



Universitat Autònoma de Barcelona

**Tesis Doctoral**

**El trabajo en equipo  
de los equipos multidisciplinares  
de cuidados paliativos:  
análisis de la realidad española**

J. Javier Barbero Gutiérrez

Septiembre de 2014

Director

Dr. Joaquín T. Limonero García





EL TRABAJO EN EQUIPO  
DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES  
DE CUIDADOS PALIATIVOS:  
ANÁLISIS DE LA REALIDAD ESPAÑOLA

Tesis Doctoral presentada por

J. Javier Barbero Gutiérrez

para obtener el grado de Doctor en Psicología

*Tesis Doctoral dirigida por el Dr. J.T. Limonero García (UAB)*

Programa de Doctorat en Psicologia de l'Aprenentatge Humà

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Facultat de Psicologia

Universitat Autònoma de Barcelona

Septiembre de 2014





Universitat Autònoma de Barcelona

**Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació**

Dr. Joaquín T. Limonero García, Profesor titular de Psicología Básica de la Universidad Autónoma de Barcelona,

**HACE CONSTAR**

Que de acuerdo con lo que regula el Real Decreto 778/1998, de 30 de Abril (B.O.E. 1 de Mayo de 1998), el trabajo de investigación realizado por el Doctorando D. JOSE JAVIER BARBERO GUTIÉRREZ (DNI: 13.100.072-P), bajo mi dirección, con el título: **"El trabajo en equipo de los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos: análisis de la realidad española"** reúne todas las condiciones exigidas para ser aceptado como Tesis de Doctorado, por lo que autorizo a que se inicien los trámites para su Defensa Pública.

Bellaterra, 16 de Junio de 2014

Dr. Joaquín T. Limonero García

Director de la Tesis de Doctorado



## DEDICADA

*A mi familia, un regalo de pluralidad y de búsqueda permanente, donde las contradicciones nos hacen sentir cada vez más humanos.*

*A las comunidades de los religiosos camilos, pioneras hace más de 400 años en construir vida a través de lo común, con los desahuciados de la tierra.*

*A Ramón, Pilar A y Pilar B, compañeros de viaje en esto de los paliativos, con los que siempre supe que hacía equipo en esa capacidad de dar prioridad a lo universal sobre lo particular.*

*A los compas del Patio Maravillas, ese espacio social okupado, que visibiliza la capacidad de autogestión que tenemos los seres humanos cuando nos creemos que lo colectivo es un sujeto y no una suma.*

*A Valérie, Natalia, Aurkene, Ana, Gloria, Mar, Rosa, Rocío, Suso, Mariant, Silvia, Carmen, Lourdes y Begoña, componentes del Grupo de Trabajo SECPAL, por su generosidad y su riqueza.*

*A Celia y Javi, contrabandistas del saber y del hacer, sin los que hubiera sido imposible terminar este recorrido.*

*A Isidro y Marisol, comunidad de amor por excelencia, que siempre fueron mucho más que dos.*

*Al profesor Dr. Joaquim T. Limonero, Director de esta Tesis por su profesionalidad y generosidad, tan solo equiparables a su enorme paciencia.*

*Y cómo no, a mi adorable Sonsoles, compañera de viaje, cuyo amor y cuya paciencia me permiten seguir soñando con los pies en la tierra.  
Vamos, un auténtico lujo.*



# Índice General

PRÓLOGO.....	11
1. INTRODUCCIÓN .....	13
1.1. Una primera aproximación a los Cuidados Paliativos desde la escucha de la experiencia de sufrimiento.....	13
1.2. Cuidados Paliativos actuales: mayor complejidad, hacia una nueva aproximación.....	19
1.3. Breve aproximación histórica a los Cuidados Paliativos. Más allá de las actuaciones individuales .....	21
1.4. El trabajo en equipo, componente intrínseco de los Cuidados Paliativos .....	24
1.5. Identificación y descripción del objeto de estudio: el trabajo en equipo en Cuidados Paliativos .....	26
2. MÉTODO: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
2.1. Diseño de la Investigación y constitución del Grupo de Trabajo.....	29
2.1.1. Objetivos de la investigación .....	29
2.1.2. La coinvestigación como proceso de investigación .....	30
2.2. Diseño metodológico y técnicas de investigación.....	31
2.2.1. Revisión bibliográfica .....	32
2.2.2. Encuesta <i>online</i> a los profesionales de Cuidados Paliativos .....	34
2.2.3. Grupos de discusión .....	35
2.2.4. Entrevistas en profundidad.....	35
2.3. Planificación del proceso de investigación .....	37
2.3.1. Diseño del cuestionario y de los guiones .....	38
2.3.2. Desarrollo del Trabajo de Campo.....	41
3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	43
4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	49
4.1. Descripción general de los participantes en la encuesta: sexo y edad, profesión, tipo de recurso y Comunidad Autónoma.....	51
4.2. Valoración General del trabajo en equipo en Cuidados Paliativos: medias por profesión, tipo de recurso y Comunidad Autónoma .....	60
4.3. Valoración General del trabajo en equipo en Cuidados Paliativos: tablas de contingencia por profesión, tipo de recurso y Comunidad Autónoma.....	64
4.4. Las dimensiones técnica, organizativa y social en el trabajo en equipo en Cuidados Paliativos .....	67
4.5. Dimensiones en relación a objetivos comunes, participación en dichos objetivos y ajuste de los planes a las necesidades asistenciales.....	74
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....	77
5.1. El trabajo en equipo en Cuidados Paliativos.....	77
5.2. La dimensión técnica.....	78
5.2.1. Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, pluridisciplinariedad, transdisciplinariedad .....	78
5.2.2. La formación en Cuidados Paliativos: el aprendizaje de una forma de trabajar y de entender la atención.....	85

5.2.2.1. La elección del trabajo paliativo .....	85
5.2.2.2. La formación especializada en Cuidados Paliativos .....	86
5.2.2.3. La autoformación de los equipos con respecto al trabajo en equipo .....	89
5.3. La dimensión organizativa .....	90
5.3.1. Aspectos formales en la organización de los equipos: los objetivos .....	90
5.3.1.1. La formalización de los objetivos: objetivos explícitos e implícitos.....	90
5.3.1.2. Participación en la planificación de los objetivos. ....	94
5.3.1.3. La explicación de la dimensión de equipo como un objetivo en sí mismo.....	97
5.3.2. Las reuniones como espacio de organización de los equipos.....	99
5.3.3. Toma de decisiones en los equipos: democracia interna y liderazgos.....	103
5.3.3.1. Liderazgo en los equipos de Cuidados Paliativos .....	104
5.3.3.2. Toma de decisiones y democracia interna en los equipos. ....	108
5.4. La dimensión social.....	109
5.4.1. La dimensión temporal en los equipos de Cuidados Paliativos. Un tiempo cualitativa y cuantitativamente distinto .....	109
5.4.2. Comunicación y transmisión de la información.....	111
5.4.2.1. Información y comunicación entre Unidades.....	113
5.4.3. Aspectos intangibles de la organización de los equipos: la gestión de los cuidados...	117
5.4.3.1. El equipo como fuente principal de los cuidados .....	119
5.4.3.2. El cuidado desde las instituciones: la comprensión y valoración de los Cuidados Paliativos .....	120
5.4.3.3. El cuidado desde los pacientes y familiares: reconocimiento y sentido.....	121
5.4.4. Los conflictos: ¿problema o factor de evolución en los equipos de Cuidados Paliativos? .....	121
5.4.5. Relación sociedad y muerte como factor determinante en la construcción de objetivos. La institucionalización del final de la vida y los profesionales de Cuidados Paliativos .....	124
5.4.5.1. El tabú de la muerte y la estigmatización de los Cuidados Paliativos.....	124
5.4.5.2. El lugar de la muerte: sociedad, institución y Cuidados Paliativos. Retos y debates alrededor del buen morir .....	126
6. DISCUSIÓN .....	131
7. ALGUNAS CONCLUSIONES.....	165
8. LISTADO DE TABLAS.....	169
9. LISTADO DE GRÁFICOS.....	171
10. LISTADO DE ANEXOS.....	173
ANEXO I.....	175
ANEXO II.....	217
ANEXO III.....	233
ANEXO IV.....	239
ANEXO V.....	251
11. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.....	253

## PRÓLOGO

Este trabajo de tesis se presenta para obtener el grado de Doctor en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona y es el resultado de un camino que inicié hace ya mucho tiempo, cuando comencé el Programa de Doctorat en Psicologia de l'Aprenentatge Humà, vinculado al Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació, de la Facultat de Psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Llevo muchos años trabajando *en equipos* y aún tengo la duda de que alguna vez, realmente a fondo, haya trabajado *en equipo*. O al menos, aprovechando las potencialidades que previsiblemente se esconden en el encuentro entre profesionales para conseguir un objetivo común.

Por eso me puse a investigar. Para conocer. Para posteriormente intentar transformar. Porque creo que yo y los profesionales vinculados a los cuidados paliativos, tenemos la responsabilidad de destilar lo mejor de nuestras personas, profesiones e interacciones en beneficio de los pacientes y sus familias. Y también, por qué no decirlo, en el beneficio legítimo de una mejor satisfacción profesional.

Así que propuse a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), nuestra organización estatal profesional en el ámbito paliativo, la creación de un Grupo de Trabajo (GT) sobre Trabajo en Equipo. ¡Qué mejor manera de investigar sobre el trabajo en equipo que desarrollando trabajo en equipo! Álvaro Gándara, presidente de SECPAL, lo aceptó de inmediato y, además, con el entusiasmo de los que se comprometen realmente con las iniciativas que surgen del seno de la organización.

Esta tesis doctoral es fruto de un importante trabajo personal pero, de algún modo, tiene una autoría colectiva, porque se ha gestionado desde la deliberación creativa y sistemática de un grupo de trabajo que, magníficamente asesorado por dos técnicos en investigación social, se ilusionó con el proyecto

Esta tesis doctoral que tiene usted ante sus ojos ha sido el resultado de una investigación cuanti y cualitativa en la que el GT ha aportado su experiencia como paliativistas insertos en equipos, en el trabajo diario, en la trinchera de lo cotidiano. Pero también han ofrecido su reflexión, la que todos vamos tejiendo, aunque sea de manera intuitiva y desordenada, en el quehacer del día a día.

Una investigación de esta índole, que ha pretendido ahondar en el matiz de lo cualitativo, me ha ayudado a entender que la palabra de cada cuál puede ser validada en su significado independientemente del significante, es decir, aportando la consideración de la construcción de lo grupal y lo colectivo a través del reconocimiento de la validez de cada sujeto, independientemente de cómo y desde dónde se exprese.

Quiero agradecer, como no podría ser de otra manera, la labor tan profesional como paciente de mi Director de tesis, el Dr. Joaquim T. Limonero, cuyo *know how* y sistematicidad me ha ayudado a gestionar mi propio caos.

Por último, quisiera agradecer también la aportación de la Obra Social la Caixa, que ha aportado no solo financiación, sino el valor añadido que supone apostar por mejorar todos los medios, en este caso el trabajo en equipo, que puedan redundar en una mejor atención a los enfermos con enfermedad avanzada y a sus familias. La propuesta de sus equipos de atención psicosocial es una magnífica muestra de ello.

Los equipos tienen vida propia. Son organismos vivos. Hay equipos que acogen y otros que rechazan, los hay que imponen criterios y también los hay que permiten las preguntas, a veces estimulan la caricia y a veces sueltan la patada. En definitiva, en ellos se gestiona cotidianamente el poder y los afectos y en ellos podemos pasar casi un tercio de nuestra vida adulta. Desde esta tesis doctoral hemos preguntado a muchos profesionales y hemos querido empezar a reflexionar sobre todo ello. Espero que sea de utilidad. Que conste, que me he divertido haciéndolo.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Una primera aproximación a los Cuidados Paliativos desde la escucha de la experiencia de sufrimiento

Morir es el resultado natural del proceso de vivir, pero del mismo modo que las formas de vivir pueden ser muy variadas y no siempre compensan, así también hay maneras de morir que pueden o no ajustarse a lo que el ser humano precisa y necesita para la última trayectoria de su existencia.

La proximidad de la muerte no es agradable. Es una experiencia temida y evitada, tanto por los que se aproximan a ella, como por los que le acompañan en ese difícil camino. El ser humano del S. XXI lleva en su historia todo un cúmulo de experiencias de lucha contra la enfermedad y la muerte, batalla que siempre acaba perdiendo, pero que sigue intentando librar, por aquello de –al menos- alejarla el mayor tiempo posible. Cuesta mucho aceptar su cercanía y su presencia, de ahí que hayamos puesto tantísimas energías en el objetivo de curar. A partir de los comienzos del S. XX los enormes avances de la medicina han conducido a sobredimensionar los esfuerzos en curar a los enfermos, lo que ha favorecido una actitud negadora frente a la irremediable muerte. Contamos con tecnología suficiente para poder mantener durante mucho tiempo un organismo vivo, dependiente de un abundante número de procedimientos de soporte vital. Sin embargo, no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable. Lo difícil es saber cuándo parar el objetivo de curar. Ahora bien, una vez decidido ¿qué hacemos? ¿Abandonar?

Los Cuidados Paliativos (CP) nacen, precisamente, como una herramienta útil para conseguir que el final de la vida de los enfermos obtenga el máximo de bienestar posible o, dicho de manera negativa, el mínimo sufrimiento y que los familiares y allegados puedan recibir el apoyo que precisan. Si hay una expresión prohibida en CP es “ya no hay nada que hacer”. Cuando una persona no tiene posibilidades de curarse, siempre podremos cuidarla, siempre podremos facilitarle las mediaciones adecuadas para que su último episodio se revista de las condiciones más humanas y humanizantes posibles. El cuidar, por tanto, se convierte en el objetivo primordial de los CP en el último viaje por esta vida.

De manera muy breve, intentaremos considerar qué son los CP, enmarcados dentro de un modelo de intervención frente a la experiencia de sufrimiento que tan habitualmente se pasea al final de la vida.

La definición de CP ha ido evolucionando, incluso dentro de las organizaciones internacionales, que han ido incorporando matices realmente significativos. El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su Plan Nacional de Cuidados Paliativos de 2001<sup>1</sup>, asume la definición del Subcomité Europeo de CP (1991), que los presenta como “la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo”. En estos momentos ni se hablaba de prevención, ni tampoco de experiencia de sufrimiento, ni mucho menos del funcionamiento de esos "equipos multiprofesionales".

Hasta hace relativamente poco tiempo, en el ámbito de los CP, se solía denominar a los enfermos subsidiarios de los mismos como “enfermos terminales”, refiriéndose a aquellos que se encuentran en el proceso final de su vida. Éstos son los factores que, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), definían en 1993<sup>2</sup> la Situación de Enfermedad Terminal:

1. Presencia de una enfermedad grave, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Pues bien, este tipo de consideraciones se han ido matizando, llegando incluso a no situar en la definición un arco cronológico cerrado.

Una pretendida ampliación de miras nos ha llevado a preguntarnos acerca de la experiencia de sufrimiento. ¿Quién de nosotros no ha sufrido alguna vez? Esta

experiencia atraviesa el hecho de vivir y, de manera aún más explícita si cabe, cuando la posibilidad o presencia de muerte se hacen presentes. Los profesionales de CP son particularmente conscientes de esta realidad y, por ello, desde este ámbito se han hecho algunas propuestas integradoras que pretenden desarrollar modelos y estrategias de intervención para paliar esa difícil experiencia. Expondré brevemente el modelo<sup>3</sup> que propusimos junto con Ramón Bayés, Pilar Arranz y Pilar Barreto, tres extraordinarios profesionales preocupados por estas cuestiones.

El modelo se concibe como un conjunto de planos-guía susceptibles de encauzar, de forma paralela y coordinada, las diversas acciones encaminadas a la consecución de los *objetivos intermedios* capaces de garantizar la culminación del objetivo final: el *bienestar*.

En nuestra opinión, entendemos que una persona sufre cuando:

*a) acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia personal y/u orgánica; y*

*b) al mismo tiempo, siente que carece de recursos para hacerle frente.*

La sensación de amenaza y el sentimiento de impotencia son subjetivos. El sufrimiento, por tanto, también lo será. De esto se desprende que la mera observación de lo que pasa -un índice de Karnofsky, por ejemplo, o un listado de los síntomas que padece una persona, o un grupo de enfermos en situación terminal, de los que tantos ejemplos nos ofrece la literatura- o una generalización sobre la experiencia del profesional con otros pacientes, no serán suficientes para conocer el grado de sufrimiento que experimenta un paciente concreto en una situación determinada. Necesitamos explorar.

El mismo acontecimiento -un diagnóstico de cáncer o de SIDA, similar intensidad de síntoma o de percepción de pérdida en el ámbito psicológico, etc.- no producen la misma sensación de amenaza en todas las personas ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente. Lo importante no son los síntomas que tiene o percibe un enfermo ni la similitud de la situación con que se encuentra -la misma fase de la misma enfermedad- en relación con otros enfermos, sino el grado de sensación de amenaza que cada uno de estos síntomas, o la constelación de algunos de ellos, le producen a él en

particular. Los síntomas que padece el enfermo pero que no le suscitan amenaza, no deberían merecer, en la mayoría de los casos, una atención prioritaria desde el punto de vista de la paliación del sufrimiento. Una vez más, deberemos recordar que no sólo existen enfermedades sino enfermos.

Primera conclusión: es muy importante explorar qué situación, síntoma, estímulo o estado concretos - biológicos, psicológicos y/o sociales - percibe el enfermo como una amenaza importante para su existencia o integridad, física o psicológica. Y esto sólo podremos conocerlo preguntándole al enfermo de tal manera que, por una parte, no presupongamos lo que al paciente le ocurre, distorsionando su respuesta, y, por otra, que, como mínimo, no produzcamos con nuestra pregunta un incremento en su sufrimiento. En este sentido, el ideal es que nuestras preguntas, a la vez que nos permitan obtener información sobre las preocupaciones del enfermo, posean un componente terapéutico.

El modelo que proponemos se estructuraría del modo siguiente: Una situación, estado o estimulación, de características biológicas -por ejemplo, dolor, disnea, etc.- o psicológicas -por ejemplo, soledad, marginación, sensación de pérdida, culpabilización, temor, carencia del sentido de la vida, vacío espiritual, etc.- es percibido por el enfermo como una *amenaza* importante para su persona o su bienestar. Ante dicha amenaza, el sujeto evalúa sus *recursos* y, en la medida en que se siente impotente para hacerle frente, este hecho le genera sufrimiento. Dicho sufrimiento, por una parte, puede amplificar la intensidad o presencia del síntoma amenazador, lo cual, a su vez, subraya la importancia de su falta de control sobre la situación y aumenta su sufrimiento. Por otra parte, este sufrimiento no ocurre en el vacío sino que tiene lugar en una persona con un estado de ánimo concreto. Si éste es ya ansioso, depresivo u agresivo, lo potenciará; si no lo es y el sufrimiento persiste en el tiempo, puede fácilmente conducirlo hacia la ansiedad, la depresión, o la ira.

El mismo circuito que acaba generando sufrimiento en el enfermo al final de la vida (percepción de amenaza a la integridad, junto con sensación de ausencia de control frente a esa amenaza), opera de la misma forma en la experiencia de sufrimiento de la persona en duelo por la pérdida de un ser querido o en la experiencia de los profesionales cuando sufren el conocido como *burn-out* o síndrome del quemado. Sin duda alguna, los profesionales de los equipos también sufren...

Existe el sufrimiento que podríamos objetivar como problema y que, de algún modo u otro, intentaremos resolver. Pero también existe la experiencia de sufrimiento que ya no se enmarca en lo *problemático*, sino en el ámbito del *misterio*. Cuando alguien angustiado te pregunta por qué se tiene que morir a los 28 años, no te está planteando un problema a resolver (no hay estrategia de resolución de problemas posible), sino un misterio a acompañar. Obviamente, la estrategia de acompañamiento puede ser enormemente útil frente a esta experiencia sin respuestas y plantea un enorme reto a los profesionales de CP que no quieren huir de esas cuestiones. Pues bien, ya podemos ir adelantando que esta labor tan compleja de exploración multidimensional y de intervención en ejes tan diferentes como son los biológicos, cognitivos, emocionales, sociales, espirituales, axiológicos, etc., difícilmente se puede hacer sin un equipo bien formado y con un funcionamiento adecuado.

Los CP han ido conformando su estructura y dinámica a partir de la experiencia y de la reflexión. Describimos ahora los ejes más significativos que conforman su identidad y su funcionamiento<sup>4</sup>:

1. Atención individualizada e integral: aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
2. Apoyo psicológico y comunicación.
3. El enfermo y su familia son la unidad a tratar.
4. Respeto y protección de la dignidad y del principio de autonomía del paciente en situación terminal.
5. Actitud terapéutica activa y positiva.
6. Manejo y control de los síntomas.
7. Importancia del "ambiente": contexto asistencial.
8. Importancia de los procesos asistenciales.
9. Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinar.

En el Primer Mundo, al contrario de lo que ocurre desafortunadamente en muchas otras partes del planeta, no nos contentamos con sobrevivir, queremos vivir con unos determinados parámetros de calidad de vida. Lo mismo ocurre con el morir. Su *ser* no

nos exige que *deba ser* de cualquier manera. En nuestra sociedad, con excesiva frecuencia, miramos para el otro lado cuando la experiencia de sufrimiento y de muerte se acercan. El Movimiento Hospice, matriz desde la que se ha desarrollado la filosofía de los CP, se convierte en un concepto y en unos hechos que pretenden una mirada de frente al lado oscuro y doloroso de la existencia, pero no por ello menos real. La vida se humaniza cuando se encara la realidad sin rodeos y sin aspavientos, llamando a las cosas por su nombre y buscando mediaciones y alternativas que hagan lo más llevadero posible la propia ambivalencia humana, teñida de vida y de muerte, de desesperación y de esperanza, de deterioro y de belleza, de felicidad y sufrimiento.

Hoy los CP se convierten en una mediación asistencial sin retorno. Contamos con los medios para que el proceso de morir, de por sí duro y lacerante, pueda ser paliado adecuadamente. La sociedad ha de mantener sus reclamos y exigir a los políticos y administradores que la cobertura de la asistencia acoja al 100% de la población subsidiaria de esa atención y que, además, esa asistencia se provea con los medios y la calidad que todos los ciudadanos merecemos.

Desde los CP asumimos que el gran imperativo moral de la sociedad y, en concreto, de los profesionales sanitarios y sociosanitarios consiste en no volver la cara a la experiencia de sufrimiento<sup>5</sup> del ser humano. Con las personas enfermas, ya desde el S. XIV se describieron las claves de fondo: “curar a veces, mejorar a menudo, cuidar siempre”. Todo un reto, tan posible, difícil y complejo como apasionante. Pues bien, entiendo que es importante preguntarnos cuáles son las mediaciones que pueden ayudar a disminuir ese sufrimiento y a incrementar ese bienestar.

Desde hace tiempo sostengo que hay cuestiones inquietantes<sup>6</sup> en CP -el sufrimiento del otro no nos puede dejar indiferentes- y me he preguntado por cuestiones tan variadas como la intervención psicológica<sup>7</sup> al final de la vida, la evaluación de la dimensión espiritual<sup>8</sup> y su abordaje<sup>9</sup>, el apoyo a la familia en duelo desde las cartas<sup>10</sup> de condolencia, la dimensión política<sup>11</sup> en el abordaje institucional del sufrimiento, la utilización de las instrucciones previas<sup>12</sup> con un contenido no solo ético sino también psicoterapéutico, los contextos sociosanitarios<sup>13</sup> en los que se insertan algunas unidades de CP, el concepto ético de muerte digna<sup>14</sup>, la estrategia de afrontamiento de la aceptación<sup>15</sup> frente a la resignación, la responsabilidad moral<sup>16</sup> frente a la experiencia de sufrimiento, los procesos de toma de decisiones compartida<sup>17</sup>, las micromalas<sup>18</sup> noticias

en el cotidiano de nuestros pacientes, la experiencia del duelo en situaciones tan trágicas como el suicidio<sup>19</sup>, la limitación del esfuerzo terapéutico<sup>20</sup>, la experiencia en niños<sup>21</sup> del dolor y del sufrimiento y las responsabilidades que genera, la experiencia de autocuidado<sup>22</sup> de los equipos, las estrategias de prevención del burnout<sup>23</sup>, la claudicación familiar<sup>24</sup>, la detección<sup>25</sup> sistematizada de problemas éticos en la intervención paliativa, la reflexión<sup>26</sup> moral pertinente, la aproximación a personas con patologías diferenciales como el VIH-Sida<sup>27</sup>, el papel real de los psicólogos<sup>28</sup> en CP, el derecho a la información<sup>29</sup>, el sufrimiento en el duelo de los padres<sup>30</sup> de niños que padecieron cáncer... y un largo etcétera.

Sin embargo, en los últimos tiempos, aunque me había aproximado a la realidad del funcionamiento de los equipos pretendidamente interdisciplinarios<sup>31</sup>, en torno a la prevención del burnout, empecé a preguntarme por la realidad de los equipos de CP y por su funcionamiento, porque entendía que son una mediación clave en la disminución de sufrimiento y no solo en pacientes y familiares, sino también en esas personas que también somos los integrantes de los mismos. Esto me llevó a proponer y a crear, junto con otros compañeros, en la SECPAL un GT<sup>32</sup> sobre "Trabajo en Equipo" y a empezar a pensar en realizar esta tesis doctoral como una aproximación descriptiva a una realidad tan profundamente mentada como desconocida y con un potencial -a mi entender- realmente enorme. No obstante, la realidad paliativa sigue aumentando en complejidad...

## **1.2. Cuidados Paliativos actuales: mayor complejidad, hacia una nueva aproximación**

Según el Atlas Mundial<sup>33</sup> de Cuidados Paliativos publicado en enero de este mismo año, se estima que más de 20 millones de personas requerirán cada año de CP al final de la vida. La mayoría (69%) serán adultos de más de 60 años y sólo el 6% serán niños.

El contexto español nos habla de una sociedad envejecida. Si atendemos a las previsiones del Instituto Nacional de Estadística<sup>34</sup> de este mismo año, de mantenerse el ritmo actual de reducción de mortalidad, la esperanza de vida al nacimiento en nuestro país alcanzaría 81,2 años en hombres y 86,5 años mujeres en el año 2021. Además vivimos en una sociedad poblada de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, como la diabetes o la demencia. En España, por citar un ejemplo, el

6,5% de las personas de 20 a 79 años en mujeres, padecen diabetes, frente al 7% de la media de los países desarrollados<sup>35</sup>. En cuanto a la demencia, el 6% de los mayores de 60 años tienen diagnosticada algún tipo de demencia, frente al 5 % de la media de esos países. El 75% de la población de nuestro entorno muere a consecuencia de una o varias enfermedades crónicas evolutivas en progresión, con pronóstico de vida limitado durante meses y con deterioro progresivo, frecuentes crisis, necesidades y demandas de todo tipo (físicas, psicológicas, sociales y espirituales), un alto uso de recursos y frecuentes dilemas éticos en la toma de decisiones lo que puede suponer un alto impacto y un importante sufrimiento.

En nuestro entorno, en un estudio publicado recientemente por Gómez-Batiste y su equipo<sup>36</sup> se destaca que un 1,5% de la población española, es decir, más de 500.000 personas que acuden a la medicina convencional necesitarían CP porque padecen este tipo de enfermedades crónicas avanzadas.

Este tipo de datos y reflexiones amplían la perspectiva clásica en la que el CP se centraba predominantemente en pacientes con cáncer avanzado-terminal. Cada día hay mayor consenso en valorar la necesidad de ampliar<sup>37</sup> los servicios de CP especializados a todos los pacientes con cualquier tipo de enfermedades crónicas avanzadas con una trayectoria clínica progresiva, con el objetivo de mejorar su calidad de vida allí donde estén atendidos<sup>38</sup>. Asimismo, se recomienda reformular las políticas sanitarias de la administración pública de acuerdo con la creciente preocupación ante el aumento de los pacientes con enfermedades crónicas y complejidad clínica.

En palabras de Callahan<sup>39</sup>, "el gran e irónico intercambio que se ha producido en la asistencia sanitaria es que hemos canjeado una vida más corta y una muerte más rápida por vidas más prolongadas y muertes más lentas". Las vidas más largas y las muertes más lentas suelen conllevar una multiplicidad y complejidad de necesidades en el paciente paliativo y su entorno que no pueden ser abordadas satisfactoriamente sin equipos de CP que no contengan estructura y funcionalidad suficientes. Se amplían los retos, de ahí la necesaria reflexión sobre el trabajo en equipo que nos permita optimizarlo para responder a esos desafíos.

El trabajo en equipo puede ser una herramienta idónea para la consecución de una "buena muerte" o, si se prefiere, para "morir en paz"<sup>40</sup>, entendiendo por ello ese proceso de morir libre de malestar emocional y sufrimiento evitable en pacientes, familiares y

cuidadores, lo que se suele poder conseguir con los síntomas controlados, las personas a las que quieres disponibles cerca, la serenidad de espíritu y con las decisiones importantes tomadas por ti y en función de tus valores. Sin un trabajo en equipo que acompañe ese proceso, puede ser muy difícil conseguirlo.

### **1.3. Breve aproximación histórica a los Cuidados Paliativos. Más allá de las actuaciones individuales**

La práctica del cuidado a las personas en el final de la vida es, posiblemente, tan antigua como el ser humano y muy probablemente han sido las familias -la versión *natural* de lo que es un equipo- las encargadas de realizarlo. Sin embargo, en el ámbito profesional<sup>41</sup> sabemos que en el S. IV a.C. los médicos de la época no trataban al enfermo en su proceso de muerte por el riesgo a ser castigados al desafiar las leyes de la naturaleza. Con la aparición del cristianismo se empieza a establecer la necesidad de ayudar al enfermo que se enfrenta a una muerte próxima.

De manera más o menos organizada, podemos decir que lo CP o cuidados tipo *hospice*, como se denominaron en algunos países anglosajones, tienen una larga historia. Los primeros precursores en nuestro entorno europeo bien pudieron ser los hospicios y hospederías medievales del S. XII, organizados por los Caballeros Hospitalarios. En el S. XVI contamos con la paradigmática figura de Camilo de Lelis, fundador de la Orden de los Religiosos Camilos, que empezó atendiendo a los apestados y a los moribundos en la Italia del Cinquecento. Sus seguidores eran conocidos como “los padres de la buena muerte”. Ya entonces se planteaba de manera no necesariamente temática pero sí real la cuestión de la composición de los equipos. En la conocida como “controversia de los hospitales<sup>42</sup>”, Camilo de Lelis apostaba por el hecho de que sus religiosos asumieran todas las tareas de la vida hospitalaria, incluidas, por ejemplo, la gestión o la limpieza, dado que entendía que todo acaba influyendo en el bienestar del paciente y que por tanto era muy importante que los administradores no malgastaran el dinero que era para el cuidado del enfermo y que los limpiadores de la sala trataran también con extrema delicadeza a los que allí habitaban. Otros de su mismo grupo, sin embargo, con Blas de Oppertis a la cabeza, apuntaban a centrarse únicamente en el cuidado directo del paciente. Había varias cuestiones de fondo, pero una de ellas y de importancia central, tenía que ver con la necesidad de contar con un perfil específico para seleccionar a los

que se iban a dedicar a atender a los moribundos. También plantea que el cuidado integral no lo puede dar una persona -sería imposible- sino que solo lo podía abordar una comunidad, es decir, un grupo de personas que tuvieran claramente los mismos objetivos y un diseño de funcionamiento que no confundiera los fines y los medios. No se hablaba de equipo, pero se estaba trabajando en equipo.

En el S. XIX aparecieron algunas figuras carismáticas, entre las que destacamos a Mary Aikenhead, fundadora de las Hermanas Irlandesas de la Caridad y del Our Lady's Hospice (1879) en Dublín. Esta congregación puso en marcha en 1909 el St. Joseph's Hospice en Londres y allí se formó Cicely Saunders<sup>43</sup>, alma del moderno Movimiento Hospice y fundadora del St. Christopher's Hospice en 1967, también en Londres. La denominación Hospice se mantuvo al señalar un lugar intermedio entre el hospital y el hogar, ya que reflejaba bien la idea de lo que se pretendía conseguir: un lugar para los enfermos y sus familias que contara con la capacidad científica de un hospital y el ambiente cálido, la hospitalidad de un hogar. Un *equipo* técnicamente cualificado y un *grupo humano* afectivamente acogedor y todo en el mismo *pack*.

Otra figura reseñable de nuestra época es el canadiense Balfour Mount, quien en 1977 lideró la primera Unidad de CP dentro de los hospitales para enfermos agudos. A Canadá se le debe el término Cuidados Paliativos y a este ilustre paliativista se le atribuye una expresión muy significativa sobre el trabajo en equipo en CP: "*¿Has trabajado en equipo? Enséñame las cicatrices*", lo que ya nos habla de la dificultad y de la dureza que puede suponer esta mediación del trabajo paliativo.

En España, la primera Unidad de CP se inició en 1985 y alcanzó su reconocimiento oficial en octubre de 1987, en el Hospital Marqués de Valdecilla, promovida por Jaime Sanz Ortiz. Fueron surgiendo otras Unidades como la de los Hospitales de la Santa Creu de Vic (Barcelona), Gregorio Marañón en Madrid, "El Sabinal" en Las Palmas de Gran Canaria ... y un largo etcétera. En la mayor parte de los casos estas experiencias surgen del ámbito de la oncología, lo que supone una manera de entender la intervención muy concreta: perspectiva más ligada a lo médico-sanitario y menos a lo psicosocial; composición de los equipos centrada en médico y enfermera; entornos más sanitarios que sociosanitarios. Todo ello indudablemente ha influido en los modos de establecer la estructura y la composición de los equipos, así como su funcionamiento. El avance con otras lógicas menos médico-sanitarias ha sido lento y ha

venido favorecido con la implantación de programas sociosanitarios y con aportaciones como los Equipos de Atención Psico-Social de la Obra Social la Caixa<sup>44</sup>.

El crecimiento y el reconocimiento de recursos específicos en CP en nuestro país es hoy un hecho imparable, aunque su implantación es aún muy desigual según las diferentes Comunidades Autónomas. Sin embargo, a pesar del creciente desarrollo, no contamos con una descripción ni una reflexión a fondo de lo que supone, en el ámbito paliativo, el trabajo en equipo.

Un hito importante en la historia de CP en nuestro país ha sido la creación el 8 de enero de 1992 de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) como entidad y asociación profesional que aglutina a los profesionales y promueve el desarrollo paliativo a través de múltiples iniciativas: la publicación de materiales y guías, la organización de congresos, la creación y desarrollo de la revista científica "Medicina Paliativa", el establecimiento de principios y estándares para la planificación e implementación de los CP, la promoción de asociaciones autonómicas, el respaldo de programas de formación, la interlocución con las instituciones públicas y un largo etc... También ha sido la institución que ha querido liderar la reflexión sobre el trabajo en equipo en CP, apoyando institucionalmente la investigación que está a la base de esta tesis doctoral, algo particularmente novedoso en el entorno paliativo.

Es cierto que los impulsos que han empujado el desarrollo de CP en España pueden haber tenido una matriz más individual y carismática, pero también lo es que el trabajo del día a día se ha desarrollado desde los equipos de profesionales que se han ido dejando la piel intentando constituirse y articularse tantas veces por el aprendizaje de ensayo y error.

CP y Trabajo en Equipo son dos realidades intrínsecamente conectadas desde el comienzo del trabajo paliativo en España. De hecho, las primeras recomendaciones<sup>45</sup> sobre CP de la SECPAL, publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo de aquel entonces, hablaban del *Equipo Interdisciplinar* como uno de los instrumentos básicos, "ya que es muy difícil plantear los cuidados paliativos sin un *trabajo en equipo* que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional".

## 1.4. El trabajo en equipo, componente intrínseco de los Cuidados

### Paliativos

Decíamos que en las definiciones de CP también está habiendo una interesante perspectiva evolutiva. La Organización Mundial de la Salud ya está formulando que los CP utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias. De hecho, esta organización revisa en 2002 la definición de CP y nos ofrece la siguiente<sup>46</sup>:

*“Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales”.*

Esta definición se completa con distintos principios sobre los CP, de los cuáles destacamos, en relación a lo que aquí tratamos, el siguiente: "Utilizan un *enfoque de equipo* para *responder a las necesidades* de (uses a *team approach* to address the needs of) los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado". El enfoque-equipo se vincula a la satisfacción o respuesta a determinadas necesidades que previamente se han definido como múltiples, incluyendo en las mismas a las físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Al menos de la *multiplicidad de necesidades* y de la responsabilidad en responder a las mismas se origina el planteamiento del enfoque-equipo. Podían haberlo obviado. Podían haberse explicitado las necesidades y no hablar de la estrategia, del enfoque para abordarlas.

Es más, la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)<sup>47</sup>, en su "Declaración de Política sobre la Definición de los Cuidados Paliativos" revisada en 2011, añade una recomendación específica y significativa a la hora de explicitar el principio mencionado y dice que el CP "uses a team approach to *comprehensively* address the needs of patients and their families", es decir, "utiliza un enfoque de equipo para abordar *de manera integral* las necesidades de los pacientes y sus familias", matiz importante que quizás pudiera traducirse, para acoger la complejidad del mismo como "de manera integral e integrada", es decir, no solo incorporando todos los aspectos mencionados (quedan todos incluidos, *integrados*), sino también de un modo distinto (no solo sumativo, sino

también *integrador*). Ciertamente, difícilmente se podría hacer sin un adecuado trabajo en equipo.

Desde todas las organizaciones se asume una composición multiprofesional de los mismos y un funcionamiento pretendidamente interdisciplinar. No obstante, contamos con muy poca investigación acerca de la estructura y funcionamiento de los equipos, los sistemas formales e informales de comunicación interna, los procesos de toma de decisiones, tanto clínicas como organizativas, la coordinación y el liderazgo, la dinámica de cuidado y apoyo mutuo, los criterios de excelencia y un largo etcétera, que habla de lo mucho que aún nos falta por conocer.

Esta tesis doctoral a la que usted se aproxima pretende contribuir al desarrollo de los equipos de CP en España. En ese sentido, trata de responder a dos preguntas: ¿Cuál es el estado de los CP en España en cuanto a la dimensión de trabajo en equipo desde la perspectiva de sus profesionales? Y, en último término, ¿cómo podemos mejorar su funcionamiento? Para ello se ha diseñado una metodología tanto cuantitativa como cualitativa de investigación social. En la primera, se han empleado técnicas como la encuesta, que permiten medir numéricamente y a través de magnitudes las opiniones y actitudes de los profesionales de CP, pero también se han utilizado técnicas cualitativas, como las entrevistas en profundidad o los grupos de discusión, que permiten analizar discursos individuales, normas sociales y la interacción entre los profesionales de CP.

Para poder desarrollar este trabajo, desde un principio decidí diseñarlo como una coinvestigación, es decir, una investigación colaborativa que enriquezca el mismo proceso investigador. He contado con la ayuda de un grupo de profesionales de CP, pertenecientes a equipos asistenciales, de distintas Comunidades Autónomas, de diferentes disciplinas y tipologías de equipos de intervención que decidimos conformar el GT SECPAL sobre "Trabajo en Equipo". Del mismo modo, contamos también con el asesoramiento de dos magníficos técnicos de investigación social, buenos conocedores de la estructura y funcionamiento grupal.

Espero que esta investigación pueda contribuir aunque sea humildemente, en primer lugar, al desarrollo global de los CP, sobre todo debido al carácter transversal y multidisciplinar de lo que supone el trabajo en equipo, un objeto de estudio propio paliativo, pero que también es compartido por otros espacios de interacción profesional, tanto asistenciales como no asistenciales. Y, por otro lado, desearía que ayude a mejorar

el funcionamiento de los propios equipos, aportando nuevos conocimientos, reflexiones y aprendizajes, lo que sin duda repercutirá en la atención global a pacientes y familiares, el objetivo final.

### **1.5. Identificación y descripción del objeto de estudio: el trabajo en equipo en Cuidados Paliativos**

Los equipos son una realidad que se conforma de modo transversal en todo dispositivo asistencial de CP. En cuanto a estructura, no se cuestiona ni su necesidad ni su presencia. Sin embargo, aun contando con el reconocimiento de su relevancia, no hay una descripción suficientemente detallada y específica de los dinamos que entreveran su funcionamiento.

En los inicios, la mayor parte de los equipos se constituyeron a instancia de la iniciativa de profesionales particulares interesados en CP y, posteriormente, se iban autoorganizando como equipo, sin mediar protocolos específicos de gestión y mantenimiento del mismo. Un funcionamiento desde el "ensayo y error". Posteriormente, la iniciativa ha podido ser más institucional, sin embargo, exceptuando los trabajos conjuntos de la SECPAL y de la Fundación Avedis Donabedian, no hay apenas criterios<sup>48</sup>, indicadores y estándares<sup>49</sup> de funcionamiento. En ellos se plantean que el equipo ha de tener estructurada la *composición* del mismo (estándar 100%) y descrito el funcionamiento y responsabilidades de cada miembro (70%). En cuanto a los *sistemas de trabajo*, únicamente se centra en dos criterios: el cumplimiento de las reuniones de equipo establecidas (85%) y la disposición de un conjunto de protocolos mínimos de atención (100%). También aborda el *cuidado y soporte del equipo*, pidiendo que éste defina formalmente sus actuaciones para prevenir el *burn-out* de sus integrantes (80%). Por último, alude a la formación continuada e investigación del equipo y a la coordinación entre niveles y servicios. Todo ello tiene, como mínimo, el valor de empezar a apuntar a algunas cuestiones claves del trabajo en equipo, aunque también desvela el enorme vacío existente al respecto.

El tipo de intervención y la intencionalidad en el nacimiento de CP prefigura el trabajo en equipo como uno de sus pilares constituyentes. El abordaje multidimensional en el proceso al final de la vida, junto a la experiencia acumulada de otros países pioneros en CP, dan entrada a diferentes disciplinas en la composición de los equipos, cuestión que

obliga a poner en el centro el *tipo de relación* entre los diferentes profesionales y la *formas de organización, cooperación y coordinación* dentro de los equipos. Cada disciplina tiene su propio bagaje respecto a qué es trabajar en equipo, hecho que imprime complejidad a las interacciones dentro de los mismos. Sin olvidar, que los equipos de CP están integrados dentro del sistema sanitario y que las condiciones de posibilidad de la relación entre disciplinas estarán marcadas por los roles que las instituciones, sean públicas o privadas, asignan a cada una de ellas.

También, los equipos de CP se han ido modelando en base a la experiencia del trabajo del día a día, a las necesidades de la intervención y a la capacidad de los miembros de los equipos de problematizar qué es trabajar en equipo y qué modelo de funcionamiento se adapta mejor a los objetivos en función de los recursos disponibles. Estas diferencias se acentúan en función de los diferentes tipos de recursos existentes: atención domiciliaria, centros sociosanitarios o atención en hospitales. La heterogeneidad de los equipos de CP en base a los diferentes tipos de recursos hace que la evolución de estos equipos haya tenido recorridos diferenciados. La realidad de cada ámbito de acción ha determinado la dinámicas intraequipo, configurando y delimitando a los equipos de CP. Esto imprime una gran aleatoriedad en la gestión de los equipos, lo que les hace depender fundamentalmente de los conocimientos, capacidades o características personales de sus miembros.

A esta aleatoriedad se le suma la enorme diversidad de los equipos y las estructuras sobre las que se soportan, pero también una incapacidad del propio sistema para proponer reflexiones o metodologías que ayuden a sacar mejor provecho a esta herramienta. El Ministerio de Sanidad, en su Estrategia en CP, actualizada para 2010-2014<sup>50</sup>, en el apartado de los Fines describe como uno de los principios centrales el "Trabajo en equipo interdisciplinar", sin embargo sólo presenta una recomendación (p. 41), que cada Comunidad Autónoma defina un modelo que explicita las dependencias orgánicas y funcionales de los equipos de CP. Y poco más. En el Glosario (p. 59) de este documento, sí aparece "Equipo de Cuidados Paliativos", quedándose en los tópicos de intervención con pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas, con requerimiento de mayor nivel de formación, el reconocimiento de sus funciones docentes e investigadoras y con composición multiprofesional. Una curiosidad, utiliza 77 veces el término equipo/s, sin embargo, el documento que ha definido lo que debían

ser CP en nuestro país en estos últimos años prácticamente no aporta nada sobre la estructura, el funcionamiento y los resultados esperados del trabajo interdisciplinar.

Existen diferencias territoriales en la evolución y desarrollo del derecho al buen morir y a los CP como medio para garantizar ese derecho con un engranaje a diferentes velocidades. También existen diferencias tanto a nivel programático como en la arquitectura institucional y organizativa. Estas diferencias estructurales afectan directamente a la composición, desarrollo, acceso a recursos materiales e inmateriales y evolución de los equipos de CP.

Por todo ello, la mirada de esta investigación pretende aproximarnos a una descripción del trabajo en equipo paliativo en España y, en la medida de lo posible, ayudar a mejorar su funcionamiento. Para ello partiremos de cuatro hipótesis fundamentales, a saber, que existen diferencias en la valoración de los profesionales de CP en el ámbito español en cuanto al trabajo en equipo a) entre Comunidades Autónomas; b) entre profesionales de distintas disciplinas; c) y en el tipo de dispositivo asistencial; y, en cuarto lugar, que en torno a los teóricos modelos de funcionamiento y relación interprofesional, los profesionales desconocen básicamente sus características, sus potencialidades y sus diferencias, lo que dificulta conocer el *estado de la cuestión* en los diferentes equipos y describir criterios y estándares apropiados. Estas hipótesis, en su pretensión de ser despejadas serán ubicadas en forma de objetivos en el siguiente apartado.

## **2. MÉTODO: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Diseño de la Investigación y constitución del Grupo de Trabajo**

#### **2.1.1. Objetivos de la investigación**

El objetivo principal de la investigación es contribuir al conocimiento sobre la realidad española del trabajo en equipo en equipos de CP. También tiene el propósito de contribuir en la propuesta de mejora de su funcionamiento. Para ello, el diseño de los objetivos operativos adquiere una doble cualidad. Por un lado son descriptivos, es decir, buscan medir, clasificar, ordenar, agrupar y comparar la información relativa al trabajo en equipo en CP en España. Y por otro lado, adquieren un carácter propositivo, es decir, se encuentran destinados a mejorar la acción de esos equipos en lo referente a la planificación, el diseño, el desarrollo y la evaluación de estrategias. De manera más concreta se pretende:

- a) Despertar curiosidad y preguntas en torno a la potencialidad del trabajo en equipo como mediación para conseguir un menor sufrimiento evitable.
- b) Una aproximación global a la realidad de los equipos de CP en España en cuanto al trabajo en equipo se refiere.
- c) Analizar las posibles diferencias en cuanto al trabajo en equipo en función de la profesión / disciplina que ejerzas en el equipo.
- d) Analizar las posibles diferencias en cuanto al trabajo en equipo en función del tipo de dispositivo asistencial desde el que se trabaje.
- e) Analizar también las posibles diferencias en cuanto al trabajo en equipo en función de que el recurso en el que se trabaje esté en una Comunidad Autónoma o en otra.
- f) Aproximarnos al conocimiento de los profesionales sobre los distintos modelos de intervención e interacción paliativa.
- g) Conocer y analizar las opiniones y actitudes de los profesionales de CP con respecto al trabajo en equipo y a las múltiples variables que en él operan.
- h) Fomentar debates sobre la relevancia y el papel que juega el trabajo en equipo dentro de CP.

- i) Realizar propuestas o sugerencias que ayuden a los equipos a mejorar el cumplimiento de sus objetivos, desde esta perspectiva.

### **2.1.2. La coinvestigación como proceso de investigación**

El objeto de estudio que abarcamos desarrolla una condición específica: nadie puede conocer mejor la complejidad del trabajo en equipo en CP que sus propios protagonistas, es decir, los profesionales. Cualquier exterioridad que infiera en una investigación con este objeto de estudio en la que no participen los profesionales de los CP se vería abocada o bien a la parcialidad o bien a la incompreensión.

Por eso esta investigación se apoya en la perspectiva interdisciplinar de profesionales de CP bajo la cobertura institucional de la SECPAL. A partir de una propuesta que realicé, en noviembre de 2012 la SECPAL puso en marcha el GT denominado “Trabajo en Equipo”, compuesto por 16 profesionales que pertenecen a 11 Sociedades de ámbito autonómico, 8 profesiones y a 5 tipos de dispositivos asistenciales diferentes. Yo coordino el grupo desde el inicio.

Este GT pretende aproximarse a la realidad del trabajo en equipo en las organizaciones de CP, escuchar a los profesionales acerca de su percepción, inquietudes y satisfacción o insatisfacción en torno a esa variable, aprender de otros escenarios y organizaciones con diferentes equipos de trabajo y conceptualizaciones, profundizar en la potencialidad de los equipos como herramienta que ayuda a disminuir el sufrimiento y a cuidar mejor a todos los intervinientes, reflejar buenas prácticas en materia de trabajo interdisciplinar y, en último término, proponer terminologías, encuadres, herramientas que ayuden a los equipos a conseguir sus objetivos. La investigación que se cuenta en estas páginas ha sido una de las iniciativas importantes para aproximarnos a esta realidad.

