedad	<ul style="list-style-type: none"> Sinergia Conocimiento Colaboración Reconocimiento Integración 	Siempre	4 Puntos	0 Punto
	Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> Participación Liderazgo Organización de funciones Espacios de reunión Desempeño armónico 	Casi siempre	3 Puntos	1 Punto
	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación no verbal Habilidad relacional Retroalimentación Aserividad Decisiones compartidas 	A veces	2 Puntos	2 Puntos
	Confianza	<ul style="list-style-type: none"> Libertad de expresión Autoconfianza Empoderamiento Confidencialidad Sinceridad 	Casi nunca	1 Punto	3 Puntos
	Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> Metas en común Cooperación Responsabilidad Proactividad Identificación profesional 	Nunca	0 Punto	4 Puntos
LAS 5 "C" DEL TRABAJO EN EQUIPO					

ANEXO 3
INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO

I. PRESENTACIÓN

Estimada profesional de Enfermería, la presente encuesta tiene la finalidad de determinar la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo. Por tanto solicito a usted su valiosa colaboración para responder el siguiente cuestionario.

II. INSTRUCCIÓN

Lea con atención cada uno de los ítems y conteste con toda veracidad, marcando con un aspa (X) la opción que mejor considere.

Siempre	<input type="radio"/>				
Casi siempre	<input type="radio"/>				
A veces	<input type="radio"/>				
Casi nunca	<input type="radio"/>				
Nunca	<input type="radio"/>				

III. DATOS GENERALES

- Servicio :
- Edad :
- Genero :

- Estado civil
 - ✓ Soltera ()
 - ✓ Casada ()
 - ✓ Viuda ()
 - ✓ Divorciada ()
 - ✓ Unión libre ()
- Experiencia laboral
 - ✓ Menos de 05 años ()
 - ✓ 06 – 10 años ()
 - ✓ 11 – 15 años ()
 - ✓ 16 – 20 años ()
 - ✓ Más de 21años ()

Van...

Viene...

I. DATOS ESPECÍFICOS

- A = Siempre
- B = Casi siempre
- C = A veces
- D = Casi nunca
- E = Nunca

Nº	ITEMS	A	B	C	D	E
01	Las enfermeras del servicio están unidas como un equipo.					
02	Las enfermeras comparten lo aprendido de las capacitaciones con las demás enfermeras del servicio.					
03	Las enfermeras del servicio se ayudan solidariamente durante el turno.					
04	Las habilidades y virtudes de las enfermeras influyen positivamente en el equipo.					
05	No me siento parte del equipo de enfermería del servicio.					
06	Las enfermeras participan en la organización de las actividades del servicio.					
07	Hay iniciativa por parte de las enfermeras para hacer actividades de mejora en el servicio.					
08	Las enfermeras del servicio cumplen cabalmente con sus responsabilidades durante el turno.					
09	En el servicio se realizan constantemente las reuniones.					
10	Las enfermeras están más preocupadas por sus objetivos e intereses individuales.					
11	El trato entre las enfermeras del servicio es cordial.					
12	Las enfermeras del servicio no mantienen una buena relación.					
13	Las enfermeras no aclaran los malentendidos ocurridos en el servicio.					
14	Cuando recibo una ofensa verbal por parte de mi colega frente a los pacientes, respondo inmediatamente con la misma intensidad.					
15	Las decisiones en el servicio son fruto del consenso.					
16	Se pueden expresar libremente las opiniones en el servicio, sin temor a represalias.					
17	Me gustaría asumir la jefatura del servicio.					
18	Confío en mis colegas al delegarles una de mis actividades importantes en el servicio.					
19	Las enfermeras actúan con discreción dentro del equipo.					
20	Las enfermeras del servicio son sinceras.					
21	Lograr la calidad de cuidados es una meta compartida por las enfermeras del servicio.					
22	Las enfermeras asisten puntualmente a las reuniones programadas en el servicio.					
23	Las enfermeras cumplen oportunamente las tareas asignadas para el servicio.					
24	Las enfermeras proponen actividades de solución al identificar un problema en el servicio.					
25	Desarrollo mi potencial humano y profesional en el trabajo diario.					

Gracias por su participación!