En esta coinvestigación, cada participante hemos asumido un rol diferencial que complementa al grupo. Por un lado, el GT de SECPAL ha colaborado en delimitar el objeto de estudio, en proponer las preguntas relevantes de investigación y en enriquecer la perspectiva paliativa. Los dos técnicos en investigación social que han participado en el estudio han colaborado muy activamente en el diseño de materiales de investigación, la realización de la encuesta y el trabajo de campo. En la siguiente tabla se observa la distribución de roles y funciones dentro del grupo SECPAL.

**Tabla 1.** División de tareas y roles en la investigación

Funciones	Tareas	Quienes
Diseño y orientación	Participación en 3 reuniones	Grupo
	Consultas por lista	Grupo
F.1 Diseño	Búsqueda bibliográfica	Uno por disciplina
	Diseño materiales	Equipo técnico
F.2 Producción	Organización y realización del cuestionario, grupos y entrevistas.	Grupo de 3 CCAA + Equipo técnico
F.3 Procesamiento datos	Transcripción y análisis	Equipo técnico.
F.4 Divulgación	Divulgación de resultados	Grupo

Fuente: Elaboración propia.

Estas funciones han sido complementarias tanto en un proceso orgánico, es decir, que ha ido creciendo a medida que avanzaba la investigación, como modular, dividido en bloques de planificación del trabajo compuestos por hitos de investigación consistentes en la devolución y la evaluación continua que han permitido ese crecimiento orgánico.

## **2.2. Diseño metodológico y técnicas de investigación**

Este estudio pretende hacer una foto de los equipos de CP españoles y, más en profundidad, una cierta "radiografía" que posibilite el conocimiento de las variables internas que acaban siendo el motor o la dificultad de todo su desarrollo. El abordaje no pretenderá solo detectar el "estado de la cuestión", sino también conocer la opinión de los profesionales, quienes podrán proponer estrategias de mejora en el ámbito del trabajo en equipo, en función de su reflexión y su experiencia.

De cara a alcanzar los objetivos planteados con anterioridad, como se ha expresado someramente en la introducción, se ha diseñado una investigación con una metodología cuantitativa y cualitativa de investigación social, es decir, se han empleado técnicas cuantitativas como la encuesta, que permiten medir numéricamente y a través de magnitudes las opiniones y actitudes de los profesionales de los CP, pero también se han empleado técnicas cualitativas, como las entrevistas en profundidad o los grupos de discusión, que permiten analizar discursos individuales, normas sociales y la interacción entre los profesionales de los CP.

Las técnicas de investigación empleadas para alcanzar los objetivos mencionados, han sido la revisión bibliográfica, la encuesta, las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión.

### 2.2.1. Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica, como de todos es sabido, es un procedimiento de recogida de información consistente en la revisión de la literatura y las investigaciones precedentes sobre el objeto de estudio con el fin de recoger los principales hallazgos en la materia y orientar el diseño de la investigación. Debido a que el ámbito de CP queda atravesado por la participación de un número variado de disciplinas, la organización de la revisión bibliográfica se realizó de forma interna por el GT, familiarizado por su heterogeneidad con distintos ámbitos y fuentes de investigación.

En la primera reunión del GT SECPAL, organizamos la búsqueda y la revisión bibliográfica, aprovechando, fundamentalmente la amplísima composición multidisciplinar del grupo y la posibilidad de acceder a distintas bases de datos. El GT, como es lógico, quería trabajar en equipo, de ahí la metodología.

Se ofrecieron y consensuaron inicialmente las siguientes instrucciones:

- Palabras clave: equipo, trabajo en equipo, grupo, cuidados paliativos, equipo sanitario, multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, liderazgo, relaciones interprofesionales (más aquellas palabras claves que formen parte de la idiosincrasia de cada profesión).
- Key Words: team, team work, group, group work, palliative care, terminal care, multidisciplinary, interdisciplinary, cooperation, leadership, professional relationships...
- Desde 2002.
- Para el envío de los resultados, en el mail poner como asunto "Revisión bibliográfica + Nombre".
- Qué información inicial trasladar:
  - a) Qué bases de datos han sido revisadas.
  - b) La revisión hecha, con la referencia bibliográfica (preferible Vancouver) + *abstract*.
  - c) También documentos de Instituciones (Organización Mundial de la Salud, etc.).

- d) Si además tienes o conoces libros o capítulos de libros sobre trabajo en equipo o equipos sanitarios, etc., también la referencia y el trabajo si se dispone de él.
  - e) Si de la revisión hecha te encuentras algún documento que te parece que puede ser especialmente relevante, intentar hacerte con el "pdf" y enviarlo.
- Fecha última de envío: al mes siguiente.

La información se centralizaría en un servidor, como investigador principal y coordinador del GT. Una vez recibida la información, éste la repartiría entre los miembros del GT, con el objetivo de evitar revisiones repetidas (que hubieran hecho distintos miembros al localizar el mismo trabajo) y de equilibrar la carga de trabajo. Si se hubieran recibido los documentos (formato pdf o similar) también se reenviarían para facilitar el trabajo.

Los datos que se pidieron reflejar de cada trabajo revisado fueron los siguientes:

- a) Título en castellano.
- b) Referencia bibliográfica completa (normas Vancouver).
- c) *Abstract* / Resumen (puedes copiar el del mismo trabajo, si lo tiene; mejor traducido al castellano).
- d) Ideas claves (y no generalizaciones).
- e) Breve comentario crítico, sobre todo destacando lo que crees que más aporta.

En total, no más de dos folios. Se envió la hoja de registro (Anexo 1), para facilitar el manejo de las devoluciones y una cierta uniformidad.

Se han utilizado varias bases de datos, utilizando "google academics", Tesis Doctorals en Xarxa (TDX), dialnet, Instituto Joanna Briggs (JBI), Investen, Cuiden, Cochrane Library. La que más juego ha dado ha sido PubMed. Por citar solo un ejemplo, de la búsqueda con los términos teamwork OR multidisciplinary team OR interdisciplinary team AND palliative care, salieron 900 artículos, de ellos un gran número no específico sobre el trabajo en equipo o su funcionamiento. Acotando con el término "communication" salieron 293, con el término "efficacy team" 72 y con "teamworking

AND palliative care”, 521. Después de revisar estas búsquedas y de completarlas con otras bases y fuentes nos salieron 71 trabajos, de los que trabajamos 30 por ser los más específicos para el objetivo que buscábamos.

En el Anexo 1, además de la hoja de registro de valoración de la bibliografía se puede encontrar un resumen de los trabajos más importantes.

### **2.2.2. Encuesta *online* a los profesionales de Cuidados Paliativos**

La encuesta es un método de recogida de información que permite llegar a una gran suma de personas para conocer sus opiniones relativas al objeto de estudio. Para ello se ha realizado previamente un cuestionario, es decir, un índice ordenado de preguntas en relación al objeto de estudio, que permite la optimización sobre la información que desea obtenerse en la encuesta. Los miembros del GT SECPAL utilizaron las propias bases de datos de las sociedades autonómicas para enviar el cuestionario a sus afiliados. Del mismo modo, se sugirió a los primeros receptores del cuestionario el envío a sus compañeros de equipo u a otros grupos de trabajo relacionados con el ámbito de CP.

D'Amour et al.<sup>51</sup> crean un modelo teórico y conceptual que está como trasfondo a la base de la encuesta. Este autor sostiene que hay cuatro grandes dimensiones en el concepto de colaboración interprofesional: dos relacionados con las interacciones entre los individuos (objetivos y la visión compartida) y dos relacionados con el ámbito de la organización (gobierno y formalización) y 10 indicadores de la colaboración interprofesional en las organizaciones sanitarias: 1) Las metas compartidas; 2) Enfoque centrada en el paciente.; 3) El conocimiento mutuo. ; 4) La confianza.; 5) Las directrices estratégicas.; 6) El liderazgo compartido; 7) Apoyo a la Innovación; 8) Foros para reunión; 9) Protocolización; 10) Sistemas de Información.

Este modelo ha sido trabajado por el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno Vasco<sup>52</sup> y el Servicio Vasco de Salud cuando se plantearon una estrategia para hacer frente al reto de la cronicidad en Euskadi. El objetivo fue desarrollar un cuestionario, recopilación de opinión de los profesionales, para medir el grado de colaboración entre los médicos de diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) en una organización de salud determinada. Este cuestionario se desarrolló originalmente para evaluar los procesos de integración en el sistema de cuidados de salud en el País Vasco, pero también se puede utilizar en otros contextos.

Este modelo y los resultados de la revisión bibliográfica han sido claves para la confección del cuestionario y complementaron la matriz de datos y reflexión de la primera reunión del GT que posteriormente expondremos.

En nuestro estudio hemos utilizado un formato *online*, que ha permitido alcanzar un total de 452 participantes. Además se ha planteado un formato en escala Likert. En este tipo de escalas se ofrece una afirmación al sujeto y se le pide que la califique o valore dentro de un conjunto de opciones según su grado de acuerdo con las mismas. Estas afirmaciones pueden reflejar posiciones positivas o negativas frente a algo. Las primeras se denominan favorables y las segundas desfavorables. Es muy importante que las afirmaciones sean claramente positivas o negativas, toda afirmación neutra debe ser eliminada. Posteriormente explicaremos el proceso de diseño del cuestionario.

### **2.2.3. Grupos de discusión**

Los grupos de discusión son una técnica cualitativa de investigación que consiste en una discusión colectiva entre 6 y 10 participantes, profesionales de CP en nuestro caso, segmentados por género, ocupación, tipo de recurso y profesión, entre los que se da una conversación guiada referente al objeto de estudio. El objetivo de los grupos de discusión es tener acceso a las normas sociales, es decir, a las opiniones, actitudes, valores y creencias colectivas en un ámbito determinado. El diseño de los grupos de discusión, la selección de los participantes y una moderación poco ejecutiva, son fundamentales para el buen desarrollo de ésta técnica.

En esta investigación se han realizado 3 grupos de discusión en tres comunidades autónomas distintas (Andalucía, Cataluña y Madrid) compuestos por varios profesionales del ámbito de CP. Previamente, se ha diseñado su composición y dinámica, en la cual han participado activamente los miembros del GT, tanto para la contactación como para la organización de los grupos. Posteriormente, la discusión de los grupos fue transcrita para su posterior análisis.

### **2.2.4. Entrevistas en profundidad**

Las entrevistas en profundidad son un método de recogida de información que consiste en una conversación bilateral entre el entrevistado y el entrevistador planificada mediante un guión previo que permite un abordaje a fondo de todas las temáticas relevantes al objeto de estudio.

En este estudio se han realizado 15 entrevistas a profesionales del ámbito de CP para las cuales se construyó un muestreo previo que ha determinado la composición de las mismas en función de Comunidad Autónoma, Tipo de Recurso y Profesión.

La contactación y la organización de las entrevistas se han realizado también gracias al esfuerzo del GT SECPAL. Las entrevistas fueron transcritas con posterioridad para proceder a su análisis.

En el siguiente cuadro resumen se exponen los perfiles que han sido seleccionados en las tres Comunidades Autónomas y los criterios para ello.

**Tabla 2.** Perfiles de las entrevistas y grupos de discusión.

Perfiles de las Entrevistas.	Perfiles de los Grupo de Discusión.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Médico/a</li> <li>• 1 Enfermero/a</li> <li>• 1 Psicólogo/a</li> <li>• 1 Trabajador/a social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Médicos/as</li> <li>• 1 Enfermero/a</li> <li>• 1 Auxiliar de enfermería</li> <li>• 1 Psicólogo/a</li> <li>• 1 Trabajador/a social</li> <li>• 1 Voluntario/</li> <li>• 1 Abierto: terapeutas ocupacionales, acompañante espiritual, personal administrativo, fisioterapeuta, otros</li> </ul>
Características contextuales en la selección de perfiles:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidades Autónomas.</li> <li>• Ámbito territorial en el que actúa el recurso. Rural/ urbano.</li> <li>• Tipo de recurso</li> <li>• Público/ privado</li> </ul>	
Características intraequipo en la selección de perfiles	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Relación laboral con el equipo. Estable/discontinua.</li> </ul>	

Fuente: elaboración propia.

### **2.3. Planificación del proceso de investigación**

La primera reunión del GT SECPAL sobre trabajo en equipo se realizó en las instalaciones de la Fundación Instituto San José de Madrid, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios -que gratuitamente cedió el espacio- el día 14 de febrero de 2013. En ese momento se realizó un primer acercamiento a la materia que derivó posteriormente en la matriz de investigación. En la reunión, parcelamos y organizamos la revisión bibliográfica por disciplinas y cada participante del grupo se encargó, como hemos explicado, de iniciar las búsquedas pertinentes. Como ya hemos explicado, nos dimos una metodología común para abordar las dificultades. Simultáneamente, se elaboró el primer borrador de la encuesta *online* y se empezó a recabar bases de datos con contactos entre los miembros del grupo y las sociedades autonómicas de la SECPAL. Además se realizaron los guiones correspondientes a los grupos de discusión y las entrevistas, que tuvieron lugar en el mes de Junio de 2013 por las tres Comunidades Autónomas seleccionadas. Durante el verano y parte del otoño, se procedió al análisis de los datos de la encuesta, la transcripción de las entrevistas y grupos de discusión y su posterior análisis, que fue trabajado de manera conjunta en la segunda reunión de grupo, que tuvo lugar el 30 de septiembre, también en Madrid. Posteriormente, se ha ido elaborando el presente texto.

La investigación ha tenido un carácter continuo marcado por las diferentes fases planificadas en el diseño de la investigación y que han estado delimitadas por las reuniones de trabajo presencial del grupo. En cada fase el grupo iba decidiendo los siguientes pasos, la construcción de las técnicas de investigación, análisis de los resultados y la producción de materiales. En este sentido, todo el proceso de la investigación ha supuesto un aprendizaje colectivo a la hora de cómo trabajar en grupo para acercarnos a conocer una realidad, el trabajo en equipo en los CP, en la que a su vez los integrantes del grupo son parte activa, posibilitando que todas los integrantes del grupo se colocaran en el papel de coinvestigadores.

En el siguiente cuadro se observa la sucesión de las fases y tareas:

**Tabla 3. Cronograma y fases de investigación**

Fase	Tareas	Tiempo
	<i>1ª Reunión del grupo SECPAL</i>	14 febrero 2013
F1 Diseño	Revisión bibliográfica e investigaciones precedentes	14 febrero al 15 Marzo 2013
	Definición preguntas investigación	2013
	Devolución revisión bibliográfica	
F2 Trabajo de campo	Diseño definitivo y realización cuestionario digital	15 marzo al 13 Junio 2013
	Diseño materiales entrevistas y GD	2013
	Realización entrevistas en profundidad	
	Realización grupos de discusión	
	Análisis preliminar de datos	
	Transcripción de entrevistas y Grupos de Discusión	
	<i>2º Reunión del grupo SECPAL</i>	30 septiembre 2013
F3 procesamiento datos y análisis	Devolución y análisis de datos	
	Primer guion del informe	
	<i>3ª Reunión del grupo SECPAL</i>	3 Marzo 2014
F4 Elaboración informe	Primer borrador informe	
	Trabajo en equipo sobre el borrador.	
	Elaboración final del informe de investigación	30 Junio 2014
	Presentación Junta directiva SECPAL	
	Presentación final de informe X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos	13-15 Noviembre 2014

Fuente: elaboración propia

### 2.3.1. Diseño del cuestionario y de los guiones

Para el diseño del cuestionario y de los guiones de las entrevistas y los grupos de discusión, hemos procedido en primer lugar a una discusión colectiva en el seno del GT que ha orientado y definido los elementos claves del estudio y, en segundo lugar, a la sistematización de los resultados de la revisión bibliográfica que han proporcionado los hallazgos relevantes de la literatura y las investigaciones en el ámbito del trabajo en equipo en los CP. Las preguntas que nos hicimos, fueron las siguientes:

**Tabla 4.** Matriz de diseño entrevistas y grupos de discusión

Dimensiones	Ítems	Preguntas
Organización		
	Definición y planificación de objetivos	¿Cómo y cuándo se definen y planifican los objetivos? ¿Cómo se evalúan los objetivos y con qué periodicidad?
	Creación del equipo	¿Cómo se crea un equipo de CP y criterios que se siguen?
	División trabajo: funciones y tareas	¿Cómo se organiza un equipo de CP? Similitudes y diferencias. ¿Qué tipo de coordinación y quién la supervisa?
Reuniones		
	Metodología y dinámica de las reuniones.	¿Cómo se preparan las reuniones y quién? ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?
	Aspectos clínicos y organizativos.	¿Qué peso diferencial hay entre los aspectos médicos, enfermeros, psicológicos, sociales, espirituales y organizativos?
	Liderazgo, toma de decisiones y participación.	¿Cómo se toman las decisiones? ¿Qué peso tiene cada profesional? ¿Cómo es la participación? ¿Hasta dónde se participa?
	Comunicación formal	¿Cómo es la comunicación interna y la transmisión de la información?
Relaciones intraequipo		
	Interdisciplinariedad; multidisciplinariedad	¿Cómo es la relación entre los diferentes profesionales? Reconocimiento del otro ¿qué roles (formales e informales) hay dentro de los equipos?
	Formación	¿Los equipos tienen programas de formación específicos? ¿Hay formación interdisciplinar?
	Conflictos	¿Qué conflictos son los más comunes? ¿Cómo se resuelven?
	Afinidades, afectos, cuidados.	¿Son explícitos los cuidados dentro de los equipos? ¿Existen espacios formales o informales para cuidarse? ¿Se reconoce y se trabaja contra el estrés?
Relación externa		
	Relación con los pacientes	¿Cómo es la relación entre los pacientes y sus círculos afectivos con los equipos de CP?
	Coordinación externa	¿Qué relación hay interservicios? y ¿con la institución o el programa en el que trabajan los equipos de CP?
	Comunicación externa	¿Se reconoce y entiende el trabajo en CP? ¿Se divulga el trabajo en CP? ¿Hay espacios de formación externa?
	Sociedad, comunidad	¿Qué retos tienen CP ante la sociedad?

Fuente: elaboración propia.

En total se han producido tres reuniones del GT que corresponden al diseño de la investigación. En las reuniones, a través de dinámicas participativas, se han obtenido las cuestiones y los ítems relevantes para el diseño de los materiales que son la base del cuestionario y de los guiones. Como resultado de este proceso continuado se elaboró

una matriz que recoge la información producida (Anexo 2) en el cual se categorizan los aspectos relevantes para el estudio del trabajo en equipo en varias dimensiones e ítems, que fueron desarrolladas e interpretadas y posteriormente transformadas en variables por el conjunto del GT.

A partir de estas dimensiones e ítems se han construido las variables que han compuesto las preguntas del cuestionario de la encuesta digital (Anexo 3) y las preguntas de los guiones de los grupos de discusión y de las entrevistas (Anexo 4). A modo de resumen, las principales variables que se han considerado en el estudio son:

Encuesta	Grupos de discusión y entrevistas
Objetivos comunes.	Bloque 1. Organización interna de los equipos. Interdisciplinariedad y democracia interna
Participación en la planificación de objetivos.	Sentido de equipo
Cohesión grupal	Reuniones
Coordinación intraequipo	Valoración interdisciplinar
Las reuniones	Reconocimiento interdisciplinar
Atención interdisciplinar	Composición de los equipos
Funciones de liderazgo	Liderazgos
Comunicación.	Conflictos
Transmisión de la información	Satisfacción con el equipo
El conflicto en la dinámica de equipo	Bloque 2. Relaciones externas de los equipos. Entorno. Relaciones con pacientes y recursos
Afectos y cuidados.	Relación equipo/Paciente
Relaciones de Género.	Diferencias culturales, genero, edad pacientes, tiempo
Coordinación externa.	Pacto de silencio
Planificación o Programación sanitaria o socio sanitaria.	Necesidades, carencias, volumen de trabajo
Relación con los pacientes y familiares.	Instituciones y políticas sanitarias
Formación.	Visión comparada
Valoración trabajo en equipo	

### **2.3.2. Desarrollo del Trabajo de Campo**

El trabajo de campo se desarrolló en el mes de junio de 2013 y consistió en la realización de 3 grupos de discusión y 15 entrevistas en tres Comunidades Autónomas diferentes. Para ello, como decíamos, fue fundamental la cooperación de los miembros del grupo y de las sociedades autonómicas de la SECPAL en la contactación y organización logística del trabajo de campo.

Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente una hora y los grupos de discusión de aproximadamente dos. Todas ellas fueron grabadas, manteniendo los protocolos de anonimato para su posterior transcripción.

#### Procesamiento de los datos de la encuesta, transcripciones de los grupos de discusión y de las entrevistas.

En primer lugar, en esta etapa se procedió al tratamiento básico de los datos, es decir, al tratamiento de los casos perdidos y la composición de las variables; y en segundo lugar se realizaron las transcripciones literales de las entrevistas y los grupos de discusión.

#### Análisis de datos y elaboración del informe.

La realización de los análisis estadísticos pertinentes como resultado de la encuesta producida; la elaboración de frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia y gráficos. Y además, el análisis de entrevistas y grupos de discusión que han compuesto los resultados cualitativos del informe.



### **3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

En el Anexo 1 se pueden encontrar las referencias más importantes de la bibliografía revisada y seleccionada y de cada una de ellas un resumen de los hallazgos encontrados, lo que nos ha aportado información muy valiosa. Aquí presentamos un resumen de las ideas claves, que hemos intentado agrupar cuando en algún caso eran repetidas en los distintos trabajos. Los temas que salen, como podrás observar, son muy variados y las aportaciones realmente enriquecedoras. Vamos a ello:

- Hay que explorar todas las necesidades, que son múltiples, complejas, cambiantes y para ello necesitamos profesionales de diversas disciplinas. De no hacerlo así, sesgas la mirada. No todo el mundo puede hacer de todo.
- Cada profesional necesita del resto de profesionales para hacer su trabajo. La dinámica multiprofesional es insuficiente, aunque se aborden de manera separada todas las variables intervinientes.
- Hay roles muy definidos, fundamentalmente el médico y enfermero, pero no tanto los de corte psicosocial, con mayor ambigüedad de rol. No está nada claro si es necesario una mejor y mayor explicitación de roles o una compenetración suficiente y explicitada en los espacios de interacción comunes.
- Hay experiencias de desarrollo de herramientas clínicas (por ejemplo, la “Trayectoria Clínica” elaborada desde enfermería), que son una herramienta unidisciplinar que puede ser diseñada con un objetivo multidisciplinar. Por ejemplo, para fomentar la comunicación intraequipo y evitar la fragmentación de la información.
- Del mismo modo, los trabajadores sociales también se preguntan acerca de lo común y lo diferencial en su trabajo paliativo. Una diferencia, por ejemplo, es que no todos los pacientes requieren de trabajador social. Sin embargo, la visión preventiva debería de llevar una mirada al respecto.
- Necesitamos cada día más explicitar desde qué modelo trabajamos. Los modelos multiprofesionales no incorporan a personas del staff que no tengan reconocimiento de profesión sanitaria. Los modelos multidisciplinares recalcan la identidad, claramente jerárquica y definida, abogando por la clarificación de roles. Los

modelos interdisciplinarios recalcan el potencial de la interacción, porque un equipo no es la suma de competencias, sino las competencias compartidas.

- Tres ideas claves para ese funcionamiento efectivo que quiere ser interdisciplinar podrían ser:
  1. Propósito común.
  2. Comprensión de la función de cada uno.
  3. Capacidad de aunar recursos (sumar).
- Otros trabajos evalúan criterios de éxito de trabajo interdisciplinar (sobre todo unos buenos niveles de comunicación y la clarificación de qué se entiende por cooperación...) y de equipo ineficiente (entre otros, la ambigüedad de roles y el conflicto de roles no bien gestionado).
- Parece importante que profesionales de distintas disciplinas nos escuchemos. Hay herramientas pedagógicas, como los relatos, muy interesantes, que en algunos lugares han desarrollado geriatras y paliativistas, profesionales abocados al trabajo en equipo.
- En este sentido, se sabe que la comunicación en las reuniones de equipo suele estar distorsionada por el énfasis en lo biomédico; sin embargo, compartir la historia psicosocial de los pacientes ayuda a construir relaciones positivas entre los miembros.
- Son varios los trabajos que acaban explicitando que parte de los problemas del trabajo en equipo provienen de la dificultad de hablar de igual a igual y de no utilizar un lenguaje común.
- Las distintas culturas profesionales suponen una barrera para el trabajo en equipo. De ahí la importancia de conocer los roles y las técnicas de trabajo de los otros, de conocer las posibles fuentes de solapamiento de competencias.
- También ayuda el conocimiento de otros factores importantes en la vida de los equipos. Por ejemplo, los factores históricos (en qué tipo de institución surge el equipo, por ejemplo, o la trayectoria previa de sus componentes), los factores de clase social (distinta consideración del médico o la enfermera, por ejemplo), o los factores de género, que suelen estar tan presentes como diluidos.

- En la misma línea, se resalta la importancia del carácter democrático de los equipos. En el manejo de la información, del respeto, del diálogo, de la búsqueda de consenso, etc. Está de fondo la cuestión del poder.
- Un punto de acuerdo para ese encuadre común y para ese lenguaje común podría venir de conocer y respetar los derechos del enfermo, como eje central, porque supone colocarle al paciente como sujeto y no solo como objeto de nuestros cuidados.
- También una manera de construir y gestionar la multidisciplinariedad es participar en espacios comunes, como puede ser la Revista Medicina Paliativa, que quiere ser realmente multidisciplinar.
- Una idea interesante es la de gestionar los "implícitos", los "intangibles" que están en los equipos, para aumentar su potencial. Por ejemplo, la información que se maneja y cómo se da, los procesos de toma de decisiones, etc. Explicitarlos ayudaría a tener una percepción de tarea común. También situaría el poder de otra manera.
- Varios trabajos aluden a la necesidad de definir claramente, de explicitar aspectos como liderazgo, normas, objetivos... y de participar en ello, porque un equipo depende de la responsabilidad colectiva. Precisamente la explicitación de esos parámetros ayuda a convivir con una cierta ambigüedad de rol, dada la unicidad e integralidad de la persona a la que atendemos.
- El trabajo en equipo supone inevitables fuentes de conflicto. En CP aparecen de distintos tipos: familia vs equipo; entre miembros del equipo; entre familiares; entre pacientes y familiares. La clave está no en que aparezcan, sino en cómo se gestionan. Además es importante saber que no solo aparecen en los momentos en los que hay que tomar decisiones difíciles como puede ser la de retirada de técnicas de soporte vital.
- La cuestión del liderazgo también aparece en la literatura. Se trabaja el modelo de "liderazgo compartido". También traslada como fondo que un equipo no se construye solo con estructuras, sino con procesos y que el equipo no se crea por decreto, sino en el día a día, en una manera de hacer las cosas.

- También parece claro que cuando los objetivos son realmente compartidos, tanto en sí mismos, como en posibilidad de ser propuestos, discutidos y consensuados, entonces la cooperación saldrá mucho más evidente que la competencia.
- El trabajo en equipo también tiene unas connotaciones de relación interequipos, sobre todo cuando aparecen distintos niveles asistenciales. Esa coordinación es necesaria y no solo para respetar los mínimos asistenciales, sino también para promover los máximos. La idea es interesante, porque amplía la mirada con respecto a lo que se puede –con otros- ofrecer al paciente.
- En algunas experiencias, como por ejemplo de atención domiciliaria, se ha visto la importancia de reforzar, ante:
  - Los problemas de Organización, tres ejes: la planificación preventiva de las derivaciones, el fortalecimiento y sistematización de las vías de comunicación y la mejora de la accesibilidad interprofesional.
  - En cuanto a los problemas de Interacción, los dos ejes seleccionados fueron: mejorar el conocimiento y el respeto mutuo.
- Otra línea interesante viene por el conocimiento y explicitación de los factores de protección y los factores de riesgo para el trabajo en equipo, de cara a la prevención del burn-out. Pueden ser tanto personales, como organizativos e institucionales. Se plantean herramientas como la autorregulación, que favorece un aumento del nivel de competencia al menor coste emocional posible. Otra herramienta clave estará en la explicitación de la cultura de equipo que va conformando cada uno de ellos.
- En la misma línea, la coordinación intraequipo será facilitada por una mejor comunicación entre los distintos miembros y ésta también será un aspecto clave de la salud mental del equipo. Un equipo con mala comunicación tiene un sufrimiento añadido innecesario.
- Se resalta también la importancia de la formación común como herramienta de cuidado del equipo, porque permite y favorece la comprensión del otro como distinto y fuente de riqueza. Y no solo formación interdisciplinar pregrado, sino también dentro de los propios equipos asistenciales.
- Las aportaciones desde la psicología social también han sido interesantes: cómo pasar de grupo a equipo, cómo implicar a la institución en la valoración del equipo y

del trabajo que hace, a través de un diseño claro de funcionamiento coherente con la misión y la visión de la organización, etc.

- En esa misma línea, es interesante la distinta valoración profesional de los procesos de encuentro entre compañeros de un mismo equipo. Por ejemplo, un trabajo reflejaba cómo los médicos prefieren el diálogo informal ad hoc y las enfermeras valoraban más las reuniones formales, como espacio en el que poder participar. En esa investigación, los mejores equipos eran los que combinaban ambas estrategias, las validaba y además tenían un estilo de trabajo no jerarquizado, poniendo especial atención en las relaciones interprofesionales, como fuente de ganancia común, pero también de conflicto.
- De fondo aparece comúnmente, de manera más o menos explícita, la cuestión del poder, los tipos de hegemonías subyacentes. Se necesita profundizar en las estrategias educativas y en los instrumentos de cambio que ayuden a un ejercicio del poder que posibilite la mejor aportación de cada miembro del equipo, haciendo hincapié en los elementos institucionales facilitadores de ese cambio.
- Por ejemplo, hay experiencias interesantes como la aplicación de coaching a determinados equipos, con todas sus fases de diagnóstico, implementación, retirada... Fue una decisión institucional en el Reino Unido para equipos de bajo rendimiento. Y ayudó también la lectura de otras instituciones, como las empresas de aerolíneas, para ver los puntos en común y otras fuentes de aprendizaje.
- Otra cuestión central y debatida son los procesos de toma de decisiones. En el ámbito sanitario la discusión suele venir dominada por los médicos cirujanos o de especialidad diagnóstica, frente a médicos de CP, enfermeras o profesionales de lo psicosocial; por otra parte, el proceso se centra más en términos de diagnóstico y pronóstico, marcados por la institución y no por cuestiones más biográficas que tuvieran que ver con el mundo de valores; en último lugar, cuando se destaca una cierta familiaridad con el paciente y su entorno, se amplía el ámbito de la decisión y se enriquece el proceso. Algunos estudios recalcan que hay mayor satisfacción en los profesionales si convergen la línea biomédica y la biográfica.
- Ya para terminar, un ejemplo paradigmático, el afrontamiento del sufrimiento refractario. Las claves que nos sugieren para un buen afrontamiento son muy clarificadoras: fomentar la cohesión del equipo, dado que tiende a fragmentarlos;

buscar la convergencia de ideas filosóficas que puedan ser diversas; integración de un paradigma que incorpore lo psicosocial; necesario respeto de la interdisciplinariedad. Parecen claves centrales para un buen funcionamiento y consolidación de un equipo.

## 4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

En esta parte se expondrán los resultados de la encuesta que se realizó entre el 12 de Mayo y el 12 de Junio del año 2013 a 452 profesionales de CP en España.

El diseño del cuestionario (Anexo 3) se comenzó en conjunto con el GT y se cerró con posterioridad a la primera reunión del mismo, identificándose los ítems relevantes que compusieron las siguientes preguntas:

p1) **Objetivos comunes.** La finalidad de los equipos de paliativos es la atención de calidad a pacientes y familiares. Además de este objetivo principal, un equipo se define por tener otros objetivos comunes. La existencia de objetivos explícitos y claros facilita el trabajo en equipo. Valora de 1 a 5 la situación en tu equipo.

p2) **Participación en la planificación de objetivos.** La participación en la definición, planificación y evaluación de los objetivos comunes es importante para que los miembros de un equipo se identifiquen y comprometan con ellos. Valora de 1 a 5 tu participación respecto a la planificación de los objetivos.

p3) **Cohesión grupal** Para crear espíritu de equipo es necesario que sus miembros compartan algunos valores y creencias grupales y que tengan sensación de pertenencia. Valora de 1 a 5 el nivel de integración que se percibe en tu equipo.

p4) **Coordinación intraequipo** Los miembros de un equipo tienen funciones específicas que interactúan y se coordinan con las del resto de miembros del equipo. Valora de 1 a 5 el grado de coordinación en tu equipo.

p5) **Las reuniones** .Las reuniones son momentos esenciales en la conformación de equipos. En las reuniones se toman decisiones, se planifica el trabajo, se opina, se discute, etc. Es el lugar donde todos los miembros se pueden reconocer como equipo. La importancia que se le otorgue a las reuniones (preparación, metodologías, participación, etc.) es un indicador del grado de salud del equipo y de la complicidad y compromiso de sus miembros. Valora de 1 a 5 la importancia de las reuniones en tu equipo.

p6) **Atención interdisciplinar** Los miembros de los equipos poseen conocimientos especializados y habilidades diferenciadas. La colaboración y el conocimiento mutuo entre profesionales de diferentes disciplinas es clave cuando un equipo se enfrenta a dimensiones asistenciales complejas. Califica de 1 a 5 el grado de colaboración y conocimiento entre los profesionales de tu equipo

p7) **Funciones de liderazgo** En el día a día del trabajo en equipo existen situaciones que requieren de la iniciativa o funciones de liderazgo de los miembros del equipo en todas las dimensiones, clínicas, organizativas, afectivas. El desarrollo de estas funciones, puede estar concentrado sobre algunas personas o distribuido entre los miembros del equipo. Valora de 1 a 5 la distribución de las funciones de liderazgo

p8) **Comunicación.** La comunicación dentro de un equipo puede desarrollarse de manera formal o informal, fluye por canales explícitos o implícitos, se materializa en herramientas o espacios como las reuniones o los tableros de anuncios y se compone de actitudes de escucha activa, diálogo. La comunicación determina de manera directa la participación en el equipo y la toma de decisiones. Califica de 1 a 5 la comunicación y las herramientas de transmisión de información en tu equipo.

p9) **Transmisión de información.** El acceso e intercambio de información relevante y de calidad favorece que los miembros de un equipo colaboren, influyendo a su vez de manera directa en la participación y en la toma de decisiones. Califica de 1 a 5 la transmisión y acceso a la información en tu equipo.

p10) **El conflicto en la dinámica de equipo.** El conflicto es inherente a las relaciones humanas. Los equipos que tienen la voluntad de integrar y reconocer los conflictos de forma natural enfrentándose a ellos asertivamente mejoran el rendimiento del equipo y de los profesionales. Valora de 1 a 5 el reconocimiento de los conflictos y la existencia de dinámicas para resolverlos en tu equipo.

p11) **Afectos y cuidados.** Uno de los objetivos de todo equipo es tener en cuenta el estado emocional individual y colectivo de sus integrantes. Un buen ambiente de trabajo donde los afectos y cuidados tienen sus espacios y momentos propios mejora el rendimiento del equipo y sus profesionales. Valora de 1 a 5 el nivel de cuidados en tu equipo.

p12) **Relaciones de género.** En la composición de los equipos existen diferencias por edad, género, disciplina, años de experiencia, cultura, personalidad. Sin embargo, al mismo tiempo en los equipos existen ámbitos desiguales ante oportunidades de ascenso, prestigio, poder, reconocimiento, liderazgo, etc. Valora de 1 a 5 las relaciones de igualdad respecto al género en tu equipo.

p13) **Coordinación externa.** El trabajo cotidiano de los equipos de paliativos implica la relación con otras áreas de intervención asistencial. Valora de 1 a 5 el nivel de coordinación y colaboración de tu equipo con otras áreas y servicios sanitarios.

p14) **Planificación o Programación sanitaria o socio- sanitaria.** Ajuste de recursos. Los equipos de CP están inscritos en Planes o Programas que en sus políticas delimitan objetivos / directrices / estrategias organizativas o asistenciales y también recursos (sobre todo número y distribución de profesionales). Valora de 1 a 5 cómo se ajustan los recursos de esos Planes o Programas a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos.

p15) **Relación con los pacientes y familiares.** El objetivo principal de los equipos de CP es la atención global de los pacientes y los familiares. Un buen funcionamiento de equipo, beneficia la calidad de la atención mediante la integración de necesidades, preferencias e intereses de los pacientes y sus familias. Valora de 1 a 5 si el trabajo en equipo en tu unidad favorece la incorporación de los intereses de pacientes y familiares

p16) **Formación.** El trabajo en equipo requiere de explicitación y una gestión específica. La formación en técnicas de gestión de equipos (organización de reuniones,...) Es fundamental para tal fin. Califica de 1 a 5 la formación y conocimientos sobre cómo aprovechar las ventajas de trabajar en equipo.

p17) **Valoración trabajo equipo.** Valora por favor hasta qué punto consideras que trabajáis realmente en equipo en vuestro equipo de CP.

Los participantes valoraron estas preguntas en una escala del 1 al 5 -en la que 1 significa el mínimo y 5 el máximo- además, el cuestionario recogió información socio-demográfica relevante sobre los encuestados como la edad, el sexo, la profesión, los años de experiencia profesional, los años de experiencia en trabajos paliativos y en el actual equipo de CP, la pertenencia a una Sociedad Profesional, el tipo de jornada, la Comunidad Autónoma, el tipo de institución de la que depende y el número de profesiones y profesionales que forman parte del equipo.

La encuesta se realizó *online* a través de una herramienta que ha permitido la divulgación y la recogida de datos<sup>53</sup>. Una vez disponible la encuesta en formato digital, los propios componentes del GT SECPAL, hicieron un gran esfuerzo en la divulgación del cuestionario a través de sus redes y de las Sociedades Autonómicas, quienes también colaboraron con la difusión del mismo, por eso queremos agradecerles su participación en este proceso que nos ha permitido obtener la opinión de 452 profesionales de paliativos en España.

Debido al carácter digital de la encuesta y a que el universo de paliativistas en España es desconocido, ha sido imposible realizar un muestreo previo para la encuesta. Las aproximaciones informales a las que hemos tenido acceso, cuantifican el universo de paliativistas entre 3000 y 6000 profesionales. En el Anexo 5 se adjunta el cálculo del error muestral que hemos realizado para una población de 8000 personas, donde la muestra obtiene un margen de error menor al 5%, precisamente para visibilizar la fiabilidad de una muestra con una N de 452 sujetos.

A continuación se exponen los resultados más significativos de la encuesta. La interpretación de los resultados se ha realizado en función a la valoración de los siguientes criterios:

- Diferencias entre los porcentajes de las categorías: a partir de este criterio, hemos valorado una mayor representación de las diferentes categorías en las variables.
- Diferencias entre los promedios: dado que el valor medio en la escala de 1 a 5 es 3 y que las medias en variables de escala son aproximadas, porque no se conoce la distancia real entre los valores de la variable, hemos interpretado las desviaciones por debajo de 2 o por encima de 4 como especialmente relevantes para el análisis. Dado que los valores que adquieren las variables son relativas, hemos seleccionado las 3 más altas y las 3 más bajas de cada variable para la interpretación.
- Relación entre variables (significatividad de chi cuadrado) en una tabla de contingencia, el valor de *chi cuadrado* permite observar una relación estadísticamente significativa entre dos variables cuando su valor se sitúa por debajo de 0,05. Es por ello que hemos considerado que existe relación entre dos variables cuando el estadístico alcanza este valor.

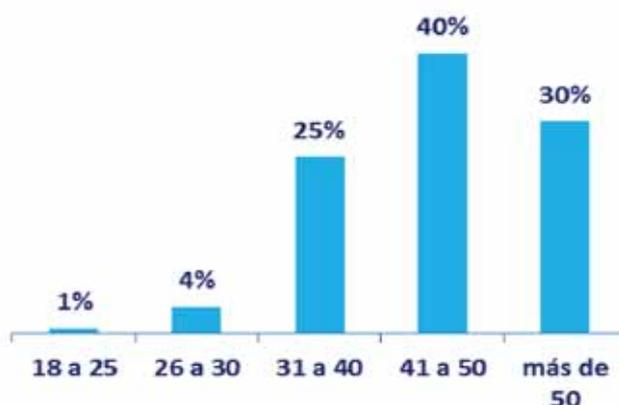
Por último, más allá de la interpretación estadística, hemos procedido a la interpretación subjetiva de los datos por parte del GT SECPAL, es decir a una lectura de carácter más interpretativo realizada por el conjunto del grupo de investigación que apunta posibles explicaciones o interpretaciones de la información aportada por la encuesta.

#### **4.1. Descripción general de los participantes en la encuesta: sexo y edad, profesión, tipo de recurso y Comunidad Autónoma**

##### Sexo y Edad de los encuestados

De cara a analizar la composición sociodemográfica de los encuestados que han participado en la encuesta, hemos construido cinco franjas de edad que nos han permitido agrupar la información. Los datos muestran la concentración de los paliativistas en las tres últimas franjas que comprenden las edades de 31 a 40, de 41 a 50 y mayores de 50, con un 25%, 40% y 30% respectivamente.

**Gráfico 1.** Resultados de la encuesta. Edad de los profesionales de CP.



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

La concentración de profesionales entre 41 y 50 años, puede deberse a cómo se configura la trayectoria profesional dentro de los equipos de CP. Por un lado, los porcentajes tan bajos de jóvenes quizá signifiquen que la incorporación a un equipo de paliativos se realiza gracias a un proceso de transición previa desde otro ámbito sanitario con posterioridad a la primera elección que se realiza. Esto puede depender de que no hay una formación específica de CP dentro de la carrera que lleve más directamente a optar por esa especialización o también porque la presencia y la proximidad de la muerte sea más amenazante que en edades tempranas.

Por otra parte, las tasas de permanencia y envejecimiento en el área son altas, el 70% tiene más de 40 años, una vez que transcurre ese tiempo y se ingresa en paliativos, la decisión es muy estable. En la mayoría de los casos. Probablemente porque el trabajo en CP puede llegar a crear un vínculo desde lo emocional y desde el sentido de la pertenencia de fuerte estabilidad. Además en la siguiente tabla se observa relación entre la edad y los años de experiencia en paliativos que apunta, precisamente, al crecimiento proporcional de las dos variables entre los encuestados.

**Tabla 5.** Resultados de la encuesta. Años de experiencia en CP.

		Años de experiencia en CP				
		De 0 a 2	De 2 a 5	De 5 a 10	De 10 a 20	Más de 20
Edad	18 a 25	9,4%	,0%	,0%	,0%	,0%
	26 a 30	18,8%	12,6%	,0%	,0%	,0%
	31 a 40	40,6%	43,7%	34,9%	11,2%	,0%
	41 a 50	12,5%	21,8%	38,1%	60,9%	18,4%
	más de 50	18,8%	21,8%	27,0%	27,8%	81,6%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En la siguiente tabla que pone en relación la edad con la profesión de los encuestados, se observa una disminución de la franja de edad media entre psicólogos y trabajadores sociales, posiblemente motivada, tal y como apuntan los miembros del GT, por el aumento reciente de los puestos de trabajo en estos ámbitos debido a programas de intervención específicos de fundaciones y entidades privadas y a la captación de profesionales más jóvenes. Además se observa que cerca del 80% de los médicos son mayores de 40 años, mientras que el 60% de los psicólogos son menores de 40. Posiblemente estamos hablando de una diferencia generacional, lo que marca también el tipo de relación dentro de los equipos. Si analizamos los vínculos de poder en un equipo se observan diferencias significativas de edad, diferencias de prestigio previo de la profesión y en muchos casos, diferencias de género, con lo que la potencialidad de conflicto está servida.

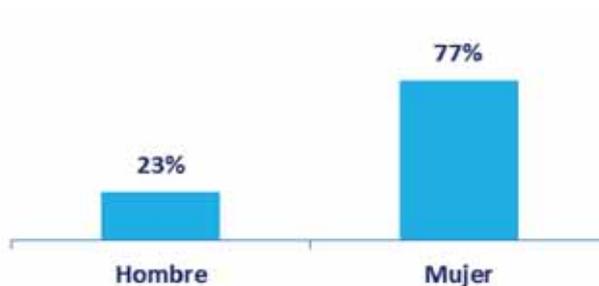
**Tabla 6.** Resultados de la encuesta. Edad y profesión de los profesionales de CP.

		Profesión				
		Médico	Enfermero	Auxiliar	Trabajador social	Psicóloga
Edad	18 a 25	,0%	1,1%	,0%	,0%	1,9%
	26 a 30	,0%	3,7%	,0%	14,3%	11,3%
	31 a 40	20,6%	22,9%	20,0%	33,3%	49,1%
	41 a 50	37,1%	48,9%	30,0%	33,3%	22,6%
	más de 50	42,3%	23,4%	50,0%	19,0%	15,1%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Se observa con una tendencia mucho más extrema que los equipos de CP están compuestos mayoritariamente por mujeres. En la encuesta han participado un 77% de mujeres frente un 23% de hombres. En las opiniones de los entrevistados y participantes en los grupos de discusión, la profesión se encuentra ampliamente *feminizada*, es decir, se observa una mayor presencia y participación no sólo de las mujeres, sino de los roles tradicionalmente asociados con el género femenino, como el cuidado y la atención. Sin embargo, en la aproximación cualitativa de esta investigación se nos dice de manera uniforme que los líderes formales de los equipos son médicos y varones y, en ausencia de varones, la líder sigue siendo la médica.

**Gráfico 2.** Resultados de la encuesta. Sexo de los profesionales de paliativos.

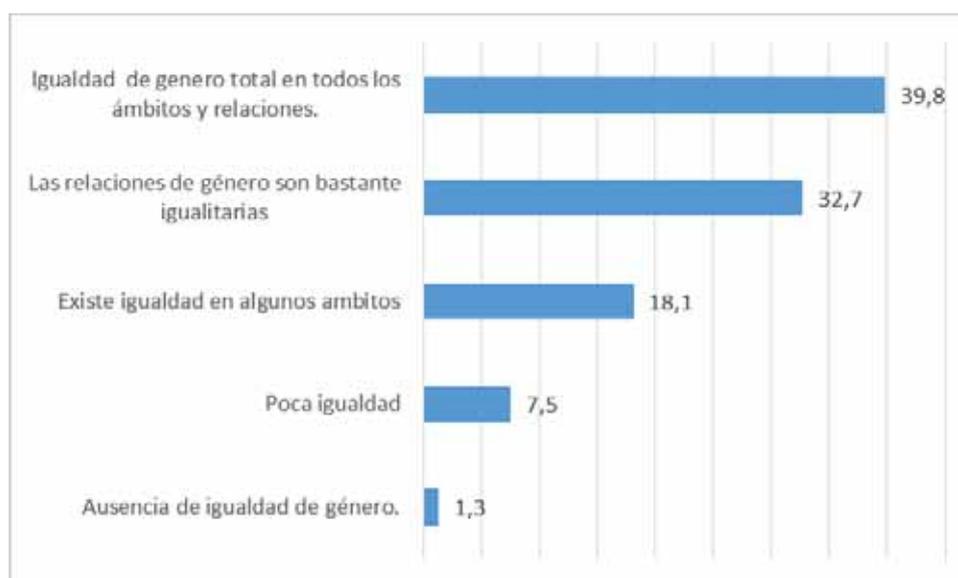


Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

En todas las profesiones de CP existe una sobrerrepresentación femenina, siendo las profesiones de enfermería y auxiliar de enfermería las que tienen un porcentaje mayor de mujeres en sus equipos. En la profesión de enfermería, las mujeres representan el 88% del total, sin embargo, la profesión donde la diferencia entre hombres y mujeres se estrecha, es en la médica, con un 49% de hombres frente a un 51% de mujeres. Consideramos este dato significativo, debido a que se observa una diferencia en la proporción de género de la profesión médica respecto a las otras, siendo aquella la que tradicionalmente ha ostentado mayores niveles de liderazgo, prestigio y reconocimiento.

A pesar de la composición feminizada de los equipos, la opinión sobre las relaciones de género que se dan en su seno, no implica ninguna problemática asociada. En la encuesta aparece la siguiente pregunta sobre las relaciones de género: *en la composición de los equipos existen diferencias por edad, género, disciplina, años de experiencia, cultura, personalidad. Sin embargo, al mismo tiempo en los equipos existen ámbitos desiguales ante oportunidades de ascenso, prestigio, poder, reconocimiento, liderazgo, etc. Valora las relaciones de igualdad respecto al género en tu equipo.* Los resultados arrojan que la percepción sobre la existencia de desigualdades por razones de género no es significativa en el trabajo en los equipos de CP. La opción mayoritaria es “igualdad de género total en todos los ámbitos y relaciones” con 39,82%, mientras “ausencia de igualdad de género” es la opción con el porcentaje más bajo con un 1,33%. Puede ser también porque la presencia tan mayoritaria de mujeres haga que no haya conflicto al no haber otro sujeto opuesto, o también que se dan por buenos, por razones históricas, determinados conflictos que en otros contextos serían más difícilmente admisibles. Cuando se da como bueno lo que tiene categoría únicamente de real, se corre el riesgo de no tener una elaboración crítica al respecto.

**Gráfico 3.** Resultados de la encuesta. p12) Relaciones de género en los equipos



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

#### Profesión y tipo de recurso en el que trabajan los encuestados

En el diseño del cuestionario inicialmente incluimos 10 categorías profesionales de las que teníamos conocimiento en los equipos de CP: médico/a, enfermero/a, auxiliar de enfermería, psicólogo/a, trabajador/a social, acompañante espiritual o pastoral, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, personal administrativo y otro. Sin embargo, en el análisis de los datos, excluimos las categorías de fisioterapeuta y terapeuta ocupacional debido a la baja frecuencia de casos. Esto puede deberse o bien a la no participación de estos sujetos en la encuesta, o bien a que su presencia es muy escasa o muy parcial (una parte reducida de su horario) en los equipos de CP. Este dato nos puede llevar -como más adelante veremos- a valorar los distintos grados de participación y el sentido de pertenencia en los equipos en función del nivel de presencia.

**Tabla 7.** Resultados de la encuesta. Profesión de los profesionales de CP.

	Frecuencia	Porcentaje
Médico	175	38,7
Enfermero	188	41,6
Auxiliar	10	2,2
Trabajador social	21	4,6
Acompañante espiritual	2	,4
Administrativo	2	,4
Psicólogo	53	11,7
Otros	1	,2
Total	452	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

Los datos muestran que la categoría más presente es la de enfermeros/as con un 41,6% seguido de médicos/as con un 38,7% y de psicólogos/as con un 11,7%. Del conjunto de todos ellos, la mayoría trabajan en atención domiciliaria 50,7% o en un centro sociosanitario 24,8%. Estos porcentajes nos pueden indicar que hay profesiones, como las auxiliares de enfermería, que no están proporcionalmente representadas en la encuesta respecto a la población total. Hecho que puede deberse o a que no les ha llegado la encuesta o que estas profesionales se han autoexcluido debido a diversos motivos. También a que el nivel de asociacionismo es mayor en las profesiones que están más representadas en la encuesta, y más concretamente en la SECPAL, ya que la encuesta ha sido divulgada en su mayor parte por personas pertenecientes a esta asociación.

**Tabla 8.** Resultados de la encuesta. Tipo de recurso de los profesionales de CP.

	Frecuencia	Porcentaje
Atención domiciliaria	229	50,7
Hospital general sin camas asignadas de CP	42	9,3
Hospital general con camas asignadas de CP	69	15,3
UCP en centro socio- sanitario o equivalente	112	24,8
Total	452	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

**Tabla 9.** Resultados de la encuesta. Pertenencia a una sociedad profesional y profesión.

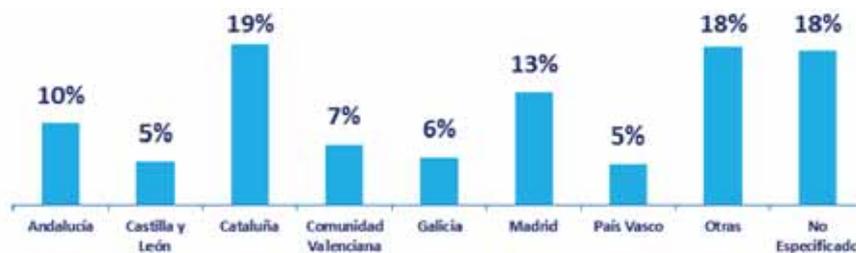
	Médico	Enfermero	T. social	Psicólogo
Soy socio/a de la Sociedad Autónoma de CP	19,40%	13,30%	14,30%	9,40%
Soy socio/a de la SECPAL	67,40%	61,70%	47,60%	62,30%
No soy socio/a de ninguna sociedad de profesionales de paliativos	13,10%	25,00%	38,10%	28,30%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Una menor asociación con colectivos profesionales con los que se comparten objetivos y tareas supone también un menor acceso a la información, a aspectos institucionales, a dinámicas de vínculo interdisciplinar, etc... Es posible que se necesitara un mayor esfuerzo de las propias asociaciones de paliativistas para vincular a aquellos profesionales de disciplinas que estén más alejados, en aras de favorecer un mayor conocimiento mutuo y una mayor impregnación común.

Los porcentajes de mayor participación en la encuesta por Comunidades Autónomas corresponden a las Comunidades con una mayor población como Andalucía, Cataluña o Madrid. De nuevo, del total de Comunidades Autónomas hemos excluido a aquellas en las que los casos eran demasiado pequeños como para extrapolar conclusiones, creando la categoría “otros” donde hemos agrupando todos estos casos. A continuación se presenta el resultado final de la recodificación de la variable Comunidad Autónoma.

**Gráfico 4.** Resultados de la encuesta. Comunidad Autónoma de los profesionales de CP



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Como podemos observar en la siguiente tabla en Andalucía, País Vasco y Castilla y León no se observa mucha variabilidad entre los distintos tipos de recurso, la proporción entre Atención domiciliaria, Hospital general sin camas asignadas de CP, Hospital general con camas asignadas de CP, UCP en centro sociosanitario, es más o menos equivalente. Sin embargo en Cataluña prevalece la pertenencia a centro sociosanitario con un 39,6% y en Madrid la pertenencia a Hospital general sin camas asignadas de CP con un 33,3%. A pesar de que este dato no es del todo extrapolable porque no corresponde a un análisis fiable de los tipos de recursos en las Comunidades Autónomas, sino a una encuesta entre profesionales, los datos podrían apuntar una posible tendencia diferencial del modelo de CP por Comunidades Autónomas. Estos datos constatan que existen diferencias en los programas, políticas y en las arquitecturas institucionales dentro de CP en cada Comunidad. Excede a este análisis verificar cuáles son esas diferencias, pero sí es importante señalar, que las diferencias por Comunidad influyen en los equipos de CP, ya que su creación, composición y evolución son dependientes de los programas y estructuras de las que forman parte. También suponen decisiones institucionales en cuanto a la composición de equipos. En la Comunidad Autónoma de Madrid se tiende a formar equipos con menor componente de la variable psicosocial. Como veremos en el análisis cualitativo, el funcionamiento de los equipos de CP varía en función del tipo de recurso y el ámbito de intervención.

**Tabla 10.** Resultados de la encuesta. Comunidad Autónoma y tipo de recurso paliativo

	Atención domiciliaria	Hospital general sin camas asignadas de CP	Hospital general con camas asignadas de CP	UCP en centro socio- sanitario o equivalente	Total
Andalucía	13,00%	8,30%	11,90%	10,40%	11,60%
Castilla y León	6,80%	0,00%	6,00%	7,50%	6,20%
Cataluña	18,50%	11,10%	11,90%	39,60%	22,60%
Comunidad Valenciana	13,00%	5,60%	1,50%	7,50%	8,60%
Galicia	6,80%	2,80%	16,40%	1,90%	6,70%
Madrid	14,20%	33,30%	14,90%	13,20%	15,90%
País Vasco	4,90%	11,10%	9,00%	3,80%	5,90%
Otras	22,80%	27,80%	28,40%	16,00%	22,40%

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

## **4.2. Valoración General del trabajo en equipo en Cuidados Paliativos: medias por profesión, tipo de recurso y Comunidad Autónoma**

En este apartado, analizaremos los valores medios de las respuestas de manera relativa, es decir respecto a otras preguntas y de manera absoluta respecto a sí mismas. Para permitir la comparación entre unas y otras, hemos empleado todas las variables de la encuesta. Como veíamos en la introducción, la escala de valoración de las preguntas del cuestionario se estableció en una franja del 1 al 5 para todas las preguntas. Esta escala suele recaer en el fenómeno de la aquiescencia, es decir, a la tendencia de los encuestados en posicionarse en torno al valor medio, que en este caso es el 3, por ello consideramos especialmente relevantes las desviaciones a partir de 4 o por debajo de 2.

En un primer análisis de las preguntas del cuestionario, a pesar de que la media se sitúa excepto en un caso por encima del valor de la mediana 3, observamos que las medias más bajas las obtienen las preguntas relacionadas con los *recursos asignados desde los Planes o Programas a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos* (p14) con un 2,9 de valor promedio; también la pregunta referente a *la formación y conocimientos sobre cómo aprovechar las ventajas de trabajar en equipo* (p16) con un 3,03 de media; y por último, en la pregunta sobre el *reconocimiento de los conflictos y las herramientas para resolverlos* (p10) con un 3,12. En un análisis superficial, que más adelante completaremos con la apreciación diferenciada por las variables tipos de profesionales, recursos y Comunidades Autónomas, podemos observar que las tres puntas de lanza en la gestión de los equipos en CP tienen que ver principalmente con los recursos, la formación y los conflictos.

Por el contrario, las preguntas que alcanzan las puntuaciones de respuesta más altas tienen que ver con la *incorporación de los intereses de pacientes y familiares* (p15) con un 4,19 de media; en segundo lugar con *las relaciones de género en los equipos* (p12) con 4,03; y en tercer lugar, con el *grado de colaboración y conocimiento entre los profesionales de tu equipo* (p6) con un 3,86. En la misma lógica, podemos extrapolar que las virtudes que más se valoran de los equipos tienen que ver con cómo se establecen las *relaciones con los pacientes* y con las *relaciones intraequipo*, posiblemente por la diferencia en estas dos variables con respecto a otros equipos sanitarios. Se valora más en función de lo que más se ha carecido.

**Tabla 11.** Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas de la encuesta.

<i>p1</i>	<i>p2</i>	<i>p3</i>	<i>p4</i>	<i>p5</i>	<i>p6</i>	<i>p7</i>	<i>p8</i>	
Objetivos	Participación	Cohesión	Coordinación	Reuniones	Interdisciplinariedad	Liderazgo	Comunicación	
3,52	3,42	3,63	3,75	3,41	3,86	3,25	3,67	
<i>p9</i>	<i>p10</i>	<i>p11</i>	<i>p12</i>	<i>p13</i>	<i>p14</i>	<i>p15</i>	<i>p16</i>	<i>p17</i>
Información	Conflicto	Cuidados	Genero	Coord. Externa	Planificación	Pacientes	Formación	Valoración
3,64	3,12	3,18	4,03	3,68	2,9	4,19	3,03	3,84

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

En la valoración segmentada por profesión se observan algunas diferencias. Observamos que la media en la valoración más alta se produce en los trabajadores administrativos seguida de los auxiliares de enfermería. Son profesiones habitualmente poco valoradas en otros escenarios sanitarios. Posiblemente por ello estos profesionales son especialmente sensibles a determinadas actitudes positivas que facilitan su integración, aunque no sea necesariamente en todos los equipos.

De manera contraria, la valoración más baja se da en la categoría "otros" que agrupa las profesiones con poca representatividad debido a que suelen ser profesiones que tienden a estar a tiempo parcial en los equipos, lo que también puede ser una dificultad añadida para la integración en los mismos. El resto de categorías se encuentran muy cercanas entre sí, en una franja que oscila entre un 3,4 y 3,6; centraremos la atención sobre el análisis de estas categorías por tratarse de las más numerosas. No se observa una variabilidad significativa interna a las variables de profesión, exceptuando algunas cuestiones sectoriales como por ejemplo la valoración que hacen los psicólogos de la p10 referente a la resolución de conflictos 2,89.

**Tabla 12.** Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas por profesión

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	Media general
Médicos/as	3,65	3,53	3,70	3,91	3,52	3,92	3,45	3,80	3,73	3,26	3,19	4,14	3,74	2,79	4,23	3,01	3,95	3,62
Enfermeros/as	3,33	3,26	3,54	3,60	3,32	3,78	3,05	3,53	3,51	3,04	3,11	3,91	3,64	2,96	4,15	2,94	3,71	3,43
Auxiliares	4,00	3,60	3,80	3,80	4,00	4,00	3,70	4,20	3,90	3,60	3,70	3,80	3,90	3,00	4,40	3,90	3,70	3,82
Trabajador/a social	3,62	3,57	3,90	3,90	3,33	4,00	3,24	3,67	3,86	3,00	3,24	4,19	3,95	2,81	4,19	3,33	3,90	3,63
Acompañante	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	2,50	2,50	2,50	2,50	3,00	2,50	4,00	3,50	2,00	3,00	2,00	3,50	2,82
Administración	5,00	4,00	4,50	4,00	4,50	3,50	4,00	4,00	4,50	4,50	4,00	4,50	4,00	3,50	4,50	3,50	5,00	4,21
Psicólogo/a	3,60	3,53	3,60	3,74	3,32	3,92	3,23	3,70	3,68	2,89	3,32	4,00	3,51	3,11	4,21	3,11	3,94	3,55
Otros	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	5,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,65

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

Siguiendo el mismo criterio comparativo, podemos observar que la Comunidad Autónoma con una mayor puntuación global es el País Vasco con un 3,77 de puntuación media general y la menor es Madrid con un 3,17. En el resto de Comunidades Autónomas la variabilidad entre Comunidades es mínima. De nuevo, en la valoración de los valores más extremos (por encima de 4 o los que rondan el 2) destacan sobre todo los valores obtenidos en referencia a la pregunta p12 relativos a las relaciones de género en los equipos y, asimismo, en Cataluña la valoración de la pregunta p15 con un 4,24 de puntuación referente a la relación con familiares y pacientes. En el extremo opuesto, las puntuaciones más bajas corresponden a la pregunta p14 referente a los recursos, sobre todo en Madrid, Galicia y Cataluña, pero también destaca la puntuación de Madrid en la pregunta p7 relativa al liderazgo en los equipos y en la pregunta p16 relativa a la formación.

**Tabla 13.** Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas por CCAA

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	T
Andalucía	3,77	3,23	3,81	3,93	3,44	3,93	3,23	3,81	3,60	3,00	3,05	4,09	3,77	2,88	4,16	3,14	3,79	3,57
Castilla y León	3,57	3,22	3,74	3,87	3,39	3,78	3,35	3,78	3,43	3,30	3,35	3,74	3,48	2,78	4,22	3,04	3,78	3,52
Cataluña	3,67	3,74	3,80	3,76	3,57	3,90	3,26	3,69	3,69	3,25	3,27	3,95	3,86	2,90	4,24	3,12	3,98	3,63
C. Valenciana	3,41	3,31	3,72	3,88	3,63	3,75	3,38	3,78	3,47	3,34	3,06	4,25	3,59	3,00	4,03	2,97	4,16	3,57
Galicia	3,39	3,39	3,53	3,68	3,36	3,98	3,22	3,5	3,67	3,14	3,26	4,05	3,81	2,73	4,14	2,93	3,71	3,50
Madrid	3,12	3,12	3,24	3,20	2,84	3,52	2,92	3,32	3,40	3,08	3,04	3,84	3,36	2,52	3,76	2,36	3,28	3,17
País Vasco	3,73	3,68	3,95	4,14	3,68	3,95	3,59	4,00	4,05	3,59	3,23	4,41	3,64	2,91	4,32	3,36	3,86	3,77
Otras	3,52	3,39	3,57	3,78	3,38	3,90	3,27	3,67	3,79	3,00	3,27	4,02	3,55	3,00	4,19	3,00	3,88	3,54
NS/NC	3,41	3,35	3,45	3,67	3,33	3,78	3,17	3,61	3,51	2,93	3,05	4,00	3,70	3,05	4,33	3,11	3,84	3,49

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

En la comparación entre los distintos tipos de recurso se observa mucha homogeneidad en las puntuaciones generales y destacan los valores altos en la pregunta p15, referente a las relaciones con los pacientes y familiares. La pregunta p17 sobre la valoración general del trabajo en equipo, obtiene puntuaciones bajas sobre todo en la atención domiciliaria y en los hospitales generales sin camas asignadas de CP que se corresponde con una puntuación también baja en la pregunta p14, relativa a la asignación de recursos; son recursos que dependen más de las personas (no tienen camas asignadas) que de las estructuras, y su efectividad tiene más que ver con el encuentro clínico que con los recursos no personales de las organizaciones. Parece importante la visibilización de los equipos como estructura de equipo para favorecer las estrategias de pertenencia y la percepción de que se hace un trabajo en equipo sobre una estructura que realmente es visible.

**Tabla 14.** Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas por tipo de recurso

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	T
Atención Domiciliaria	3,37	3,33	3,61	3,79	3,35	3,94	3,18	3,70	3,65	3,07	3,21	4,11	3,72	2,86	4,22	2,96	3,87	3,53
Hospital general sin camas asignadas CP	3,45	3,57	3,67	3,76	3,48	3,83	3,26	3,67	3,69	3,10	3,19	3,71	3,62	2,86	4,12	2,95	3,81	3,51
Hospital general con camas asignadas de CP	3,64	3,38	3,46	3,62	3,32	3,71	3,28	3,51	3,57	3,04	3,28	4,17	3,75	3,01	4,12	3,19	3,74	3,52
UCP en centro sociosanitario o equivalente	3,76	3,56	3,76	3,75	3,59	3,79	3,38	3,72	3,63	3,30	3,07	3,88	3,59	2,94	4,19	3,08	3,86	3,58

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

### **4.3. Valoración General del trabajo en equipo en Cuidados Paliativos: tablas de contingencia por profesión, tipo de recurso y Comunidad Autónoma**

En este apartado se observará la relación entre las variables a través del análisis de tablas de contingencia, que por medio de la realización de cruces, permite obtener porcentajes y estadísticos que constatan la significatividad de las relaciones entre una o más variables. Para ello emplearemos la pregunta p17 del cuestionario, por tratarse de la más generalista, que formula: “*Valora por favor, hasta qué punto consideras que trabajáis realmente en equipo en vuestro equipo de CP*” siendo las posibilidades de respuesta: “*No trabajamos nada en equipo*”, “*Trabajamos poco en equipo*”, “*Algunas veces trabajamos en equipo*”, “*Trabajamos bastante en equipo*” y “*El trabajo en equipo es cotidiano y permanente*”. Con el objetivo de observar si la valoración del trabajo en equipo se modifica o no en función de estas variables, realizaremos cruces entre la profesión, el tipo de recurso y la Comunidad Autónoma.

En el primer cruce por la variable profesión se observa que no se producen diferencias significativas en la valoración sobre el trabajo en equipo. Vemos un porcentaje más bajo de enfermeras ante la respuesta de mayor valoración del trabajo en sus equipos, 31,9%, respecto a médicas y psicólogas, 36,6% y 37,7% respectivamente. Pero predomina la homogeneidad en la valoración general respecto a los diferentes profesionales. Llama la

atención que más del 70% de los médicos afirman trabajar bastante o cotidianamente en equipo, mientras que en el caso de los enfermeros, el porcentaje es 10 puntos menor. Esto puede deberse a que los profesionales que suelen liderar los equipos o las decisiones clínicas tienen mayor percepción de realizar trabajo en equipo que los que en las mismas actuaciones viven más decisiones delegadas o participan menos en el proceso de toma de decisiones. Dicho de otro modo, es posible que consiguiéramos una mayor percepción de trabajar en equipo si participáramos más en los liderazgos y en los procesos de toma de decisiones.

**Tabla 15.** Resultados de la encuesta. Valoración general trabajo en equipo por profesión

	Médico	Enfermero	Psicólogo	Otros
No trabajamos nada en equipo	1,7%	5,3%		2,9%
Trabajamos poco en equipo	8,6%	11,7%	13,2%	11,1%
Algunas veces trabajamos en equipo	18,9%	21,8%	17,0%	19,5%
Trabajamos bastante en equipo	36,6%	31,9%	37,7%	34,3%
El trabajo en equipo es cotidiano y permanente	34,3%	29,3%	32,1%	32,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

También existe homogeneidad en los resultados en función de los diferentes tipos de recurso. Sin embargo, llama la atención que los profesionales que trabajan en el hospital con camas asignadas de CP son los que menos puntúan en las categorías de “bastante” y “permanente” trabajo en equipo. Es posible que la propia dinámica hospitalaria (la protocolización de cada detalle asistencial) en muchos puntos común a la que tiene un Servicio de medicina interna o un Servicio de traumatología dificulte más la percepción y, quizás, la realidad de trabajo en equipo.

**Tabla 16.** Resultados de la encuesta. Valoración general trabajo en equipo por tipo de recurso

	Atención domiciliaria	Hospital general sin camas asignadas de CP	Hospital general con camas asignadas de CP	UCP en centro sociosanitario o equivalente
No trabajamos nada en equipo	1,7%	4,8%	4,3%	3,6%
Trabajamos poco en equipo	10,9%	11,9%	11,6%	10,7%
Algunas veces trabajamos en equipo	20,5%	16,7%	23,2%	16,1%
Trabajamos bastante en equipo	34,5%	35,7%	33,3%	33,9%
El trabajo en equipo es cotidiano y permanente	32,3%	31,0%	27,5%	35,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

Donde sí podemos observar diferencias es al cruzar la pregunta con las Comunidades Autónomas. En las valoraciones más altas nos encontramos a la Comunidad Valenciana y Cataluña y País Vasco con 71,9%, 73,8% 77,3% respectivamente en las dos últimas categoría de “bastante” y “permanente”. Las Comunidades con una valoración más baja son Madrid, Andalucía, resaltando el caso de Galicia donde las respuestas “trabajamos algunas veces en equipo” obtiene un 44,00% de respuestas. Es posible que esta variabilidad tenga que ver con la percepción de los profesionales de CP sobre la planificación y estructuración de los distintos recursos.

**Tabla 17.** Resultados de la encuesta. Valoración general trabajo en equipo por CCAA

	Andalucía	Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Galicia	Madrid	País Vasco	Otras	Total
No trabajamos nada en equipo		4,3%	3,6%		8,0%		4,5%	3,6%	2,7%
Trabajamos poco en equipo	16,3%	8,7%	9,5%	6,3%	8,0%	15,3%	9,1%	9,6%	10,8%
Algunas veces trabajamos en equipo	16,3%	21,7%	13,1%	21,9%	44,0%	23,7%	9,1%	20,5%	19,9%
Trabajamos bastante en equipo	27,9%	30,4%	40,5%	50,0%	12,0%	25,4%	27,3%	38,6%	33,7%
El trabajo en equipo es cotidiano y permanente	39,5%	34,8%	33,3%	21,9%	28,0%	35,6%	50,0%	27,7%	32,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de la encuesta *online*.

#### **4.4. Las dimensiones técnica, organizativa y social en el trabajo en equipo en Cuidados Paliativos**

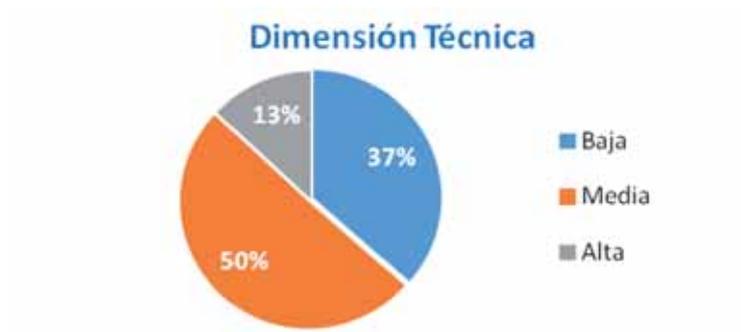
De cara a facilitar un análisis comprensivo de los datos, se ha procedido a la construcción de indicadores que corresponden a las diversas dimensiones del trabajo en equipo en CP. Las dimensiones tratan de sintetizar los elementos primordiales del trabajo en equipo que han ido apareciendo como fruto de la discusión y el análisis interno del GT. De la reflexión en grupo, se identificaron tres dimensiones: técnica, social y organizativa, que forman parte del despliegue del trabajo en equipo, reconociendo que en el funcionamiento real de los equipos las tres dimensiones se atraviesan entre ellas influyéndose mutuamente. Diseccionar el trabajo en equipo en estas tres dimensiones nos permite analizar y comparar la percepción sobre el trabajo en equipo. Nos planteamos comprobar si los ítems de partida recogidos en el cuestionario podían ser agrupados, es decir, analizar si existe algo en común entre ellos. Como resultado, hemos construido las siguientes dimensiones:

- La dimensión técnica, la relativa a lo que compete a los profesionales como tal, en relación a su disciplina y a las necesidades de la intervención. Todo equipo para llevar a cabo los objetivos, que son inherentes a su constitución, requiere un conjunto de conocimientos y capacidades específicas. En el caso de los equipos de CP al abordar la atención integral, que incluye a diferentes disciplinas, es importante saber el grado de coordinación, conocimiento y cooperación entre las diferentes disciplinas y la formación para trabajar en equipo. Para construir este indicador se han agrupado las respuestas a las preguntas del cuestionario p6 (interdisciplinariedad) y p16 (formación)
- La dimensión organizativa se refiere a todo aquello que tiene que ver con el equipo en términos organizativos, como las reuniones y la comunicación. En esta dimensión agrupamos todas las preguntas del cuestionario que tienen relación con el funcionamiento de los equipos y las formas de organizarse, midiendo el grado de satisfacción y la percepción de los profesionales respecto a los modelos y formas de organización en sus equipos. Este indicador se ha construido con los ítems del cuestionario p4 (coordinación intraequipo), p5 (reuniones), p7 (liderazgo) y p8 (comunicación).
- La dimensión social es la que comprende todo lo relacional en el equipo, tanto de manera interna como externa. En esta dimensión intentamos medir la percepción sobre las interacciones dentro de los equipos, es decir, las relaciones entre los miembros de los equipos y cómo son expresadas. Para dar forma a este indicador hemos agrupado las variables del cuestionario p3 (cohesión grupal), p10 (conflicto), p11 (cuidados) y p12 (género).

A continuación presentamos los datos más relevantes del análisis por las dimensiones construidas.

En primer lugar se ha construido una dimensión técnica que agrupa las preguntas 16 y 6 relativas a la formación y la atención interdisciplinar. En este caso, los porcentajes sobre la percepción en esta dimensión son relativamente bajos debido a que el valor “baja” constituye un 37% y el valor medio alcanza un 50%. Esto guarda relación, con los valores que alcanzaba la pregunta relacionada con la formación en los apartados anteriores.

**Gráfico 5.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión técnica de los equipos



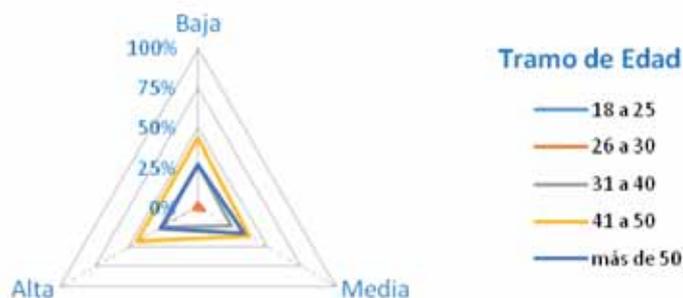
Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En el análisis del cruce de la dimensión técnica con la edad de los participantes en la encuesta y con el tipo de recurso, se observa que el tramo de edad comprendido entre los 41 y los 50 años, obtiene un porcentaje más alto en la dimensión técnica, valor que va decreciendo con la edad, probablemente como resultado de la acumulación de su experiencia profesional.

El tamaño de las figuras geométricas se refiere exclusivamente al porcentaje de cada categoría en la muestra. Por ejemplo, en cuatro triángulos referentes a profesiones, si el de la enfermería tiene un 43% y el resto tiene porcentajes inferiores, el triángulo de la enfermería será el mayor.

La posición de la figura geométrica (más centrada o con determinadas desviaciones) nos indica el grado de variabilidad entre las diferentes categorías y su aproximación respecto a los diferentes valores. Por ejemplo, si la figura geométrica que representa las enfermeras oscila hacia la derecha del eje, significa que se acerca más al valor representado de la dimensión.

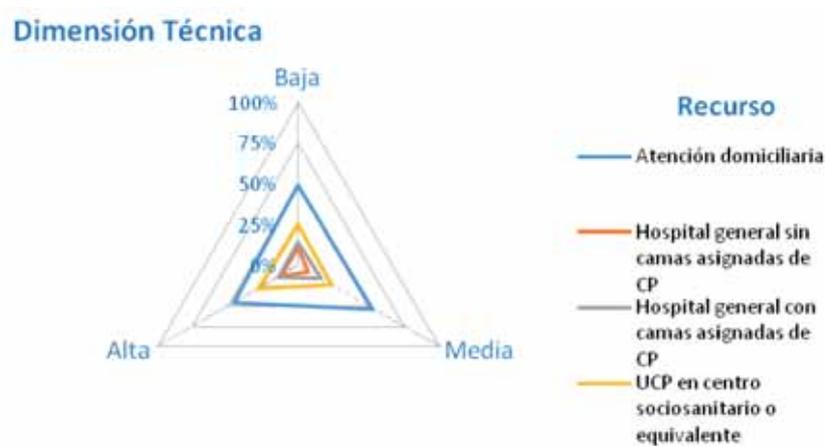
**Gráfico 6.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión técnica por edad.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Además también se observa que la atención domiciliaria obtiene valoración en porcentaje más alto en la dimensión técnica que otros tipos de recursos paliativos como los hospitales generales con o sin camas de CP o los centros sociosanitarios. A su vez, la atención en centros sociosanitarios estaría en segundo lugar. Fuera del hospital, de su estructura, tu capacidad técnica de trabajo en equipo acaba siendo lo que más protege y ayuda.

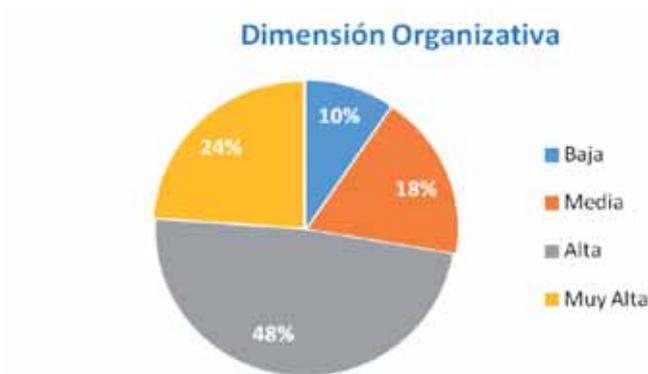
**Gráfico 7.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión técnica por tipo de recurso.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En segundo lugar se ha construido una dimensión organizativa que comprende las cuestiones relativas a las reuniones, a la toma de decisiones, a los roles y posiciones dentro del grupo, liderazgo, comunicación, transmisión de la información. Esta dimensión agrega las preguntas 4, 5, 7, 8. Los porcentajes de la dimensión organizativa son bastante altos. Un 48% de los encuestados manifiesta a través de las diferentes preguntas que agrupa la dimensión, que la dimensión organizativa de sus equipos es alta y un 24% dice que es muy alta, siendo tan sólo un 28% el que representa una dimensión organizativa media o baja.

**Gráfico 8.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión organizativa de los equipos.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En un análisis pormenorizado se observa que los médicos obtienen porcentajes altos y muy altos en la dimensión organizativa, mientras que los enfermeros/as tienen los porcentajes más bajos. Esto puede deberse a los roles diferenciados que tienen las diferentes profesionales en la organización del trabajo en equipo, siendo los médicos los que tradicionalmente han asumido el rol de liderar y organizar a los equipos. Da la impresión de que a mayor responsabilidad formal en el equipo, mayor es la percepción de ser un sistema más organizado. Por tanto, cuanto más responsabilidad reconocida se adquiera entre los miembros de un equipo, hay más posibilidades de que mejore la organización a través de una mayor conciencia de la dimensión organizativa del mismo.

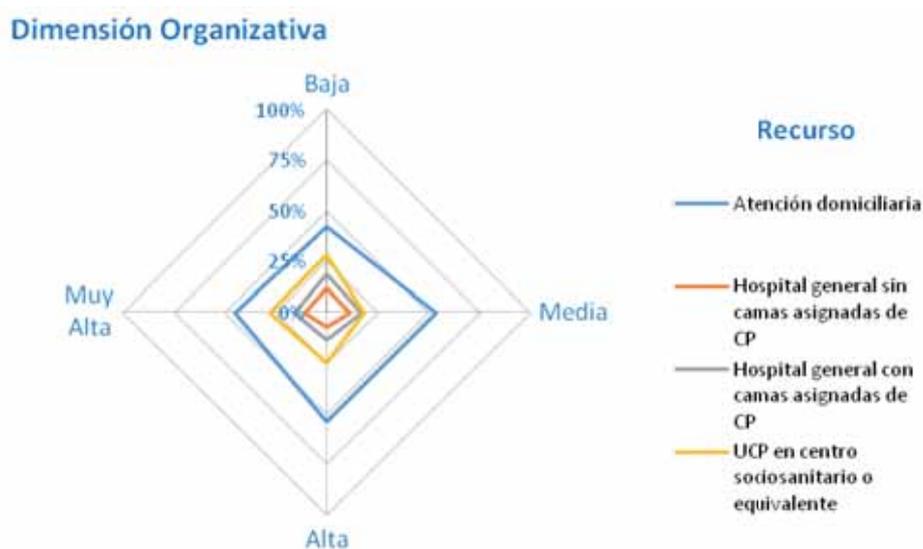
**Gráfico 9.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión organizativa por profesión.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

De igual manera, la atención domiciliaria obtiene porcentajes más altos que el resto de ámbitos paliativos respecto a la dimensión organizativa. Esto puede deberse a que cuando existe una menor estructura, como es el caso de la intervención domiciliaria, se produce una mayor necesidad de organización.

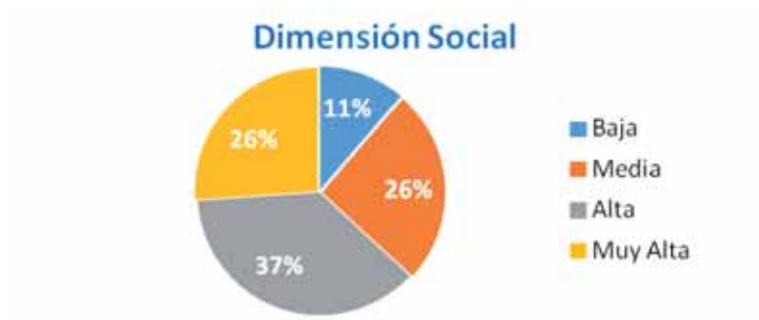
**Gráfico 10.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión organizativa por tipo de recurso.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Por último, se ha construido una dimensión social que abarca el conjunto de las interacciones que se producen dentro del equipo en su ámbito de acción. Esta dimensión engloba las preguntas 3, 10, 11 y 12 sobre cohesión grupal, conflicto, afectos y cuidados y las relaciones de género. Como puede observarse la dimensión social obtiene un porcentaje muy alto, el 63% está compuesto por el valor “alto” y “muy alto”. Esto de alguna manera concuerda con la valoración de las relaciones con los pacientes y de las relaciones intraequipo que se formulaban anteriormente. Esta dimensión tan fuertemente sobrevalorada es posible que nos hable de un potencial muy diferencial con respecto a otros equipos asistenciales. En cualquier caso, habla de una realidad a tener muy en cuenta a la hora de plantear las dinámicas internas y externas en los equipos.

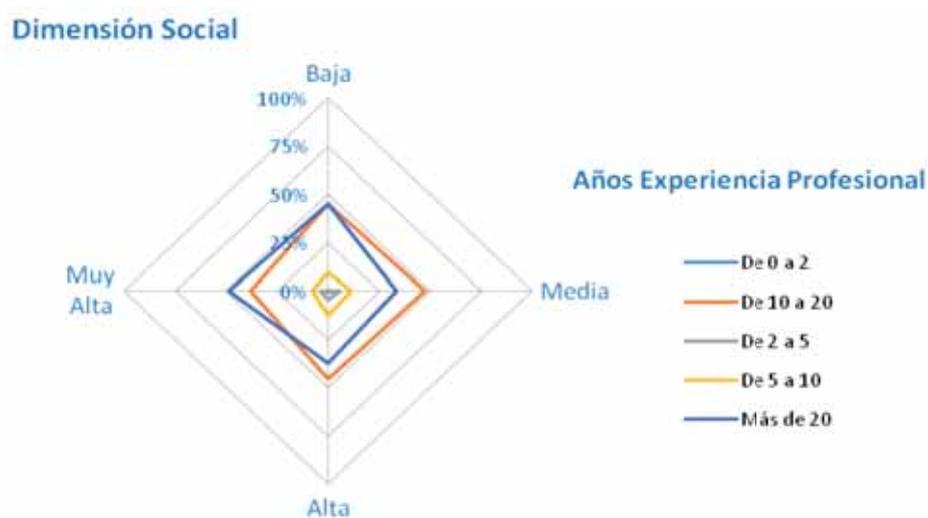
**Gráfico 11.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión social de los equipos.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En el cruce de la dimensión social con los años de experiencia profesional se observa el hecho de que a mayor experiencia profesional (de 10 a 20 y más de 20) se consiguen unos mayores porcentajes con respecto a la dimensión social de su trabajo. Dicho de otro modo, en la medida en que aumenta la experiencia profesional mayor valor se le da a todo lo que tienen que ver con los vínculos, con lo relacional. De hecho, nos preguntamos cuánta energía se pone en los equipos para potenciar este diferencial tan importante.

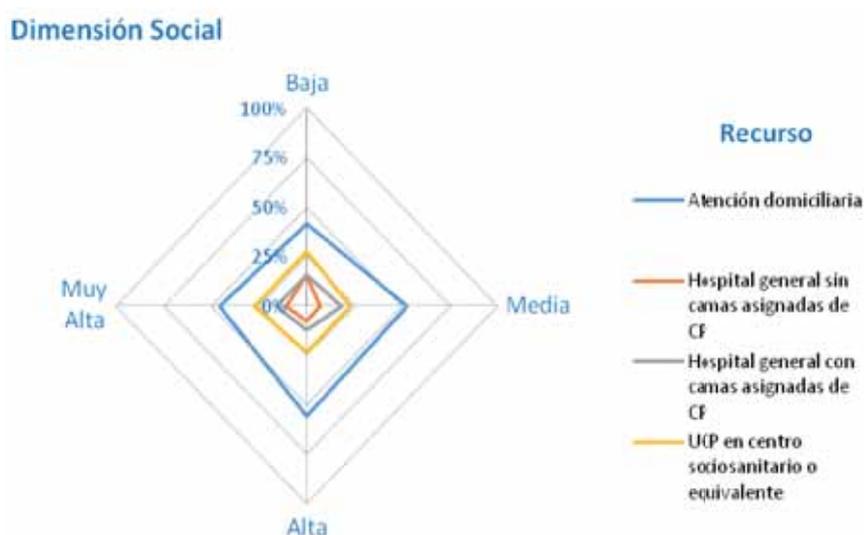
**Gráfico 12.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión social por años de experiencia.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En el caso del tipo de recurso, la atención domiciliaria y los centros sociosanitarios también obtienen mayores porcentajes con respecto a la dimensión social. En coherencia con lo expresado anteriormente da la impresión de que la interacción es más necesaria cuando tienes menos apoyo de la estructura y que, además cuando los espacios son más familiares y menos inhóspitos, como el domicilio o los centros sociosanitarios, la dimensión relacional acaba teniendo una importancia muy decisiva.

**Gráfico 13.** Resultados de la encuesta. Indicador dimensión social por tipo de recurso.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

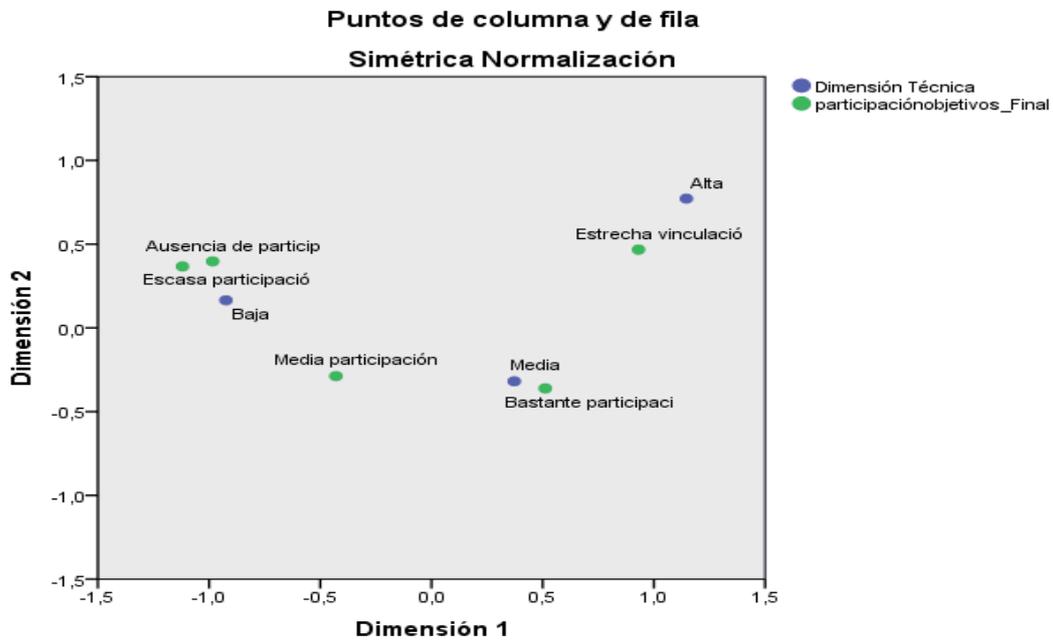
#### **4.5. Dimensiones en relación a objetivos comunes, participación en dichos objetivos y ajuste de los planes a las necesidades asistenciales.**

En el siguiente apartado observaremos la relación entre las dimensiones técnica, social y organizativa con las variables objetivos comunes, participación en los objetivos y planes y políticas asistenciales. Para ello emplearemos el análisis de correspondencias que es útil para reducir la dimensionalidad de un conjunto de datos y permite una representación gráfica intuitiva de la relación entre variables.

En primer lugar, en la representación de la dimensión técnica con la variable participación de objetivos se observa que a medida que aumenta la cualificación técnica, que incluye la relación entre disciplinas, es mayor la convicción de la existencia de unos objetivos comunes dentro del equipo, mientras que por el contrario, quienes destacan en

los niveles técnicos inferiores consideran que no existen dichos objetivos comunes o son muy pocos.

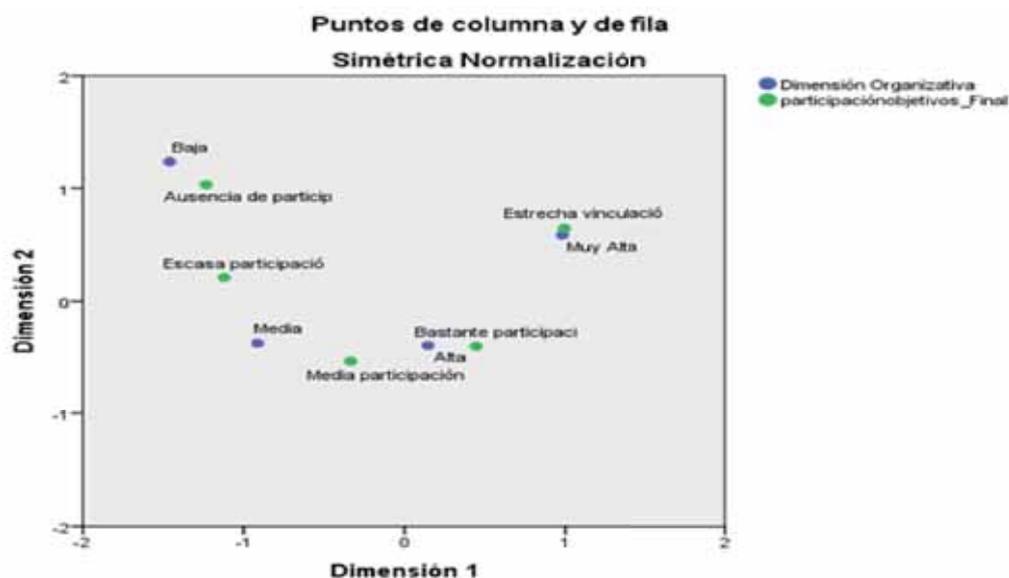
**Gráfico 14.** Resultados de la encuesta. Dimensión técnica y participación en objetivos.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Este hecho es aplicable también al componente organizativo y social que requiere el trabajo en las unidades de CP. Los profesionales con altos perfiles en ambas dimensiones sostienen la estrecha vinculación de unos objetivos comunes dentro de su equipo con la finalidad de garantizar la máxima calidad asistencial. De la misma forma comprobamos según los cuadros que el personal sanitario menor dotado social u organizativamente no comparte esta afirmación.

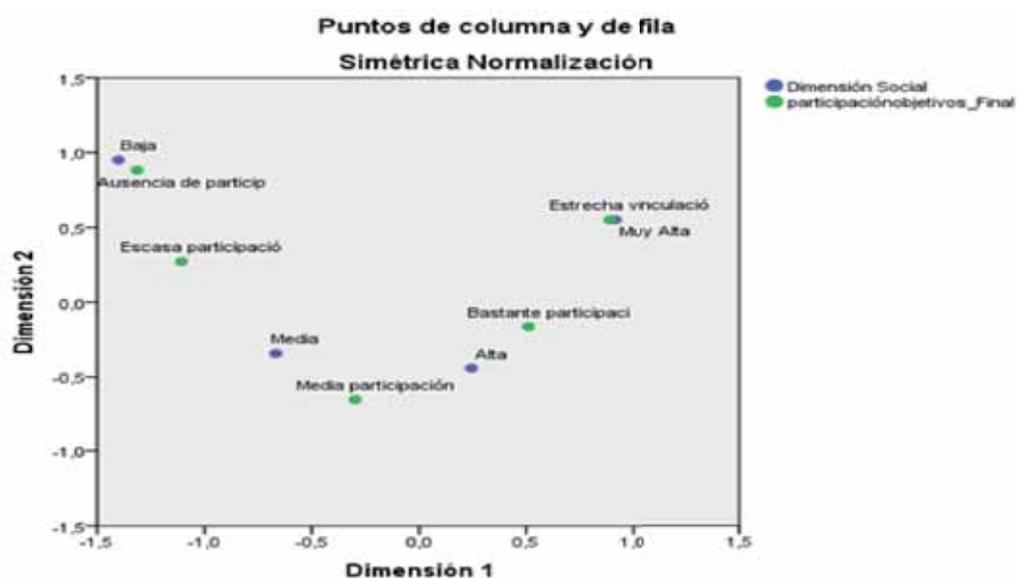
**Gráfico 15.** Resultados de la encuesta. Dimensión organizativa y participación en objetivos.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Por tanto, se percibe una relación entre la percepción de los objetivos comunes y los niveles técnicos, organizativos o sociales de los profesionales de este ámbito, siendo la dimensión organizativa la que cobra mayor importancia. El mismo análisis sirve para explicar las preguntas de la encuesta *participación en la planificación de objetivos* (p2) y *Planificación o Programación sanitaria o socio- sanitaria* (p14).

**Gráfico 16.** Resultados de la encuesta. Dimensión social y participación en objetivos.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

## **5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

El análisis que se presenta a continuación es el resultado de la interpretación colectiva con el GT de las entrevistas y los grupos de discusión. Como ya explicamos en la parte metodológica de la investigación, se realizaron tres grupos de discusión y quince entrevistas repartidas en tres comunidades autónomas (Cataluña, Andalucía y Madrid). Para ello, hemos empleado la técnica del análisis del discurso que consiste en identificar los aspectos claves de las opiniones de los profesionales de paliativos sobre distintos ítems, a partir de los cuales, hemos procedido a la valoración e interpretación de los resultados, tratando de resaltar todo aquello que nos parecían propuestas de mejora para el funcionamiento de los equipos.

### **5.1. El trabajo en equipo en Cuidados Paliativos**

El trabajo en equipo es una figura ampliamente aceptada dentro del ámbito sanitario y sus virtudes tienen un amplio consenso entre los profesionales de paliativos: una mayor eficacia y calidad en la atención, un mejor aprovechamiento de recursos humanos y materiales y, en general, un impacto positivo en el desarrollo de la labor de los profesionales. También existe acuerdo en torno a cuáles son los elementos que en su mayoría configuran un equipo: la existencia de objetivos comunes, la interacción entre sus miembros, el conocimiento técnico y la competencia profesional, el compromiso y la identificación con valores comunes, la colaboración y coordinación para el desempeño de las tareas, una buena comunicación y transmisión de la información y por último, la existencia de dinámicas de cuidado y respeto mutuo entre sus miembros. Pero más allá de los discursos, un equipo es un sistema complejo de organización y cada equipo es un universo de interacciones; en muchas ocasiones, el desempeño de la labor de los equipos se encuentra trabada por limitaciones de carácter práctico que limitan su desarrollo. En este apartado analizaremos los principales hallazgos singulares que hemos encontrado entre los equipos de CP, en torno a tres dimensiones: la dimensión técnica, la dimensión organizativa y la dimensión relacional o social siguiendo el mismo modelo que hemos utilizado para analizar la parte cuantitativa. Como veíamos anteriormente estas son las dimensiones que constituyen el análisis.