ANEXO 4

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	JUECES EXPERTOS				PUNTAJE OBTENIDO
	J1	J2	J3	J4	
1	1	1	1	1	4
2	1	1	1	1	4
3	1	1	1	1	4
4	1	1	0	1	3
5	0	1	1	1	3
6	1	1	1	1	4
7	1	1	1	1	4
8	1	1	1	1	4
9	1	1	1	1	4
10	1	1	1	1	4
11	1	0	1	1	3
12	1	1	1	0	3
13	1	1	1	1	4
14	1	1	1	1	4
15	1	1	0	1	3
16	1	0	1	1	3
17	1	1	1	1	4
18	1	1	1	1	4
19	1	1	1	1	4
20	1	1	1	1	4
21	1	1	1	1	4
22	1	1	1	1	4
23	1	1	1	1	4
24	1	1	1	1	4
25	1	1	1	1	4
TOTAL	24	23	23	24	94

Se aplicó la prueba estadística binomial, mediante la siguiente fórmula:

$$B = \frac{Ta \times 100}{Ta + Td}$$

Donde:

Ta = Total en acuerdo

Td = Total en desacuerdo

Interpretación:

No válido : < 70 %

Aceptable : 70 - 90 %

Válido : > 90 %

Aplicando:

Ta = 94

Td = 6

$$B = \frac{94 \times 100}{94 + 6}$$

B = 94 %

Por lo tanto, el grado de concordancia significativa es de 94 % → el instrumento es VÁLIDO.

En acuerdo con el ítem = 1

En desacuerdo con el ítem = 0

ANEXO 5DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
ALFA DE CRONBACH

Se aplicó la prueba estadística de Alfa de Cronbach, mediante la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

K : Número de ítems.

Si² : Suma de varianzas de cada ítem.

St² : Varianza total.

Interpretación:

Valores para el Alfa de Cronbach: $0 < \alpha < 1$

Considere, $\alpha \geq 0.75$ para que el instrumento sea confiable.

Aplicando:

$$\alpha = \frac{25}{24} \left(1 - \frac{21.38}{217.695} \right)$$

$$\alpha = 0.94$$

Siendo el coeficiente de fiabilidad $\alpha = 0.94 \rightarrow$ el instrumento es CONFIABLE.

ANEXO 6

CATEGORÍAS TIPO LIKERT PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ACTITUD

En el instrumento, para evaluar las preposiciones positivas o negativas, se utilizó los siguientes puntajes, según corresponda:

PUNTUACIÓN PARA EVALUAR CADA PREPOSICIÓN

ESCALAMIENTO TIPO LIKERT	AFIRMACIÓN POSITIVA	AFIRMACIÓN NEGATIVA
Siempre	4 Puntos	0 Punto
Casi siempre	3 Puntos	1 Punto
A veces	2 Puntos	2 Puntos
Casi nunca	1 Punto	3 Puntos
Nunca	0 Punto	4 Puntos

Fuente: Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación, 2008.

En la escala, para evaluar la actitud hacia el trabajo en equipo, la puntuación mínima fue de 0 ($\sum 0 = 0$) y la máxima, de 100 ($\sum 4 = 100$), porque se tuvo 25 ítems.

PUNTUACIÓN PARA DETERMINAR LA ACTITUD HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO

ACTITUD	PUNTUACIÓN
Favorable	100 – 76 Puntos
Indiferente	75 – 51 Puntos
Desfavorable	50 – 00 Puntos

Fuente: Datos de la investigación.

En la escala, para evaluar la actitud hacia el trabajo en equipo según cada dimensión, la puntuación mínima fue de 0 ($\sum 0 = 0$) y la máxima, de 20 ($\sum 4 = 20$), porque se tuvo 5 afirmaciones por dimensión.

PUNTUACIÓN PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN DIMENSIONES

ACTITUD	PUNTUACIÓN
Favorable	20 – 15 Puntos*
Indiferente	14 – 10 Puntos*
Desfavorable	09 – 00 Puntos*

*Se utilizara las mismas puntuaciones para las 5 dimensiones
Fuente: Datos de la investigación.