- La dimensión técnica contempla las competencias y conocimientos específicos que poseen los miembros de los equipos para desarrollar su cometido e interactuar con los compañeros. En esta dimensión de análisis abordaremos, por tanto, las interacciones entre las disciplinas en un equipo, es decir, la interdisciplinariedad de los equipos, y las características de la formación técnica en paliativos respecto al trabajo en equipo.
- La dimensión organizativa recoge todo el conjunto de formas de organización, formales e informales, de las que se dotan los equipos para realizar las tareas. En este apartado analizaremos por un lado, las reuniones y los objetivos del equipo, por otro lado, los modelos de toma de decisiones, de liderazgo y formas de organización interna de los equipos de CP.
- En la dimensión social analizaremos el conjunto de las interacciones, distinguiendo entre las que se producen dentro del equipo, relaciones intraequipo, y las relaciones en su ámbito de acción, las relaciones “hacia fuera”. Cuestiones como la comunicación, la gestión de los conflictos y de los cuidados en el seno de los equipos. Y por último, de forma diferencial con la investigación cuantitativa, se analizarán como aspectos claves que afectan al funcionamiento de los equipos, las percepciones y normas sociales en torno a la muerte.

## **5.2. La dimensión técnica**

### **5.2.1. Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, pluridisciplinariedad, transdisciplinariedad**

Según los propios profesionales de paliativos, existe una gran diferencia en su propio trabajo con respecto a otros ámbitos del mundo sanitario, y es que el objetivo principal al que se enfrentan no es curar, sino cuidar y acompañar. Ese cuidar desarrolla una mirada holística con respecto al paciente y a sus entornos afectivos que intenta responder a la pregunta: ¿qué dimensiones de la vida son importantes cuando entramos en la etapa final de la misma y qué ramas del conocimiento o saberes pueden abordarlas? Es por ello que la dimensión de equipo se desarrolla de forma transversal en los equipos de CP debido a la voluntad de integrar en la atención a los pacientes las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Por tanto, la inclusión de

profesionales de diferentes disciplinas que puedan cubrir esa atención global es un horizonte presente a alcanzar en todos los equipos de CP.

*Grupo de discusión 1 (G1) enfermero/a 2 (E2): ...Al final de la vida aflora la multidimensionalidad del ser humano tal cual. Entonces no nos podemos hacer con esa situación de forma individual. Al abarcar tan claramente todas las dimensiones, pues sí que necesitamos de muchos, y como tu decías, no trabajar por compartimentos estancos: hasta aquí porque yo soy enfermera; o yo no voy a tratar una úlcera porque.... Quizá, el toque de atención sobre el final de la vida que nos dan a todos, nos hace pensar en el paciente y en la familia, y todos bailamos alrededor. Bueno, haciéndonos huecos unos a otros, porque no es el hueco de nadie, es el momento del paciente que se está muriendo. Entonces, yo creo que nos ponen un tope de alerta a todos para ponernos las pilas.*

A pesar de que todas las dimensiones adquieren importancia en paliativos, la propia cualidad de CP impone un criterio de prioridad en la dimensión física en la atención al paciente. Lo primero es el abordaje y el bienestar físico, es lo ineludible, lo urgente, tiene que estar cubierto, existiendo en esta dimensión de atención protocolos con tareas y funciones bien definidas para cada profesional. Siendo la base y puerta de entrada sobre la que se sostienen el resto de intervenciones. Los pacientes y familiares es lo que esperan y demandan: el control del malestar físico. El resto de servicios que ofrecen CP se van integrando respetando la autonomía y preferencias de los pacientes y familiares. Cuestión que obliga a tener modelos organizativos flexibles que permitan la entrada del resto de dimensiones de la atención según necesidades. En este sentido, médico y enfermera pueden ser facilitadores, pero también profesionales que bloquean. La responsabilidad en evitar la arbitrariedad en el acceso a otros profesionales, es muy importante.

*Médico/a (M): No, no. Cuando hacemos un ingreso, yo por ejemplo, me leo la parte médica, la enfermera está haciendo la acogida, habitualmente, yo hablo con algún familiar y vemos los aspectos emocionales: qué conoce de la enfermedad, qué sabe y qué espera. A partir de ahí, ya sé cuando entro en la habitación cuál es el talante del enfermo. A partir de aquí, hacemos la valoración, nos encontramos la enfermera y el médico para hacer el plan terapéutico intentado incorporar todos los aspectos. Si vemos a nivel emocional que es un enfermo o una familia que necesita una intervención del psicólogo, le pedimos al psicólogo la intervención. Si vemos que es un paciente potencialmente... porque hay una problemática familiar o etc., avisamos a trabajo social para que empiece a trabajar. La valoración multidimensional, aspecto de la*

*enfermedad, la función y paralelamente la dependencia, sus aspectos emocionales y creencias, los aspectos prácticos y de ubicación y relación familiar, todo esto, lo hacemos entre el médico y la enfermera.*

De cara a valorar las relaciones entre las distintas disciplinas en CP es importante que atendamos al tipo de recurso paliativo desde el que se realiza la intervención, debido a que determina el tipo de relaciones que se dan entre los profesionales de los equipos. Existen diferencias entre los distintos recursos a nivel organizativo fundamentadas en las distintas configuraciones espacio-tiempo que se producen en cada uno de ellos; factores como el espacio de intervención (domiciliario, hospitalario, en centro sociosanitario) y la temporalidad de la intervención, determinan los roles y las funciones que juega cada profesional del equipo y el equipo en su conjunto con respecto al paciente y la familia. Según las opiniones de los entrevistados es en el ámbito hospitalario en el que se produce una mayor demarcación de los límites entre cada ámbito profesional, debido a que los roles y los protocolos de intervención se encuentran más delimitados, y sin embargo, es en el ámbito de la atención domiciliaria donde los roles y las funciones del equipo se encuentran más difuminados, debido al ámbito de intervención (el domicilio), al tamaño de los equipos y a los tiempos de desplazamiento. En este tipo de recurso, el conocido “tiempo del coche” diluye las tareas y funciones permitiendo una intervención coral de los equipos.

*G2 (M1): Yo creo que varía bastante según donde trabajes, yo antes de trabajar en el PADES trabajaba en el hospital y es lo que decía (nombre propio-PSI), en el hospital la verdad es que no hay tanta coordinación, como por ejemplo pueda ver el equipo de PADES*

Más allá de las características propias del tipo de recurso en el que se desarrollen, existen varios modelos de relación entre profesiones en los equipos donde conviven diferentes disciplinas. Como ya se ha visto en la revisión bibliográfica y siguiendo a Max Neef (2005), hablamos de multidisciplinariedad cuando la labor se desarrolla entre diferentes disciplinas aunque no exista cooperación; cuando se da la cooperación pero no la coordinación diremos que son equipos pluridisciplinarios; la interdisciplinariedad se produce cuando existe cooperación y coordinación de manera simultánea; y por último, la transdisciplinariedad aparece cuando además de coordinación y cooperación entre las diferentes disciplinas, éstas se integran y atraviesan mutuamente,

difuminándose la parcelación y acotación disciplinar de cara a conseguir los objetivos comunes.

Los equipos de CP a los que hemos tenido acceso oscilan entre las cuatro clasificaciones de relación interdisciplinar, en función al grado de colaboración y de reconocimiento entre disciplinas. La preguntas p4 e p6 de la encuesta hacen referencia al grado de colaboración y conocimiento entre los distintos profesionales sobre el trabajo en equipo en CP. En la mayoría de los casos, observamos que la colaboración y el grado de conocimiento son frecuentes y que un 21,7% manifiestan que es alta o muy alta. Sin embargo, también el 21,7 % de los entrevistados manifiestan que se produce sólo en “algunos” casos.

**Gráfico 17.** Resultados de la encuesta. P6) Atención interdisciplinar.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Sin embargo, a pesar de la valoración positiva entre las opiniones de los profesionales de CP en los resultados del análisis cualitativo, emergen varias problemáticas respecto a la interdisciplinariedad de los equipos: lenguajes y enfoques diferentes y prioridades diferenciales en la atención, desigualdad en la asignación de tareas y funciones, criterios enfrentados, provisión de recursos o el manejo del tiempo; son cuestiones que afectan al buen funcionamiento de los equipos. En muchas ocasiones, el manejo de estas diferencias o una mala organización de equipo pueden derivar en conflictos que se interpretan de una manera corporativa. En relación a esto, cuanto menor sea la

integración del equipo y las áreas de cada disciplina se encuentren más parceladas entre los distintos tipos de profesionales, mayor será la propensión del equipo a los conflictos interdisciplinarios.

En algunos casos, la aparición de estos conflictos se debe a una distribución desigual de poder entre disciplinas. Esta desigualdad se encuentra fundamentada en la relación y valoración que la institución da a cada disciplina, el prestigio social de cada una de ellas y la valoración de los pacientes y sus entornos afectivos. Estos elementos, producen en muchas ocasiones que la organización de los equipos se encuentre mediada por una posición de partida que determina los roles y las funciones de cada disciplina en el equipo. A menudo, los entrevistados refieren una predominancia del rol directivo de los médicos con respecto al resto del equipo, bien sea determinado por la propia institución, por dinámicas intergrupales que se han convertido en tradición o bien por actitudes propias de los médicos.

*G2 (M1):.. que está basado en la confianza y en el respeto profesional, el problema es cuando no confías en las personas que trabajan contigo, por ejemplo en otros trabajos, en (lugar trabajo CP-privado) , yo he visto algunos profesionales, algunos médicos que son como más dictatoriales, porque realmente no confían en las personas que trabajan con ellos, entonces, no pueden hacer equipo, porque si no confías en la persona de enfrente...tú en el momento en el que tienes confianza en la gente con la que trabajas...*

En otros casos, el origen de los conflictos radica en la pretensión de propiedad de algunos profesionales con respecto a su ámbito de intervención: el psicólogo de las emociones, el médico de la patología, etc... Esto produce un bloqueo y la incapacidad de accesos de otros profesionales a la disciplina en cuestión.

*G1 Psicólogo/a (PSIC): Estoy totalmente de acuerdo contigo. Y yo creo que independientemente de la profesión que seas (médico, psicólogo u otra), a veces nos centramos en esto es mío, y yo creo que es absurdo. Lo que va más allá es el interés por el ser humano, y hay determinadas cosas que no se aprenden, que tienen que ver con las actitudes no tanto con las habilidades y los cursos de comunicación sobre el final de la vida, sino más con la actitud, estar ahí pero de verdad, de forma auténtica.*

Otras razones que limitan la capacidad interdisciplinar de los equipos de CP es la inflexibilidad de los roles y la ausencia de reconocimiento o invisibilidad de otros. En

los equipos de CP existen una serie de expectativas sobre las funciones asociadas a cada profesión. Por ejemplo, del rol de médico se espera que sea el líder y coordine al equipo, el psicólogo se ocupe de la gestión emocional, etc...En muchas ocasiones, la rigidez de estos roles impide las dinámicas de interdisciplinariedad en el equipo. Los equipos son un entramado complejo de roles donde la conducta y comportamiento que se espera de cada una de las disciplinas delimita el desenvolvimiento de los otros miembros del grupo.

*Auxiliar (AUX): El médico pasa por la mañana. Aunque el médico que tenemos es muy próximo, es una pasada, es muy próximo, con los pacientes y con todo el mundo, pero no deja de ser un médico y eso se vive así, como una barrera.*

Además, en el funcionamiento de los equipos hemos detectado roles que aunque no son muy visibles formalmente cumplen un papel importante en la intervención. Es el caso, por ejemplo, de los administrativos o los auxiliares de enfermería que desde su posición establecen relaciones con pacientes y familiares de otro tipo por su cercanía y cotidianeidad, convirtiéndose en los facilitadores y en nexos estratégicos para la intervención del resto de profesionales. En muchos casos, por cómo son entendidos por los propios pacientes y familiares, establecen relaciones de “tú a tú” siendo muy a menudo piezas clave para la comprensión del uso y sentido de CP en pacientes y familiares. Hemos comprobado que muchos equipos de CP han incorporado a sus dinámicas estos roles menos visibles por ser factores clave en la intervención, obteniendo resultados muy positivos.

*G1 (E2): Por ejemplo, lo típico que pasa si aquí no hay ningún auxiliar de enfermería, que son la gente que mayor tiempo pasa a pie de cama en las unidades hospitalarias, y que a lo mejor no hay otros foros donde poder informarte, y si tú trabajas sin información te sientes inseguro. Entonces, yo con la información veo que es fundamental poner a todo el mundo al día, porque si no, vas como los toreros: «¡hala!», abres la puerta y me encuentro caras raras o veo actitudes extrañas de la familia o del paciente y no sé a qué vienen; y eso no lo puede saber solo el médico o el psicólogo o la enfermera. La puesta en común básica y fundamental para que todo el mundo tenga simetría de verdad. Y luego, que todos vuelquen, porque a veces las auxiliares dan una información súper valiosa. Como el momento del aseo que es un momento de fragilidad y el paciente se abre con la auxiliar y no se abre con el médico, con la enfermera o con el psicólogo.*

En relación al equilibrio de las diferentes dimensiones de la atención, hay profesionales que cobran valor ante situaciones de “desborde”, o crisis en esa dimensión. Siendo normal que en cada caso el peso de la intervención se atenga a las necesidades más urgentes de pacientes y familiares, también puede relegar a algunos profesionales al papel de “apaga fuegos” en situaciones muy concretas, disminuyendo su influencia y aportación en las dinámicas habituales de equipo. Sobre todo en la necesaria dimensión preventiva.

*G1 (M1): En cuanto a lo que decíais antes de los pesos. No sé si nos referimos a pesos porcentuales o la importancia que le damos a las diferentes dimensiones de la atención. A mí los aspectos sociales cuando entramos en dinámicas de familias con desajustes y tal me parecen importantísimos. Pero la realidad es que el porcentaje respecto a los pacientes son los menos, se habla más de lo clínico porque todos los pacientes tienen muchos problemas clínicos, ahora, cuando hay una de estas situaciones de desestructurada gorda se convierte casi en más importante que lo clínico. Yo no hablaría tanto de si es más importante lo clínico o lo social, sino que cuando lo social pesa no hay quién controle nada, que cuando lo clínico pesa lo mismo, cuando lo psicológico pesa ya puede venir el mejor médico del mundo que... Entonces, es igual de importante. Quizás, lo que veo es que no está presente en todos los enfermos y el estado clínico está en todos.*

A pesar de todo ello, en las entrevistas y los grupos de discusión aparece la voluntad de reconocer la relevancia de todas las disciplinas que forman parte de la intervención y la necesidad de integrarlas de manera práctica en la dinámica de equipo. La atención en CP es multidimensional y, por ello, es reconocida la necesidad de equipos multiprofesionales en los que estén presentes diferentes disciplinas para abordar la atención integral.

*G1 Agente espiritual (AE): ...Porque yo creo que hacemos lo mismo. Ese todos hacemos lo mismo, lo hacemos desde ámbitos diferentes, porque lo que hay que construir es algo común, que yo creo que va más allá del confort, yo creo que eso se nos ha quedado corto*

*(M): Cualquier profesional que trabaje en CP sea médico, sea trabajador social, sea psicólogo, lo tiene que tener en cuenta. En su ramo hará su intervención específica, pero cuando se siente delante del enfermo tiene que tener en cuenta todos estos elementos. La modulación de los elementos que puede afectar al sufrimiento para que ese final sea lo más digno posible atendiendo a sus necesidades físicas, espirituales, emocionales, relacionales.*

Pero en muchas ocasiones las relaciones entre disciplinas están sometidas a las dinámicas internas particulares de cada equipo y no tanto a mecanismos y herramientas concretas y explícitas que faciliten la interacción entre disciplinas. Hay un común en todos los profesionales respecto a que todas las disciplinas se ven sobrepasadas y que la intervención disuelve, en gran parte, la compartimentación de funciones. Según una entrevistada “todos hacemos de todo”, y eso crea un bagaje y un saber transdisciplinar en los propios profesionales, ya que la intervención exige a los profesionales conocer todos los aspectos de los pacientes y sus entornos afectivos, formando parte de su trabajo conocer la sintomatología, la situación familiar, escuchar, saber comunicarse, etc.. En este sentido, la multidimensionalidad en la atención en el proceso de cuidados y acompañamiento al final de la vida, hacen que el enfoque transdisciplinar sea el que mejor se adaptaría para alcanzar los objetivos de los CP. Enfoque que está presente, en muchos profesionales, de forma latente pero que necesita, para su materialización, problematizar el tipo de relación que se da dentro de los equipos, junto a mecanismos y herramientas que hagan efectiva la transdisciplinariedad.

La acción coordinada de diferentes profesionales y disciplinas requiere de la creación de modelos organizativos que potencien la transdisciplinariedad de los equipos.

Pero vemos, que al igual que la dimensión física de la atención tiene pautas de acción bien definidas e interiorizadas por las pacientes y familiares (se sabe qué se espera de ellos), el resto de las dimensiones son más difusas e intangibles, también hasta para los mismos compañeros de equipo. Variabilidad, flexibilidad y adaptabilidad de la intervención son características que la realidad impone en los modelos organizativos con los que se dotan los equipos de CP.

## **5.2.2. La formación en Cuidados Paliativos: el aprendizaje de una forma de trabajar y de entender la atención**

### **5.2.2.1. La elección del trabajo paliativo**

En las entrevistas y grupos de discusión se aprecia un marcado carácter vocacional en los profesionales. En muchas ocasiones, se produce a partir de la transición desde otras disciplinas como la oncología y, en muchos casos, como fruto de la experiencia personal. Esto hace que un elemento esencial en todo equipo, la motivación y la

identificación con la profesión para este tipo de contextos, sea un facilitador en las dinámicas de trabajo de los equipos.

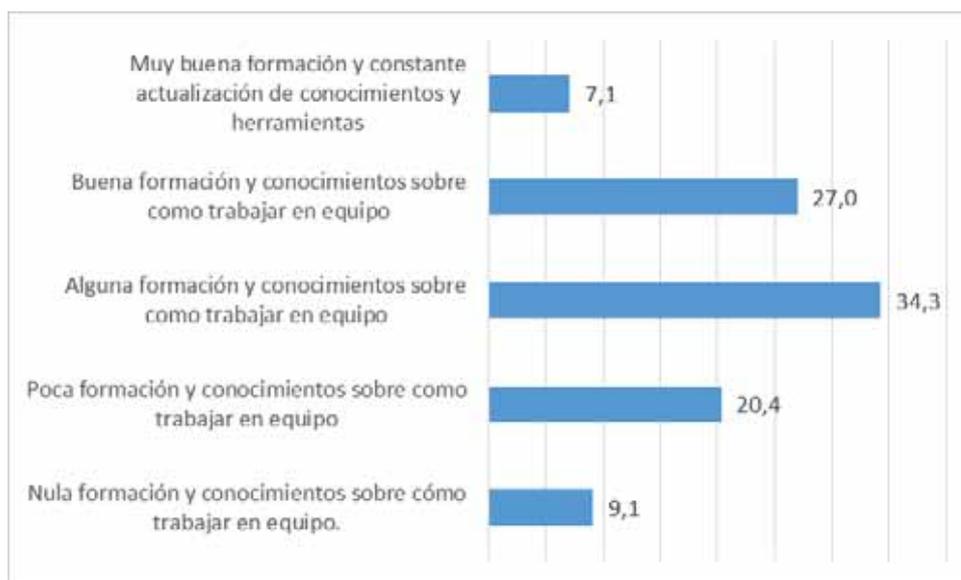
*G3 (M2): No solo la experiencia, evidentemente te va demandando, yo tenía claro que quería hacer paliativos, entonces yo me fui creando mi propia formación. Yo hice un máster en terapia de conducta en la UNED y así iba complementando, el máster de paliativos en Madrid, la experiencia, por supuesto es lo más importante, pero claro, tu corresponsabilidad te da muchas veces miedo a decir, ¡dios mío que no quiero hacer daño;*

*(PSI): Bueno, en mi caso particular, intenté formarme mucho, y mucho trabajo de autoconocimiento para entender si estaba preparada, si podría o si llegaría el momento en que me superaría la situación. Yo me acuerdo que cuando entré, hace trece años en el hospital, me encontré con enfermeras mucho más jóvenes que yo o con otros profesionales sin ningún tipo de trabajo personal, ni de formación extra, y me decían que este trabajo era muy importante para ellos y que les daba sentido a su vida. Yo me quedaba impresionada. Cómo gente tan joven y un trabajo tan duro como éste, que a mí me está costando, cómo es posible ¿no?... Y luego al revés, gente con mucha formación con muchos recursos, por lo menos de determinados tipos, tenían muchas dificultades. De hecho, mucha gente se ha quedado por el camino y ahora trabaja en otras especialidades que no tienen nada que ver con esto. Yo me pregunto: ¿qué variables son las que influyen que hacen que vean su trabajo como algo trascendente y que lo elijan? Pero que lo elijan desde la conciencia, no como mucha gente que hay trabajando en esto, donde yo me hago cargo de ti, pero...no saben quién es y de repente sobreprotegen al enfermo y trabajan desde el paternalismo puro.*

Los profesionales de paliativos se tienen que adaptar, desde su posición profesional, para acompañar la vivencia del final de la vida, situación que tiene una gran carga emocional y ética. Los profesionales también se tienen que preguntar cómo nos posicionamos y cómo nos cuidamos ante la exigencia del día a día de la atención. Estas dos cuestiones, el peso ético y el riesgo de estrés o *burnout*, son dos rasgos distintivos y muy pronunciados dentro del desarrollo de los profesionales de CP.

### **5.2.2.2. La formación especializada en Cuidados Paliativos**

La pregunta p16 del cuestionario hace referencia a la formación que obtienen los equipos en CP. La mayoría de los encuestados manifiesta que reciben alguna formación y conocimientos sobre cómo trabajar en equipo pero es también muy alto el porcentaje que manifiesta que es poca o nula la información recibida.

**Gráfico 18.** Resultados de la encuesta. P16) Formación.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Las evidencias de la encuesta coinciden en gran medida con los resultados del análisis cualitativo. Existe entre los profesionales la necesidad de acceder a formación reglada en CP y de formación específica en materia de equipo. El proceso de aprendizaje es individual dependiendo de las inquietudes de cada profesional, en muchos casos con un escaso desarrollo como disciplina.

*(M): Entender que es una especialidad, que ha generado conocimiento y, que por tanto, hay una historia. Si cogéis manuales de CP que diga « ¿Cómo se elabora la historia clínica en CP?», lo que sería la valoración multidimensional: no existe. Ahora me toco preparar esta clase en la universidad y no existe.*

Y en segundo lugar, se hace necesaria la formación específica sobre trabajo en equipo en las propias unidades de CP, para potenciar la transdisciplinariedad de sus miembros y el manejo y re-conocimiento de todas las disciplinas que intervienen en la atención y que les afectan en su trabajo cotidiano.

*(M): Al final, me doy cuenta, ahora con cincuenta y siete años, que algo deberían ver y que mi fuerte era la comunicación. Ahora yo estoy haciendo un trabajo que básicamente es comunicar. Los enfermos ya están diagnosticados, pero hacerles entender lo que tienen, lo que les espera, que la familia entienda y se prepare, ayudarlos y, también, la capacidad de organización y de estar preparado.*

En muchas ocasiones la formación específica en CP o sobre trabajo en equipo depende de manera directa de la acción institucional de cada comunidad autónoma o de instituciones de carácter privado, como fundaciones o asociaciones profesionales, que determinan el grado de acceso a la formación de los equipos de CP. En la siguiente tabla se observan las diferencias en la percepción de los profesionales de CP sobre el acceso a la formación acerca del trabajo en equipo en las distintas CCAA. En la categoría de “buena formación” destacan principalmente Cataluña y País Vasco y en “nula” o “poca” las Comunidades Autónomas de Galicia y Madrid.

**Tabla 18.** Resultados de la encuesta. Valoración formación por CCAA.

	Andalucía	Castilla y León	Cataluña	C. Valenciana	Galicia	Madrid	País Vasco
Nula formación y conocimientos sobre cómo trabajar en equipo.	11,6%	13,0%	8,3%	9,4%	28,0%	3,4%	4,5%
Poca formación y conocimientos sobre cómo trabajar en equipo	14,0%	13,0%	16,7%	25,0%	20,0%	32,8%	9,1%
Alguna formación y conocimientos sobre cómo trabajar en equipo	32,6%	47,8%	33,3%	34,4%	40,0%	36,2%	36,4%
Buena formación y conocimientos sobre cómo trabajar en equipo	32,6%	8,7%	38,1%	21,9%	12,0%	22,4%	45,5%
Muy buena formación y constante actualización de conocimientos y herramientas	9,3%	17,4%	3,6%	9,4%	,0%	5,17 %	4,5%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

### 5.2.2.3. La autoformación de los equipos con respecto al trabajo en equipo

La formación específica de cada profesional en su ámbito de intervención (medicina, psicología, enfermería, etc...) se complementa en los equipos a través de procesos de aprendizaje informal que se dan en su seno. La atención de pacientes y sus entornos afectivos, el día a día junto a la diversidad de formas de afrontar y significar la muerte de estos van modulando la especialidad y a los profesionales imprimiendo un carácter y forma de entender su labor. En muchos casos, las características propias de la intervención paliativa son en gran parte canalizadas por el propio equipo, siendo ellos mismos a partir de su experiencia acumulada transmisores de conocimientos y habilidades para realizar la atención, convirtiéndose en espacios de autoformación para los profesionales que se van incorporando. Diríamos que los equipos de CP son escuelas de paliativos, tanto en la formación específica como en materia de equipo. Los profesionales llegan con inquietudes y formación unidisciplinar, pero el proceso de formación se completa en los propios equipos.

*G1 Trabajador/a social (TS): Yo lo que he echado de menos en mi recorrido profesional es la formación. No puede depender de que yo quiera formar parte de un equipo, sino de que yo tenga la formación sobre cómo trabajar en equipo, me lleve bien o no con la gente. Yo creo que falta esa base para desde ahí tener unas herramientas para ese trabajo. Yo puedo hacer máster, yo conozco mi profesión, hago cursos para realizar mi profesión, pero: ¿hago cursos con la gente que voy a trabajar? Esa formación yo no la he recibido en su momento, nunca he tenido esa posibilidad a mi alcance, es sobre todo lo que leemos.*

Las capacidades intangibles para trabajar en CP o el proceso personal de cada profesional son realidades que se comparten entre los profesionales y que condicionan el funcionamiento de los equipos. El reconocimiento de las capacidades autoformativas del equipo por medio de la formalización de espacios concretos es una manera de satisfacer las necesidades de formación de los profesionales. La posibilidad de “contarme” y que me “cuenten” en espacios del equipo formales e informales, no sólo es una forma de hacer circular los aprendizajes comunes, sino una forma de reconocimiento del otro y de autocuidado del grupo, así como un factor de cohesión del equipo.

La formación, investigación y las formas de transmisión y acceso al conocimiento construye y da cuerpo al trabajo paliativo. En cuanto al trabajo en equipo muchas dimensiones son dependientes de ese conocimiento: relación entre disciplinas, conceptualización de la muerte, formas y herramientas de organización, dinámicas y metodologías grupales, discusión sobre valores, el autocuidado del equipo y el manejo emocional, comunicación y transmisión de la información. Las competencias técnicas, organizacionales y relacionales son necesarios en la formación de un equipo. Las condiciones para que los equipos puedan acceder a esos saberes de forma activa, entendiendo al equipo como generador de conocimiento, son un indicador y condición en su evolución y mejora.

### **5.3. La dimensión organizativa**

#### **5.3.1. Aspectos formales en la organización de los equipos: los objetivos**

Los objetivos específicos de cada equipo constituyen los cimientos de los equipos de CP, dentro de los cuales se encuentran incluidos de manera implícita o explícita, asuntos de crucial importancia como la planificación y el diseño de estrategias, la composición técnica, las normas internas, los roles, la cosmovisión ética y un largo etcétera. Los objetivos no sólo actúan como indicador del buen funcionamiento de los equipos, sino que además, conforman el sentir de equipo, la identificación y el compromiso con el mismo. Por esta razón, la articulación del equipo con respecto a los objetivos es el principal factor que determina la diferencia entre un equipo o la suma de un conjunto de profesionales. Para valorar el desarrollo y la consecución de los objetivos en los equipos de CP nos detendremos en los discursos sobre la construcción, la flexibilidad y el grado de aceptación de los objetivos formales de cada equipo.

##### **5.3.1.1. La formalización de los objetivos: objetivos explícitos e implícitos**

Parece importante explorar las percepciones de los equipos en función al grado de explicitación de los objetivos: cuanto más claros, explícitos, visibles, reconocibles y comúnmente aceptados sean, mayor impacto beneficioso tendrá en la dinámica de equipo. Para ello, tendremos en cuenta por un lado las opiniones en torno a:

- 1) El nivel de formulación y de enunciación de los objetivos: explícitos o implícitos.
- 2) El origen de los objetivos
- 3) El orden y criterios de prioridad: si provienen de los pacientes y sus entornos afectivos; si provienen de programas y políticas sanitarias; si provienen de la institución en la que los equipos trabajan; o si provienen de dinámicas habituales de los propios equipos, como las reuniones.
- 4) La cualidad de los objetivos: asistenciales, clínicos, sociales y espirituales.
- 5) El tipo de objetivos: estratégicos, funcionales y operativos.
- 6) El grado de participación en su formulación, consensuada o dirigida.
- 7) Su flexibilidad y variabilidad, si son rígidos y la evaluación no le compete al equipo o si existen mecanismos concretos para su evaluación y re-definición por parte del equipo.

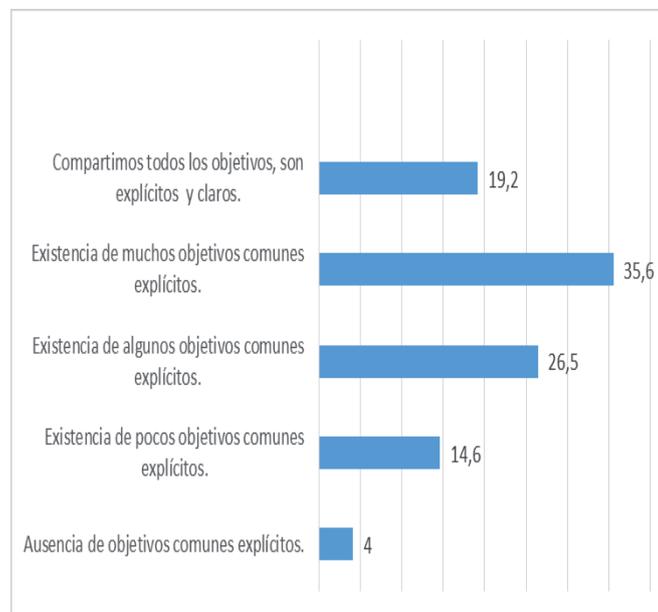
La primera cuestión que nos preguntamos es hasta qué punto los objetivos son claros y explícitos para los equipos, es decir, cuál es la percepción sobre el grado de concreción y de conocimiento de los mismos. Los objetivos explícitos son aquellos que se encuentran formulados claramente, se puede rastrear su existencia a través de planes o programas institucionales o de la planificación de las reuniones de equipo. Normalmente, estos objetivos se refieren al diseño de tareas, las competencias y conocimientos técnicos, los recursos, la división del trabajo y el tipo de interacciones dentro de los equipos (colaboración, coordinación, comunicación). Los objetivos implícitos, sin embargo, son aquellos que no se encuentran formulados explícitamente, pero que forman parte de la mentalidad y prácticas de los equipos y sus miembros. Ambos tipos de objetivos operan en un doble nivel de manera simultánea en el desarrollo del trabajo en equipo en CP y la concreción de su formulación, o su ausencia, son determinantes para el buen funcionamiento de los equipos. En este sentido, la pregunta p1 del cuestionario hace referencia al grado de formalización de los objetivos. La mayoría de los encuestados manifiestan que existen muchos objetivos comunes, sin embargo, más de un 40% expresan que son “algunos, pocos o ninguno” los objetivos comunes existentes. Si observamos el dato por tipo de profesión, en la categoría “muchos” y “todos” destacan los porcentajes elevados de los psicólogos/as y relativamente bajos de los enfermeros/as.

**Tabla 19.** Resultados de la encuesta.

Valoración objetivos comunes por profesión.

	Médico	Enfermero	T. social	Psicólogo
Ausencia de objetivos comunes explícitos.	2,30%	6,40%	4,80%	1,90%
Existencia de pocos objetivos comunes explícitos.	12,00%	17,00%	14,30%	15,10%
Existencia de algunos objetivos comunes explícitos.	26,90%	28,20%	23,80%	20,80%
Existencia de muchos objetivos comunes explícitos.	36,60%	34,00%	28,60%	45,30%
Compartimos todos los objetivos, son explícitos y claros.	22,30%	14,40%	28,60%	17,00%

**Gráfico 19.** Resultados de la encuesta. P1) Objetivos comunes.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En el análisis cualitativo de las entrevistas y grupos de discusión emerge que el objetivo explícito principal de los equipos de paliativos es la atención global y de calidad a pacientes y familiares. La definición de ese objetivo de carácter general recae sobre el conjunto de la sociedad y las instituciones, y su provisión, en gran medida, es transferida a los equipos de CP. La operativización de ese objetivo transversal en los equipos de CP, se realiza a través de tres tipos de acciones:

- a) De carácter estratégico, el proceso de acompañamiento adaptado a cada paciente y su familia, incluyendo el proceso de negociación y de toma de decisiones compartida.
- b) De carácter funcional, los medios, procedimientos y formas de organización adecuados para alcanzar las metas
- c) Y de carácter operativo, todas las acciones necesarias que tienen que realizar los equipos para cumplir los objetivos.

En la mayoría de los casos, el desarrollo de estas acciones no se encuentra formulado de manera explícita en la mayoría de los equipos. Los resultados del análisis cualitativo resaltan la necesidad de explicitación de los objetivos en todos los niveles. Los miembros de los equipos de CP requieren tener objetivos explícitos comunes para el desarrollo de su función que orienten la acción y sean medibles. La tenencia de objetivos claros permite el compromiso y la identificación con el grupo, así como la posibilidad de modular su trabajo en función de criterios y parámetros evaluables.

*G1 (E1): Evidentemente, más allá de los perfiles, lo importante es que tengamos un objetivo común y se pueda cubrir de la mejor forma posible. Evidentemente, cuantos más profesionales haya se podrá abordar mejor, pero tiene que haber una motivación o intentar ir en la misma línea para que se pueda trabajar en equipo.*

En muchas ocasiones el grado de formalización de los objetivos depende de manera directa de su nivel de institucionalización, es decir, de si los objetivos provienen de planes o políticas sanitarias, de organismos de gestión y administración hospitalaria, o de las propias unidades y equipos. Esta diferenciación, se encuentra íntimamente relacionada con el grado de participación de los equipos en la definición de objetivos, cuanto mayor sea la escala institucional, más lejos se encuentra la participación de los equipos en la definición de objetivos. Esta diferenciación respecto a la formación y a la agencia de los equipos en los objetivos no está exenta de tensiones y en muchos discursos es percibida como fuente de conflicto en los equipos. El mayor conflicto que

advertimos viene por la dificultad de incorporar parámetros de evaluación y medición sobre aspectos poco tangibles en las intervenciones que realizan en los CP.

*(E): Bueno, hay lo que se llama la dirección por objetivos. A principios de año la dirección marca las líneas de trabajo. Líneas de trabajo que son muy teóricas y que no se ajustan a lo que nosotros estamos haciendo. Intentan medir nuestro trabajo por números. Nuestro trabajo no es cuantitativo sino que es cualitativo... Ellos harán una memoria y dirán «mira que bien, les hemos marcado esto y esto y lo han hecho», pero no evalúan el cómo, no evalúan el cómo las familias se han sentido, si bien atendidas, si mal atendidas, cómo han vivido esas muertes... No les preocupa lo más mínimo, valoran en números. Esto, también, te desorienta porque hay casos que no pueden evaluar, cosas que son importantes que no pueden evaluar.*

También existen diferencias en la explicitación de los objetivos respecto a la arquitectura institucional en la que se encuentran asentados los equipos. En muchas ocasiones, la propia evolución e implementación de CP ha marcado diferencias territoriales en la operatividad de los equipos que siguen siendo significativas. Cada modelo territorial determina el grado de autonomía de los equipos respecto a la institución y, a su vez, el tipo y los modelos de recursos con los que dotan, asunto que se relaciona con estructuras previas de asentamiento de CP por regiones o CCAA

*(M): Porque el SAS (Servicio Andaluz de Salud) no ha hecho en Andalucía la formación de los equipos de CP igual que en Cataluña o Extremadura, que es una cosa oficial. Los equipos se han ido formando autónomamente por el interés de alguien, lo mismo que yo aquí, y cada uno ha ido consiguiendo los recursos que podía y así iban funcionando. Cuando el SAS ha decidido hacer las cosas ha dotado un poco a algunos. Por eso, cada uno va a su aire, porque todavía no está...*

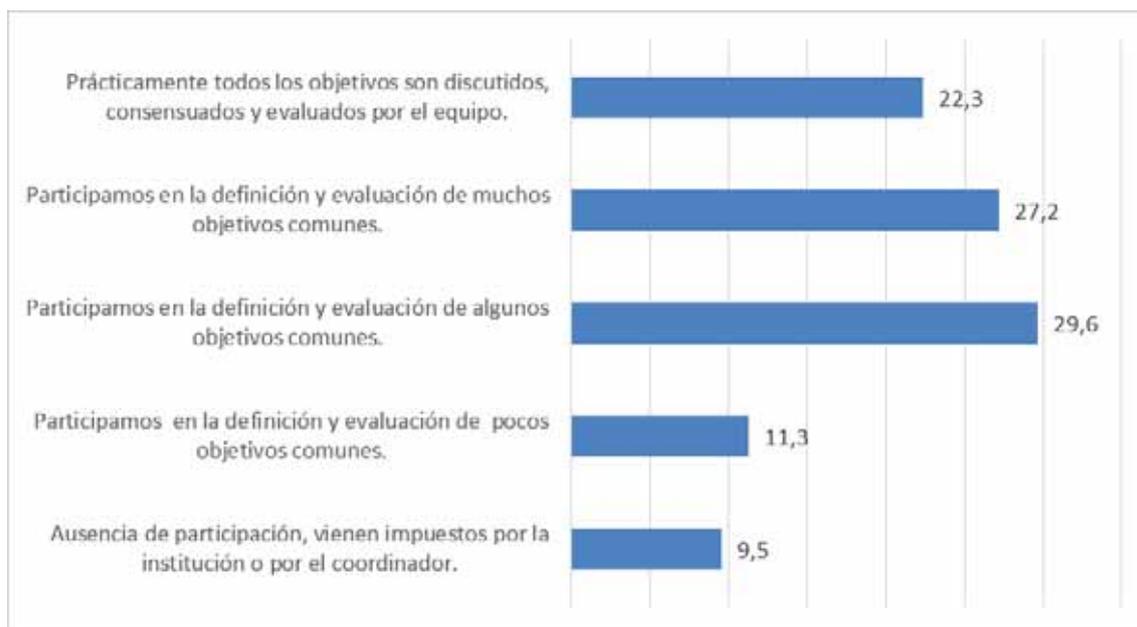
*(M): Bueno, no sé si alguien os ha explicado la evolución en Cataluña del modelo sociosanitario a raíz de un programa piloto que se puso en marcha en el ochenta y seis, el programa «Vida a los Años». Este fue un programa político que puso en marcha la Generalitat y son los cimientos de lo que luego ha sido el mundo sociosanitario y CP en el resto de España.*

### **5.3.1.2. Participación en la planificación de los objetivos.**

La participación activa por parte de los profesionales en el diseño, definición y planificación de los objetivos es una variable en el funcionamiento de los equipos que afecta de forma directa en la identificación y el sentido del grupo. La segunda pregunta de la encuesta, p2, hace referencia a la participación en la definición de objetivos. En los resultados de la encuesta observamos que el 50% de los encuestados afirman que

participan en la definición y evaluación de “muchos” o “prácticamente todos los objetivos”. Lo que a priori, conociendo la estructura sanitaria tan jerarquizada, sería un porcentaje muy alto, en realidad, teniendo en cuenta las expectativas de participación en un trabajo en equipo hecho a fondo, hay que afirmar que el 50% quedan fuera de esta tarea tan importante.

**Gráfico 20.** Resultados de la encuesta. P2) Participación en la definición de objetivos.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

El estudio cualitativo resalta la importancia que tiene para los equipos decidir sus propios objetivos. El hecho de tener un papel activo sobre los objetivos crea condiciones de vinculación y mayor conciencia de grupo, aumentando la participación y las capacidades de los miembros de los equipos. Sin embargo, la participación en los objetivos no es plana, podemos encontrar factores que influyen en los equipos como es el caso del tipo de recurso o la agencia respecto a los objetivos que imprimen cualidades diferenciales de calado.

Por un lado, existen diferencias respecto a la participación en los objetivos con respecto a su agencia, es decir, a quien los defina. Así se distinguen objetivos institucionales, los asistenciales y los definidos por los equipos. La relación entre los tres tipos de objetivos

no siempre es complementaria y es percibida como origen de posibles conflictos que afectan a la intervención y al funcionamiento de los equipos.

*G1 (E2): Yo creo que a nivel institucional no sé si comprenden cuál es nuestro trabajo real, a no ser que hayan tenido un familiar en esa situación y que hayan necesitado que un equipo de paliativos, o un psicólogo haya tenido que ir a intervenir en el duelo con un familiar y le han cambiado la forma de ver la vida. Si no han tenido esa experiencia no comprenden nuestro trabajo.*

*(PSI): Por ejemplo, ahora tenemos un caso, ahora, bastante reciente, en el que las necesidades que detecta el equipo no se corresponden con lo que la paciente y la familia quieren o están en condiciones de aceptar y, bueno, ahora en este momento estamos un poco a la expectativa a ver si tenemos que precisar de la asistencia social de zona para una intervención o no. La señora que debería de estar ingresada para mayor control de síntomas pero por problemas económicos..., pero la hija no puede darle ese cuidado que precisa en ese momento y tenemos ahí una dificultad.*

Otra diferencia que modula los objetivos de paliativos está relacionada con el tipo de recurso. Aunque el paraguas institucional y los programas sanitarios respecto a CP sean muy parecidos a grandes rasgos en cuanto a los objetivos, encontramos diferencias sustantivas entre los diferentes recursos, ya sean hospitalarios, de atención en los centros sociosanitarios o de intervención en domicilio. El tamaño de los equipos, los modelos de organización, el grado de autonomía de los equipos y su capacidad para tomar decisiones, pero sobre todo, la relación con los pacientes y entornos afectivos hacen que la participación en la definición de objetivos sea más o menos variable o flexible. Tal y como vemos en los resultados de la encuesta, existen diferencias respecto tipo de recurso.

**Tabla 20.** Resultados de la encuesta. Valoración en la participación en la planificación de objetivos de los diferentes recursos.

Participación en la planificación de Objetivos	Tipo Recurso Paliativos			
	Atención domiciliaria	Hospital general con camas asignadas de CP	Hospital general sin camas asignadas de CP	UCP en centro sociosanitario o equivalente
Ausencia de participación, vienen impuestos por la institución o por el coordinador.	10,9%	13,0%	4,8%	6,3%
Participamos en la definición y evaluación de pocos objetivos comunes.	12,7%	13,0%	11,9%	7,1%
Participamos en la definición y evaluación de algunos objetivos comunes.	31,9%	20,3%	31,0%	30,4%
Participamos en la definición y evaluación de muchos objetivos comunes.	21,8%	30,4%	26,2%	36,6%
Prácticamente todos los objetivos son discutidos, consensuados y evaluados por el equipo.	22,7%	23,2%	26,2%	19,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

### 5.3.1.3. La explicitación de la dimensión de equipo como un objetivo en sí mismo

La dimensión de equipo es transversal y evidente en todos los equipos de CP. Sin embargo, en muchas ocasiones se percibe como algo que viene dado por la multiprofesionalidad de los componentes, pero no se explicita como una dimensión autónoma del propio trabajo de paliativos. Cada profesional aporta su propia especialización (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, trabajo administrativo...), como saber autónomo y además un saber teórico y/o práctico sobre la condición de equipo, pero esto no hace suficiente la configuración de un equipo. Para que exista un equipo, no sólo es necesario explicitarlo, si no invertir tiempo, recursos y herramientas en su propio desarrollo.

En muchas ocasiones y de manera muy dependiente al desarrollo de CP en cada región, o bien ni tan siquiera existen equipos, como es el caso de algunas unidades que se encuentran mimetizadas con otras especialidades o se componen de dos personas, o el equipo no se explicita como un elemento en sí mismo, es decir suficientemente enunciado, significado y sistematizado.

*G3 (M2): Claro, antes éramos tres y cuando íbamos juntos pues se veía como más equipo, como más los tres, pero ahora somos dos y bueno... Y la verdad, nos presentamos así, nos gusta que nos identifiquen como equipo, porque nos sentimos también nosotros así, yo creo que denominar las cosas por su nombre también influye, ¿no?*

Debido a la importancia de la dimensión de equipo en los CP, se torna vital su explicitación como un elemento relevante en sí mismo. La explicitación del equipo, favorecería previsiblemente una planificación del trabajo más optimizada y un mayor cuidado al paciente.

*G1 (M1): Yo creo que a diferencia de otras disciplinas de la medicina, el abordaje integral del enfermo es tan importante que si lo hiciéramos solos nos quedaríamos cortos. No se puede olvidar la esfera clínica, la esfera psicológica, la esfera espiritual, la esfera técnica, y...todo eso hace que tengamos que trabajar juntos, estamos condenados a hacerlo.*

En primer lugar, los equipos deben ser significados. La interdisciplinariedad plana puede constituir un efecto óptico de trabajo en equipo, pero a menudo con eso no es suficiente. Para la existencia de un equipo se necesita una conciencia compartida de formar parte del mismo y todo lo que eso implica y además una serie de herramientas y recursos puestos a disposición del propio desarrollo del trabajo en equipo. Lo primero suele producirse de manera informal o con apoyo institucional; las percepciones personales de los profesionales de paliativos se transfieren mediante un proceso de socialización y de negociación interna al propio equipo que determina las opiniones y actitudes de los profesionales que componen el equipo. En ese sentido, cada profesional y/o equipo llevan una mochila cargada de ideas, valores y experiencias que determinan su posicionamiento respecto al equipo. Ese proceso de socialización se produce de manera más visible en la discusión sobre los objetivos de los equipos en los que de manera inevitable emergen visiones acerca de la naturaleza de los CP y posiciones subjetivas respecto a su desarrollo.

*(PSI): hay una autopercepción de equipo y, quizás, porque hemos coincidido bastante en los objetivos y en la forma de abordarlos, o sea, no es difícil, en todo caso se te puede escapar algo que alguien puede entender de otra forma, pero no, no, no hay mucha divergencia en esta visión holística de la persona, en la que todos cuidamos, todos buscamos la mejor forma de hacerlo, quizá no estamos teniendo la misma línea, también es difícil que las cuatro personas del equipo tengan una línea parecida, ¿no?*

Además, la acción institucional puede fomentar el proceso de enunciación de los equipos a través de la formación o la sensibilización del proceso de toma de conciencia de equipo. Es el caso por ejemplo del efecto de las jornadas, seminarios, cursos de formación, etc., que se han realizado en Cataluña por medio de algunas instituciones privadas, donde se percibe una mayor conciencia de equipo entre los entrevistados.

Como vemos, el sentido compartido y discutido se construye a partir de la definición de objetivos. Estos se explicitan de manera más o menos visible en el día a día de un equipo de trabajos paliativos, pero también parece necesario tener una discusión explícita y medible sobre los mismos, que visibilice los puntos de consenso y/o disenso internos a los equipos para facilitar su resolución. Esta reunión especial de definición de objetivos y planificación del trabajo (plenario) conviene que tenga un lugar específico en la planificación anual de los equipos y un formato también especial apoyado de metodologías para la discusión y el acuerdo que permitan la evaluación y el reajuste a través de indicadores.

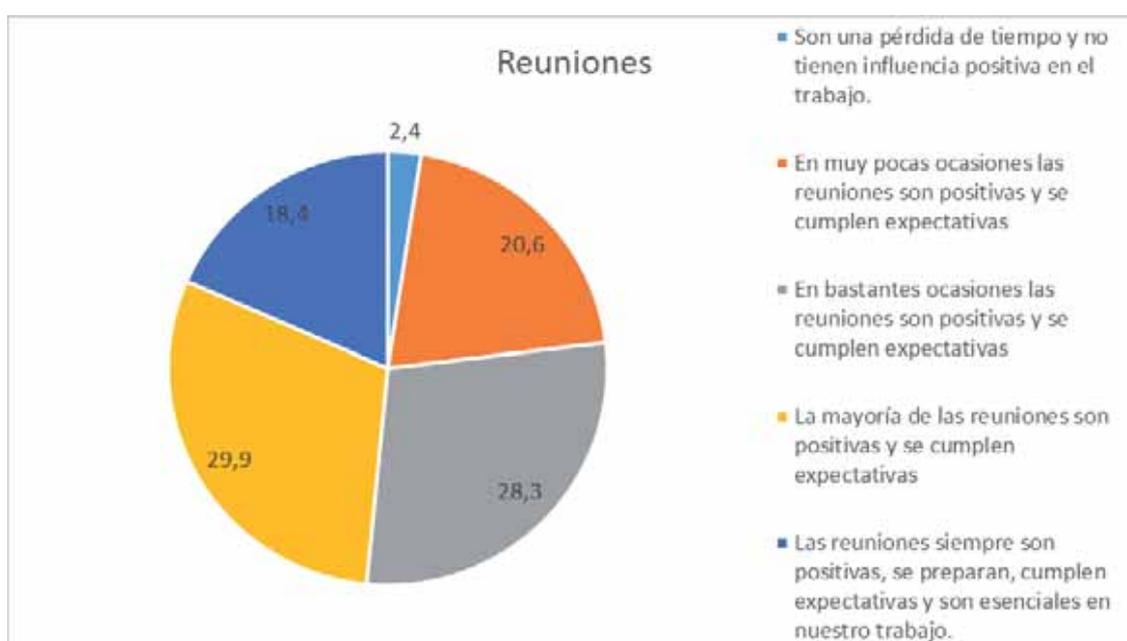
### **5.3.2. Las reuniones como espacio de organización de los equipos**

Cuando hablamos de trabajo en equipo directamente lo asociamos a reuniones, y los CP no son una excepción. En la organización y dinámica de los equipos las reuniones vertebran gran parte de las relaciones intraequipo y es una de las producciones más importantes del trabajo en equipo. Un equipo produce reuniones eficaces o ineficaces, más o menos operativas, pero las reuniones es el lugar donde un equipo planifica el trabajo, se toman decisiones, se evalúa, se distribuyen las tareas y funciones. Para determinar la buena salud de un equipo, el bienestar de sus miembros y la capacidad de trabajar en equipo un indicador clave es la calidad de sus reuniones y si cumplen con las expectativas que se esperan de ellas. Las reuniones son una producción colectiva y de

su preparación y calidad, que incluye metodologías y dinámicas, dependerá gran parte de las realizaciones del equipo y su capacidad para conseguir objetivos.

La valoración generalizada de las reuniones por parte de los encuestados es relativamente baja, muchos de ellos apuntan que son una pérdida de tiempo o que en muy pocas ocasiones las reuniones son positivas. Esto es un mal indicador sobre el estado de salud de las reuniones, que se debe principalmente a problemas de carácter organizativo o de diseño de las mismas.

**Gráfico 21.** Resultados de la encuesta. P5) Las reuniones.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Además existen un número de variables que determinan el funcionamiento de las reuniones. El tipo de recurso, número de integrantes del equipo y disciplinas que lo integran, la carga asistencial, los horarios o los años de funcionamiento son variables que definen el tipo y frecuencia de las reuniones de los equipos y hacen difícil encontrar patrones que se repitan debido a estas diferencias. Tal y como vemos en el siguiente gráfico los profesionales de los centros sociosanitarios y de los hospitales con camas asignadas de CP, valoran de manera más positiva las reuniones.

Llama la atención que quien dispone de espacio asistencial común y estable, valora más los tiempos estables y comunes que suponen las reuniones. El contexto espacio-temporal, una vez más, se delimita como central.

**Gráfico 22.** Resultados de la encuesta. Valoración de las reuniones por tipo de recurso.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Ese mismo dato es reforzado por las evidencias del análisis cualitativo. Las diferencias entre los distintos tipos de equipos, respecto al tamaño y al tipo de recurso, determinan la periodicidad y tipología de las reuniones. Al analizar la información nos hemos encontrado con diversidad de percepciones respecto a las reuniones, como reflejan las entrevistas. Percepciones muy negativas de las reuniones que van muy unidas a la visión general del equipo, y percepciones que enfatizan las virtudes del equipo en las reuniones reafirmando objetivos, la interdisciplinariedad, reconocimiento mutuo, participación. En los equipos pequeños, entre 4 y 8 personas, existe una mayor autorregulación y autonomía de las reuniones en función de necesidades y tienen mayor capacidad para incorporar temáticas intraequipo como conflictos, cuidados, escucha

activa. En equipos grandes advertimos una mayor especialización de las reuniones y búsqueda de operatividad.

*G1 (AE): Claro, nuestros centros tienen de treinta y dos a treinta y cuatro personas en tres turnos. Al final la complejidad del equipo es tan grande que posibilitar estar todos juntos lo puedes hacer una vez a la semana, como mucho, y vosotros lo estáis haciendo diariamente. Este es uno de los grandes líos, ¿no?*

*G1 (PSIC): Yo en mi caso, es que no sabemos trabajar en equipo <risas>. Yo me doy cuenta que las reuniones son muy poco efectivas, muy poco eficaces, al final nos salimos por los cerros de Ubeda. Salen cosas que no tienen que ver con los pacientes sino con los egos. Tanto es así que nos tiramos temporadas que nos cuesta reunirnos, eso, y que además están cambiando constantemente el personal por las oposiciones y todo esto... En la teoría sí, pero en la práctica yo lo veo complicadísimo.*

Respecto al contenido de las reuniones la prioridad más habitual es control de síntomas, aspectos psicosociales y aspectos organizativos. Algunos equipos, suelen ser los más consolidados, incorporan temas de formación, resolución de conflictos, investigación. Siendo el coordinador de equipo, el médico generalmente, quien habitualmente prepara y modera las reuniones.

*(PSI): Las reuniones son semanales, pueden durar hora y media o dos. Las de equipo... son reuniones en las que hacemos repaso de altas, ingresos, seguimientos, etc... Son repastos de las personas que se llevan en este momento, consensuando entre todos qué tipo de abordaje, qué es necesario en cada tipo de intervención del psicólogo o si de momento trabajadora social... Y en enfermería sitúan si hay conflictos, si hay algún problema o no, y entonces... Estamos todos pendientes de todos los casos de una manera constante, una vez por semana. De forma que cuando entras en un caso ya sabes, tienes esa referencia y has visto esa evolución.*

Otra pregunta relevante respecto a las reuniones de los equipos es cómo participan las diferentes disciplinas en las reuniones. De manera muy relacionada con la interdisciplinabilidad de los equipos, las profesiones que tienen menos peso son las que menos participan. La cuestión significativa en este sentido, sería averiguar por qué ocurre y facilitar herramientas de participación en las reuniones, que suelen tener mucho que ver con la información, pero poco con la toma de decisiones compartida

En todos los equipos las reuniones son asumidas como parte del trabajo a realizar, pero no hemos encontrado pautas comunes entre los equipos respecto a la preparación, diseño, metodología, dinámicas de las reuniones, ni en los mecanismos para sistematizar y traducir el trabajo de las reuniones. En palabras de los propios profesionales de CP, de la misma manera que se prepara un carro de curas, habría que preparar cada una de las reuniones para que no se queden al albur de los cansancios, etc...

La valoración sobre la calidad de las reuniones entre los profesionales está más condicionada por el ambiente general del equipo y dinámicas propias, que por criterios de racionalidad basados en el conocimiento de las reuniones como una creación grupal compleja.

### **5.3.3. Toma de decisiones en los equipos: democracia interna y liderazgos.**

En este apartado intentaremos descifrar cómo afecta la cuestión del poder dentro de los equipos de CP, asumiendo que dentro de todo grupo humano existen relaciones de poder y que es una de las constantes que definen y vertebran su funcionamiento, afectando directamente en el resto de interacciones, tanto internas, como en la relación con su entorno. Quién o quiénes, cómo y dónde se toman las decisiones son las preguntas que nos ayudan a entender el tipo de estructura de los equipos. ¿Quién lidera los equipos y en función de qué criterios se elige al líder?, ¿qué tipo de liderazgos se ejercen?, ¿la existencia de jerarquías en función de profesiones?, ¿composición y capacidades técnicas en la toma de decisiones?, ¿qué modelo organizativo subyace y cómo influye en la relaciones internas del equipo?, ¿la existencia de diferencias respecto al género, la edad, la clase social?, ¿el grado de participación y las metodologías que sirven para favorecerla? Para tratar de responder a estas preguntas y analizar las relaciones de poder en el seno de los equipos distinguiremos entre liderazgo, democracia interna en los equipos y toma de decisiones.

### 5.3.3.1. Liderazgo en los equipos de Cuidados Paliativos

Distinguiremos entre líder, persona en la que se deposita determinadas funciones de liderazgo dentro de un equipo y liderazgo o funciones de liderazgo, que son aquellas acciones dentro de todo equipo que son necesarias para que se puedan realizar las tareas y objetivos para los que ha sido creado. La percepción de los encuestados respecto a los liderazgos apunta a que en la mayoría de los equipos existe variabilidad respecto a las funciones de liderazgo.

**Gráfico 23.** Resultados de la encuesta. P7) funciones de liderazgo.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

Sin embargo, en las evidencias del análisis cualitativo emerge que en su origen y posterior desarrollo, el liderazgo en los equipos de CP ha recaído principalmente sobre la figura de los médicos, tanto de manera interna a los equipos, como de puertas afuera de cara a la representación institucional. Esto tiene una explicación de raíces históricas. Las primeras unidades de CP surgen de la iniciativa de médicos que identifican la necesidad de diferenciar la asistencia al final de vida como una atención singular y con determinadas cualidades que excedían las competencias y capacidades existentes. Por tanto, las primeras unidades de CP se componían principalmente de médicos y enfermeros, y la incorporación del resto de tipos de profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, etc...) se ha ido componiendo en función de los recursos disponibles y de la acción de las políticas sanitarias.

*(M): Durante muchos años he trabajado solo porque no había nadie. Yo sabía desde el principio cuando me fui interesando por CP que era importantísimo trabajar en equipo: para evitar burnout y para todas las cosas. Yo estaba interesado en iniciar, pero no tenía a nadie que se interesara. Hasta que vino un internista al servicio de medicina y al poco tiempo, hablando con él, resulta que él estaba interesado en CP y me dije: hombre, ahora es el momento.*

La composición originaria de los equipos determina en parte el liderazgo formal dentro de los mismos a día de hoy y la predominancia del rol de los médicos. Es recurrente encontrar en las entrevistas referencias al liderazgo de los médicos en el equipo, así como en la encuesta.

En muchos equipos la incorporación de profesionales para ocuparse de las dimensiones que no son exclusivamente clínicas ha tenido que ser construida por los propios profesionales a través del diálogo cotidiano entre las distintas profesiones y sus ámbitos de intervención. Hecho que confiere a los equipos de CP la autopercepción de que todos los profesionales son necesarios para alcanzar los objetivos. Pero el encaje de las diferentes disciplinas, a pesar de la aceptación por parte de todos los profesionales como imprescindibles, no conlleva que la relación entre disciplinas esté exenta de posibles conflictos o que las tradiciones o costumbres respecto a la asignación de liderazgos y cuotas de responsabilidad sigan pesando otorgando a la figura del médico un rol directivo no siempre consensuado.

*(E): En las reuniones se comenta bastante todo. En las reuniones semanales que hacemos, cualquier cosa que a él (médico coordinador) le llega de dirección, él lo comenta. Luego, a lo mejor, la decisión última si hay muchas diferencias de ideas puede tomarla él, pero casi todo se resuelve en el equipo.*

*G2 (M): Hay estructuras rígidas que cuesta mucho, eso es por el clasismo que ha existido siempre de los médicos: los médicos arriba el resto abajo. Yo me acuerdo cuando yo llegué a esta empresa, yo acaba de llegar, yo no conocía a nadie, no sabía cómo se coordinaba un equipo, nunca había trabajado en un equipo, salvo los tres meses que estuve en paliativos de (lugar trabajo CP-publico) y claro me dijeron que era el coordinador, yo no tenía ni idea de lo que tenía que hacer,...cualquiera de mi equipo lo hubiera hecho mucho mejor y ahora estoy contento, pero creo que no tiene sentido, entonces, yo lo propuse, cuando llegué propuse que por qué no podían ser enfermeras, trabajadoras sociales u otros estamentos y me dijeron que no, que no, que no, que no, y han tardado tres años, es un tema de jerarquías.*

En el ámbito sanitario, el origen y los criterios organizativos de la institución resaltan la figura del médico como líder formal dentro los equipos de CP. Esto sería generalizable a nivel estructural en el diseño y organización de los equipos de CP que provienen, en su mayoría, del mundo sanitario. Pero el carácter de la intervención que se realiza, atención integral al final de la vida, y la propia experiencia de trabajar en equipo ha permeado a los miembros de los equipos encontrándonos estructuras que se van flexibilizando por la propia inercia de los profesionales. Asumiendo que el trabajo colaborativo, la cooperación y el reconocimiento de todos los profesionales es una de las claves para el éxito de la intervención.

*(TS): Yo creo que el problema está en los profesionales que estamos esperando, de alguna manera, que el otro, que es el que tiene el rol de líder, te valide. Si esto lo difuminamos, yo creo que uno se atreve mucho más.*

*(PSI): Un ejemplo, pues la doctora hace la presentación del caso y nos explica la historia clínica. La enfermera si ya ha hecho la visita pues nos va diciendo cada semana cómo va esa persona, cómo evoluciona. Trabajadora social, lo mismo, va viendo la evolución al nivel que el paciente y el nivel familiar las necesidades que ha captado o las fortalezas que ha captado, que es dónde están las cosas bien. .. .Y entonces, a veces, se pide a la psicóloga que les dé herramientas a ellos pues por tipo de personalidad, por tipo de asentamiento, quizá no es tan necesario o rechaza el paciente la visita del psicólogo, entonces vas captando las indirectas para que ellos puedan actuar.*

En los equipos consolidados que ya tienen bagaje de trabajo interdisciplinar, podemos inferir que las relaciones entre profesionales se van igualando, o por lo menos, hay una tendencia a equiparar los pesos de las dimensiones en la atención. Observamos una tendencia, muy consciente y compartida entre los profesionales, a posibilitar el equilibrio en el peso de las distintas dimensiones. El hecho de compartir objetivos comunes, explícitos e implícitos, la motivación y vocación profesional, el compromiso y la sensibilidad hacia el trabajo que desarrollan, generan complicidades entre los profesionales que favorecen estructuras transdisciplinares de funcionamiento. En equipos “tipo” consolidados y con años de experiencia, la división de tareas y funciones se van acomodando y los profesionales tienden a complementarse. Y las funciones de liderazgo dentro de los equipos se van ampliando.

*(PSIC): El liderazgo que dices tú, quizás lo ejerce la directora médica, que es la que está en el equipo en el que estoy yo, ella es la que lleva más el liderazgo, lógicamente, pero aun así, en*

*las reuniones de equipo, yo creo que la figura del liderazgo tampoco es tan, tan relevante, quiero decir, estamos muy de tú a tú y siempre hay situaciones en las que la doctora, por prudencia o lo que sea, bueno, pues vamos a actuar de esta manera o vamos a actuar de esta otra.*

*(TS): En el equipo, ahora mismo, estamos en un momento lindo, porque ha surgido la oportunidad de más flexibilidad que para mí es algo que me llena de energía. Por ejemplo, con el tema de la coordinación vamos a hacer que la coordinación sea llevada por cada uno en diferentes momentos. Y yo creo que esto puede permitir ponerte en el lugar del otro y que nos pueda dar alas a los profesionales y esto es algo lindo... Yo creo, que lo que nos puede aportar es poder cambiar los roles dentro del equipo: nos puede ayudar a ganar flexibilidad; nos puede ayudar a ganar confianza; nos puede ayudar en desarrollar. O sea, para mí, la comunicación dentro del equipo es esencial y no se puede llegar a ella sino por la confianza. Entonces, el poder hacer este baile, yo creo, que da alas a permitir ir más allá.*

La composición de los equipos y los factores sociodemográficos son elementos fundamentales en las interacciones de los equipos. Como veíamos en la parte descriptiva del informe, CP se encuentran ampliamente feminizados, es decir hay una proporción mucho más alta de mujeres que de hombres en los equipos de CP y, además, la decisión y proceso de incorporación a la carrera paliativista determina una media de edad “media” y “alta” de los profesionales de CP. Estos dos factores, la edad y el sexo, influyen las formas de liderazgo dentro de los equipos de paliativos, debido a que son factores sociales de distribución de poder que se transfieren a los equipos.

Según algunos profesionales entrevistados se percibe que dentro del ámbito de los paliativos están cambiando las formas de entender los liderazgos y la incorporación de nuevas formas de organizar el trabajo. En algunos casos, esto coincide con la edad o el género de los componentes de los equipos, entre los discursos existen referencias a que la edad o el género de los médicos, por ejemplo, determinan el modo de ejercer el liderazgo.

*G1 (TS): Yo creo que hay que distinguir entre el líder y el coordinador. El coordinador es esa figura que marca la parte de autoridad jerárquica y no tienes por qué coincidir. El líder en los equipos no son esa figura de referencia de coordinador, o bueno, a veces sí.*

*G3 (PSI): El jefe tiene que mandar. .... coincide muy pocas, el líder dirige la manada, el jefe lo elige el político de turno o quién sea. Entonces, es el que sigue las normas y el líder es el que te dice: “vamos a saltarnos las normas, ¿no?”*

### **5.3.3.2. Toma de decisiones y democracia interna en los equipos.**

Partimos de que en la estructura interna el tipo de jerarquía de los equipos viene determinado por el papel que juegan sus miembros en la toma de decisiones y en las posibilidades de proponer o generar dinámicas de participación. Nos fijaremos en las diferentes dimensiones de la atención -física, psicológica, social y espiritual- y el carácter de sus decisiones, y el posible orden en la intervención. También en las decisiones derivadas de los diferentes objetivos y su lugar de procedencia: institucionales, asistenciales y del propio equipo.

El grado de democracia interna de un equipo dependerá del grado de concentración o dispersión del poder y dependiendo de su distribución, hablaremos de estructuras horizontales o verticales, entendiendo horizontalidad y verticalidad como dos puntos extremos de una misma línea que determina las direcciones que adoptan las relaciones de poder. Es decir, el tipo de interacciones que se producen respecto al poder dentro de los equipos ejerce influencia sobre el funcionamiento de los equipos determinando: la interdependencia o autonomía de sus partes; si los componentes tienden a la cooperación o la competencia; si se favorece el diálogo y la negociación, o en caso contrario, son relaciones autoritarias; la rigidez o flexibilidad interna; la identificación y cohesión con el equipo por el rol que se desempeña.

Pero las posibilidades de democracia interna de los equipos estarán condicionadas por la influencia del ambiente y el contexto donde desarrollan su actividad. El tipo de relación de los equipos de paliativos con la institución de la que dependen influye de forma directa en los objetivos, en el grado de autonomía de los equipos, en las posibilidades de innovación, el sentimiento de pertenencia y en la participación, motivación e involucración. Por tanto, para valorar el grado de democracia interna de los equipos no sólo analizaremos las relaciones internas entre los miembros de los equipos, si no que tendremos que tener en cuenta la relación del equipo con la institución directa en la que realizan su trabajo, las diferencias entre los diferentes tipos de recursos, los planes directivos y programas en los que están insertos, el grado de intervencionismo de la institución, la asignación de roles, el modelo burocrático, etc.

La asignación del médico como líder o máximo responsable existe y los propios médicos son conscientes. Aunque no se percibe especialmente como negativo. También aparecen liderazgos abiertos e inclusivos, que cuando son acompañados de dinámicas participativas que ayudan a que todo el mundo se sienta con legitimidad para proponer o participar de forma activa, distribuyen las funciones de liderazgo, siendo las reuniones de equipo un espacio clave en el que se objetivan las dinámicas de equipo.

La rotación de funciones y roles es vista como oportunidad y reto motivante, la experiencia del trabajo interdisciplinar es una realidad que puede favorecer estructuras internas horizontales para que los equipos de CP aprovechen mejor las posibilidades y oportunidades de trabajar en equipo. Sin olvidar que la inercia y autoreconocimiento de los profesionales de CP hacia modelos organizativos más inclusivos con todas las dimensiones de la atención debe ir acompañado por instituciones abiertas a establecer relaciones democráticas.

## **5.4. La dimensión social**

### **5.4.1. La dimensión temporal en los equipos de Cuidados Paliativos.**

#### **Un tiempo cualitativa y cuantitativamente distinto**

El tiempo se configura como un factor clave en la gestión de los equipos de CP en función de la cantidad y la calidad del tiempo que se da en las Unidades de Paliativos.

Por un lado el tiempo que se pasa el paciente en una Unidad de Paliativos siempre es indeterminado, en palabras de los propios paliativistas “se sabe cuándo se entra, pero no cuándo se sale”. Esto determina de manera directa el proceso de toma de conciencia y de decisiones que se produce en el paciente y en la familia, lo que en muchas ocasiones se encuentra influenciado por el desconocimiento de lo que es y significa entrar en una Unidad de CP. En ese sentido, el tiempo es un factor clave en la toma de decisiones que afecta de manera inequívoca al propio equipo, limitando en muchas ocasiones las posibilidades de consenso y forzando decisiones que repercuten de manera directa en el ejercicio del cuidado.

*G2 (M2): A veces no te da tiempo, ni a estar de acuerdo, en el sentido en el que cuando tú recibes a un enfermo paliativo en una unidad de CP habitualmente, que tú me envías, es que tú*

*has llevado a ese enfermo durante mucho tiempo y aquí por unas circunstancias tienes que elaborar un recurso y es que aquí nos enfrentamos delante de un enfermo que a lo mejor tiene un pronóstico a muy corto plazo, entonces, de inmediato ya tienes que tomar una decisión que a veces puede ser unilateral, porque es así, y que tampoco tienes que estar de acuerdo y habitualmente también entra el equipo porque entra enfermería que tiene su rol, entra el médico que tiene su rol, entra el psicólogo que también tiene su rol, pero tiene que ser más rápido en este caso, te da menos tiempo, tienes menos margen, pero si no cuentas con el equipo, en general, no sale bien.*

*G1 (AE): O tienes un ingreso como el que tuvimos nosotros ayer, que llegó a las seis de la tarde y se murió a las dos de la mañana. Por fortuna esto ha descendido, pero cuando esto es habitual...*

Por otro lado, el tiempo que se pasa en una unidad de CP no es un tiempo cualquiera. La calidad e intensidad del hecho existencial, produce un tiempo único en el que la “búsqueda de sentido” y “el cierre de asuntos pendientes” adquieren una importancia absoluta convirtiendo el tiempo que se pasa en la unidad en un tiempo único.

*(TS): El hecho de estar en unidades te permite acompañar a la persona y la familia, lo que ocurre es que los tiempos son diferentes. Entonces, algo que a mí se me planteaba al hacer el cambio a paliativos era el tiempo.*

Se observa una clara diferencia sobre el impacto del tiempo en la gestión de equipos de CP en torno a distintas variables. Por un lado, el tipo de recurso sanitario determina la cantidad y la cualidad de tiempo que se pasa en una unidad de paliativos. Sobre la cantidad de tiempo, este afecta por un lado a las derivaciones, se producen diferencias en cómo llegan los pacientes a las unidades de CP en función de dónde vengán y hayan sido informados y a dónde vayan, que determinan también el grado de conciencia que tienen sobre su propio proceso vital. Y por otro lado, la naturaleza espacio-temporal del tipo de recurso imprime a su vez características propias, no es lo mismo morir en el domicilio que en una unidad hospitalaria.

Por último, existe otra variable que determina el tiempo en los equipos relativa a la presión asistencial. A mayor carga asistencial menor es el tiempo dedicado a cada paciente debido a que se produce la saturación del equipo y el *burnout* de los profesionales, que determina de manera directa la calidad asistencial a los pacientes y familiares. Los recursos invertidos en infraestructuras y recursos humanos en las

distintas Comunidades Autónomas configuran diferentes niveles de volumen y carga de trabajo que impactan en el tiempo de los equipos y en su organización.

Parece importante instituir el tiempo como una variable independiente en el proceso de cuidado, es decir, como un elemento que a pesar de las dificultades en su medida determina de manera directa el resto de los factores que intervienen en el proceso de cuidado como son la toma de conciencia de la situación, la toma de decisiones y la planificación del trabajo en equipo.

Esto implicaría posicionar su análisis como un a priori en la planificación del trabajo en equipo desde una perspectiva multidimensional; responder a las preguntas: ¿Cuál es el tiempo del médico que barajamos? ¿Cuál es el tiempo del psicólogo, trabajador social, etc., respecto al paciente y la familia? y en definitiva, ¿Con que tiempo general y multidimensional se cuenta para un tratamiento pleno del proceso de muerte? Esto podría contribuir a matizar la sensación de incertidumbre que es innata a los procesos paliativos. Importa el tiempo de pronóstico, la distribución de tiempos en función de cargas de trabajo y el tiempo como oportunidad de encuentro en situaciones límite.

#### **5.4.2. Comunicación y transmisión de la información.**

La comunicación en los equipos permite la acción coordinada, aporta novedades, se comparten significados y se transmiten valores, pero también plantea exigencias y crea expectativas respecto a lo que se espera de los equipos. En el análisis distinguiremos los procesos comunicativos y transmisión de información intraequipo, la comunicación entre los equipos y los pacientes y familiares y además, la comunicación de los equipos con su entorno, otras áreas o servicios hospitalarios.

De esta manera se observan los siguientes flujos comunicativos en torno a los equipos de CP. Por un lado, el trabajo interno dentro del equipo y por el otro, el trabajo externo que se produce hacia la institución, la sociedad y el conjunto de la comunidad. Lo que parece relevante es que el trabajo interno no puede quedarse únicamente en el plano informativo, dicho de otro modo, la información será condición necesaria, pero nunca suficiente, para un trabajo interno significativo. Sin embargo, se pueden conseguir unos buenos niveles de derivación con flujos estrictamente informativos y unos buenos niveles de interacción con la sociedad básicamente comunicando la experiencia paliativa para conseguir un cambio de percepción sobre el significado del morir.

**Gráfico 24.** Flujos de comunicación en los equipos de CP.



Información y comunicación en el seno de los equipos

Fuente: elaboración propia

Los procesos de comunicación internos de los equipos se producen verbalmente en las reuniones, a través de informes, en los pasillos o en el cuarto de enfermeras, en la hora del café o a través del empleo de nuevas tecnologías. Por tanto, los procesos comunicativos están presentes en múltiples espacios y a través de diferentes canales, son la constante en la vida interna del trabajo en equipo, diferenciando entre la comunicación formal, aquellos espacios reglados e instituidos para la transmisión de información de los equipos, y la comunicación informal, aquella que surge sin programarla y que se da de forma espontánea.

En la mayoría de los casos, la transmisión oficial de la información intraequipo es a través de las reuniones, se produce paciente tras paciente y disciplina a disciplina, es decir, se realiza una ronda de profesionales para cada uno de los pacientes. Esto permite un acercamiento multidimensional a las condiciones clínicas, sociales y espirituales de cada paciente que se suele revisar posteriormente en cada una de las reuniones.

*(TS): Mira, las reuniones la hacemos semanalmente y son de una hora, hora y media, y sí que hay una preparación. La línea es casos que ingresamos, los casos que damos de alta, los seguimientos. Y desde cada profesional es aportar en las reuniones su mirada, cómo en cada*

*caso es importante mantener el objetivo. Yo creo que eso es lo que alienta, tener un objetivo y cómo ante ese objetivo cada uno va poniendo su engranaje.*

La transmisión de información intraequipo también se produce de manera informal y en los pasillos. Como decíamos anteriormente, este transvase de información en el cambio de turno en muchas ocasiones se produce en el tiempo personal de los profesionales, quince minutos antes o después de su turno. Esto, evidentemente no es una práctica sostenible que repercute de manera negativa tanto en el transvase de información como en las condiciones laborales de los profesionales, afectando en su conjunto a la globalidad en la atención al paciente.

*(AUX): Hombre, yo creo que...a mí me gustaría, aunque hay, pero me gustaría que hubiera un poquito más de comunicación, hay, eh, pero querría un poquito más de comunicación, en todos los equipos, lo que pasa, que claro, es difícil, porque antes teníamos un cuarto de hora de solapamiento de turnos y nos lo quitaron, seguimos pasando parte, pero a costa de que uno venga un poquito antes y el otro se vaya un poquito después, seguimos pasando parte a costa nuestra, pero se sigue perdiendo información.*

El sentido común apunta a que cuanto más sistematizado esté el proceso de transmisión de información, más efectivo será. Esto significa que aumentar y organizar los espacios formales de transmisión de la información y, en la medida de lo posible, que toda la información relativa al paciente quede registrada de una manera sencilla y clara mejorará la calidad del proceso de transmisión de la información y su recepción, igualando las condiciones de los profesionales para realizar la intervención.

#### **5.4.2.1. Información y comunicación entre Unidades**

El proceso de información con otras unidades se produce de manera escrita digitalizada o a mano y por supuesto también de manera verbal. La transmisión de la información en las derivaciones se produce de forma digital a través del software o la base de datos, pero se transmite la información exclusivamente de carácter clínico, es decir, que los aspectos psicosociales relativos al paciente y los familiares no se encuentran comprendidos habitualmente en el proceso de transvase de información. En este sentido, es importante diseñar de manera comprensiva la información recogida en el software a través de un análisis de las necesidades informativas de los equipos cuando se produce un ingreso.

*(AUX): Claro, el programa informático que tenemos no es bueno para enfermería, porque tenemos la mitad de historia en papel y la otra mitad en informático y están intentado, pues bueno poco a poco, actualizado y haciendo parches, para que podamos introducir todo lo de enfermería en la base de datos que tenemos, pero no, a ver, si tienes la historia de un enfermo, informáticamente, pues tendrías que abrir esa historia y allí tendría que salir todo, todo, hasta si ha hecho caca o no, y no sale, porque lo tenemos en papel. Pues eso tendría que estar ahí, y la información, pues no se perdería quizá, y ya están, enfermería lo está haciendo todo informáticamente, no por papel como lo hacemos nosotras muchas veces, las curas, todo, la recogida de constantes, todo, todo, todo, por ordenador.*

A este respecto los profesionales reclaman un sistema unitario de recogida de información que garantice la uniformidad de los contenidos, la organización y la transmisión de la información. También, sería necesario ampliar las categorías de recogida de información que superen el ámbito físico, proporcionando así cabida a la transmisión de la información de los aspectos psicosociales que afectan al paciente.

En un aspecto más comunicativo, es decir que supera el ámbito de la información mediante la asimilación de percepciones o normas sociales, también existen visiones estereotipadas sobre el sentido y la utilidad de CP desde otras áreas clínicas. Es bien sabida la relaciones de competencia que se producen entre las unidades de oncología y las de paliativos, relación que se encuentra mediada por la distribución asistencial y la competencia por recursos. En este sentido, las visiones sociales en el ámbito corporativo que se producen sobre CP muchas veces incurren en un imaginario de privilegio.

*G2 (M1): Entonces ellos pueden intentar retrasar este alta, pero la decisión final la tendrá el oncólogo; yo soy oncólogo ¿vale? y he trabajado en paliativos y las relaciones son generalmente difíciles, complicadas (risas de fondo) Porque oncología sigue teniendo inconscientemente la sensación de que le quitan los pacientes, ¿vale? Antiguamente oncología lo abarcaba todo, apareció primero hematología y le quito un trozo, luego apareció oncología radioterápica y le quito otro trozo, luego apareció paliativos y tienen una sensación como que ellos pueden hacerlo todo, y desde esa sensación que tienen de que ellos pueden hacerlo todo, no son capaces de darse cuenta de que hacen mal, claro, como no hacen nada mal, no pueden mejorar. Entonces, en general, a ver yo, yo me dedico a paliativos porque lo que vi en oncología no me gustó nada, y en (lugar trabajo CP) ocurre esto muchas veces, es muy difícil coordinarse en equipo con oncología médica, prácticamente imposible.*

También la frontera curar-paliar determina las visiones sobre los paliativos desde otras disciplinas clínicas.

*G2 (M2): Si, sí, sí, sí; el objetivo en sí del oncólogo de inicio es diagnosticar y tratar, o sea, ahí estamos y la frontera, o sea, el paso desde la azotea del trato a curar o cuidado*

Sin embargo, los propios entrevistados manifiestan que esto se produce en un ámbito superficial de juicio debido a la complejidad de las unidades y de las personas que trabajan en ellas, a la carga asistencial o a la necesaria adaptación a los cambios.

*G2 (M1): Llegas al domicilio y el paciente ya sabe que vas a venir, ya le ha comentado el médico de familia que vas a venir, no dejar al médico de familia fuera, sino introducirlo dentro, compartir visitas en ciertas ocasiones, todo esto hace que se pueda trabajar mucho mejor, trabajar en equipo, y nosotros hicimos este cambio en el PADES, nos ha llevado cuatro años. Ha mejorado mucho, de hecho incluso a nivel de números ahora están bajando los pacientes, nosotros vamos a morir de éxito como sigamos así. Porque claro, siguen mandando pacientes, y lo que a mí me frustra es que yo lo comente al resto de compañeros y la respuesta fue unánime, fue: ¡no!, que no deja de ser como la respuesta que a veces daba oncología a paliativos, porque cualquier cambio implique más trabajo a la gente le asusta, no sé...*

La comunicación con los pacientes y la familia se encuentra transversalizada en todas las dimensiones de la intervención implicando a todos los profesionales de los equipos. Acompañar y cuidar al final de la vida obliga a todos los que intervienen a ser parte activa en los procesos de gestión comunicativa. El cómo, cuándo y a quién se informa, la complicidad entre profesionales a la hora de manejar y transmitir la información, la coherencia y sincronía de los mensajes, la capacidad de generar canales de enunciación y escucha activa entre todas las partes es la base sobre la que se sostiene, en gran medida, la atención de las unidades de CP.

Se plantea que el proceso informativo no es sólo una intervención médica, porque el paciente recurre a otros profesionales para indagar o confirmar información, por lo que es necesario profundizar en la dinámica interdisciplinar para estas cuestiones tan delicadas.

La primera toma de contacto aparece como uno de los momentos clave en el proceso comunicativo, ya que puede ser la que enganche al equipo con los pacientes y familiares. La información controlada y cómo se dosifica, hasta dónde el paciente quiere saber, cuándo es el momento para que se activen los recursos y cómo se

comunican son cuestiones que los equipos miden en cada intervención. Es decir, cómo gestionar el proceso comunicativo para atender las necesidades de pacientes y de las familias cuidadoras.

*G1 (PSIC): Esto requiere un poco de tiempo, porque a veces hacemos las cosas pensando más en nosotros que en el paciente o en la familia o en la situación en concreto. Es algo que pasa con el ingreso, que empezamos un proceso, que a veces ni hay que empezar, el día que ingresa. Y hay que dedicar más tiempo a explorar y abrir los ojos antes de intervenir, porque a veces te cargas una relación con un paciente por eso.*

*G3 (PSIC): La comunicación, es otra cuestión que les llama muchísimo la atención en paliativos, cuando vas conociendo residentes que han rotado con nosotros y los ves después, les llama muchísimo la atención como nos comunicamos en paliativos con los pacientes, como se habla de la vida y como se habla de la muerte a una persona a los ojos, y eso les llama muchísimo la atención, porque habitualmente, se sale por ahí y no, no, no. Y aquí se habla, se habla con naturalidad...*

En muchas ocasiones los equipos de CP tienen que hacer frente al desconocimiento o al estigma de los CP. La primera labor comunicativa de los profesionales es pedagógica, informando sobre qué son los paliativos para generar confianza y complicidad. Resaltando la importancia de trabajar las emociones y la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones.

*G2 (M2): Depende de la información que tengan y depende de los conocimientos que tengan previos, todavía hay mucha gente que les hablas de paliativos, y no, no, mis padres no, que como vea lo de paliativos se va a morir del susto, eso es habitual.*

La comunicación de cuestiones de importancia como la existencia de un diagnóstico no conocido o una estimación del tiempo vital se realizan en las primeras evaluaciones y las estrategias se encuentran pautadas. Los procesos de toma de decisiones en este caso corresponden, como norma, al paciente a quien se trata de otorgar la total autonomía en la toma de decisiones, sin embargo, a menudo las decisiones se encuentran condicionadas por a priori en las posiciones familiares, como es el caso de un hecho recurrente que reportan la mayoría de los equipos como es la conspiración, o pacto del silencio, ante el miedo por la posible aparición de la muerte.

*G1 (M1): Yo tengo claro que hay que decidirlo entre todos. Tan claro, que nosotros lo escribimos en una hoja y quién lo decide es el enfermo o el familiar, así que, por supuesto. Eso sí, todos tienen que saber cómo en teoría se maneja el pacto de silencio a un nivel de intervención primaria: ¿por qué sí?, ¿por qué no?, ¿qué beneficios?, ¿cómo hacerlo? Igual que qué significa un medicamento, también se lo cuentas al familiar y lo pone él.*

La necesidad de espacios físicos específicos de CP adecuados para crear un clima propicio de comunicación, tiempos consensuados de carácter continuo y la estabilidad de los miembros de los equipos son factores de éxito en la comunicación.

*(M): Siempre hay correturnos o las suplencias sorprendidas del que cae enfermo, te das cuenta enseguida. El familiar al día siguiente te dice «ayer vino una enfermera, no debe ser del equipo». Los familiares se dan cuenta de quién es del equipo por la manera de ser, de actuar, por la empatía. Todo esto para mí forma una complicidad que si la explicitas el primer día lo ven.*

*(M): Aquí que sucede, que ven rápidamente que todos están igual, no más que por el hecho de estar en una unidad diez o doce enfermos terminales y sus familias. Aquella situación típica de los enfermos de las hospitalizaciones de agudos, donde el que se está muriendo es una cosa excepcional que no tiene nada que ver con el que se va a ir a casa o con el que se va quirófano a operarse de una apendicitis, hacía que se sintieran desprotegidos.*

### **5.4.3. Aspectos intangibles de la organización de los equipos: la gestión de los cuidados**

A nuestro entender el término “cuidados” aporta una riqueza que va más allá de su utilización en el ámbito estrictamente clínico. La operativización de estos cuidados dentro del equipo incluye actitudes que hemos reconocido como imprescindibles en el ámbito clínico, es decir, la empatía, la aceptación incondicional del otro como persona y la congruencia. Difícilmente se puede entender que un profesional cuida a los pacientes si la conducta con los propios compañeros de equipo no está teñida de las mismas actitudes comunicativas. El no cuidado a los compañeros del equipo acaba influyendo, desde el punto de vista terapéutico, en la relación con los pacientes y los familiares.

Los profesionales de CP están expuestos a situaciones y vivencias de gran carga y desgaste emocional. La empatía, la vocación y la exigencia del trabajo de los paliativistas les hace vulnerables ante situaciones de gran carga emotiva que sumado a determinadas situaciones personales o al impacto por las características particulares de

muchos pacientes, convierte la labor paliativa en un trabajo caracterizado por una alta intensidad. Donde la interacción entre lo profesional y lo personal suele estar, inevitablemente, muy marcada y de modo bidireccional

*(PSIC): Sí, sí. Yo tengo, cada vez más claro, que es un trabajo muy intenso, que además va coincidiendo con tu propia vida, con momentos y demás... No estás igual de predispuesto a sentarte al lado de una cama cuando has tenido problemas con tu pareja y estás hecha una mierda, ¿no? Conectar con el otro y acompañarle es mucho más difícil y eso también te dura mucho tiempo. O explicar a tu padre un cáncer cuando tú estás viendo todos los días gente igual. Es un trabajo muy complejo que coincide con cosas, por ejemplo, de tu propia vida. Lo que sí que creo que es fundamental es el cuidado, puesto que nosotros somos la herramienta, no solamente a nivel profesional, formación y demás, sino a nivel personal. Yo creo que es importante en algún momentos de tu vida haber hecho un trabajo personal profundo, y quién no lo haya hecho, perdonadme, pero apaga y vámonos. Yo lo creo profundamente, a sea, ¡o A o B o C!, ¡pero algo! Lo que habéis dicho de preguntarte por tu propia muerte, de pararte a pensar en tus conflictos personales, en tus historias vitales, en la relación con los demás, en el autocuidado, todo esto.*

Frente a estas características del trabajo paliativo, las estrategias colectivas de acompañamiento en los equipos o las dinámicas de cuidados se valoran de forma muy positiva por parte de los profesionales. Tal y como apunta el siguiente gráfico en la mayoría de los equipos se percibe un nivel alto de cuidados.

**Gráfico 25.** Resultados de la encuesta. P11) Afecto y cuidados.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

### 5.4.3.1. El equipo como fuente principal de los cuidados

Ante las situaciones de desgaste laboral y emocional que pueden derivar en *burnout*, las relaciones entre compañeros de equipos se convierten en un soporte de circulación de cuidados internos. Esa red de cuidados, formales o informales, conscientes o no, que se da en diferentes espacios, en las reuniones o en el coche o tomando un café, además de ser uno de los principales elementos de expresión de la cohesión grupal de los equipos, es una de las mayores virtudes que produce, en mayor o menor medida dependiendo de cada grupo, el trabajo en equipo en CP.

*G1 (TS): También, tanto en el equipo de soporte como el de domicilio solemos comer juntos (.). Yo creo que el momento café es muy importante, es donde notas cuando un equipo está unido o no, y no digo unido de ser pandilla, sino un espacio donde la gente puede hablar de todo, donde puedes hablar del paciente porque has tenido momentos duros o puedes hablar de otras cosas. Yo creo que el momento café y el momento comida son muy importantes.*

La circulación de cuidados intraequipo es una variable de los equipos que puede ser racionalizada, es decir, hacerse consciente en las interacciones como un factor de buen funcionamiento de los equipos aumentando el sentimiento de pertenencia y cohesión grupal. La dinámica del apoyo mutuo entre los miembros del equipo es importante porque sitúa en condiciones de igualdad a los miembros de un equipo, receptor y dador de cuidados, es una manera de relacionarte y situarte en condiciones de simetría. En este sentido, hay equipos que contemplan como parte de las dinámicas conjuntas de todos los integrantes tener espacios y tiempos concretos para el autocuidado ayudados de técnicas grupales facilitadoras. Esto permite explicitar los cuidados, escuchar y ser escuchado, visibilizar tensiones y conflictos o disolver falsas creencias.

*(E): Dentro de la reunión semanal hemos establecido, por ejemplo, un espacio de risoterapia que es, a veces, coger un video de YouTube y ponerlo como cierre de la reunión. Claro, después de la reunión que has hablado de pacientes que se han ido, de la gente y cómo lleva la enfermedad, familias, que van llenándote la cabeza enturbiándote: ese espacio te da aire.*

*(TS): Hay un espacio que hemos añadido que es para la relación e interrelación personal del equipo de forma específica y poder compartir desde cada uno, lo que nos ayuda, lo que nos da energía y lo que nos resta. Con una dinámica en la que cada uno está aportando qué le resta energía del equipo y qué es lo que le da energía. Esto nos ayuda a poner encima de la mesa,*

*que a lo mejor de forma personalizada costaría más, pero de esta forma sí que nos ayuda a poder comunicar y a poder transmitirnos.*

### **5.4.3.2. El cuidado desde las instituciones: la comprensión y valoración de los Cuidados Paliativos**

Los cuidados o la ausencia de cuidados no dependen sólo de los equipos. Cuando hablamos de cómo se sienten los profesionales de los equipos, las relaciones con la institución y con los pacientes y entornos afectivos determinan la percepción sobre los cuidados. La institución importa, y diríamos que es causa y efecto, en las condiciones de posibilidad en la economía de los cuidados. Cuestiones como las condiciones laborales, la carga asistencial, el tiempo, la asignación de recursos humanos y materiales, el diálogo entre equipo e institución son fundamentales para establecer el nivel de cuidados, pero destacaríamos, que entre los profesionales existe la creencia de que la institución no comprende el tipo de intervención que realizan CP y que la falta de cuidados empieza desde ese desconocimiento.

*(E): si te mandan a alguien a cubrir una baja (además, de pasarlo fatal) pueden echar por tierra todo el trabajo, la administración lo pone y son las profesionales de CP las que reajustan para que no se quede sola.*

En muchas ocasiones se desarrolla la percepción por parte de los paliativistas de que la institución no comprende la función de los paliativos, de que se da un desconocimiento de la institución sobre el trabajo que se realiza.

*G1 (E1): Por ejemplo, escribí una carta contando cómo había sido una intervención un día que no había suplente médico: que al día siguiente que no sé qué, a las tres de la tarde llamo a personal diciendo que al día siguiente no había médico, que de repente se te para el coche de un domicilio a otro, haces de gruero, de mecánico... El paciente muriéndose que no se quiere ir del domicilio. El familiar en negación, cuando el familiar no puede estar en negación si el paciente quiere estar en el domicilio. Y al final del día, la estadística es: he ido a tres domicilios; he hecho no sé cuántas llamadas. Y no se valora nada. Y en las cuentas salen que se han hecho tres domicilios, de los cuales una hora has estado esperando una grúa, pendiente de llamar al otro porque resulta que había que ir a otro domicilio...y no se valora.*

*G2 (M1): En este momento, a las enfermeras que se están incorporando a los ESAD las están contratando de lunes a viernes. No quiero hacer política, pero este es el cuidado que tenemos. Una enfermera que viene el lunes y...*

El origen y procedencia del síndrome de *bornout*, situaciones prolongadas de estrés ante factores derivados del trabajo, puede estar motivado por muchos elementos. El propio trabajo en equipo puede tener la doble cualidad de generador de mayor estrés o ser un elemento clave en la reducción del mismo. Pero según aparece en las entrevistas y en los grupos de discusión son la carga asistencial y la relación laboral con la institución dos factores claves para explicar el *bornout* en los equipos de CP.

#### **5.4.3.3. El cuidado desde los pacientes y familiares: reconocimiento y sentido**

Respecto a la relación con los pacientes y familiares, podemos afirmar que, a pesar del desgaste, los profesionales se sienten cuidados. Los resultados junto a las complicidades generadas de la intervención se traducen en devoluciones de agradecimiento y reconocimiento de su trabajo, convirtiéndose en un generador de sentido del hacer de los equipos que se revitaliza constantemente.

*G2 (M1): Dentro del drama de la situación que siempre se da, sí que puedes sentirte bien tratado, es decir, yo no digo el grado de satisfacción de ¡guau, estamos en paliativos que suerte tengo! Si no que me refiero, a prefiero estar aquí a estar allí. Cuando hablamos de grado de satisfacción nos referimos creo que a eso, ¿no?*

Formalizar los espacios de cuidado internos al equipo es una buena práctica que previene los conflictos y garantiza una sostenibilidad emocional de los equipos.

Es recomendable, como objetivo interno de los equipos, que la gestión del propio equipo sea transversal y rotatoria a todas las disciplinas, así se garantiza una representación de todas las sensibilidades, un conocimiento compartido sobre CP y una promoción de un modelo de liderazgo que permite una mayor otredad respecto al resto de profesionales.

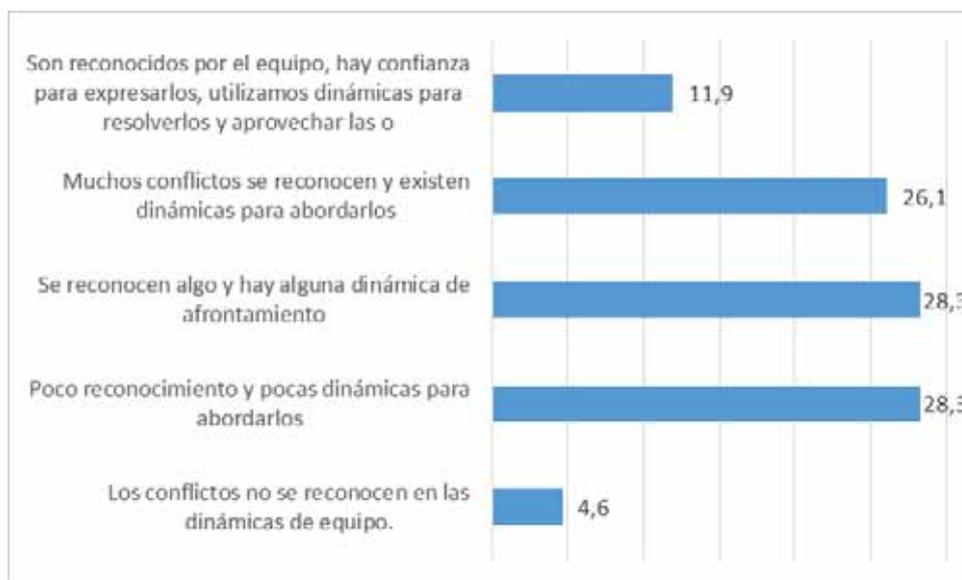
#### **5.4.4. Los conflictos: ¿problema o factor de evolución en los equipos de Cuidados Paliativos?**

En los apartados anteriores hemos identificado en los análisis de las entrevistas y los grupos de discusión algunos de los orígenes, realidades y espacios relacionales que son identificados como generadores de conflictos por parte de los profesionales: la relación con las instituciones y las políticas sanitarias, la asignación de recursos humanos y

materiales, la relación entre disciplinas y los diferentes roles dentro de los equipos, las relaciones de poder, las formas de organización del trabajo, la definición y participación de los objetivos comunes, la relación con otras áreas de sanitarias, etc... Ahora nos fijaremos en como los equipos nombran, interiorizan, resuelven y manejan las situaciones de conflicto.