ANEXO 7

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

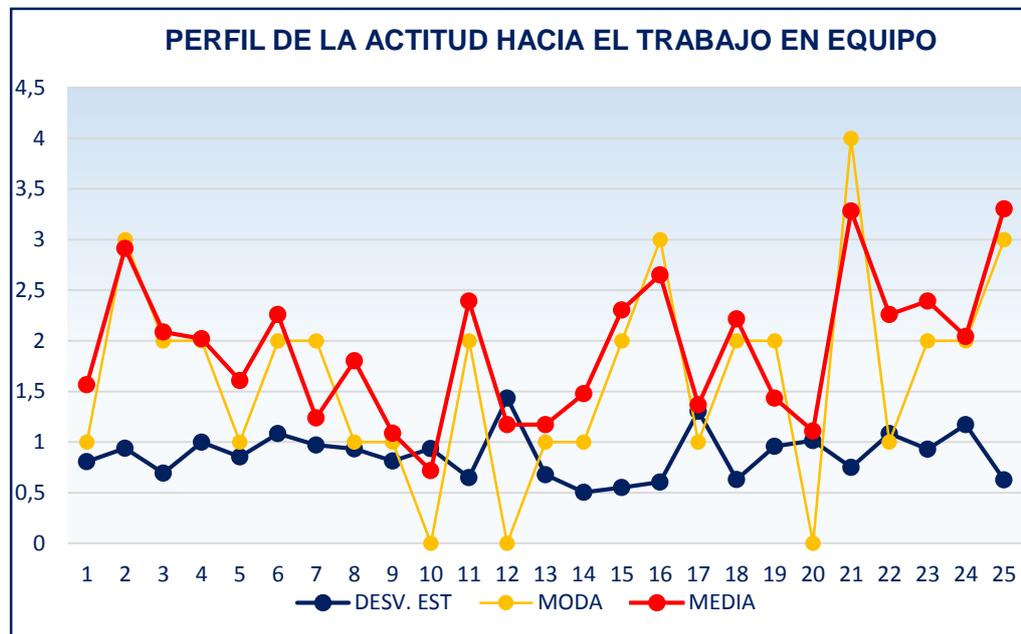
EDAD	Nº	%
Menor a 30 años	1	2%
31 – 40 años	0	%
41 – 50 años	1	2%
51-60años	30	66%
Mayor a 61años	13	30%
GENERO	Nº	%
Femenino	45	98%
Masculino	1	2%
ESTADO CIVIL	Nº	%
Casada(o)	36	78%
Soltera(o)	3	7%
Viuda(o)	2	4%
Divorciada(o)	1	2%
Unión libre	4	9%
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	Nº	%
Menos de 5 años	1	2%
6-10años	0	%
11-15años	1	2%
16 – 20años	4	9%
Más de 21 años	40	87%

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales.

ANEXO 8

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO

GRAFICO A



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

El gráfico muestra que, la moda es de 2, y la media (promedio) de 1,91, lo cual indica que las puntuaciones derivadas de las enfermeras asistenciales tienen variaciones leves. La desviación estándar es de 1.126, el mayor porcentaje de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras se encuentran entre ± 1 DS, esto demuestra que el perfil de la actitud hacia el trabajo en equipo es similar entre las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización. Entonces la actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, en las dimensiones: Coordinación, comunicación y confianza es desfavorable; en cambio, en la dimensión compromiso es indiferente, y sólo en la dimensión complementariedad es desfavorable e indiferente.

ANEXO 9

TABLAS DE FRECUENCIA DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL
HACIA EL TRABAJO EN EQUIPO SEGÚN LAS DIMENSIONES

TABLA A

COMPLEMENTARIEDAD	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Las enfermeras del servicio están unidas como un equipo.	0	0	7	15	16	35	20	43	3	7	46	100
Las enfermeras comparten lo aprendido de las capacitaciones con las demás enfermeras del servicio.	15	33	15	33	13	28	3	6	0	0	46	100
Las enfermeras del servicio se ayudan solidariamente durante el turno.	0	0	12	26	27	59	6	13	1	2	46	100
Las habilidades y virtudes de las enfermeras influyen positivamente en el equipo.	3	7	12	26	16	35	13	28	2	4	46	100
No me siento parte del equipo de enfermería del servicio.	2	4	21	46	18	39	3	7	2	4	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que, 43% casi nunca están unidas como equipo (Sinergia), a su vez 46% casi siempre no se sienten parte del equipo de enfermería en el servicio (integración). Así mismo se evidencia que 33% siempre comparten lo aprendido de las capacitaciones con las demás enfermeras del servicio (conocimiento).