Los conflictos son naturales e inherentes a los equipos; un equipo necesita de conflictos, porque son intrínsecos a las relaciones sociales que se dan en los equipos. Los conflictos suponen una oportunidad para el cuestionamiento del quehacer cotidiano que empuja hacia una mejor dinámica de los equipos. El conflicto es por tanto inherente a la actividad humana, la clave es cómo gestionarlo y para ello una cuestión fundamental es la enunciación y su posterior gestión. Los conflictos no sólo existen por sus causas objetivas, sino que para que puedan ser nombrados tienen que significarse, es decir, tienen que visibilizarse para que tengan entidad como tal, más allá de que estén latentes sean manifiestos o existan razones objetivas para que puedan aparecer. Según los resultados de la encuesta, los conflictos se reconocen en algunas ocasiones, pero la percepción generalizada es que se reconocen “algo” o “poco”.

**Gráfico 26.** Resultados de la encuesta. P10) El conflicto en la dinámica de equipo.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta *online*.

En el seno de los equipos la aparición de conflictos dependerá de la capacidad y la posibilidad de nombrar y enunciar las diferencias, los problemas o el choque de

intereses. En este sentido, el grado de autonomía y libertad de los miembros de los equipos para expresar e identificar los conflictos es un indicador del nivel de participación y democracia interna.

*G1 (AE): A mí me parece que hay muchas cosas que en los equipos no se hablan y que son determinantes para el trabajo que hacemos. Por ejemplo, la idea de muerte que tenemos.*

El impacto de una mala gestión de los conflictos puede producir que los equipos se puedan ver desbordados por asuntos no resueltos y romper con la dinámica de trabajo en equipo, pero cuando los equipos son capaces de integrar los conflictos como una oportunidad que permite evolucionar, el conflicto se convierte en un factor de cambio y en un potenciador del buen funcionamiento. La visibilización del conflicto gracias a herramientas y espacios formales para trabajarlos ayuda a que no sean vistos como algo negativo a evitar o esconder. La toma de conciencia colectiva de la existencia de conflictos refuerza la unidad de los miembros de los equipos evitando que situaciones vividas como un problema no se perpetúen, eliminando, a su vez, las posibles tensiones entre profesionales y en el equipo.

*G1 (AE): Lo que dificulta trabajar son los efectos que tenemos y no resolvemos, ¿qué es lo que me dificulta trabajar contigo?; hay veces que me cabreo contigo y no soy capaz de resolverlo. Entonces: ¿dónde tenemos los conflictos?*

En el manejo de los conflictos, al igual que con los cuidados, aparecen liderazgos naturales que toman la iniciativa en la gestión de los conflictos. Los roles de mediadores o facilitadores en el propio seno de los equipos son figuras claves tanto para la resolución de conflictos como para aprovechar las oportunidades que estos abren.

*(E): Yo desde que estoy allí no los he vivido explícitamente. Es un equipo muy maduro que lleva muchos años y no deja que se formen conflictos, no dejan que la cosa pequeña se haga grande. Hay una compañera que pone especial atención cuando en el ambiente se percibe algo en parar y decir: «¡oye, a ver cómo resolvemos esto!».*

Pero que los equipos tengan la capacidad para afrontar y gestionar los conflictos internos no descarta la necesidad de recursos externos para la resolución de conflictos, haciendo necesaria, en muchos momentos de la vida de los equipos, la intervención de mediadores o facilitadores neutros que no tengan relación con el equipo. Los conflictos

y su manejo exigen un acervo de prácticas y herramientas que se aprenden colectivamente.

*(E): Sí, es que estamos en un equipo fantástico. Nosotros tenemos unas horas de formación al año. El equipo ha renunciado a estas horas de formación en favor de una supervisión con un psicólogo. Él viene una vez al mes, creo que dos horas y media, y nos facilita muchísimo; nos facilita si ha habido algún conflicto cómo gestionarlo, casos que nos han afectado más. Es un espacio abierto.*

#### **5.4.5. Relación sociedad y muerte como factor determinante en la construcción de objetivos. La institucionalización del final de la vida y los profesionales de Cuidados Paliativos**

El desarrollo de la labor de los equipos de CP se encuentra en constante diálogo con la muerte como hecho social. Factores culturales, éticos, sociales, religiosos, económicos, políticos, territoriales e históricos, atraviesan nuestra concepción de la muerte y, lo que es más importante para los paliativistas, inciden en las actitudes hacia la gestión del final de la vida.

La relación entre CP y la concepción social de la muerte es dinámica debido a que la construcción social de la muerte delimita el ámbito de acción y los objetivos de CP en asuntos tales como hasta dónde llegar o cómo tiene que llegar la intervención, cuáles son los límites o las carencias de la misma. Y a su vez, la intervención de los profesionales y los equipos de CP determina las concepciones, expectativas, valores, creencias de los pacientes y familiares, así como de las comunidades en las que se integra. Es por ello, que los objetivos de CP han de ser dinámicos, ya que se construyen en base a la interacción sobre la muerte entre profesionales, pacientes y familias, la institución y la propia comunidad.

##### **5.4.5.1. El tabú de la muerte y la estigmatización de los Cuidados Paliativos**

Existe la percepción por parte de los paliativistas de que la sociedad en general no asume la muerte. Expresiones como falta de reflexión y preparación, ocultamiento, tabú, etc., predominan a la hora de significar la opinión de los paliativistas hacia la relación de la sociedad con la muerte.

El vacío que produce la falta de reflexión influye en la intervención de los equipos de CP, siendo clave en su trabajo proporcionar herramientas cognitivas que les permitan a los pacientes y a sus familias afrontar la situación de final de vida. Esta situación, motivada por el tabú de la muerte, en muchos casos hace que gran parte de la labor de los profesionales sea pedagógica y comunicativa, dando pautas sobre cómo gestionar la aceptación del hecho de la muerte, como cuidar el final de la vida, cómo hacer la despedida, etc.

La negación social de la muerte incurre además en la visión social de los paliativos. Entre los profesionales se repite la idea de que CP son vistos con extrañeza por la sociedad, provocada por la falta de conocimiento respecto al tipo de intervención que realizan y por el rechazo que genera todo lo relacionado con la muerte. También de agradecimiento por entender que se “sacrifican” por realizar un trabajo que se entiende más como caridad que como un derecho que los profesionales ayudan a que se ejerza.

*(M): Tanto la gente de la medicina como la gente que es del mundo sanitario suelen decir «¡por dios!, tú te dedicas a eso, cómo no te deprimas, cómo te gusta eso», a todos les resulta algo extrañísimo. A la gente le impresiona «qué labor tan grande, qué mérito tienes», pero suelen quedarse muy extrañados: por un lado, hay admiración porque es una labor muy buena; y por el otro, incompreensión por dedicarme a estas cosas y que me guste. Esos son los dos sentimientos que recibo, tanto de la gente como de los profesionales que no son de paliativos.*

*G2 (M2): Yo cuando hablo según con quién le explico lo que hago y a veces también te miran así un poco como diciendo este tío es un poco raro... (Jajá, risas) Y a mis hijos, por ejemplo, cuando iban al colegio y decían que yo me dedicaba a los cuidados paliativos, decían tu padre se dedica a cargarse a la gente, cosas así, conceptos.*

*Administrativo/a (AD): Cuanto más lejos pues... De hecho, estudiantes que venían a hacer prácticas y no tenían ni idea de los CP. Se te enfadan al encontrar aquí a la gente. Al principio hubo casos de no venir los estudiantes, venir uno sólo, el más valiente, para que les contara a los otros cómo estaban los enfermos.*

El estigma que se proyecta de CP por la incompreensión, desconocimiento o lejanía ante todo lo que tenga que ver con la muerte por parte de la sociedad, incluso por compañeros de profesión, refuerza la cohesión y sentido de pertenencia entre los profesionales. Entre los compañeros se encuentra una cierta complicidad no

exclusivamente laboral si no también personal debido probablemente a compartir un tipo de vocación similar.

La percepción de que los CP están estigmatizados por una parte de la sociedad no resta para que los profesionales de CP reciban de los pacientes y sus familiares reconocimientos y sean reforzados socialmente. Los profesionales también sienten agradecimiento, el boca a boca funciona, la comunidad reconoce que la atención que prestan es crucial en momentos de su vida muy importantes, eso se valora y también es percibido por el colectivo de paliativistas como un aliciente dentro de su día a día.

#### **5.4.5.2. El lugar de la muerte: sociedad, institución y Cuidados Paliativos. Retos y debates alrededor del buen morir**

La atención integral y de calidad al final de la vida es entendida como un derecho de ciudadanía, logro de reciente generación si atendemos a la historia y a la relación sociedad-muerte en las sociedades modernas. El derecho al buen morir es un derecho que se reconoce y que se ejerce a través de su institucionalización, es decir, en la medida en que las instituciones pongan los medios necesarios para que los miembros de la sociedad puedan utilizar los recursos públicos o comunes para tal fin.

Cuando hablamos de buen morir son muchos los debates que se generan socialmente: el alcance y uso de tratamientos, la eutanasia, la sedación, el grado de institucionalización de la gestión del final de la vida, devolver la muerte a la comunidad...

En la mayoría de las ocasiones, la acción de los equipos de CP oscila entre la definición de los objetivos institucionales y las necesidades singulares de cada paciente y su entorno afectivo. El lugar desde el que intervienen, les convierte en bisagra entre la institución que provee servicios y la sociedad que los demanda, asumiendo que desde los paliativos se puede contribuir a la reapropiación social de la muerte.

*(M): Yo creo que tendríamos que hacer proselitismo de la muerte, hacer educación. Yo creo que es el único, o el último, tabú que nos queda. En las escuelas en edades ya formativas de niños adolescentes: sexo, drogas, alimentación, buenas conductas de vida, trabajo en equipo a través de la experiencia en los deportes, convivir en casa y ayudar a los padres. Todo esto se está haciendo en las escuelas, pero de la muerte no se habla. Yo he tenido varias experiencias en un instituto y en una academia en Barcelona y es interesante.*

*(E): Retos hay muchísimos porque nuestros enfermos no votan... como no votan, ahí se pierde un montón. Cuando los políticos hacen sus discursos a estos los olvidan porque para qué. Es el gran titular: ¡para qué! A veces, hablas con la gente y te dicen «para qué vas a trabajar si se van a morir igual». El reto es que la gente entienda un poco el sentido que tiene el tener una buena muerte.*

Los paliativistas en calidad de expertos en diferentes disciplinas se ven expuestos a liderar debates como profesionales entrando en el terreno de la bioética, los valores y creencias, que pertenecen también al ámbito de la ciudadanía. Los profesionales de paliativos por su experiencia hacen de facilitadores de los debates aportando el conocimiento de cada disciplina, haciendo de puente entre las instituciones y la sociedad, en resumen, problematizando y profundizando. Estos debates y su repercusión, aunque puedan exceder su ámbito específico de trabajo, afectan y están presentes en los discursos de los paliativistas.

*G2 (M1): Por ejemplo, el tema de muchas veces, cuando hablan de la eutanasia, yo a la gente le planteo un caso en que al final es una sedación terapéutica, pero a nivel informal, ¡eh!, yo les planteo, mira, imaginaros un paciente, que es tal, tal, tal, tal, le damos esta medicación y el paciente muere ¿Eso es legal en España? Todo el mundo dice, ¡noooo!; sí, es legal. Muchas veces que la gente no tiene conocimientos, ves la tele y te planteas que cojones están discutiendo si no tienen ni idea, ¿no? Esto lo ves muchas veces, sí, claro que debiéramos ser parte, la gente debiera estar informada de lo que son los cuidados paliativos.*

La falta de reflexión ante la muerte de la sociedad puede derivar en la apropiación de la muerte y su gestión social por parte de las instituciones y las disciplinas que se encargan de generar conocimiento, ya sea por dar significado a los procesos al final de la vida o para intervenir con carácter paliativo. Este hecho puede reproducir la distancia de la sociedad ante la muerte, instituciones con pautas de actuación paternalistas y disminución de la autonomía para gestionar las situaciones al final de la vida de la comunidad. La tensión y el debate sobre cuáles son los límites de la acción de las instituciones y hasta dónde llega el derecho al buen morir está presente en la intervención, así como qué tipo de recursos y quién los gestiona para que la sociedad tenga la posibilidad y acceso a los recursos y las condiciones colectivas para gestionar el final de la vida.

*(M): Si toda la muerte se ha de desplazar a las instituciones no vamos a poder con todas. Un reto de futuro es reconducir y que la muerte sea una cosa natural en el ser humano. Que*

*fallecer en casa con el soporte de los equipos de PADES o la mejoría de atención primaria en la atención al paciente crónico y al final de vida, podría ser un reto para adaptarse a una situación en la que tenemos menos recursos.*

*(E): No es un vacío, es un tabú, que es peor que el vacío. El vacío es cuando no hay nada y aquí sí lo hay y lo hay cada día... Todo hace pensar que no está, se rehúye. Se cree que es mejor que te quiten arrugas, gimnasios estupendos que te ponen un cuerpo fantástico. Entonces, el envejecer, el ir deteriorándose, no forma parte del movimiento que estamos viviendo ahora.*

En este sentido, la comunidad de paliativistas juega un papel fundamental en el enhebraje y construcción de los objetivos respecto al derecho al buen morir. Como todo derecho, es la sociedad la depositaria de la definición, evolución y modulación para su materialización, pero los profesionales de paliativos, como parte de ese enhebraje, quieren formar parte de manera activa. Dentro del trabajo de los equipos de CP existe la necesidad, como parte de su labor, de proyectar hacia las instituciones y hacia la sociedad el conocimiento acumulado por la experiencia del día a día. Los objetivos de CP no pueden hacerse rígidos, son dinámicos y están sujetos a cambios sociales – económicos, de forma de vida, culturales, políticos, bioéticos-. La adaptación y la plasticidad de los objetivos a las necesidades de cada tiempo es una clave de satisfacción en el funcionamiento de los equipos de paliativos. Objetivos rígidos que no atienden a las necesidades reales que los profesionales ven en su quehacer diario puede ser fuente de conflictos y de desajustes en la intervención. En las entrevistas y los grupos de discusión hemos observado la demanda de espacios para que ese diálogo entre sociedad, programas y políticas respecto a los CP, las instituciones y los profesionales sea efectivo y reconocido como parte esencial de su trabajo. El entramado organizativo y burocrático para satisfacer el derecho al buen morir se percibe, en muchas ocasiones, como un bloqueo para mantener ese diálogo. La crítica ante la excesiva aplicación de parámetros y valores de empresa productivista que choca con las necesidades de recursos, por ejemplo el tiempo, y la autonomía y el margen de acción que necesitan los paliativistas para realizar su trabajo, subyace en los discursos. Los profesionales reconocen que en sociedades complejas como la nuestra es necesaria la racionalización organizativa, pero también sostienen que no se puede someter un derecho y la plasticidad dialógica necesaria para su materialización a modelos rígidos de organización o a apropiaciones con intereses distintos a la construcción colectiva de ese derecho.

*G2 Voluntario/a (V): Ése es un trabajo que no se puede medir en actuación, porque una actuación son cinco minutos y otra es una hora, se tiene que medir en el paciente. Que el paciente esté bien, haya muerto bien, haya sido bien atendido, o la familia...*

*(E): No, no, que va, para nada. Se hacen propuestas, pero no. Hay un Pla de Salut, este Pla de Salut lo elaboran equis personas y es de arriba a abajo, no es bidireccional. Incluso para mejorar los sistemas de evaluación, tanto el médico coordinador como la compañera que le ayuda en las tareas de coordinación, han mantenido reuniones para decir: «oye, pero de que estáis hablando».*

*(PSI) Lo malo para mí de todo esto es que muchas veces se hacen leyes, o se han hecho leyes, sin contar con los profesionales, (de fondo: eso toda la vida de dios) entonces, la idea está muy bien, la estructura teórica está muy bien, pero la funcional se va a hacer puñetas, tú no puedes contar, pero es que había médicos!, si claro, un médico que está todo el día en consejería, tú no puedes contar con él, un médico que está en consejería no puede estar todo el día en la calle.*

La conquista, ejercicio, consolidación y la traducción material e inmaterial de un derecho, como el derecho al buen morir, está sujeta al dinamismo de la sociedad y los posibles cambios sociales (económicos, formas de vida, culturales, percepción de la muerte), y en el caso de CP influyen e influirán en el despliegue y realización de su intervención.

Uno de los retos respecto a cómo se definen los objetivos de los CP, más allá de temas controvertidos o de moda, es generar los mecanismos para que todos los actores implicados en la implementación y definición del derecho al buen morir tengan una palabra que decir y que pueda y deba ser escuchada.

Los paliativistas pueden y, diríamos, deben poder aportar su bagaje y experiencia en enriquecer los debates alrededor del final de la vida y en la construcción social y evolución del derecho al buen morir. Para ello, es necesario borrar los prejuicios, tabús y estigmas sociales alrededor de la muerte y los CP, ya que cuando la comunidad hacia la que van destinados los servicios de CP reconoce el porqué de su trabajo la mirada cambia.

Uno de los objetivos que según los paliativistas deben formar parte de las tareas y funciones de los equipos de paliativos es fomentar la comunicación y transmisión de su

trabajo con las comunidades donde desarrollan su intervención. La labor pedagógica que pueden realizar los equipos de CP con las comunidades, aparte de la intervención con pacientes y entornos afectivos, puede ser uno de los pilares facilitadores de la consecución de ese buen morir.

## 6. DISCUSIÓN

Son muchos datos, en un estudio tan amplio y con metodologías tan variadas (encuesta, entrevistas, grupos de discusión, apoyo en revisión bibliográfica, etc...). No obstante, lo que más nos ha enriquecido, realmente, ha sido el proceso de deliberación colectivo desde el GT SECPAL y con nuestros dos colaboradores, que nos ha permitido, contrastando los resultados investigados con la bibliografía y con la experiencia de los coinvestigadores, detectar los hilos conductores de lo que íbamos descubriendo y profundizar en su descripción.

Hemos agrupado las distintas reflexiones en algunos bloques, sin pretensión de ser muy rigurosos en la clasificación, dado que muchas de ellas podrían también estar incorporadas en otros apartados, precisamente por la complejidad del asunto que tenemos entre manos. Hemos preferido reflejar la riqueza de lo encontrado que diferenciar categorías excluyentes. Vamos a ello.

### 1. INTRODUCCIÓN

1. No todo desarrollo profesional ha de hacerse en equipo. La literatura ubicada en la psicología social nos dice que *los equipos se utilizan cuando*<sup>54</sup> los errores acarrearán severas consecuencias, la complejidad de las tareas excede la capacidad individual, el contexto de tarea se encuentra poco definido, es ambiguo o muy estresante, se requieren decisiones múltiples y rápidas y la vida (o la calidad de vida, podríamos añadir), de otras personas depende de la percepción colectiva de individuos expertos. Llevar un avión a buen puerto, una cirugía cardíaca o la atención integral de un enfermo en fase muy avanzada indudablemente necesitarán de equipo y de trabajo en equipo.
2. Un equipo es algo que va mucho *más allá de una colección de individuos*. De hecho hay grupos<sup>55</sup> de personas que no se han convertido en equipo, realmente, al faltarles determinadas características básicas. Algunas tan sencillas y tan importantes como haber sido diseñados desde la misión y visión de la organización a la que pertenecen.

3. El equipo y el trabajo en equipo son elementos *indisociables de los CP* y de la filosofía inherente a los mismos. Son un hecho, una realidad, pero también herramientas indispensables que responden a una necesidad teórica y práctica y no solo a un deseo.
4. En los distintos discursos y representaciones sociales, el equipo y el trabajo en equipo son realidades ampliamente aceptadas, al menos teóricamente, a la hora de describir la estructura y dinámicas institucionales de *múltiples organizaciones* y no solo en instituciones sanitarias.
5. Se diferencia claramente entre lo que es *un equipo*, como unidad específica creada para llevar a cabo una tarea u objetivos concretos, de lo que es *el trabajo en equipo*, como forma de entender el trabajo y el conjunto de interacciones necesarias asociadas: formas de relación, distribución de poder, cooperación y coordinación, valores compartidos sobre la tarea, etc. Ahora bien, la existencia de un equipo, independientemente de su composición, *no garantiza ni la existencia ni la calidad suficiente de trabajo en equipo*.
6. La *multidimensionalidad* de la realidad humana, la propia complejidad que le acompaña y su afectación en los pacientes al final de la vida exige al menos una *mirada multiprofesional* desde el encuadre de los CP.
7. Desde la perspectiva histórica reciente, tanto en congresos, como en publicaciones, como en los pronunciamientos de organizaciones como la SECPAL *se ha construido un común*, en términos ideales, sobre la composición profesional de los equipos necesaria para una atención integral. En todos los discursos se refleja homogeneidad y coincidencia respecto a la composición del equipo ideal y completo, *composición plural* que pretende abarcar las disciplinas que mejor aportan a las dimensiones más significativas de la condición humana.
8. Los CP se van conformando con un *ethos* propio y común. La complejidad y profundización sobre el derecho a una buena muerte, las relaciones de

cooperación y coordinación entre disciplinas, una manera de cuidar y acompañar, etc., van señalando determinadas *señas de identidad* de los CP, un común impregnado de la construcción de un cuerpo ético y de *valores*. En los CP la dimensión ética tiene un peso fundamental y atraviesa a todos los profesionales y a la intervención que realizan. A ningún paliativista se le ocurriría proponer un ingreso en cuidados intensivos a un paciente en fase muy avanzada con el argumento de que "mientras hay vida hay esperanza". Ese común ya no es franqueable. No obstante, mientras que hay muchos trabajos que avalan la dimensión ética de la intervención con pacientes y familiares, son muchos menos los que reivindican un trato de igual a igual<sup>56</sup>, reconociendo al otro en condiciones de simetría moral y buscando un vínculo de respeto y diálogo auténticamente democrático. De todos modos, ya aparecen publicaciones en las que se resalta que el trabajo en equipo bien desarrollado y coordinado, intra e interequipos, no solo garantiza los mínimos, sino que favorece los máximos<sup>57</sup> morales.

9. Este común que se va construyendo y que admite también diferencias, obviamente, hace que *la motivación y la impregnación de la filosofía* paliativa sean una *condición necesaria para integrar un equipo* de CP, como elemento facilitador clave de determinadas dinámicas de trabajo de los equipos. Todo ello, invita a las instituciones a reflexionar acerca de sus métodos de selección de personal y de la necesidad de estabilidad de los equipos
  
10. Llama la atención que en las diecisiete preguntas de la encuesta, las tres que obtienen menor puntuación son las referentes a los recursos asignados desde los Programas a las necesidades asistenciales u organizativas, a la formación sobre trabajo en equipo y al reconocimiento y la gestión de los conflictos. Es decir, variables un tanto *externas* al cotidiano interactivo de los equipos (si no hay reconocimiento de conflicto, *no hay conflicto*, de lo que no se habla, no existe...). Sin embargo, las tres variables más puntuadas son la incorporación de los intereses de pacientes y familiares, las relaciones de género y el grado de colaboración y conocimiento entre profesionales, es decir, variables profundamente *relacionales*. Muchos profesionales afirman, de uno u otro

modo, que existen diferencias importantes en estas variables entre los equipos de CP y otros equipos del ámbito sanitario. Aquí, en la trama relacional, parece haber riqueza y una enorme potencialidad, una oportunidad diferencial que no deberíamos dejar pasar de largo.

11. Ya no funciona el hombre orquesta -en realidad nunca lo hizo-, capaz de resolverlo todo, ni tampoco la mirada reductiva hacia una sola dimensión del ser humano que está al final de la vida. Ni siquiera funcionan intervenciones separadas unidimensionales si queremos hacer un trabajo a fondo. Aunque cueste reconocerlo, si el objetivo es atención integral, cada profesional necesita del resto de profesionales para hacer su trabajo. Para algunos es una cuestión de excelencia; para otros, sencillamente una prestación básica<sup>58</sup>.

## **2. COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS**

1. La composición de estos equipos no es uniforme y depende de modo importante *de la carga asistencial*, pero también del *tipo de recurso* en el que estén insertos. Las realidades y los criterios son distintos si el recurso es de ámbito hospitalario (con o sin camas asignadas), de tipo sociosanitario o de atención domiciliaria.
2. Estas diferencias también se deben al *origen y la historia específicas* de esos recursos. Algunos nacen de la iniciativa de algunos líderes carismáticos que expresan el quehacer paliativo desde su experiencia en estructuras y servicios hospitalarios; otros surgen de instituciones sociosanitarias de origen privado sin ánimo de lucro; algunos otros aparecen por decisiones institucionales dentro de una planificación exhaustiva, etc.
3. Históricamente, en nuestro medio, ha sido muy relevante el empuje que muchos profesionales dieron para que las instituciones reconocieran la necesidad de crear equipos específicos de CP y con dotaciones adecuadas. Muchos de los participantes en este estudio entienden que posiblemente el *carácter vocacional* del quehacer realizado y el *compromiso con la filosofía y la tarea* fueron un

factor central para esa toma de conciencia de las instituciones, lo cual también acabó impregnando a los equipos. No obstante, los equipos, con el paso del tiempo, tienden a institucionalizarse y a perder en parte el compromiso con la filosofía y la tarea.

4. Dos ejes fueron claves en ese empuje inicial, en esa reivindicación: la necesidad de contar con una *composición multidisciplinar* y la necesidad de tener equipos *estables*, con profesionales motivados.
5. Las variables mencionadas van a tener mucho peso en el *número* de profesionales, la *variedad de disciplinas* existentes y la *evolución* o anquilosamiento como equipos.
6. En estos momentos, no obstante, como ha aparecido reiteradamente en los grupos de discusión, el factor más importante que afecta a la composición de los equipos se encuentra en la *apuesta institucional* y la *asignación de recursos* ante las necesidades reales y las demandas de los profesionales de CP. Lo que se invierte y cómo se invierte es el indicador clave para determinar el interés en el recurso.
7. El 70% de los 452 encuestados *superan los 40 años* y, además, las tasas de permanencia en el sector son muy elevadas. Las lecturas pueden ser muy variadas. Equipos -por *edad* de sus integrantes- previsiblemente más maduros, y con muchos integrantes con abultada experiencia en el ámbito paliativista. También podría leerse como equipos con mayor riesgo de resistencia al cambio y menos autocrítica, por acomodación.
8. La relación entre *edad* y *profesión* también tiene particularidades. Veamos un ejemplo significativo. Que el 80% de los médicos encuestados sean mayores de 40 años y que el 60% de los psicólogos sean menores de 40, puede hablar de una diferencia generacional que se añade a la diferencia ya sustantiva del abordaje médico-sanitario y del psico-social, no fácilmente integrables.

9. La *feminización* de los CP es evidente. Un 77% de las encuestadas son mujeres. Desconocemos por la encuesta el género del líder formal del equipo. No obstante, en la parte cualitativa se nos dice de manera uniforme que los *líderes formales* de los equipos son *médicos y varones* y que, en ausencia de varones médicos, la líder sigue siendo la médica. En este caso, como en tantos otros, el poder está asociado a los varones y, comparando entre profesiones, a los médicos.
10. Esa sobrerrepresentación *femenina* de género se ve mucho más potente en la profesión de *enfermería* (88% de mujeres) que en la médica (51%), lo que probablemente condiciona a la hora de establecer vínculos profesionales desde el eje del poder y de los cuidados.
11. La percepción de los encuestados (es decir, de las encuestadas!) es que las relaciones *de género* son mayoritariamente bastante o completamente *igualitarias*. Puede ser un hecho, pero también puede ocurrir que no haya conflicto al no haber *contraparte*, de forma real o que se dé por bueno lo que existe, con toda la tradición histórica, sin mayor elaboración crítica al respecto. Algo a investigar con más detalle.

### **3. ALGUNAS DIFERENCIAS POR PROFESIONES (más allá de replantear los modelos de trabajo).**

1. En la encuesta, a la hora de hacer una valoración global sobre cuánto se trabaja en equipo, *no apreciamos diferencias significativas por profesiones*. Sí podríamos destacar que mientras los médicos que opinan que trabajan bastante o de manera cotidiana en equipo son un 71%, las enfermeras lo corroboran en un 61% de los casos, 10 puntos menos. Manejamos la hipótesis de que los profesionales que más suelen *liderar los equipos o las decisiones clínicas*, como pueden ser los médicos, suelen tener una *mayor percepción* de realizar trabajo en equipo, mientras que profesionales como las enfermeras, con más decisiones delegadas y menor participación en el proceso de toma de decisiones, las

puntuaciones serán menores. Liderazgo y participación en toma de decisiones suelen ser variables que influyen en la sensación de pertenencia a y de trabajo en equipo.

2. Es posible, no obstante, que la valoración de estar realizando trabajo en equipo sea superior en equipos de CP que en otros equipos asistenciales. De hecho, profesionales como los auxiliares administrativos o *los auxiliares* de enfermería, valoraron *enormemente el trabajo en equipo* que se realiza en sus propios equipos. El conocimiento que tenemos de muchas instituciones sanitarias nos dice que es muy posible que en otros equipos asistenciales su experiencia, en estos aspectos, sea muy diferente y a la baja, de forma diferencial.
  
3. También hay diferencias por profesiones en la *participación en las sociedades o asociaciones autonómicas o estatales de CP*, aun siendo una filiación amplia en los encuestados. El 87% de los médicos están asociados, pero tan solo el 62% de los trabajadores sociales, por citar un ejemplo, es decir, 25 puntos porcentuales menos. Estos mismos profesionales, también desarrollan reflexión<sup>59</sup> no solo en cuanto a sus competencias más específicas, sino también en cuanto a su vinculación con otras profesiones. Volviendo a la cuestión del asociacionismo, sí decir que una mayor asociación en colectivos multiprofesionales facilita el conocimiento mutuo y el vínculo interdisciplinar y nos aleja de visiones unilaterales de nuestro trabajo en equipo.

#### **4. ALGUNAS DIFERENCIAS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

1. Este estudio no pretende un análisis pormenorizado de los distintos recursos por Comunidades Autónomas, pero sí que permite atisbar *algunas tendencias* que pueden acabar teniendo incidencia en la composición y funcionamiento de los equipos. No es lo mismo, por ejemplo, que *se potencien unidades* en centro sociosanitarios (destaca Cataluña, 40% de los encuestados), con participación de profesionales del ámbito psicosocial, que se primen recursos como los Equipos de Soporte Hospitalario, sin camas asignadas (sobre todo en Madrid, 33%), en

los que la presencia de esos profesionales no está ni siquiera pensada, aunque se admita de manera excepcional la aportación externa de iniciativas de la sociedad civil (Equipos de Atención Psico-Social -EAPS- de la Fundación la Caixa, etc.). Son dos maneras de entender los CP, los equipos y el trabajo en equipo.

2. En la encuesta, a la hora de hacer una valoración global sobre cuánto se trabaja en equipo, *sí apreciamos diferencias importantes por Comunidades Autónomas*. La percepción de trabajar en equipo es mayor en el País Vasco, Cataluña y Comunidad Valenciana, mientras que la menor aparece en Galicia y Madrid.
3. Los profesionales nos han hecho percibir que hay *diferencias territoriales en la planificación* de la arquitectura institucional y en *los recursos aportados*. Esto se puede deber inicialmente a que la implementación de los programas y recursos ha sido desigual, pero entienden que ya no sirve como justificación. Insisten en la repercusión sobre la estabilidad, la sistematización en el trabajo en equipo y la definición y cumplimiento de los propios objetivos.
4. Varios profesionales sostienen que “el papel lo aguanta todo” y que hay programas regionales teóricamente sustanciosos con dotación de recursos paupérrima. Las diferencias *del dicho al hecho* al parecer son más significativas en unas comunidades que en otras.

## **5. ALGUNAS DIFERENCIAS POR TIPOS DE RECURSOS**

1. En la encuesta, a la hora de hacer una valoración global sobre cuánto se trabaja en equipo, la *homogeneidad de respuestas entre los profesionales de los distintos tipos de recursos* es bastante apreciable. No obstante, los profesionales que trabajan en el hospital, con camas asignadas, son los que puntúan menos en los niveles de "bastante" y "permanente" a la hora de valorar hasta qué punto consideran que trabajan realmente en equipo. Es posible que al ser una Unidad o *Servicio más del hospital esté más contaminado con la estructura y dinámicas particulares de esa estructura*, en la que el trabajo en equipo, de darse, se hace

básicamente con compañeros de la misma profesión (sesiones clínicas de Servicio, pase de guardia o de turno...), sin ser algo realmente destacable.

2. También llama la atención que los *recursos sin camas* de institucionalización (equipos de soporte en hospitales y atención domiciliaria) son los de *menor puntuación en valoración de asignación de recursos y de formación* en trabajo en equipo. Probablemente son los equipos menos *protegidos* institucionalmente pues son más *extraños* o disonantes con las estructuras asistenciales clásicas. No son *sus* camas, no son *sus* espacios, sino los de otros (los del equipo de planta en el que actúan como interconsultores o los del domicilio del paciente).
3. El escenario en el que se hace la intervención (hospital, centro sociosanitario o domicilio), marca también el modelo de equipo y los recursos necesarios y adaptados a ese entorno, pero sobre todo, determina el nivel de *institucionalización del proceso de final de vida* en cada caso. Las instituciones tienden a protegerse protocolizando los procesos de muerte dentro de las mismas, lo que deja un menor espacio en la creatividad para el acompañamiento final.
4. La cuestión de la *distribución del poder*, de las jerarquías y de las posibilidades de participación también están condicionadas por el tipo de recurso. Si el equipo está insertado en un hospital, con un mayor grado de complejidad organizativa y burocrática, allí se establecerán un conjunto de reglas y normas que los profesionales no pueden obviar. Distinto será en el trabajo domiciliario, en el que la interacción se realiza en contextos más dinámicos y necesariamente flexibles. Las interacciones entre los profesionales de los equipos se verán influenciadas por los distintos entornos institucionales. Por otra parte, conseguir equipos *horizontales en su dinámica* es complicado si la institución no tiene un funcionamiento participativo y democrático, porque esa actitud atraviesa todas las relaciones que se dan dentro de la misma.

## 6. MODELOS DE RELACIÓN INTERPROFESIONAL – EL VÍNCULO ENTRE LO BIOSANITARIO Y LO PSICOSOCIAL

1. El *nacimiento* de los equipos desde *modelos organizativos sanitarios* y con profesionales inicialmente centrados en las dimensiones más físico - biológicas, ha marcado una manera de componer y de organizarse los equipos con una presencia inicialmente cuasiexclusiva de *médico y enfermera* y con una manera de *vincularse entre ellos al uso de las organizaciones sanitarias* de las que provenían o en las que estaban insertos. Por un lado se establece un orden claramente *jerárquico* dependiente del médico; por otro focaliza la intervención en las variables *más físicas*, relegando a un segundo nivel las variables del ámbito psicosocial o espiritual.
2. Dentro del sistema sanitario estos acentos son mucho más claros en los *hospitales*. De hecho, los *límites interprofesionales* están más marcados en las estructuras hospitalarias que en las sociosanitarias o en las de intervención domiciliaria, razón por la cual suelen precisar de mucha mayor coordinación en estos escenarios.
3. La entrada de profesionales de otras disciplinas en los equipos de CP estaba mediatizada por el *rol característico del médico* dentro de las instituciones sanitarias y su manera de relacionarse con otras profesiones, lo que ha *condicionado el tipo de vínculo* entre los miembros de los equipos.
4. La *puerta de entrada* a la atención paliativa ha sido habitualmente la *sintomatología física*. En muchas ocasiones, médico y enfermera, a partir de esa primera intervención diagnóstica y/o terapéutica, ejercen de *filtro*, de llave a la posibilidad de atención específica en otras dimensiones más psicosociales o espirituales que no siempre viene vehiculizada a través de demandas, sino a partir de necesidades. Puede haber un cierto riesgo de arbitrariedad si los mecanismos –mal llamados- de derivación no están suficientemente protocolizados, con criterios claramente consensuados. Este tipo de decisiones,

no obstante, ya suponen un *ejercicio del poder*, aunque estén debidamente protocolizadas. En ocasiones, médico y enfermera pueden hacer una valoración multidimensional para la que no están suficientemente formados.

5. Que el objetivo sea *cuidar y acompañar* y no curar enfermedades, ya de por sí es un argumento para que sea insuficiente responder únicamente a la variable corporal o biológica de la persona. En CP, cuidar y acompañar no pueden obviar la realidad *multidimensional* de la persona y, de ahí, un abordaje al menos multidisciplinar. Desde esta perspectiva, nadie duda de la necesaria composición *multiprofesional* de los equipos.
6. La pretendida confluencia entre las distintas disciplinas se desarrolla con algunos *acentos problemáticos*: son distintos los lenguajes y enfoques, en ocasiones las prioridades y criterios asistenciales, la asignación de tareas y funciones intraequipo, los recursos asignados institucionalmente, la distribución de tiempos y un largo etcétera. Una deficiente gestión de estas dificultades puede acarrear *conflictos* que son interpretados a veces como incompatibilidad de perspectivas o desigualdades de poder.
7. En ocasiones, el origen de los conflictos radica en la *pretensión de propiedad* de algunos profesionales con respecto a su ámbito de intervención: el psicólogo de las emociones, el médico de la patología, el trabajador social de la familia, etc. Y más aún cuando el paciente refiere a un profesional preocupaciones que tienen menos que ver con el ámbito específico de trabajo del mismo. Pregunta al trabajador social: *¿Usted piensa realmente que estoy ya al final?*
8. La *cuestión del poder* es central a la hora de entender y perfilar las relaciones entre los distintos tipos de profesionales en los equipos de CP y permite conocer el grado de *coordinación y de cooperación* real intraequipo, así como el *peso de cada dimensión* en la atención.

9. La *desigual distribución del poder* dentro de los equipos puede deberse a la valoración que las instituciones hacen de cada disciplina, al prestigio social de las mismas, a la consideración que aportan los pacientes y sus entornos afectivos, al reconocimiento de cada disciplina en el ámbito académico, etc. También influirán variables personales como iniciativa, experiencia, etc., pero no podemos olvidar que los componentes antes mencionados tienen un marcado *carácter estructural*, con mucho más peso que el personal. De ahí la necesaria reflexión sobre el peso de lo estructural y lo histórico no solo en la composición, sino también en el funcionamiento del equipo.
10. Los equipos suelen ser conscientes de que las funciones de sus profesionales, urgidos por la presión asistencial y los pocos recursos, se centran en la *satisfacción de necesidades* actuales de los pacientes, pero se *olvidan* fácilmente *del enfoque preventivo* que nos demanda la OMS, aun habiendo factores de riesgo que nos piden una adecuada prevención secundaria.
11. La atención de los equipos de CP está *incrustada en instituciones* sanitarias o sociosanitarias con modelos *organizativos complejos*, que poseen su propio *bagaje histórico* de racionalidad organizativa altamente reglada y burocratizada, dentro de un *universo normativo* que los profesionales tienden a seguir e interiorizar. Por ello, los equipos de CP tienen que *conjugan los límites* que pone la institución con el grado de autonomía que necesitan para organizar el trabajo.
12. La acción coordinada de diferentes profesionales y disciplinas requiere de la creación de *modelos organizativos*. Es decir, saber qué tareas hay que realizar, qué personas las hacen, cuándo y cómo, cómo se establecen las decisiones, qué desarrollos son conjuntos, cómo se interactúa, qué significa apoyarse, qué nivel hay de coordinación o de cooperación, en función de qué parámetros...
13. Los equipos *desconocen realmente si funcionan desde un modelo multidisciplinar, interdisciplinar, etc.* La clarificación conceptual de estos

modelos permitiría determinar qué tipo de relación profesional se da en cada equipo, de cara a identificar líneas de mejora.

14. No hay consenso claro en torno a estas distinciones. Una de las propuestas más claras es de la Max-Neef<sup>60</sup>, que entiende, en cuanto a la relación entre distintas disciplinas, que hay...
  - a) **multidisciplinariedad**, cuando la labor se desarrolla entre diferentes disciplinas aunque no exista cooperación;
  - b) equipos **pluridisciplinarios** cuando se da la cooperación pero no la coordinación; además
  - c) la **interdisciplinariedad** se produce cuando existe cooperación y coordinación de manera simultánea y por último,
  - d) la **transdisciplinariedad** existe cuando además de coordinación y cooperación entre las diferentes disciplinas, éstas se integran y atraviesan mutuamente, difuminándose la parcelación y acotación disciplinar de cara a conseguir objetivos comunes.
  
15. Los equipos **multidisciplinarios**<sup>61</sup> sí que establecen una identidad profesional claramente jerárquica y definida; desde este esquema un equipo es la suma de competencias, pero no el conjunto de competencias compartidas.
  
16. Aparecen en la literatura muchas definiciones de trabajo en equipo **interdisciplinar**. Algunas tan generalistas como ésta<sup>62</sup>: es un proceso complejo en el que diferentes tipos de profesionales trabajan juntos para compartir experiencia, conocimiento y habilidades para tener impacto en el cuidado del paciente.
  
17. El modelo **transdisciplinar**, como decíamos, además de coordinación y cooperación entre disciplinas, exige que éstas se integren y atraviesen mutuamente, difuminándose la parcelación y acotación disciplinar de cara a conseguir objetivos comunes. Es posiblemente el modelo más acorde con los paliativos, porque está centrado en las necesidades de los pacientes y no en las

tareas o funciones de los profesionales. De todos modos, exige un alto nivel de experiencia, formación y reflexión al respecto. Y lo que parece claro es que necesita *cuidar los "comunes transversales"*, es decir, la comunicación difícil, la bioética, la detección multidimensional, el apoyo emocional, etc.

18. Existe una *tensión*, no necesariamente negativa, entre los distintos *paradigmas* desde los que se han construido las diferentes disciplinas de los equipos. El lenguaje, los acentos, los presupuestos, la antropología, la lógica interna, etc. son distintos en las profesiones médico-sanitarias que en las más de corte psicosocial. Esto puede llevar a un determinado diálogo de sordos.
19. Las distintas *culturas profesionales* pueden ser a priori una riqueza, pero también son una barrera<sup>63</sup> para el entendimiento y la colaboración mutuos. Se necesita entender los *mapas cognitivos* de otros miembros del equipo, que se han elaborado desde diferentes factores históricos, de clase social y de género. También acceder a las distintas técnicas y roles de los otros, para detectar áreas de solapamiento y posible complementariedad.
20. Las dificultades intraequipo son un reflejo también de las que existen *interequipos*<sup>64</sup>. No es una cuestión únicamente de problemas *organizativos* (planificación preventiva, vías de comunicación, accesibilidad interprofesional...), sino también de *interacción* (conocimiento y respeto mutuo).
21. Los profesionales de CP valoran de forma más positiva el trabajo en equipos *más pequeños*, en los que estén presentes profesionales de la mayor parte de las dimensiones, ya que permite una mayor autonomía a la hora de organizar el trabajo, sentimientos de pertenencia y cohesión grupal más potentes, la relativización del plano jerárquico, la posibilidad de asumir de forma colectiva las responsabilidades y decisiones y un cuidado entre ellos más visible, como valor añadido del trabajo en equipo.

22. Hay un tema de fondo clave en el que parece urgente profundizar aún más. Nos referimos al proceso de *clarificación de roles o de interacción entre los mismos*, que lleva a distintos modelos de trabajo en equipo. Ciertamente, como afirma O'Connor<sup>65</sup>, no todos podemos hacer de todo. Tampoco con respecto a lo psicosocial. La clave estará en que el centro realmente sea el paciente. Al menos parece importante que los distintos roles sean visibilizados, reconocidos y flexibles. No siempre un psicólogo sabe realmente qué hace un auxiliar administrativo o un médico conoce toda la dimensión del trabajo social, por citar algunos ejemplos. El *reconocimiento mutuo real* y no solo formal ayudará a la optimización de las interacciones.
  
23. Parece importante *definir* qué significa coordinarse, cooperar, complementar, parcelar, integrar funciones / tareas. Y qué deciden elegir los equipos al respecto y, obviamente, no por inercia. Parece ser que a mayor parcelación o menor integración de funciones / tareas, hay menor comunicación y mayor riesgo de aparición y mantenimiento de conflictos..

## 7. FORMACIÓN

1. La formación sobre cómo trabajar en equipo es considerablemente *reducida* y parece haber poca conciencia de que esto sea algo que también pueda *aprenderse*. En algunas Comunidades Autónomas la formación en este sentido es particularmente escasa.
  
2. El equipo es un *espacio de aprendizaje y un generador de conocimiento*. No hay mucha experiencia de reflexión de los equipos acerca de cómo se trabaja realmente en equipo. En otros temas, las *dinámicas de autoformación* son muy útiles, pero esta dinámica no se extiende a la reflexión y el aprendizaje sobre lo que es trabajo en equipo. A priori, facilitarían al menos un lenguaje común y unas claves compartidas.

3. *Falta conceptualización teórica y criterios y modelos* que pudieran ayudar a evaluar a los equipos en su funcionamiento. De todos modos, simplemente *realizar la pregunta de cómo trabajamos* en equipo y qué variables intervienen, ya sería una herramienta de desbloqueo y también, por tanto, un importante avance.

## 8. LOS OBJETIVOS

1. El objetivo principal y general, formulado y reconocido en todos los discursos que hemos analizado es la atención global, integral y de calidad a pacientes y familiares. La *aceptación de ese objetivo de carácter general*, que estructura las formas de organización y los medios para que se pueda alcanzar, *recae sobre la comunidad social* y su provisión, en gran medida, es transferida a las instituciones. Ahora bien, la definición externa (social o institucional) de ese objetivo general no exime a los equipos de CP de la responsabilidad de formular objetivos propios como equipo o de que los objetivos generales tengan que ser *traducidos por los equipos para que se puedan materializar*. Del mismo modo, en cada paciente y en su entorno afectivo los objetivos generales se tienen que adaptar a las necesidades y preferencias de cada caso.
2. Podemos afirmar la necesidad de los miembros de los equipos de CP de tener *objetivos explícitos claros y comunes* que orienten la acción y que sean objetivables y medibles. Los objetivos claros *permiten el compromiso y la identificación* con el quehacer del grupo, así como la posibilidad de modular su trabajo en función de criterios y parámetros evaluables.
3. La cuestión de los *objetivos comunes de cada equipo* -más allá de los objetivos generales paliativos- es un factor de análisis y desarrollo de los equipos, pues nos ayuda a conocer la existencia de una *conciencia grupal compartida* sobre las metas a conseguir, sobre cómo lograrlas y sobre cómo poder incidir en el funcionamiento de los equipos.

4. Sin embargo, la relación entre lo que podemos denominar objetivos *internos* de los equipos y objetivos *externos* que derivan de la institución no está exenta de *tensiones* y, en muchos discursos, es percibida como fuente de conflicto. Un conflicto reconocible proviene de la dificultad en los equipos de incorporar parámetros de evaluación y organización que exige la institución y que no tienen la plasticidad suficiente para abordar la complejidad y los intangibles del tipo de intervención que se realiza en CP.
5. La mirada de los profesionales de los equipos de CP choca con formas de *organización rígidas, excesivamente burocratizadas* y sistemas de evaluación que no son sensibles al conjunto de situaciones que se dan en las intervenciones. También choca, por otro lado, cuando la dirección en la planificación, definición y evaluación de los objetivos es exclusivamente de *arriba hacia abajo*. Los objetivos que “vienen dados” sin la posibilidad de abrir diálogo real y no solo formal entre profesionales e institución es uno de los factores de riesgo para la desmotivación y frustración en las dinámicas internas de los equipos.
6. Es importante que los equipos puedan *participar en la definición* de objetivos. Y también en los criterios de evaluación, porque en muchas ocasiones los profesionales se quejan de la dificultad de incorporar parámetros de evaluación para aspectos poco tangibles pero muy relevantes.
7. Los objetivos *de la institución, los del equipo y los asistenciales no siempre son congruentes* o proporcionados. La participación en el diseño de objetivos, en cualquiera de los tres niveles, facilitaría la congruencia o proporcionalidad de los objetivos.
8. Los objetivos *definidos por el equipo* tienen mejores resultados en las evaluaciones porque están más presentes en cada actuación del equipo y tienen la posibilidad de testar continuamente la realidad sobre la que intervienen, *dando sentido* de equipo y aumentando los procesos de *identificación* con el

mismo. En la misma línea, los objetivos realmente compartidos<sup>66</sup> van a facilitar la cooperación frente a todo intento de competición interna.

9. Otra cuestión importante, que también tiene que ver con ese "común" que se va gestando, son los *objetivos implícitos*, es decir, aquellos que se encuentran en la filosofía y funcionamiento habitual de los equipos y que no se definen formalmente, como por ejemplo, las dinámicas informales de apoyo mutuo, cómo se gestiona la información asistencial, qué se entiende por "*buena muerte*"... Muchos profesionales de CP encuentran mayor margen de satisfacción, significación y adaptabilidad de la intervención en los objetivos implícitos que en los explícitos. Esto puede ser debido a que ante la necesidad de acompañar y cuidar desde la singularidad de cada paciente y familiar, la no explicitación permite flexibilidad, variabilidad y adaptación. Pero también tiene riesgos... Lo que la literatura sugiere es, precisamente, plantearse explícitamente la gestión<sup>67</sup> de esos implícitos...
  
10. Parece interesante la *explicitación de esos implícitos* por dos razones. En primer lugar, para potenciar la parte aprovechable de los mismos o para rectificar lo que ya esté anquilosado o no cuestionado. En segundo lugar, para facilitar la incorporación de miembros nuevos, porque les ayudará a situarse en claves importantes para ese equipo que, de otro modo, al desconocerlas pueden ser fuente de conflicto.

## **9. LAS REUNIONES**

1. Hay mucha *variabilidad* en la opinión sobre la *validez* de las reuniones, como herramienta del trabajo en equipo. Curiosamente la valoran de forma más positiva los profesionales de recursos con *espacios* disponibles y estables, como los centros sociosanitarios o las unidades en hospitales con camas asignadas. Es posible que la presencia de espacios estables, comunes y accesibles está correlacionada con la valoración positiva de *tiempos* estables, comunes y

accesibles como pueden ser las reuniones, al convertirse en facilitadores de la comunicación.

2. Los equipos *más numerosos* tienden –por necesidad- a *formalizar* más las reuniones; los equipos pequeños intentan autorregularse y flexibilizar, pero tienen el riesgo de no promover y optimizar suficientemente los espacios de reuniones formales, necesarios también para los profesionales que no están tan dentro de los circuitos de afinidad.
3. La *participación* en las reuniones es *muy desigual*, en función de la disciplina del profesional. Se necesitan mecanismos que favorezcan la participación de todos los profesionales que a ella acuden, independientemente de su ámbito de conocimiento o experiencia.
4. El grado de *preparación previa* (orden del día, etc.) o/y la *metodología empleada* son dos indicadores útiles para evaluar el aprovechamiento de esta mediación que son las reuniones.
5. Un tema central que aparece en la literatura y no así en los respondientes de nuestro estudio tiene que ver con la *inclusión de lo biográfico* en las reuniones de equipo, habitualmente distorsionadas por el énfasis de lo biomédico. Según algunos estudios compartir a fondo la historia psicosocial ayuda a construir relaciones positivas entre los miembros del equipo, utilizando los relatos<sup>68</sup> como herramienta pedagógica interesante.
6. La *percepción de las reuniones* tampoco es la misma entre *algunas profesiones*. Un estudio interesante de Mahmoud-Yousuf<sup>69</sup> revela que las enfermeras valoran más las reuniones formales, mientras que los médicos prefieren el diálogo informal *ad hoc*, aunque al parecer una combinación de ambos da buenos resultados si todo el mundo accede de igual forma a la información.

## 10. EL LIDERAZGO (una determinada gestión del poder)

1. La *procedencia sanitaria* y la *composición originaria* de los equipos (básicamente médico y enfermera) determinan el liderazgo formal de muchos equipos y la *centralidad del rol del médico* en la estructura organizativa de los equipos.
2. Parecería muy importante revelar<sup>70</sup> las costumbres, creencias, inercias, etc., que sustentan las interacciones en los equipos que determinan la distribución del poder; si no las tenemos en cuenta, los cambios serán mucho más costosos. Las prácticas colaborativas innovadoras necesitan de ese conocimiento.
3. El *liderazgo organizativo* y el *liderazgo asistencial* no tienen por qué ser correlativos.
4. La *capacidad* de liderar un equipo *no la da la carrera* de medicina, ni la de psicología, ni la de enfermería... Tampoco la *expertez* en tu ámbito de intervención. Puedes ser un magnífico cirujano y no tener ninguna capacidad de gestionar el Servicio de Cirugía...
5. Los *liderazgos compartidos*, aunque no sea formalmente, son más habituales *en equipos más consolidados* y un tipo de organización<sup>71</sup> muy a tener en cuenta.
6. El hecho de tener una media de edad alta en los equipos y el hecho de su feminización también inciden en los liderazgos. Los *factores sociales de distribución de poder* (varón y no demasiado joven) *se transfieren a los equipos*.
7. Afortunadamente, en los equipos de CP se empiezan a percibir otras *formas de liderar* y de trabajar en equipo, distintas a las habituales en el sistema sanitario. Problematicando y profundizando sobre qué es el trabajo en equipo de forma interdisciplinar hay, incluso, profesionales que empiezan a hablar de otras

formas de ejercer liderazgo. Estos cambios pueden ser debidos, en gran medida, a la presencia mayoritaria de *mujeres* en los equipos, a su forma diferente de entender el poder y los cuidados y a la llegada de profesionales que incorporan *herramientas* que favorecen la cooperación, herramientas de participación y liderazgos múltiples y ayuda mutua entre profesionales.

8. Una cosa es admitir que no son prescindibles profesionales de otras disciplinas y otra bien distinta es generar *relaciones de simetría*, auténticamente horizontales y exentas de conflictos. Puede *haber cercanía afectiva* y, *a la par*, *asimetría* en un manejo de los liderazgos no democrático.
  
9. La *participación* activa de los profesionales de un equipo, dentro de una *estructura organizativa democrática* ayuda a que las capacidades y habilidades de los profesionales se potencien favoreciendo, a su vez, las sinergias de equipo. Esta afirmación sirve no solo para equipos asistenciales, sino también para otras formas de organización y colaboración<sup>72</sup> en el mundo paliativo. Las relaciones y formas de funcionamiento democráticas dentro de una institución son un factor determinante de motivación que permea a los equipos, influyendo en las condiciones de funcionamiento de los mismos.

## **11. LOS PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES (otra determinada gestión del poder).**

1. Los procesos de toma de decisiones son un indicador clave de la distribución y ejercicio del poder en los equipos. Parece importante avanzar hacia modelos de *toma de decisiones compartida*, lo que favorece el sentido de pertenencia y la cohesión grupal. Nos pueden enseñar algo esos modelos de toma de decisiones compartida<sup>73</sup> ya trabajados en la interrelación profesionales - pacientes.
  
2. Los procesos de *democracia interna* en los equipos están mediatizados por el *tipo de institución* a la que pertenecen y las relaciones que se establecen con la misma.

3. Estructuras más *horizontales y participativas*, aunque tengan tomas de decisiones jerarquizadas, permiten *modelos más inclusivos* de todas las disciplinas en los equipos multiprofesionales.
4. Hay estudios que avalan que cuando la toma de decisiones clínica *integra la línea biomédica y biográfica*, existe mayor satisfacción<sup>74</sup> en los profesionales.
5. Puede ser útil diferenciar la *toma de decisiones clínica de la organizativa*, tanto en los *procesos* de decisión como en las *personas* que lo lideran.

## **12. LA VARIABLE TEMPORALIDAD**

1. El tiempo *cronológico* (siempre tan escaso ante la presión asistencial) y el tiempo *como oportunidad* (ante los límites que impone el final de la vida) exigen una *gestión* adecuada del mismo.
2. Las *diferentes disciplinas* necesitan *tiempos distintos* para su intervención y ello exige también *acuerdos* en la distribución de tiempos grupales.
3. Los modelos organizativos han de tener muy en cuenta tanto la dimensión *espacial* como la *temporal*. El vehículo de un equipo de atención domiciliaria ejerce, a modo de ejemplo, la función de micro-sala de reuniones y la utilización del tiempo de transporte puede ser optimizada para los objetivos de planificación asistencial o de autocuidado de los profesionales, por seguir con el ejemplo.

## **13. INFORMACIÓN – COMUNICACIÓN**

1. Los procesos de *transmisión de información* intraequipo se realizan de manera *formal e informal*, sin embargo parece muy importante sistematizarla y registrarla de tal modo que pueda ser *accesible* de manera sencilla a todos los

profesionales que vayan a intervenir. En la literatura aparecen algunas experiencias de evaluación unidisciplinar pero que tienen un objetivo también de transmisión de información multidisciplinar<sup>75</sup>.

2. La transmisión de la información, como es lógico, ha de recoger todas las variables *multidimensionales* precisas. Es importante llegar a acuerdos, porque los *lenguajes y paradigmas* entre disciplinas pueden ser muy *distintos*.
3. En la *comunicación con otras Unidades de no-paliativos* es importante ser consciente de que también los lenguajes, paradigmas y prioridades pueden ser muy distintos, lo que puede llevar a un *insuficiente entendimiento* entre equipos y profesionales.
4. Los profesionales han de tener en cuenta que en los aspectos comunicativos, tanto intraequipo, como con pacientes y familiares, las *emociones* pueden tener un peso muy importante. Por ejemplo, ante el estigma social que algunos escenarios mantienen ante a los CP o ante la información pronóstica.
5. Los equipos, en su organización, han de gestionar adecuadamente tanto los *espacios como los tiempos* a la hora de abordar la *comunicación difícil*. No se puede manejar un pacto del silencio en un pasillo, obviamente.
6. Algunos estudios afirman con contundencia que el *factor de éxito* por antonomasia en el trabajo en equipo es, precisamente, una buena<sup>76</sup> comunicación intraequipo. Y otros nos avisan de que a peor comunicación, peor salud mental<sup>77</sup> del mismo, con el deterioro y sufrimiento que ello supone.

#### **14. LOS CUIDADOS PARA EL EQUIPO**

1. Un equipo sano *integra los cuidados*. La incongruencia de cuidar a los pacientes y no cuidar las relaciones interprofesionales difícilmente se sostiene.

2. Los profesionales que han participado en este estudio valoran la existencia de cuidados en sus equipos. Casi  $\frac{3}{4}$  reconocen al menos un nivel medio de cuidados.
3. Hay equipos que contemplan como parte de su dinámica conjunta tener *espacios y tiempos concretos para el autocuidado*, ayudados de técnicas grupales facilitadoras. Los equipos pueden ser fuente de cuidados, pero también de un enorme malestar.
4. Muchos equipos sostienen que su propia institución desconoce realmente el contenido y particularidades de su trabajo y que *la falta de cuidados institucionales empieza en ese desconocimiento*.
5. El *burnout* de los equipos no se explica tanto por la dureza del afrontamiento de la muerte de los pacientes como por la *carga asistencial y la relación laboral* con la institución.
6. Un buen número de personas entrevistadas *echan en falta la formalización de espacios de cuidado internos al equipo*, una buena práctica que previene los conflictos y garantiza una sostenibilidad emocional de los profesionales y del equipo en su conjunto.
7. La *circulación de cuidados*, manifiestos o latentes, entre los profesionales de CP parece ser un factor de éxito dentro de los equipos.
8. Un alto nivel de exigencia en los profesionales lleva a hacerles más vulnerables en situaciones de gran carga asistencial y de frustración por no poder ofrecer una atención de calidad. Cuidar desde los conocimientos de cada disciplina, la experiencia acumulada o el trabajo formal en equipo son herramientas que posibilitan mantener el equilibrio necesario para realizar la intervención.

9. La *salud mental* de los profesionales va a depender también de tener procesos comunicativos adecuados, encuadres afectivos serenos y dinámica de cuidados, todos ellos satisfactores privilegiados de necesidades internas que no podemos obviar.
10. Existen experiencias de apoyo a los equipos interesantes y validadas, como puede ser la presencia de *coaching*<sup>78</sup> *para equipos en dificultades* en el National Health Service británico.
11. Otra experiencia interesante son *los relatos*<sup>79</sup> como herramienta pedagógica en el entrenamiento del equipo, para la captación de la singularidad de cada disciplina y también de cada manera de hacer las cosas. Conocer los entresijos y aportaciones de cada disciplina es una manera de cuidar al equipo.
12. El cuidado de los equipos no solo se produce estando atentos a los factores de riesgo para minimizar su poder, sino también potenciando los *factores de protección*<sup>80</sup>, como herramienta crucial de apoyo.
13. La prueba más dura para un equipo -desde donde es más importante el cuidado y el autocuidado- hace referencia al encuentro con el sufrimiento refractario. Las claves que nos proponen Swetenham<sup>81</sup> et al. son claramente integradoras y de fondo: la cohesión del equipo, la convergencia de ideas filosóficas en torno al morir y al cuidado paliativo, un cambio de paradigma que integre claramente la dimensión psicosocial / espiritual y un más que necesario respeto a la interdisciplinariedad.

## 15. RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS

1. La mayoría de los que contestaron la encuesta admiten que los conflictos en el equipo *se reconocen tan solo “poco” o “algo”*. La no identificación, explicitación y expresión de los conflictos grupales es un indicador de un

funcionamiento inadecuado de los equipos. Una realidad no nombrada no deja de ser realidad.

2. La *gestión de los conflictos* puede hacerse *intraequipo*, pero en ocasiones ha de necesitar mediadores o facilitadores / *supervisores* externos que conozcan herramientas indicadas de gestión de los mismos.
3. Lo que denominamos como conflictos no emergen del devenir social de forma espontánea, como resultado de las contradicciones internas de un sistema, organización o grupo social. Los *conflictos* para que puedan ser nombrados tienen que *significarse*. Por tanto, miraremos los conflictos como construcciones que se pueden reconocer por medio de marcos interpretativos dentro de las relaciones sociales.
4. En el desarrollo de los equipos los conflictos son una más de sus *producciones que pueden ser interpretadas* de forma negativa o positiva. Cuando los equipos son capaces de integrar los conflictos como una *oportunidad* que permite evolucionar y mejorar las dinámicas de equipo, el conflicto se convierte en un modulador para aumentar los satisfactores de buen funcionamiento.
5. El tipo de *relación de los equipos de CP con la institución* de la que dependen influye de forma directa en los objetivos explicitados, en el grado de autonomía de los equipos, en las posibilidades de innovación, en el sentimiento de pertenencia y en el nivel de participación, motivación y compromiso.
6. Desafortunadamente son pocos los equipos que cuentan con herramientas de prevención y gestión de conflictos suficientemente contrastadas y sistematizadas. Y muchos menos cuando tras el conflicto o acompañándole hay una gestión emocional<sup>82</sup> complicada.

## 16. LA DIMENSIÓN SOCIAL: CUIDADOS PALIATIVOS Y SOCIEDAD

1. Los equipos de CP están *insertos en comunidades concretas* (el barrio, el hospital, etc.) que tienen una relación particular con la muerte, ensamblada por creencias, estereotipos, miedos colectivos, etc. y todo ello va a condicionar la vida del equipo de un modo u otro.
2. *En los equipos*, el que haya una *cierta homogeneidad* a la hora de valorar lo relacionado *con la muerte* genera una complicidad que te distingue de otros equipos profesionales y de otras instituciones sociales. Esta *complicidad* también puede ayudar a la cohesión grupal.
3. Los equipos cumplen y pueden cumplir un papel esencial *entre las instituciones y la sociedad* a la hora de problematizar y profundizar el debate en torno a la muerte y al morir. Tiene una *cierta responsabilidad pedagógica* de proyectar la reflexión y el conocimiento acumulados.
4. Desde esta perspectiva, sin negarla, *se trasciende la dimensión empresarial* y se avanza hacia parámetros de *responsabilidad social*.
5. La transmisión a las comunidades de su trabajo acompañando el buen morir, facilita que *esa información fomente el conocimiento y la accesibilidad de la Unidad de CP* a todo aquel que lo necesite. Una dimensión moral inequívoca.
6. La construcción social sobre el imaginario alrededor de qué es el *buen morir* delimita el ámbito de acción y los objetivos de los CP, afectando de forma directa a las políticas y programas sanitarios encargados de reglamentar la asistencia y los recursos humanos y materiales que se despliegan. En realidad, todas las dimensiones de la intervención y las áreas de conocimiento que entran en juego en los CP se ven cruzadas por la pregunta *¿qué es una buena muerte?*, pregunta que para los profesionales paliativistas se operativiza en la cuestión de

"¿cómo desde mi posición contribuyo a que la gente muera bien?" Esta pregunta es una constante en la mayoría de profesionales que hemos entrevistado o han formado parte de los grupos de discusión y está muy vinculada a la vocación profesional y, al parecer, elemento constitutivo en la composición de los equipos.

7. La cantidad de situaciones y momentos de *gran carga emocional* en la intervención con cada paciente y su familia, con sus biografías vitales singulares, hace que los profesionales inevitablemente se posicionen ante el final de la vida con sus *diferentes miradas*, desarrollando capacidades extras y a veces intangibles para trabajar en CP. La forma en la que la sociedad interpreta la muerte está presente en todas las entrevistas.
8. La crítica a la *falta de "madurez" de la sociedad* ante la muerte puede conducir a procesos de *legitimación de la apropiación de la muerte y su gestión social por parte de las instituciones* y los profesionales y disciplinas que se encargan de generar conocimiento al respecto, ya sea para dar significados a los procesos al final de la vida o para intervenir con carácter paliativo. Este hecho puede reproducir, sin pretenderlo formalmente, la distancia de la sociedad ante la muerte, con instituciones con *pautas de actuación paternalistas* y disminución de la autonomía de los ciudadanos para gestionar las situaciones al final de la vida de la comunidad.
9. La tensión y el debate sobre cuáles son los *límites de la acción de las instituciones y hasta dónde llega el derecho al buen morir* está presente en la intervención. La sociedad ha de tener la capacidad de decir una palabra sobre las condiciones colectivas necesarias para gestionar que el final de la vida sea realmente digno.
10. Los profesionales saben de la necesidad de ser el *hilo transmisor* de sus inquietudes y posibilidades *a las propias instituciones*, vehiculando así los intereses y necesidades que viven en el día a día a quien planifica y gestiona

recursos. Puede hacerse desde el equipo, aunque también, según los profesionales, desde las asociaciones profesionales a las que muchos están adscritos.

11. Los profesionales de los equipos saben que *les afecta en su intervención las concepciones e imaginarios de los pacientes y familias* en torno a la gestión del final de la vida y lo que son los CP. Conocen que la tendencia sigue siendo la ocultación de la muerte y que este vacío sobre la incorporación del final de la vida como parte de la propia vida influye en su intervención y aporta a su quehacer una responsabilidad importante en la labor pedagógica y comunicativa. Los equipos de CP saben que están en un *lugar bisagra entre la institución que provee los servicios y la sociedad que los demanda*, asumiendo que desde los CP se pueden fomentar estrategias que *"devuelvan la muerte a la comunidad"*.

## **17. DIFERENCIAS ENTRE LAS DIMENSIONES TÉCNICA, ORGANIZATIVA Y SOCIAL**

1. La agrupación de variables en el estudio cuantitativo nos llevó a la diferenciación entre tres dimensiones: técnica, organizativa y social. Llama poderosamente la atención cómo, en cuanto al trabajo en equipo, los profesionales puntúan con porcentajes altos y muy altos en las dimensiones organizativa y social, pero *no así en la técnica*, que agrupa la posibilidad de *interdisciplinariedad, como modelo o estilo de trabajo en común*, y la *formación sobre trabajo en equipo*. Pueden dos de las lagunas más destacables.
2. En la dimensión organizativa los médicos obtienen porcentajes altos y muy altos de valoración, mientras que las enfermeras los tienen más bajos. Posiblemente cuanto mayor responsabilidad hay *en la organización*, mayor conciencia hay de su importancia y de su capacidad de mejora. Como hipótesis, podemos admitir que *diversificando la responsabilidad organizativa obtendremos mejoras en la organización*.

3. Del mismo modo, la atención *domiciliaria* obtiene porcentajes *más altos en esta dimensión organizativa* que el resto de recursos, lo que invita a pensar que, aunque puedan influir otras variables como la existencia de equipos menos numerosos, a menor estructura mayor necesidad de una buena organización.
  
4. Igual que, como decíamos en la introducción de estas conclusiones, las preguntas vinculadas a lo relacional tenían respuestas más altas en la encuesta, asimismo la *dimensión social, interactiva* (cohesión, afectos, gestión de conflictos, cuidados) es *muy alta*, lo que nos habla de un potencial enorme, como recurso a repensar. No en vano, aparece *más dimensionada* en los profesionales con *más experiencia* profesional en paliativos y en los ámbitos menos hospitalarios y *más familiares* (domicilio y centros sociosanitarios), lo que nos invita a pensar que podría ser potenciada, precisamente, en los recursos paradójicamente más *inhóspitos* como son los hospitales.
  
5. Estas *tres dimensiones correlacionan directamente* en sus puntuaciones con la percepción de tener *objetivos comunes*, con la participación en los mismos y con la programación o planificación. La construcción de lo técnico, lo organizativo y lo social genera mayor vinculación con los objetivos del equipo, sean propios o de la organización, mientras que la falta de compromiso con esas tres dimensiones acaba repercutiendo negativamente en los objetivos. Es algo posiblemente obvio, pero da pistas importantes. Sin compromiso ni se conocen ni se establecen ni se trabajan explícitamente objetivos. Sin conocerlos, sin marcarlos y sin trabajarlos explícitamente, difícilmente puede haber compromiso en las tres dimensiones comentadas. Posiblemente, una vía de mejora significativa del trabajo en equipo empezaría por hacer participar a los profesionales en la planificación, diseño, establecimiento, desarrollo y evaluación de los objetivos del equipo. Una cuestión de corresponsabilización desde la tarea común y no desde la imposición externa.

## **18. CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS FORMULADAS**

En primer lugar, a la hora de valorar globalmente acerca de cuánto se trabaja en equipo, sí que se aprecian diferencias importantes por Comunidades Autónomas. La percepción de trabajar en equipo es mayor en el País Vasco, Cataluña y Comunidad Valenciana, mientras que la menor aparece en Galicia y Madrid. También se aprecian algunas tendencias diferenciales entre comunidades, en función de la prioridad que se da a unos recursos frente a otros, algunos de ellos con mayor composición de profesionales que intervienen específicamente en lo psicológico y/o en lo social. Los profesionales sí que tienen claro que las decisiones institucionales de cómo y cuánto se asignan los recursos repercute en el trabajo en equipo. En algunas comunidades se quejan de que esa asignación de recursos es diferencialmente muy pobre.

En cuanto a la segunda hipótesis, afirmar que no hemos apreciado diferencias significativas por profesiones en cuanto a la valoración global sobre cuánto se trabaja en equipo, aunque algunos datos, como ya hemos explicado, son al menos llamativos (10 puntos de diferencia entre médicos y enfermeras a favor de aquellos a la hora de valorar hacer bastante trabajo en equipo o de manera cotidiana, por ejemplo),

Si analizamos la tercera hipótesis, la valoración global de los profesionales acerca de cuánto se trabaja en equipo, analizada por tipo de recurso en el que trabajan, los datos cuantitativos aportan resultados muy homogéneos. Aparecen, no obstante, algunas tendencias llamativas. Los profesionales de las estructuras hospitalarias, con camas asignadas, son los que menos puntúan en los niveles altos, quizás porque la propia dinámica hospitalaria hace menos visible o valorable el significado de lo que es trabajar en equipo. De igual modo, los recursos "sin camas" son los que perciben menor cuidado institucional (asignación de recursos y formación) que favorezca el trabajo en equipo. También los equipos que están insertos en instituciones, frente a los que hacen su trabajo en la comunidad -atención domiciliaria- padecen una distribución del poder más normativizada y menos flexible y dinámica. El dinamismo del equipo va a estar muy influido por el tipo de institución en el que desarrolla su trabajo asistencial.

En cuanto a la cuarta y última hipótesis, en torno a los modelos teóricos de funcionamiento y relación interprofesional, se ha confirmado que los profesionales de CP desconocen básicamente sus características, sus potencialidades y sus diferencias,

lo que dificulta conocer el *estado de la cuestión* en los diferentes equipos y describir criterios y estándares apropiados. Es más, aunque se conozca la diferencia en nomenclatura entre multidisciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar, por citar un ejemplo, no se matiza a fondo sobre aspectos diferenciales entre los mismos.

## **19. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Este estudio presenta algunas limitaciones que estimo han de ser tenidas en cuenta tanto de cara a su valoración como al planteamiento de futuras investigaciones. En primer lugar, aunque el cuestionario ha sido respondido por 452 personas, al no tener datos precisos, sino únicamente estimaciones, acerca de la población de profesionales de CP, tampoco tenemos certeza del grado de significación de la muestra. Por otra parte, por la condición de encuesta *on line* con la consiguiente dificultad de hacer un muestreo aleatorizado suficientemente ajustado, tampoco sabemos si los respondientes son una muestra suficientemente representativa.

Los datos recabados se reciben únicamente de profesionales que están en equipos específicos de CP. No conocemos la percepción del trabajo en equipo de pacientes y familiares o de otros profesionales que estén conectados con estos equipos (servicios de oncología, hematología, geriatría, profesionales de atención primaria tanto sanitaria como social, etc.). Es por tanto una mirada interesante, pero también interesada, al ser ellos, es decir, nosotros, arte y parte del abordaje de la realidad.

Añadir también, que la investigación adolece de los propios límites que conllevan en sí mismas tanto la metodología cuantitativa (dificultad en matizar y profundizar en determinadas cuestiones, por ejemplo) como la cualitativa (léase la dificultad en la generalización de los resultados).

## **20. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA**

Está casi todo por hacer, al menos en nuestro medio; no obstante, a la luz de esta investigación, podemos sugerir algunas líneas de investigación que pueden ser altamente interesantes. Vamos a ello.

a) Análisis de la práctica colaborativa al interior de los equipos, investigando las costumbres, inercias, implícitos, etc., que están sustentando la práctica interactiva, de una manera sutil, pero previsiblemente consistente.

b) Investigar en la dinámica de interacción con profesionales de otras disciplinas cuáles son las áreas de solapamiento, la ambigüedad, confusión y conflicto de roles, la clarificación de competencias, los espacios formales e informales de encuentro, el intercambio de información, los procesos conjuntos de toma de decisiones, etc. y todo aquello, en lo interactivo, que puede ser fuente de riqueza pero también de dolor.

c) Análisis de los tres elementos que nos propone la Organización Mundial de la Salud<sup>83</sup> como componentes claves del trabajo en equipo: objetivos, metodologías y recursos.

d) A partir de la literatura -léase por ejemplo el listado de Lickiss<sup>84</sup> et al. en el Manual de Oxford de Medicina Paliativa-, elaborar un *check-list* que permitiera evaluar aspectos claves de los que se entiende que son prerequisites fundamentales para un trabajo en equipo efectivo y eficiente, independientemente de cuál sea la composición del equipo.



## 7. ALGUNAS CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio hemos ido viendo que el equipo no lo conforma solo su estructura, sino también su dinámica, que además de ser una realidad es una tarea en la que es necesario poner energías y que, aun siendo un medio, una herramienta -como los opiáceos o la comunicación- para conseguir objetivos de calidad de vida para los pacientes y sus entornos afectivos, a la par se constituye como sujeto, como organismo vivo, como fin en sí mismo, precisamente porque está compuesto por personas.

En un equipo, ese sujeto colectivo construye defensas, genera oportunidades, mantiene un determinado tono emocional, desarrolla determinados implícitos... y yo soy también, como miembro del mismo, corresponsable de su funcionamiento.

En ese equipo al que pertenezco se conjugan permanentemente el poder y los afectos, como bien hemos podido ver a lo largo del estudio, los dos ejes centrales de la interacción humana. Conocerlos, afinarlos, experimentar con ellos, nos permitirá ofrecer un mejor servicio a esas personas que se encuentran al final de la vida y a sus allegados, lo cual probablemente no es poco.

Quisiera concluir este trabajo en forma de recomendaciones, porque entiendo que se han ido destilando a lo largo del mismo y la vocación inicial y final de esta investigación es poder ayudar a disminuir el sufrimiento de todos los intervinientes, especialmente pacientes y familiares, sabiendo que la mediación del trabajo en equipo puede ser enormemente útil. Ahí van algunas de ellas, en forma de decálogo...

1. Las diversas instituciones han de tomarse en serio las posibilidades de mejora en el trabajo en equipo y destinar *en su planificación suficientes recursos, tiempos y herramientas para facilitar su desarrollo*. Es un medio no suficientemente optimizado para disminuir el sufrimiento de las personas al final de la vida y sus familias. Dime en qué inviertes y te diré lo que te interesa.
2. Nos queda mucho por aprender sobre el trabajo en equipo. Necesitamos *potenciar la formación* en este ámbito, tanto desde las instituciones públicas como privadas, desde los planes regionales de CP como desde las asociaciones profesionales. También desde los propios equipos, en estrategias creativas de

autoformación, de supervisión y de participación grupal en experiencias formativas.

3. La revisión y mejora de las *estrategias de participación*. Existen metodologías que la fomentan, en la línea de diversificación de responsabilidades. Estructuras profesionales y laborales jerárquicas pueden tener un funcionamiento democrático que fomente la participación real y no solo formal de los profesionales.
4. Investigar y reformular los distintos *modelos de intervención* en equipos multiprofesionales: multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, etc., para hacer un buen diagnóstico de los equipos y posibilitar así la propuesta de cambios oportuna.
5. Profundizar en la potencialidad de *la trama relacional* como elemento de enriquecimiento de la dinámica asistencial y de satisfacción de los profesionales y de los equipos. De hecho, cuando una fortaleza -como ésta- no es dinamizada, se puede tornar en una amenaza.
6. Propiciar la participación de los equipos en la *planificación, diseño, establecimiento, desarrollo y evaluación de los objetivos* del equipo. Una cuestión de corresponsabilización que mejora la cohesión y el compromiso.
7. Promover una auténtica dinámica de *autocuidado*, pero no solo ante situaciones excepcionales, sino en el devenir cotidiano, favoreciendo una adecuada gestión de las emociones y una revisión de los espacios, tiempos y recursos que el equipo dedica al mismo. Una cuestión de congruencia de quienes se dedican a cuidar.
8. Cuestionar los distintos esquemas de *distribución del poder*. Se pueden perfilar en los análisis de liderazgo, en los procesos de toma de decisiones clínicas y organizativas, sean compartidas o no, en las modalidades de participación real,

en los modelos de liderazgo (autocrático, democrático, múltiple, compartido, etc.).

9. Establecer criterios, procedimientos, metodologías para la prevención, identificación y gestión de los *conflictos* de equipo. Cuando se mira para otro lado ante los conflictos suele ser por la dificultad del que detenta más poder para poder legitimar las decisiones.
  
10. Revisar datos de realidad en los equipos en torno a *diferencias generacionales, de género, de tiempo trabajando en CP, etc.* para detectar sus posibles sesgos. Pueden estar afectando al funcionamiento del equipo. Del mismo modo, *revisar procedimientos* como las reuniones, los procesos de transmisión de información interprofesional, tanto clínica como organizativa, la gestión del tiempo grupal, etc., que también pueden mejorar, indudablemente, la funcionalidad del equipo.

De todos modos, quizás la recomendación más importante sería algo tan sencillo como que *cada equipo, de forma explícita y conjunta, se formulara estas preguntas y se planteara cómo resolverlas:*

1. *¿Qué aspectos del trabajo en equipo* podrían ser mejorados para conseguir una *atención más integral, humana efectiva y eficiente* para nuestros pacientes y sus familiares?
2. *¿Cuál es nuestra formación real y explícita en trabajo en equipo* y en las variables internas que son sus auténticos ejes? *¿Cuánto invertimos nosotros y nuestra institución en ello?*
3. *¿Cómo manejamos el autocuidado como equipo*, incluyendo la gestión de las emociones y de los conflictos?
4. *¿Desde qué modelo* estamos trabajando en equipo, interaccionando y qué variables pudieran ser de mejora?
5. *¿Cómo gestionamos el poder* en la dinámica habitual de trabajo?

Si las respuestas de esta tesis acaban siendo la formulación cotidiana y sistemática de algunas preguntas, bienvenidas sean!



## **8. LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1. División de tareas y roles en la investigación.

Tabla 2. Perfiles de las entrevistas y grupos de discusión.

Tabla 3. Cronograma y fases de investigación.

Tabla 4. Matriz de diseño entrevistas y grupos de discusión

Tabla 5. Resultados de la encuesta. Años de experiencia en CP.

Tabla 6. Resultados de la encuesta. Edad y profesión de los profesionales de CP:

Tabla 7. Resultados de la encuesta. Profesión de los profesionales de CP.

Tabla 8. Resultados de la encuesta. Tipo de recurso de los profesionales de CP.

Tabla 9. Resultados de la encuesta. Pertenencia a una sociedad profesional y profesión.

Tabla 10. Resultados de la encuesta. Comunidad Autónoma y tipo de recurso paliativo

Tabla 11. Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas de la encuesta.

Tabla 12. Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas por profesión.

Tabla 13. Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas por CCAA.

Tabla 14. Resultados de la encuesta. Valoración media de las preguntas por tipo de recurso

Tabla 15. Resultados de la encuesta. Valoración general trabajo en equipo por profesión.

Tabla 16. Resultados de la encuesta. Valoración general trabajo en equipo por tipo de recurso.

Tabla 17. Resultados de la encuesta. Valoración general trabajo en equipo por CCAA.

Tabla 18. Resultados de la encuesta. Valoración formación por CCAA.

Tabla 19. Resultados de la encuesta. Valoración objetivos comunes por profesión.

Tabla 20. Resultados de la encuesta. Valoración en la participación en la planificación de objetivos de los diferentes recursos.



## **9. LISTADO DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Resultados de la encuesta. Edad de los profesionales de CP.

Gráfico 2. Resultados de la encuesta. Sexo de los profesionales de CP.

Gráfico 3. Resultados de la encuesta. P12) Relaciones de género en los equipos

Gráfico 4. Resultados de la encuesta. Comunidad Autónoma de los profesionales de CP.

Gráfico 5. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión técnica de los equipos

Gráfico 6. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión técnica por edad.

Gráfico 7. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión técnica por tipo de recurso.

Gráfico 8. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión organizativa de los equipos.

Gráfico 9. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión organizativa por profesión.

Gráfico 10. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión organizativa por tipo de recurso.

Gráfico 11. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión social de los equipos

Gráfico 12. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión social por años de experiencia.

Gráfico 13. Resultados de la encuesta. Indicador dimensión social por tipo de recurso

Gráfico 14. Resultados de la encuesta. Dimensión técnica y participación en objetivos.

Gráfico 15. Resultados de la encuesta. Dimensión organizativa y participación en objetivos.

Gráfico 16. Resultados de la encuesta. Dimensión social y participación en objetivos.

Gráfico 17. Resultados de la encuesta. P6) Atención interdisciplinar.

Gráfico 18. Resultados de la encuesta. P16) Formación.

Gráfico 19. Resultados de la encuesta. P1) Objetivos comunes.

Gráfico 20. Resultados de la encuesta. P2) Participación en la definición de objetivos.

Gráfico 21. Resultados de la encuesta. P5) Las reuniones.

Gráfico 22. Resultados de la encuesta. Valoración de las reuniones por tipo de recurso.

Gráfico 23. Resultados de la encuesta. P7) funciones de liderazgo.

Gráfico 24. Flujos de comunicación en los equipos de CP.

Gráfico 25. Resultados de la encuesta. P11) Afecto y cuidados.

Gráfico 26. Resultados de la encuesta. P10) El conflicto en la dinámica de equipo.

## **10. LISTADO DE ANEXOS**

ANEXO 1. Hoja de Registro de las referencias analizadas y referencias comentadas por orden alfabético.

ANEXO 2. Matriz con los resultados de la primera sesión de trabajo.

ANEXO 3. Cuestionario de la encuesta digital.

ANEXO 4. Metodología y Guiones de los Grupos de Discusión y de las Entrevistas en Profundidad.

ANEXO 5. Cálculo del error muestral en poblaciones finitas.



**ANEXO 1. HOJA DE REGISTRO DE LAS REFERENCIAS ANALIZADAS  
Y REFERENCIAS COMENTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO**

Título en castellano:

Referencia (normas Vancouver):

Abstract / Resumen (puedes copiar el del texto):

Ideas Clave (evitar generalizaciones):

- 
- 
- 

Breve comentario crítico (Qué aporta, sobre todo...):

Alcover CM, Rico R, Gil F. Equipos de Trabajo en contextos organizacionales: dinámicas de cambio, adaptación y aprendizaje en entornos flexibles. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 7-16.

Alegre Herrera JS. Beneficencia y autonomía: trabajo en equipo, competencia profesional y derechos del paciente (II). *Medicina Paliativa* 2010, 17, 4: 195.

Arranz P, Torres J, Cancio H, Hernandez F. Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Rev. Soc. Esp Dolor* 1999; 6: 302-311

Arthur H, Wall D, Halligan A. Team resource management: a programme for troubled teams. *Clinical Governance: An International Journal (United Kingdom)* 2003; 8(1): 86-91.

Back AL and Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill. *JAMA* 2005; 293: 1374-1381.

Catt S, Fallowfield, L, Jenkins V, Langridge C, Cox A. The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *British Journal of Cancer (UK)* 2005; 93 (10): 1092-1097.

Cerdas IB. Estrategias para el éxito y liderazgo en un equipo de cuidados paliativos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2009; 66, 589: 293-298.

Crawford GB, Price ShD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Medical Journal of Australia* 2003; 179 (6): 32-34.

Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Rodríguez D, Sánchez-Reilly S. Interdisciplinary Geriatric and Palliative Care Team Narratives: Collaboration, Practices and Barriers. *Qualitative Health Research (USA)* 2010; 20 (1): 93-104.

Gómez Mujica A, Acosta Rodríguez H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. *Acimed (Ciudad de La Habana)* 2003; 11: 6-15.

Gwyther LP, Altilio T, Blacker S, Christ G, Csikai EL, Hooyman N, et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2005; 1 (1): 87-120.

Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care (UK)* 2005; 19 (S1): 188-96.

Ibáñez C, Ávila R, Gómez Roig MD, Díaz R. El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología* 2008; 5 (2-3): 439-57.

Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm y Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine* 2007; 21 (4): 347-354.

Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs, I. Influences on multidisciplinary team decision making. *International Journal of Gynecological Cancer (UK)* 2008, 18(2), 215-222.

MacMillan K, Emery B, Kashuba L. Organization and support of the interdisciplinary team. En: Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, von Gunten ChF. *Textbook of Palliative Medicine*. London: Hodder Arnold, 2006; 245-250.

Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, Dale J. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *The British Journal of General Practice* 2008; 58 (549): 256-263.

Max-Neef MA. Foundations of transdisciplinarity. *Ecological Economy* 2005; 53: 5-16.

Miró-Bonet R, Miró-Bonet M. Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. *Rev Tesela* 2010; 7. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7266.php>> Consultado el 20 de abril de 2014.

Nabal M. Trabajamos en equipo. *Medicina Paliativa* 2004; 11 (2): 73.

Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013; 11, 19: 1-11.

Navarro J, Quijano SD de, Berger R, Meneses R. Grupos en las Organizaciones: herramienta básica para gestionar la incertidumbre y ambigüedad crecientes. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 17-28.

Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB & Sondergaard J. Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. *Journal of Palliative Medicine (Denmark)* 2010; 13(9): 1071-1077.

O'Connor M, Fisher C. Exploring the Dynamics of Interdisciplinary Palliative Care Teams in Providing Psychosocial Care: "Everybody Thinks that Everybody Can Do It and They Can't". *Journal of Palliative Medicine (Australia)* 2011; 14(2): 191-196.

Orengo V, Peiró JM, Zornoza A. Equipos de Trabajo en las Organizaciones. Aportaciones recientes de la Investigación y sus implicaciones en la Práctica Profesional. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 2-6.

Organización Mundial de la Salud. Creación de Equipos: Guía para desarrollar programas eficaces, 2007. Disponible en <http://www.who.int/cancer/modules/Team%20Building%20Spanish.pdf>. Recuperado el 20 de abril de 2014.

Pérez de Lucas N. Del trabajo en equipo a la colaboración entre equipos. Un avance en la atención a pacientes al final de la vida. *Medicina Paliativa* 2009; 16, 6: 315-316.

Riera M, Barrera de Paz C, Arellano M, Planas M, Esperanza A, Villares MJ. Elaboración y aplicación de un instrumento de trabajo interdisciplinar: trayectoria clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2008; 15 (2): 69 – 74.

Suárez-Núñez S. Liderazgo de equipo en Cuidados Paliativos. *Análisis Legal – Colegio de Enfermería (Costa Rica)* 2005; 26,1: 5-12.

Swetenham K, Hegarty M, Breaden K, Grbich C. Refractory suffering: The impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team. *Palliative and supportive care (Australia)* 2011; 9 (01): 55-62.

Wickramasinghe N and Davison G. Making explicit the implicit knowledge assets in healthcare: the case of multidisciplinary teams in care and cure environments. *Health Care Management Science* 2004; 7(3): 185-195.

Alcover CM, Rico R, Gil F. Equipos de Trabajo en contextos organizacionales: dinámicas de cambio, adaptación y aprendizaje en entornos flexibles. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 7-16.

Se analizan las potencialidades de las organizaciones-basadas-en-equipos y de sus ventajas para el afrontamiento a entornos flexibles e inciertos. Se examinan los efectos de estas condiciones sobre los procesos y los resultados grupales. Se resumen las implicaciones prácticas para el diseño de las organizaciones y la gestión de equipos de trabajo.

*Los equipos se utilizan cuando...*

- Los errores acarrearán severas consecuencias.
- La complejidad de las tareas excede la capacidad individual.
- El contexto de tarea se encuentra poco definido, es ambiguo o muy estresante.
- Se requieren decisiones múltiples y rápidas.
- La vida de otras personas depende de la percepción colectiva de individuos expertos.

Los equipos en las organizaciones constituyen escenarios de conducta donde se desarrollan procesos adaptativos, de comunicación, interpersonales y de coordinación, que, a su vez, se producen en escenarios de conducta organizacionales (sistemas E-E) donde los insumos (oportunidades) se traducen en resultados (responsabilidades) gracias a los requerimientos / roles y a las cogniciones compartidas de sus miembros.

Los contextos organizacionales basados en equipos se traducen en 3 tipos de apoyo:

1. Los sistemas de gestión de recursos humanos (formación, evaluación del rendimiento, bucles de retroalimentación, beneficios y compensaciones, etc.).
2. El diseño de la organización en sistemas multiequipo y en equipos distribuidos.
3. El clima y la cultura organizacional de apoyo a los equipos.

El aprendizaje de equipo requiere de condiciones que faciliten la colaboración entre los miembros. Entre estas destaca la “seguridad psicológica”, definida como la creencia de cada persona acerca de la ausencia de riesgos de ser amenazada o rechazada en un contexto determinado o en el desempeño de un rol concreto, en este caso en el ámbito de un equipo de trabajo. Subraya que las características de diversidad (demográfica, de experiencia, de procedencia o de estatus) no deberían disminuir la percepción de seguridad psicológica en los equipos, ya que esta es un mediador clave en el aprendizaje de equipo, que a su vez influye directamente sobre los resultados grupales.

Alegre Herrera JS. Beneficencia y autonomía: trabajo en equipo, competencia profesional y derechos del paciente (II). Medicina Paliativa 2010, 17, 4: 195.

La dificultad para el trabajo en equipo se encuentra en no tener profesionales capaces de hablarse de igual a igual, utilizando un lenguaje común.

Es necesario saber que estamos trabajando en un “terreno de todos”, del que nadie es propietario. Se necesitan determinadas habilidades y capacidades para acompañar en el proceso de morir: *nacer* para este trabajo, capacidad para adelantarse a los acontecimientos (enfoque preventivo), enfoque global (psicológico, social y espiritual) y un estilo realmente democrático (informar, respetar, dialogar, consensuar...) Persona abierta con una sensibilidad y visión especial.

Claves para la humanización de la atención del final de la vida: comunicación directa, clara y sincera atenta a los valores y sentimientos de los pacientes.

Algunas claves de este trabajo, para incorporar los profesionales:

- Asumir y conocer los fundamentos de la medicina paliativa
- La necesidad de un lenguaje común de todos los miembros del equipo.
- Humanización de la atención del final de la vida.
- El profesional debe conocer y respetar los derechos del enfermo.

Arranz P, Torres J, Cancio H, Hernandez F. Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. Rev. Soc. Esp Dolor 1999; 6: 302-311.

- Conocer qué es el estrés laboral asistencial ó burnout en el contexto de una relación de ayuda: respuesta psicofísica que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización o distanciamiento de los pacientes y falta de realización personal en el trabajo.
- El burnout tiene consecuencias para la persona, la organización y las relaciones entre personas.
- Conocer el Modelo de ayuda y clarificación de estrategias de prevención e intervención en el burnout (potenciar los recursos de los profesionales, en pos de una gestión de calidad, aumentando con ello el nivel de competencia al menor coste emocional posible a través de la autorregulación).
- Los factores de riesgo en burnout: Personales (poca formación en habilidades de comunicación, sobre implicación /evitación, fracaso). Organizativos (presencia de la muerte, conspiración de silencio, déficit organizativo). Institucionales (pocos recursos, sobrecarga laboral).
- Factores de protección: Personales (counselling, autocontrol). Organizativos (cohesión de equipo, formación, sesiones interdisciplinares). Institucionales (reconocimiento, gestión de calidad).
- Modelo de autorregulación (García Huete): ser capaz de detectar la dificultad, preocupación o necesidad y pararse ante ella para después buscar la solución.
- El trabajo en equipo produce satisfacción y aprendizaje pero requiere mucha paciencia, a veces frustración y mucha determinación.

Parece importante ser capaces de reconocer los factores estresantes personales, de la organización e institución para después compensar, eliminar y desarrollar estrategias de afrontamiento. Entre estas estrategias están una formación adecuada, saber pedir apoyo, entrenamiento de técnicas reductoras de ansiedad para liberar tensión y estrés, facilitar cultura de equipo, hacer explícitos los objetivos y que estos sean realizables y reales, negociar y utilizar el acuerdo para así compartir la toma de decisiones delicadas.

Este trabajo incide de forma clara en la responsabilidad del propio equipo en la gestión de la prevención e intervención frente al burnout; es decir, una buena prevención del burnout mejora la vida y el funcionamiento de equipo y una buena gestión del equipo conlleva una adecuada prevención del burnout. También interesante la insistencia en la explicitación de objetivos y en la facilitación de cultura de equipo.

Arthur H, Wall D, Halligan A. Team resource management: a programme for troubled teams. *Clinical Governance: An International Journal* (United Kingdom) 2003; 8(1): 86-91.

El Sistema de Salud Británico (NHS) se plantea cómo mejorar un trabajo eficaz en equipos multidisciplinarios y en contextos de atención social y sanitaria cada vez más complejos. Un buen trabajo en equipo contribuye de manera importante a la eficacia y la innovación en la prestación de los servicios de salud. Son los equipos los que mejoran la calidad a través de una buena gestión clínica. El Programa de Manejo de los Recursos del Equipo ofrece apoyo a las personas que trabajan en equipos de bajo rendimiento del NHS. Un estudio de caso ilustra cómo un coach de equipos ha hecho uso del programa para facilitar el cambio en un equipo con dificultades.

Ideas clave:

- Los equipos necesitan asesoramiento y soporte por parte de expertos para mejorar su rendimiento y desarrollar sus habilidades. El programa que se describe en el artículo está diseñado para conseguir estos objetivos mediante el trabajo de coaches de equipos.
- El Programa de Manejo de los Recursos del Equipo se compone de tres elementos:
  1. Coaching de Equipos: proporcionan formación práctica a equipos con dificultades. Los temas que aborda la formación son los siguientes: técnicas de dinámicas de grupo, asesoramiento interno, gestión del conflicto, etc. Todos los participantes también reciben asesoramiento a nivel individual por parte de los coaches. Se mantiene posteriormente el contacto con el coach de manera virtual para fomentar el intercambio de ideas y favorecer la realización de sugerencias y reflexiones.
  2. Trabajo con equipos en dificultades: mediante una consulta organizada por pasos: diagnóstico (raíz del problema), intervenciones (métodos que el coach externo utiliza para ayudar al equipo a ser más efectivo), implementación (el desarrollo de sistemas y procesos sostenibles para favorecer un efectivo trabajo en equipo), y retirada (la reducción del soporte por parte de los coaches tiene que ser planificada para asegurar una implementación adecuada en los equipos tratados).
  3. Aprendizajes de otras industrias, como la aerolínea: Hay estudios científicos que confirman que los médicos y los pilotos de avión tienen cosas en común como el mismo tipo de problemas interpersonales y culturas profesionales similares. Se propone aprender del trabajo en equipo de la industria aerolínea.

Back AL and Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill. JAMA 2005; 293: 1374-1381.

Los médicos a menudo piensan que el conflicto es indeseable y destructivo, cuando en realidad el conflicto bien manejado puede ser productivo y su resolución puede llevar a toma de decisiones más claras y a una mayor satisfacción de paciente, familia y profesional. Se revisa el proceso de una señora de 84ª., con demencia avanzada y una instrucción previa que dice no querer nutrición e hidratación artificial. En el transcurso de su enfermedad aparecieron opiniones encontradas entre su familia y sus médicos. Se describen también conflictos entre miembros del equipo. Se retoma la literatura sobre negocios, psicología y mediación y se describen herramientas de comunicación y errores comunes. Se destaca una aproximación prudente paso a paso para que los médicos puedan utilizarla a la hora de tratar con conflictos del final de la vida.