TABLA B

COORDINACIÓN	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Las enfermeras participan en la organización de las actividades del servicio.	5	11	14	30	20	44	2	4	5	11	46	100
Hay iniciativa por parte de las enfermeras para hacer actividades de mejora en el servicio.	1	2	2	4	16	35	15	33	12	26	46	100
Las enfermeras del servicio cumplen cabalmente con sus responsabilidades durante el turno.	2	4	9	20	14	30	20	44	1	2	46	100
En el servicio se realizan constantemente las reuniones.	1	2	1	2	8	17	27	59	9	20	46	100
Las enfermeras están más preocupadas por sus objetivos e intereses individuales.	24	52	15	33	3	6	4	9	0	0	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que, 59% concuerdan que casi nunca se realizan reuniones constantemente en el servicio (espacios de reunión), 52% siempre están más preocupadas por sus objetivos e intereses individuales (desempeño armónico) y el 35% solo a veces tienen iniciativa para hacer actividades de mejora en el servicio (liderazgo).

TABLA C

COMUNICACIÓN	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
El trato entre las enfermeras del servicio es cordial.	2	4	16	35	26	57	2	4	0	0	46	100
Las enfermeras del servicio no mantienen una buena relación.	21	46	12	26	3	6	4	9	6	13	46	100
Las enfermeras no aclaran los malentendidos ocurridos en el servicio.	7	15	24	52	15	33	0	0	0	0	46	100
Cuando recibo una ofensa verbal por parte de mi colega frente a los pacientes, respondo inmediatamente con la misma intensidad.	0	0	24	52	22	48	0	0	0	0	46	100
Las decisiones en el servicio son fruto del consenso.	2	4	10	22	34	74	0	0	0	0	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que, 46% siempre no mantienen una buena relación (habilidad relacional), el 52% casi siempre no aclaran los malentendidos ocurridos en el servicio (retroalimentación).

TABLA D

CONFIANZA	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Se pueden expresar libremente las opiniones en el servicio, sin temor a represalias.	3	7	24	52	19	41	0	0	0	0	46	100
Me gustaría asumir la jefatura del servicio.	5	11	5	11	5	11	18	39	13	28	46	100
Confío en mis colegas al delegarles una de mis actividades importantes en el servicio.	0	0	15	33	26	56	5	11	0	0	46	100
Las enfermeras actúan con discreción dentro del equipo.	0	0	4	9	14	30	11	24	17	37	46	100
Las enfermeras del servicio son sinceras.	0	0	5	11	20	43	11	24	10	22	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que, 37% nunca actúan con discreción dentro del equipo (confidencialidad), y al 39% casi nunca le gusta asumir la jefatura del servicio (autoconfianza). Así mismo se evidencia que 52% casi siempre puede expresar libremente las opiniones en el servicio, sin temor a represalias. (Libertad de expresión).

TABLA E

COMPROMISO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lograr la calidad de cuidados es una meta compartida por las enfermeras del servicio.	21	46	17	37	8	17	0	0	0	0	46	100
Las enfermeras asisten puntualmente a las reuniones programadas en el servicio.	7	15	13	28	11	24	15	33	0	0	46	100
Las enfermeras cumplen oportunamente las tareas asignadas para el servicio.	9	19	5	11	27	59	5	11	0	0	46	100
Las enfermeras proponen actividades de solución al identificar un problema en el servicio.	6	13	9	19	17	37	9	20	5	11	46	100
Desarrollo mi potencial humano y profesional en el trabajo diario.	18	39	24	52	4	9	0	0	0	0	46	100

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras asistenciales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

La tabla muestra que, 37% solo a veces propone actividades de solución al identificar un problema en el servicio (proactividad) y 33% casi nunca asisten puntualmente a las reuniones programadas en el servicio (cooperación). Así mismo se evidencia que 52% casi siempre desarrolla su potencial humano y profesional en el trabajo diario (identidad profesional) y 46% siempre comparte como meta lograr la calidad de cuidados (metas en común).

ANEXO 10

EVIDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

LUGAR DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



SERVICIOS DONDE SE APLICARON EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



LLENADO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