Ideas clave:

- Conflicto en el cuidado: desacuerdo en el manejo del paciente en el que están implicados más de una persona y que requiere tomar alguna decisión o actuar de determinada manera.
- Tipos de conflicto: entre la familia y el equipo, dentro del equipo, dentro de la familia o entre el paciente y la familia.
- Posibles fallos en la gestión del conflicto: evitar o negar el conflicto, creer que se tienen todos los datos, intentos repetidos de convencer al otro, asumir que se conocen las intenciones de la otra parte, considerar que la otra parte es la que debe arreglar el problema, proceder como si lo importante para solucionar el problema fuera la evidencia o la racionalidad, cuestionar la ética de la otra parte, usar el enfado o la ironía, ignorar las propias emociones, actuar desde el “calor” del momento.
- Herramientas útiles para el manejo del conflicto: escucha activa, revelar al otro cómo te sientes, explicar/dar información, empatizar, reencuadrar (describir la situación como un problema mutuo que requiere una solución cooperativa), tormenta de ideas.
- Pasos en la resolución de conflictos: identificar el conflicto, prepararse para la gestión del mismo (reflexión sobre si estás preparado para negociar, cómo te sientes y decidir propuesta de acción), encontrar un punto de partida imparcial, reencuadrar emocionalmente la situación, responder de forma empática, buscar opciones que recoja las necesidades de ambas partes y si no hay acuerdo buscar ayuda.

Destaca cómo pone de relieve la necesidad de afrontar los conflictos en la práctica clínica desde la negociación y el reconocimiento de la importancia de las emociones para la gestión de los conflictos.

Catt S, Fallowfield, L, Jenkins V, Langridge C, Cox A. The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *British Journal of Cancer (UK)* 2005; 93 (10): 1092-1097.

Se describen los diferentes roles asumidos por los miembros de 10 equipos multidisciplinares de cáncer en la transmisión de información a los pacientes durante su atención. Se completaron tres cuestionarios, dos de salud psicológica (Salud general y Maslach Burnout) y otro informativo que medía la percepción en salud de cada individuo y la de sus compañeros, a la hora de dar información a los pacientes en todo el proceso de atención. (Se valoraron 5 áreas: física, funcional, sexual, social y bienestar emocional).

Fueron el cirujano, el oncólogo, el radiólogo y sobre todo la enfermera especialista los que cubrieron más áreas y fueron más reconocidos en dar información. Las enfermeras y los jefes de equipo mostraron los más altos niveles de agotamiento emocional.

Se destaca la formación como pilar básico para el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinares y los beneficios para los pacientes.

Ideas clave:

- El equipo multidisciplinar no es un mero grupo de profesionales, es el enlace con otros profesionales en el proceso de atención
- El equipo optimiza recursos, aumenta la eficacia y eficiencia de cara al paciente oncológico
- La calidad de la atención clínica está relacionada con la composición de los equipos, metodología de trabajo y carga asistencial.
- La falta de comunicación y formación desencadenan morbilidad psiquiátrica, por tanto, si mejoramos el funcionamiento del equipo a ese nivel, mejoramos la salud mental.

La coordinación intra-equipo es fundamental para que todos sus miembros proyecten el mismo mensaje y la misma información a los pacientes. Es quizás de todos los componentes del equipo, la enfermera especialista la persona capaz de atender el mayor número de áreas a cubrir el paciente. Quizás en la enfermera podría recaer el liderazgo de equipo y la coordinación intra-equipo.

La formación es el pilar básico y la experiencia y el sentido del trabajo en equipo permite tener bajos porcentajes de desgaste emocional y menor morbilidad psiquiátrica.

Siempre existe un espacio de mejora para aprovechar el potencial de un "buen equipo".

Cerdas IB. Estrategias para el éxito y liderazgo en un equipo de cuidados paliativos. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 2009; 66, 589: 293-298.

El éxito de un equipo de CP se garantiza si hay estrategias explícitas adecuadas para ello y en consonancia con la misión y visión de la organización.

El propio equipo ha de tener formación especializada en CP, no solo en la disciplina de cada miembro y ha de estar sensibilizado al respecto.

Ideas clave:

- El equipo no se crea por decreto, sino que se construye día a día.
- Los objetivos han de ser compartidos.
- Ha de prevalecer la cooperación sobre la competencia dentro del equipo.
- La presencia de un líder que guíe y motive es necesaria.
- El equipo ha de trabajar continuamente comunicado, intercambiando ideas, experiencias y conocimientos.
- Un equipo de CP ha de ser compasivo, comprometido y competente.

Crawford GB, Price ShD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Medical Journal of Australia* 2003; 179 (6): 32-34.

- El trabajo en equipo es una parte integral de la filosofía de CP.
  - Los equipos interfuncionales e interdisciplinarios ofrecen beneficios a los pacientes, a los profesionales y en áreas de atención especializadas.
  - Las competencias de los miembros de los equipos deben ser ofrecidas como *responsabilidades compartidas*, más que como suma de las competencias.
  - Los orígenes de los CP se encuentran en las áreas de atención religiosa y de enfermería, en lugar de la medicina.
  - El objetivo de los CP es satisfacer las necesidades de la persona proporcionando el máximo confort y apoyo mediante el amplio espectro de disciplinas, conocimientos y experiencia.
  - Muchos profesionales de los equipos de salud trabajan como "trozos de un pastel", cada uno en su lugar, contribuyendo sus conocimientos en un relativo aislamiento entre sí y esto puede ser una limitación para el concepto de trabajo en equipo.
- Los modelos de trabajo a destacar son :
- Multidisciplinares: Las identidades profesionales son claramente definidas y jerárquicas.
  - Interdisciplinares: Es el objetivo de los equipos especialistas de CP. Los miembros contribuyen con la experiencia particular de cada uno. El equipo comparte información y trabajo interdependiente. El liderazgo es tarea "dependiente"
  - Transdisciplinariedad es un enfoque en el que los roles y responsabilidades se comparten y son pocas las costuras entre las funciones de los miembros. Esto significa que una experiencia particular del miembro del equipo no es transparente para el paciente. Esto no es un modelo utilizado en asistencia sanitaria.
- La opinión de cada miembro de un equipo debe ser respetada y las diferentes formas de "ver" las cosas puede ser la clave no sólo para resolver cuestiones clínicas sino también dilemas éticos.
  - El cuidar los detalles explícitos y la capacidad de comunicación contribuyen a una excelente atención, incluso cuando las decisiones deben hacerse rápidamente y en momentos inoportunos, debe existir un sentido de la responsabilidad de equipo.
  - Los equipos interdisciplinarios deben cubrir las debilidades y maximizar la fuerza de los demás miembros para dar respuesta rápida los pacientes.
  - Lo que ha servido de aprendizaje para los autores es que para que un equipo pueda funcionar de manera efectiva, los miembros deben tener un propósito común, una comprensión de la función de cada uno y una capacidad de aunar recursos.
  - Que exista una buena dinámica en el lugar de trabajo tiene tanta importancia como que afrontemos la muerte de los pacientes.
  - Con respecto al liderazgo el artículo destaca que en CP los mejores modelos de prestación de servicios no se han identificado, pero lo más frecuente es que el liderazgo lo asuman las personas que lleven más tiempo en el equipo.
  - Algunos retos que hay que superar para conseguir un buen trabajo en equipo en

CP son que no exista ambigüedad de rol, sobrecarga de rol, aparición de conflictos interpersonales, comunicación y liderazgo insuficientes, dificultades debidas a las tensiones internas y externas, asuntos personales y problemas corporativos.

- La comunicación formal como informal es muy importante en un equipo.
- Un equipo constituido hace mucho tiempo puede ser autosuficiente o resistente a las nuevas ideas.
- El equilibrio y funcionamiento de un equipo se puede interrumpir por diversos motivos: comunicación a escondidas con rumores y “chismes”, lo que puede destruir la confianza y la transparencia necesarias para funcionar como un equipo.
- Pueden aparecer conflictos entre dos miembros del equipo, problemas cuando un miembro es dominante, o cuando un miembro está aislado o cuando existen fracciones dentro del equipo.

El artículo menciona un estudio reciente en el Reino Unido que identificó una amplia variación en los servicios a través de varias dimensiones, incluyendo la ubicación, los patrones de gestión y el uso de los recursos.

El estudio puso de relieve los problemas de cómo se concibe el trabajo en equipo. Algunos autores sugieren que la afiliación de equipo se extiende más allá del equipo clínico y puede abarcar la gestión administrativa, operativa y financiera, personal...

Los autores reflejan que hay mucho escrito sobre cuestiones de liderazgo en general, pero la investigación sobre el liderazgo en el área de paliativos podría ser especialmente útil. Los autores recuerdan que el liderazgo siempre depende de la relación entre el líder y los demás y el contexto en el que la tarea y el proceso tengan lugar.

El artículo estructura en 3 partes las ventajas del trabajo en equipo:

- Ventajas para el paciente: la oportunidad para la consulta y la colaboración ofrece un gran beneficio para el paciente. En los CP, es el paciente el que toma las decisiones finales y sirven de guía como fuentes de apoyo y de información.
- Beneficios para los profesionales: los profesionales que se dedican al trabajo en equipo se benefician del apoyo y sabiduría de diversos colegas, pero también tienen que estar preparados para ser desafiados y, a veces, hay que practicar el coraje y la humildad. La comunicación es un requisito básico para establecer los roles y responsabilidades. En las primeras etapas de trabajo el tiempo y el esfuerzo necesarios para una buena comunicación pueden ser tan costosos como valiosos.
- Beneficios para los especialistas en otras áreas de la atención. Los modelos que incorporan funciones y responsabilidades compartidas superan la suma de las competencias de cada persona que forma el equipo. Un verdadero beneficio de estos modelos es que cada miembro del equipo puede apoyar y promover los objetivos terapéuticos de otros miembros del equipo.

Goldsmith J, Wittenberg, Lyles E, Rodríguez D, Sánchez Reilly S. Interdisciplinary Geriatric and Palliative Care Team Narratives: Collaboration, Practices and Barriers. *Qualitative Health Research (USA)* 2010; 20 (1): 93-104.

La Geriátría y los CP en los equipos clínicos, ofrecen una aproximación estructurada de enfoque interdisciplinar para satisfacer las necesidades integrales de un paciente y su familia.

Se parte de la base de que los relatos de otros miembros del equipo proporcionan una muestra de perspectivas disciplinares y responsabilidades diferenciales y documentan aspectos comunes y divergentes del trabajo en equipo. Al escuchar historias de cada uno, los miembros del equipo pueden identificar y evaluar los procesos del equipo. La práctica y la reflexión pueden conducir a la formación de equipos y a un futuro positivo y exitoso en el trabajo en equipo.

Becarios de un equipo multidisciplinar de Geriátría y C.P. participaron en entrevistas semiestructuradas. Los miembros del equipo, estaban representados por: trabajadores sociales, servicios religiosos, psicólogos, enfermeras y médicos. Un análisis funcional, reveló cuatro temas: “voz de “la sociedad” o historias de vida”, equipo de trabajo del cuidador, soledad en un equipo y “relato sistematizado de la comunicación”.

El contenido de los relatos reveló una divergencia entre los diversos miembros en el concepto de “equipo de trabajo” y en la efectividad del equipo y que “las narraciones del grupo documentaron la naturaleza colaborativa de los equipos”.

Los hallazgos del estudio mostraron el potencial de los relatos como herramienta pedagógica en el entrenamiento de los equipos, subrayando los beneficios de la práctica de la reflexión para mejorar el equipo de trabajo y su sostenibilidad

- Tanto en geriatría como en CP, la atención se centra en la calidad de vida, el estado funcional del paciente y la unidad a tratar es paciente – familia.
- Uno de los enfoques de la medicina se basa en un modelo de atención interdisciplinar basado en la colaboración entre los profesionales de la salud con conocimientos especializados de múltiples disciplinas.
- Los estudios han explorado como la información psicosocial de un paciente se aborda en reuniones de equipo. Los resultados indican que la comunicación en reuniones de equipos está distorsionada por un énfasis en lo biomédico, sin embargo, compartir historias psicosociales ayuda a construir una relación positiva entre los miembros del equipo.
- Los patrones culturales, la falta de equidad y justicia y falta de entendimiento entre los miembros del equipo pueden contribuir a las diferencias de poder entre los miembros del equipo. Especialmente entre los médicos, hay una falta de comprensión de los roles de otros profesionales del equipo y muchos creen que tienen el derecho de cambiar los planes de atención del paciente desarrollado por el equipo.
- La narración es una manera de organizar, comprender, dar sentido y reducir incertidumbre, es un vehículo de comunicación para llevar a cabo estas tareas. La narración ofrece a aquellos que cuidan de personas con enfermedades graves una manera de interpretar, cambiar, entender, administrar y responder a la atención.

- Para aliviar el sufrimiento y garantizar la calidad de vida de un paciente y su familia, un geriatra y el equipo de CP deben reconocer las cuatro dimensiones del dolor: físico, espiritual, emocional y psicológico. Estas dimensiones de dolor se ven multiplicadas en la vida personal del paciente / familia debido a una disminución de las actividades de la vida diaria. Aunque los miembros del equipo interdisciplinar estén representados por médicos (médico, enfermera) como no médico (trabajador social, capellán, psicólogo)
- Los trabajadores de la salud consideran al paciente y la familia como unidad de atención. La participación de la familia es necesario en la toma de decisiones, en el cuidado del día a día del paciente. Las reuniones familiares con el equipo de atención de la salud son importantes cuando los pacientes no son capaces de comunicarse.
- Otro tema tratado es la comunicación y los errores de la comunicación, el artículo refleja cómo otros profesionales del equipo (capellán, psicólogo...) pueden dar la misma información pero de distinta manera ante la comunicación de una mala noticia para el paciente,

Lo que aporta el estudio como conclusión es que al escuchar historias de cada uno de los miembros del equipo se pueden identificar y evaluar los procesos del equipo. La práctica y la reflexión de los miembros del equipo pueden conducir a la formación de equipos y a un futuro de éxito en el trabajo en equipo interdisciplinar.

Gómez Mujica A, Acosta Rodríguez H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. *Acimed (Ciudad de La Habana)* 2003; 11: 6-15

Se definen las diferencias entre grupos y equipos de trabajo. Se señalan las características y funciones que convierten gradual y paulatinamente un grupo en un equipo de trabajo. Se señalan las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, tanto para los individuos como para las organizaciones. Se analizan algunas variables estructurales, las normas para la formación de los equipos, las características esenciales y las funciones que desempeñan sus miembros. Se anexa una lista con las características fundamentales, funciones, fortalezas y debilidades de los diferentes papeles que desempeñan los miembros en el equipo de trabajo, así como dos herramientas para su medición.

- Un equipo es una forma de organización donde se busca que aflore el talento colectivo y la energía de las personas para conseguir el perfeccionamiento de los servicios. La conducta y valores grupales intervienen directamente en el cumplimiento de su misión, visión y objetivos estratégicos.
- En un equipo de trabajo se combina una alta moral, efectividad en las tareas y una clara relevancia para la organización, lo que le diferencia de otros grupos humanos.
- La formación y desarrollo de un grupo de trabajo es un proceso dinámico que debe transitar por una secuencia de procesos para consolidarse como equipo.
- En un equipo eficiente debe existir un ambiente de apoyo, claridad en las funciones, metas superiores y un liderazgo adecuado.
- Tras someter al equipo a un estudio de las características personales, intelectuales y socio-psicológicas, mediante test psicométricos, es posible determinar si un individuo puede desempeñar un papel específico o varios a la vez dentro del equipo.
- Algunos resultados negativos que puede producir la solución de problemas en equipos pueden deberse a decisiones prematuras, dominio del líder en la discusión, defender posturas desde las ganancias, consumo de tiempo, presiones para conformarse, el dominio de unos pocas personas y la responsabilidad ambigua.
- En un equipo los líderes trabajan para que exista acuerdo sobre los objetivos, que sean claros y que todos los miembros se sientan comprometidos e implicados con las tareas. Debe poseer una visión de futuro que facilite el desarrollo y la continuidad de la organización.

En este trabajo podemos destacar las pautas a seguir por un grupo de trabajo para convertirse en un equipo, donde se implementan una serie de valores, la visión y la misión de la organización.

Gwyther LP, Altilio T, Blacker S, Christ G, Csikai EL, Hooyman N, et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2005; 1 (1): 87-120.

Los Trabajadores Sociales pertenecientes a equipos clínicos, de enseñanza y de investigación, se reunieron en 2002 en una Cumbre Nacional de líderes de Trabajo Social en equipos de CP. Para los participantes, la prioridad fue el desarrollo y divulgación de un documento de consenso sobre el “estado del arte” de la práctica del trabajo social en CP y en los cuidados en el final de la vida.

Esta amplia declaración, delinea las intervenciones organizativas en el individuo, la familia, el grupo social, el equipo, la comunidad a través de diversos escenarios, culturas y poblaciones y abarca la defensa, educación, entrenamiento, la práctica clínica, organización comunitaria, administración, supervisión, política e investigación. Este documento sirve de guía en la preparación y acreditación de profesionales de Trabajo Social para ayudar a sus compañeros de los equipos interdisciplinarios en su colaboración con los Trabajadores Sociales y para proporcionar una base para “testar” los indicadores de calidad y la mejor práctica de las intervenciones en el trabajo social.

- El artículo se estructura en 4 apartados claves: 1.- Antecedentes (explica dónde se decidió redactar las funciones del trabajador social) 2.- Competencias del trabajador social en CP. 3.- Los valores y actitudes fundamentales que debe tener un trabajador social en CP. 4.- Líneas de futuro y utilidad del artículo para informar y difundir las competencias del trabajo social en CP al resto de colegas.
- La atención primordial de la rama de enfermería y medicina de los centros de salud es enfrentarse a clientes al final de la vida, sin embargo en el trabajador social se centra más la intervención en la atención sanitaria a la comunidad en general.
- Todos los trabajadores sociales, independientemente de la configuración de la práctica, inevitablemente trabajan con “clientes” que se enfrentan a situaciones agudas y/o a situaciones a largo plazo que implican pérdida, muerte... aunque no todos los “clientes” que experimentan pérdida requieren de intervención del profesional.
- El concepto de pérdida se extiende más allá de la enfermedad, a una visión más amplia de imprevistos de acontecimientos vitales como es el desempleo, divorcio, incapacidad... Los Trabajadores sociales dan respuesta a necesidades de salud mental causados por desastres naturales, atentados, con los que sufren pérdidas asociadas con el envejecimiento...
- La unidad a tratar es el paciente y la familia, bajo un enfoque biopsicosocial y espiritual y multidimensional, con capacidad para la resolución de problemas ya sea individual, familiar o socialmente.
- Más allá de la atención clínica directa del trabajador social, la profesión se centra en otras áreas adicionales y esenciales de la abogacía, la educación, la formación, la organización comunitaria, administración, supervisión...
- Una de las competencias del trabajo social es el Trabajo en equipo interdisciplinario: Los trabajadores sociales tienen habilidades para mejorar el funcionamiento del equipo.

Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care (UK)* 2005; 19 (S1): 188-196.

Cada profesión del cuidado de la salud tiene una cultura diferente, que incluye valores, creencias, actitudes, costumbres y comportamientos.

Las culturas profesionales han evolucionado como las diferentes profesiones y reflejan tanto factores históricos como de clase social y de género. Las experiencias educativas y el proceso de socialización que tienen lugar durante la formación de cada profesional de la salud refuerzan los valores comunes, la resolución de los enfoques y el lenguaje / jerga de cada profesión, lo que genera una dificultad para el entendimiento. El aumento de la especialización ha dado lugar a aún más la inmersión de los estudiantes en el conocimiento y la cultura de su propio grupo profesional. Estas culturas profesionales contribuyen a dificultar un trabajo efectivo en equipo interprofesional.

- El medio para la práctica de colaboración debe fomentar una base de igualdad entre los distintos miembros del equipo. El beneficio del intercambio de conocimientos y las habilidades entre los miembros del equipo se realiza en una influencia positiva y sinérgica en la atención del paciente. El trabajo en equipo también facilita soluciones creativas a problemas difíciles. La historia de las culturas profesionales, sin embargo, tiene tradicionalmente una estructura de poder jerárquica, en la que el médico lleva el control. El poder y la autoridad de esta jerarquía es desafiado por el proceso del equipo interprofesional. Incluso dentro de un ambiente de práctica en colaboración, los miembros pueden estar en desacuerdo acerca de quién es competente y quién tiene la autoridad
- Para interactuar de manera significativa entre sí y con el paciente, los miembros del equipo deben estar familiarizados con los conocimientos técnicos y las funciones de los roles de los otros. Dada la falta de educación común y la experiencia interprofesional, eso plantea un verdadero desafío para la práctica de los equipos. Los miembros de los equipos interprofesionales tienen áreas de solapamiento de competencias y deben compartir diferentes grados de responsabilidad; esto a menudo lleva a la confusión de rol por la dificultad de definir los límites. Esa confusión puede dar lugar a que algunos de los miembros se sientan infrutilizados o tengan que asumirlo todo. Los riesgos de conflictos y agotamiento son elevados a menos que un buen liderazgo y habilidades de resolución de conflictos puedan abordar rápidamente los problemas. Estas habilidades no se enseñan de forma rutinaria en las escuelas profesionales, ya que la preparación se centra en la propia profesión.
- A pesar de que las barreras tradicionalmente construidas entre las profesiones son altas, ciertamente no son insuperables.

Este documento aporta una visión de las barreras educativas, sistémicas y personales que impiden la práctica interprofesional. Se proponen algunas hipótesis que pueden ayudar a guiar el desarrollo de metodologías educativas para avanzar en el concepto y la práctica interprofesional en equipo.

En las profesiones sanitarias los profesionales comienzan sus carreras con obstáculos interprofesionales a la hora de desarrollar un trabajo en equipo:

- vocabulario desconocido,
- diferentes enfoques para la resolución de problemas,
- y falta de común comprensión de las cuestiones y valores.

Por otra parte los equipos interprofesionales se enfrentan al estrés de cambiar los sistemas de atención sanitaria impulsados por factores económicos.

En condiciones normales, los individuos interactúan de una manera que aumente su autoestima. Si la mayoría de los miembros del equipo optan por ser autónomos, la capacidad de trabajar juntos puede estar seriamente deteriorada, privando a los pacientes y las familias de la atención integrada y coherente.

Una de las aportaciones del trabajo se concreta en las habilidades de colaboración necesarias para el trabajo en equipo:

- (1) Cooperación: reconocer y respetar otras opiniones y puntos de vista, a la vez que se mantiene la buena voluntad de examinar y cambiar las creencias y perspectivas personales.
- (2) La asertividad: apoyo del punto de vista de uno mismo con confianza.
- (3) Responsabilidad: Aceptar y compartir responsabilidades y participar en el grupo la toma de decisiones y la planificación.
- (4) Comunicación: el eficaz intercambio de información importante y el intercambio de ideas y la discusión.
- (5) Autonomía: capacidad para trabajar de forma independiente.
- (6) Coordinación: la organización eficiente de las tareas de grupo y tareas.

Estas habilidades son herramientas que cada profesional puede utilizar para empezar a explorar y entender los mapas cognitivos de otros miembros del equipo.

El aprendizaje experiencial es particularmente importante para la educación del trabajo interprofesional, por lo que es necesario introducir esa oportunidad desde las universidades.

Una idea o meta clara y reconocible debe servir a los miembros del equipo para centrarse y tener éxito. Se trata de una idea dominante que permite que cada miembro desplace su enfoque profesional hacia los otros. Se requiere que el profesional interprete la información a la luz de su propio aprendizaje y luego compartirlo con los otros miembros del equipo con las habilidades de colaboración correspondientes. Esto facilita el intercambio del desarrollo de un lenguaje común entre los miembros del equipo así como un marco conceptual común, basado en los valores comunes que trascienden los de cada profesión específica. Cada miembro tendrá entonces expectativas realistas de trabajo en equipo. Cada miembro puede sentir que está contribuyendo al éxito.

Hay Modelos de Aprendizaje Interprofesionales que están siendo probados y han demostrado que, de hecho, fomentan actitudes positivas entre las profesiones. Todo esto dependerá de proporcionar intervenciones tempranas en la educación de los profesionales que sirvan para construir puentes entre los neófitos, antes de que los muros se vuelven tan gruesos y tan altos que llegar al otro lado de las otras profesiones se haga demasiado difícil.

Ibáñez C, Ávila R, Gómez Roig MD, Díaz R. El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología* 2008; 5 (2-3): 439-457.

Se expone el caso de un paciente complejo abordado desde una UCP. Los objetivos del equipo interdisciplinar se dirigieron al control sintomático, mejora de la comunicación, resolución de duelo anticipado desadaptativo y despedida. Se tuvieron muy en cuenta los asuntos pendientes del paciente. Conclusiones:

- La detección de todas las necesidades que se presentan en el paciente es la clave para la correcta intervención.
- Las aportaciones hechas por cada categoría profesional hacen que el cuidado del paciente sea de excelencia y se consiga el objetivo final, la buena muerte.
- Importancia de la intercomunicación entre los profesionales. Aporta confianza.
- La ayuda y apoyo que cada miembro del equipo recibe del resto es básica para poder ayudar al paciente, a la familia y al equipo.

Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm y Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. Palliative Medicine 2007; 21 (4): 347-354.

El trabajo en equipo es considerado como un componente central de los CP. Aparecen nuevas instituciones con el reto de establecer un nuevo equipo completo.

Método: el estudio se centra en los factores que mejoran los criterios de resultado de un buen trabajo en equipo en la percepción de los miembros del equipo de una UCP. Los profesionales del equipo de paliativos del Hospital Universitario de Aachen (N=19) fueron entrevistados después de 1 año de la puesta en marcha del equipo. Entrevistas semiestructuradas. Análisis cualitativo de los textos de la entrevista.

Resultados: Los factores cruciales para la cooperación fueron comunicación estrecha, filosofía de equipo, buenas relaciones interpersonales, alto compromiso de equipo, autonomía y la capacidad de tratar con la muerte y con el proceso de muerte. Por otra parte, una estrecha comunicación era, con mucho, el criterio más frecuentemente mencionado para la cooperación. El rendimiento del equipo, la buena coordinación de los flujos de trabajo y la confianza mutua sustentan un trabajo en equipo eficiente. El trabajo ineficiente se asocia con ausencia de objetivos, tareas y delegación de roles suficientemente claros, así como falta de compromiso con el equipo.

Conclusión: En un equipo nuevo, una estrecha comunicación es particularmente importante, ya que se reorientan en una dinámica de grupo nuevo. Los resultados confirman la abrumadora importancia de la claridad, el compromiso y el intercambio positivo y cercano entre los profesionales para lograr trabajo en equipo de éxito.

- Factores que los miembros del equipo relacionan con el concepto de cooperación: comunicación, filosofía de equipo, ambiente laboral, compromiso con el equipo, apertura/flexibilidad, afrontamiento de la muerte y el proceso de morir, autonomía, actitudes y medidas de calidad.
- Indicadores de éxito en la cooperación dentro del equipo: rendimiento del equipo, comunicación/coordinación, confianza, claridad en los objetivos comunes/filosofía de equipo, respeto/autonomía, compromiso con el equipo, armonía/buenas relaciones en el equipo, posibilidad de discutir los objetivos, cooperación interdisciplinar y soluciones constructivas los conflictos de relación.
- Indicadores de ineffectividad en la cooperación: pérdida o ineficacia en la comunicación, conflicto de tareas, ambigüedad en los objetivos o procedimientos, falta de compromiso con el equipo, conflictos, pérdida de autonomía, jerarquía en la estructura del equipo, falta de disciplina, ambigüedad de roles y conflicto de roles.
- Indicadores percibidos del proceso de desarrollo del equipo: aumento de la confianza, mayor o menor claridad en los roles, mayor compromiso con el equipo, mayor cantidad de estructura, más satisfacción con el trabajo, mejor o peor rendimiento del equipo, dinámica de equipo, desilusión en relación con las expectativas, sorpresas positivas y expectativas más realistas.
- Congruencia de las variables de cooperación que percibe el equipo con las señaladas en la literatura.

Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs, I. Influences on multidisciplinary team decision making. *International Journal of Gynecological Cancer (UK)* 2008, 18(2), 215-222.

El objetivo es explorar cómo se toman las decisiones clínicas en una reunión de un equipo multidisciplinar oncológico. El diseño del estudio es cualitativo y se basa en la observación de los participantes, en entrevistas y en cuestionarios. El marco de la investigación (reuniones del equipo multidisciplinar) es semanal y proporciona un espacio para el debate clínico para profesionales en el campo de la salud de la mujer que trabajan en un “Cancer Network” en Inglaterra. Los participantes fueron 53 profesionales que asistieron a una reunión semanal del equipo durante un período de 4 meses.

El análisis de los datos de observación y de las entrevistas narrativas de los profesionales identificó los principales efectos sobre la labor del equipo, y en particular la toma de decisiones. La investigación identificó tres grandes influencias en el comportamiento del equipo.

- a) En primer lugar, las discusiones están dominadas por aquellos con experiencia quirúrgica, médica, o de diagnóstico en comparación con los que tienen una experiencia en enfermería, CP o en el ámbito psicosocial.
- b) En segundo lugar, la toma de decisiones se adapta a una imperiosa necesidad de cumplir con el plan de acción de la institución relativo al diagnóstico y tratamiento.
- c) La tercera influencia tiene que ver con el grado de conocimiento del equipo sobre el paciente por algún miembro del equipo. Cuando hay conocimiento preexistente del paciente, la discusión y decisión incluye una amplia gama de abordajes. En estas circunstancias el trabajo en equipo es una fuente reconocida de satisfacción y motivación. Cuando no se conoce el paciente, la discusión sólo se refiere a la información física necesaria para realizar un diagnóstico y las contribuciones del equipo más amplio (incluyendo aquellos con conocimiento de la atención psicosocial) se hacen raras.

El área de conocimiento de los profesionales, las políticas del Departamento de Salud, y la familiaridad del equipo con el paciente son factores clave en la adaptación de decisiones de los equipos. Algunas ideas claves.

- Se reconocen los beneficios de las reuniones multidisciplinarias, y se aporta evidencia de la literatura científica para sostener dicho reconocimiento. Sin embargo se considera que se marginaliza la experiencia y conocimientos de otros abordajes que no son puramente médicos como el psicosocial, p.ej.
- El estudio muestra que los miembros del equipo están más satisfechos con las reuniones multidisciplinarias y las decisiones que resultan si existe una convergencia entre dos líneas de trabajo: una línea biomédica relativa al cálculo de los márgenes del tumor y de la patología celular y otra relativa a la experiencia individual y a la ética.

MacMillan K, Emery B, Kashuba L. Organization and support of the interdisciplinary team. En: Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, von Gunten ChF. Textbook of Palliative Medicine. London: Hodder Arnold, 2006; 245-250.

Para gestionar necesidades complejas se necesita la experiencia de profesionales diversos. Para hablar sobre las necesidades de apoyo y organización, parece importante definir los términos, para promover una comprensión común de lo que son los equipos.

MULTIPROFESIONAL, han existidos desde los primeros 1900, en aras de lograr la eficiencia mediante la reducción de coste y la minimización de intervenciones.

**MULTIDISCIPLINAR:**

- Formados por profesionales independientes que realizan evaluación, planificación y prestación de la atención independientes;
- con poca comunicación o coordinación con otros miembros del equipo.
- El médico tradicional prescribe la participación de los demás miembros del equipo.

**INTERDISCIPLINAR:**

- Funciona como una unidad de colaboración trabajando juntos para establecer los objetivos comunes asistenciales.
- Se asume la derivación automática para cada miembro del equipo.
- El profesional, junto con el resto del equipo interdisciplinar (EI), determina el foco de intervención.
- Con el fin de proporcionar cuidado, el EI utiliza habilidades de comunicación, resolución de problemas y el establecimiento de objetivos para mejorar la naturaleza colaboradora de la interacción entre los miembros.

A pesar de la mala calidad de los estudios, hay evidencia de que los equipos de CP tienen un efecto positivo en los síntomas del paciente, la duración de la estancia, la satisfacción del paciente / familia y los costes.

Algunos cuestionan los costos asociados a tener múltiples disciplinas y la necesidad de cautela sobre la eficacia y la eficiencia de equipos demasiado grandes. Sin embargo, otros han demostrado que los programas / equipos de CP son rentables en una alta variedad de contextos. Una vez más, decir que hay pocas investigaciones que exploren la composición del equipo o el tamaño del equipo, basado en la carga asistencial.

A pesar de que todas las disciplinas pueden aportar un valor añadido a la experiencia del paciente y la familia, si los recursos son limitados, hay que elegir qué disciplinas serán parte del equipo. Muchas fuentes sugieren un médico de CP y una enfermera como miembros principales, con otros miembros del equipo añadidos según lo determinen las necesidades y los recursos. Las necesidades del paciente y su familia en última instancia, determinan qué profesionales de la salud estarán involucrados en su cuidado.

Del mismo modo, si las disciplinas no están representadas en el equipo de CP es necesario que haya la posibilidad de consultarlos. El seguimiento de la frecuencia de estas modificaciones puede ayudar a la planificación de la composición del equipo.

## COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINAR Y COLABORACIÓN

La comunicación y la colaboración son aspectos clave de cualquier equipo. Cada profesión en su proceso formativo ha recibido un vocabulario único, una estrategia similar de solución de problemas y similares visiones del mundo. Los profesionales de cada disciplina y de cada especialidad tienen una base teórica a través de la cual interpretan y abordan los problemas que surgen en su trabajo.

Los profesionales que contribuyen al éxito de un enfoque interdisciplinario requieren de habilidades más allá de las que se suelen adquirir en los programas específicos de cada disciplina.

Los roles dentro de un equipo interdisciplinario están menos definidos que los papeles tradicionales de los trabajadores de la salud en otros contextos. Como a menudo se confunden los roles es importante que los miembros del equipo se sientan seguros, evitando así ser socavados por estos roles superpuestos. La confusión de funciones puede ser problemática si no se entiende bien y puede conducir a la infrautilización o a la utilización excesiva de determinados miembros del equipo. Estas situaciones pueden llevar al resentimiento, al agotamiento y a los conflictos de equipo. La falta de comunicación es uno de los principales factores que impiden un efectivo trabajo en equipo interdisciplinario. Se valoran bien los ejercicios que clarifican los roles, competencias profesionales, percepciones y expectativas.

Para participar en un diálogo creativo con los otros compañeros, se requiere dejar a un lado los papeles tradicionales. Cada profesional revisa la documentación completada por otros miembros del equipo, para aclarar información, preguntas y preocupaciones antes de entrar en la habitación del paciente. Los pacientes no deberían tener que contar sus historias repetidamente si el equipo comparte eficazmente la información. Esto demuestra cortesía y respeto, así como la conservación de la energía del paciente. No se recomienda el uso del lenguaje de la disciplina específica. El lenguaje llano es importante.

Los miembros del equipo tienen que respetar, valorar, comprender y confiar en las contribuciones de los otros. La resolución efectiva de cada conflicto impulsará el crecimiento y la maduración. Son esenciales los métodos de equipo para llegar a un consenso, resolver conflictos y comunicarse de manera efectiva. Aunque teniendo en cuenta las diferencias individuales, se construyen puentes esforzándose por comprender a los demás, sus perspectivas y formas de hacer las cosas. Un *debriefing* personal formal es útil cuando las circunstancias del caso son particularmente traumáticas o ha habido varias muertes en un período corto de tiempo.

### APOYO AL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Los miembros del equipo y el equipo interdisciplinario como tal necesitan apoyo para asegurar el éxito del equipo. Tiene que haber un reconocimiento de que cada miembro puede estar en una etapa diferente en su desarrollo profesional y personal.

Los requerimientos de apoyo de un equipo interdisciplinario son mayores que la suma de las necesidades de los individuos. Dentro del ambiente de trabajo, el desarrollo de apoyo y de colaboración relacional es fundamental.

Un espacio adecuado para reuniones y tener los despachos individuales próximos, pueden mejorar el trabajo en equipo y la colaboración.

Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, Dale J. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *The British Journal of General Practice* 2008; 58 (549): 256-263.

Argumento: una alta calidad de la atención al final de la vida en la comunidad se logra con un trabajo en equipo multidisciplinar eficaz, una adecuada comunicación interprofesional entre los médicos y las enfermeras de distrito y una rápida derivación de pacientes a éstas. Estos aspectos de los CP son puestos de relieve en las directrices de un programa recién establecido en la atención primaria del Reino Unido.

Objetivos: investigar la influencia de dichas directrices en las relaciones interprofesionales y de comunicación, comparando las experiencias de médicos con las de enfermería.

Estudio: estudio de casos con entrevista cualitativa. Participación: 15 médicos de 3 centros atención primaria de Inglaterra. Método: 38 entrevistas semi-estructuradas con los médicos, enfermeras de distrito y de hospital y personal del programa (facilitadores).

Resultados: se aprueba adoptar un buen marco de trabajo en el inicio de la intervención con las enfermeras de distrito. Las reuniones de equipo multidisciplinar permitieron la comunicación para el intercambio de conocimientos, la discusión de problemas de gestión y mantenimiento de sus colegas informados, sin embargo, la organización y el mantenimiento de dichas reuniones era a menudo problemática. Las enfermeras especialmente valoran las reuniones formales, mientras que los médicos generalmente prefieren el diálogo informal *ad hoc*. Los médicos mantuvieron en gran medida el control del modo de trabajo multidisciplinar. Los mejores equipos de funcionamiento utilizan una combinación de reuniones formales e informales con un estilo de trabajo relativamente no jerárquico.

- El trabajo en equipo de alta calidad no sólo afecta a la atención al paciente directamente, sino que también puede ser beneficioso para la salud mental de sus miembros la cual es importante para mantener que los equipos funcionen bien. Por el contrario, los choques de personalidad individuales o conflictos grupales pueden producirse entre los médicos y enfermeras de la comunidad. Esto puede crear divisiones y disfunciones en el equipo que se pueden reflejar en la prestación de atención de inferior calidad.
- Es necesario espacio para la comunicación en reuniones formales e informales, para lograr así una atención integral y un estilo de trabajo no jerárquico que facilite una alta calidad.

El Marco de Normas de Oro (Gold Standard) ha sido formalmente aprobado por más del 30% de las consultas de medicina general en el Reino Unido. Muchas otras prácticas también están siguiendo el proceso de mantenimiento de registros de pacientes de CP y la realización de reuniones multidisciplinarias regulares para discutir los mismos, como se recomienda en el Marco de Calidad y Resultados del contrato de servicios de medicina general. Los resultados del presente estudio sugieren que, si bien el Marco de Normas de oro puede ayudar a alcanzar los más altos estándares en equipos de atención primaria en la atención paliativa es probable que sea limitado si no se

presta atención a las relaciones interprofesionales.

Se destaca la importancia de las reuniones formales e informales puesto que la primeras permiten un tiempo de reflexión, educación y trabajo en equipo centrado en los pacientes y las segundas permiten la comunicación de las necesidades del paciente entre enfermería y médico en el momento oportuno a la vez que la priorización de las visitas domiciliarias.

Otro punto importante que aporta el estudio es el hecho de que una combinación entre reuniones formales e informales provoca que los equipos funcionen más efectivamente; siendo los cambios de personal muchas veces lo que provoca una interrupción en el buen desarrollo de la comunicación.

El artículo da pistas importantes, pero quizás descontextualizadas de un entorno latino como es el nuestro.

Max-Neef MA. Foundations of transdisciplinarity. Ecological Economy 2005; 53: 5-16.

Este trabajo describe distintos modelos de relación entre profesiones en los equipos donde conviven diferentes disciplinas. Se habla de

- multidisciplinaria cuando la labor se desarrolla entre diferentes disciplinas aunque no exista cooperación;
- sin embargo, cuando se da la cooperación pero no la coordinación diremos que son equipos pluridisciplinarios;
- la interdisciplinaria se produce cuando existe cooperación y coordinación de manera simultánea y por último,
- la transdisciplinaria existe cuando además de coordinación y cooperación entre las diferentes disciplinas, éstas se integran y atraviesan mutuamente, difuminándose la parcelación y acotación disciplinar de cara a conseguir objetivos comunes.

Miró-Bonet R, Miró-Bonet M. Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. Rev Tesela 2010; 7. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7266.php>> Consultado el 20 de abril de 2014.

*Objetivos:* Identificar la metodología utilizada y los temas dominantes en los estudios nacionales e internacionales sobre relaciones interprofesionales en equipos de salud, con la intención de identificar las cuestiones que quedan pendientes de investigación.

*Métodos:* Análisis documental de los artículos sobre relaciones interprofesionales en los equipos de salud publicados en las revistas científicas nacionales e internacionales indexadas en las bases de datos PubMed y Cuiden, entre 2004 y 2009.

*Resultados:* Los estudios identificados han sido de corte narrativo, cuantitativo, cualitativo y mixto, siendo los dos primeros los más frecuentes. Los temas dominantes explorados en estos estudios son: estrategias educativas, instrumentos de cambio, elementos institucionales facilitadores, hegemonía médica y efectos.

*Conclusiones:* Resulta necesario generar nuevos conocimientos que permitan promover desde el liderazgo de los equipos, cambios en la práctica colaborativa. Se sugieren algunas reflexiones acerca del planteamiento de futuras investigaciones en este campo: resulta necesario conocer la opinión de usuarios, integrar a los profesionales que trabajan junto con médicos y enfermeros y estudiar de forma directa el comportamiento de profesionales y equipos.

- Una educación conjunta de los distintos profesionales transforma las relaciones de poder inherentes a las disciplinas de la salud, facilita el acercamiento, ayuda a entender el rol de cada profesional así como su participación en la toma de decisiones. Los instrumentos o modelos de trabajo interdisciplinar más eficaces para una adecuada comunicación parten de la utilización de registros compartidos y guías de práctica clínica. Como elementos facilitadores del trabajo en equipo los distintos artículos revisados apuntan a una comunicación fluida y unas redes efectivas. Por lo que respecta a la hegemonía cabe destacar que para llevar a cabo una verdadera colaboración se precisa que la relación se construya sobre el concepto de colaboración multidimensional en la que deben tener cabida las ideas y puntos de vista de las diferentes perspectivas; las relaciones de poder ejercidas por los médicos han contribuido a generar tensiones porque anulan la participación de otros profesionales.
- La mayoría de los estudios centrados en el análisis de costes y efectos de las relaciones interprofesionales, evalúan el impacto de éstas principalmente sobre los indicadores institucionales y no sobre la práctica colaborativa.

Se ve necesario continuar con la investigación de las relaciones interprofesionales. Algunas de las cuestiones pendientes de responder: opinión de los usuarios así como profesionales más allá de médicos y enfermeras (auxiliares, TS...). Y finalmente son necesarias investigaciones que analicen en profundidad y desde dentro de los propios equipos, las relaciones que los profesionales reproducen y transforman en su práctica cotidiana. Por ej., permitirían comprender los significados, las acciones, las creencias, las actitudes, los mitos y las costumbres que sustentan las interacciones en los equipos, para los diferentes profesionales de la salud.

Nabal M. Trabajamos en equipo. Medicina Paliativa 2004; 11 (2): 73.

La directora de la revista hace referencia a la importancia del trabajo en equipo en CP, integrado por diferentes disciplinas para abordar mejor las necesidades de pacientes y familias. En esta editorial menciona trabajos de ese número de la revista, con aportación de la medicina, la psicología, la informática de los registros clínicos, etc. Anima a participar activamente con opiniones, sugerencias, comentarios... porque también trabajar en equipo es participar conjuntamente.

Una idea clave es que la comunicación multidireccional facilita el trabajo en equipo integrado por distintas disciplinas.

Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013; 11, 19: 1-11.

Magnífico trabajo, con múltiples aportaciones.

Método: Este estudio se basa en dos fuentes de conocimiento para identificar los atributos de un buen equipo interdisciplinar: una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el trabajo en equipo interdisciplinar y las percepciones de más de 253 profesionales de 11 equipos comunitarios y de cuidados intermedios en el Reino Unido. Resultados: *Las competencias de un equipo interdisciplinar:*

1. Identifica un *líder* que establece una dirección y una visión clara para el equipo, mientras escucha y aporta apoyo y supervisión a los miembros del equipo.
2. Incorpora un conjunto de *valores* que claramente proporcionan dirección para la provisión de servicio del equipo; estos valores deberían ser visibles y consistentemente descritos.
3. Demuestra una *cultura de equipo* y una *atmósfera interdisciplinar de confianza* donde las contribuciones son valoradas y el consenso es fomentado.
4. Asegura que los *procesos* y las *infraestructuras* son adecuados a la hora de defender la visión del servicio (por ejemplo, criterios de derivación, infraestructura de comunicaciones).
5. Proporciona servicios de *calidad centrados en el paciente con resultados documentados; utiliza retroalimentación* para mejorar la calidad de la atención.
6. Utiliza estrategia de comunicación que promueven *comunicación intraequipo*, colaboración en la toma de decisiones y procesos de equipo efectivos.
7. Proporciona *suficiente personal de equipo* para integrar una adecuada combinación de habilidades, competencias y personalidades para afrontar las necesidades de los pacientes y mejorar un funcionamiento relajado.
8. Facilita la *contratación de personal* que demuestra competencias interdisciplinares incluyendo el funcionamiento de equipo, el liderazgo colaborativo, la comunicación y conocimiento profesional suficiente y experiencia.
9. Promueve la *interdependencia de los roles* al respetar los roles y la autonomía individual.
10. Facilita el *desarrollo personal* a través de formación adecuada, recompensas, reconocimiento y oportunidades para el *desarrollo profesional*.

Ideas claves:

- Trabajo en equipo interdisciplinar es un proceso complejo en el que diferentes tipos de profesionales trabajan juntos para compartir experiencia, conocimiento y habilidades para tener impacto en el cuidado del paciente.
- Poca evidencia sobre la manera más eficaz de realizar el trabajo en equipo interdisciplinar.
- Esta dificultad proviene de:
  - la naturaleza multifactorial del trabajo en equipo, que comprende la combinación de capacidades, el tipo de recurso, la organización del servicio, las relaciones individuales y las estructuras de gestión.
  - la mayor parte de la investigación explora el impacto de uno o algunos de estos aspectos, más que examinar la relación entre varios de estos componentes en una serie de resultados de los profesionales y paciente.

- De modo similar, las intervenciones designadas para mejorar el trabajo interdisciplinar tienden a focalizarse en especificidades de las actividades de trabajo en equipo tales como: compartir las historias de los pacientes, los enfoques de casos o el estilo o frecuencia de las reuniones. Hasta la fecha no hay un marco sistemático en torno al cual estructurar estas actividades o características del trabajo interdisciplinar.

## TERMINOLOGÍA

Una amplia gama de términos se utilizan para describir el trabajo colaborativo entre profesionales. Términos como interdisciplinar, interprofesional, multiprofesional y multidisciplinar se usan a menudo indistintamente en la literatura para referirse a los diferentes tipos de equipos y diferentes procesos dentro de los mismos.

Algunas distinciones útiles: Los términos inter / multi-profesional son por lo general más estrechos que los términos inter / multidisciplinar y se refieren a equipos que se componen exclusivamente de profesionales de diferentes profesiones o disciplinas, o al menos a las relaciones entre los profesionales en equipos que puede contar también con otros staff no-profesionales.

Los términos inter - multi - disciplinar son más amplios e incluyen a todos los miembros del equipo sanitario, profesionales y no profesionales.

Otros autores han sugerido usar los prefijos multi-, inter- y trans- para reflejar las intensidades diferentes de integración.

## TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR:

La *colaboración* es reconocida como un componente importante de los procesos del equipo. Un análisis conceptual realizado por Henneman et al. identificó que la colaboración "requiere competencia, confianza y compromiso de todas las partes. El respeto y la confianza, tanto para uno mismo como para los demás, es la llave para la colaboración. Como tal se requiere paciencia, cuidado y tiempo para construir una relación en la que la colaboración pueda ocurrir " (p.108). Se identificaron los factores que contribuyen al éxito de la colaboración: empresa común (joint venture), esfuerzo cooperativo, participación voluntaria, la planificación y toma de decisiones compartidas, aproximación en equipo, la contribución de la experiencia, la responsabilidad compartida, las relaciones no jerárquicas y poder compartido basado en el conocimiento y la experiencia.

El poder compartido y el liderazgo también puede ser un reto cuando las complejas relaciones *jerárquicas tradicionales, en particular las relacionadas con profesionales de la medicina, desempeñan un amplio papel y un impacto grande sea implícita o explícitamente en los procesos del equipo*. McCallin sugiere que el liderazgo compartido se produce sólo en equipos más pequeños privilegiados de ser libres para elegir a todos los miembros del equipo.

Navarro J, Quijano SD de, Berger R, Meneses R. Grupos en las Organizaciones: herramienta básica para gestionar la incertidumbre y ambigüedad crecientes. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 17-28.

No todas las tareas requieren del trabajo en equipo ni todos los grupos de trabajo son auténticos equipos.

Los autores han desarrollado el modelo ASH (Auditoría del Sistema Humano) como conjunto de herramientas para la evaluación organizativa que pueda abordar el nivel de desarrollo grupal, la incertidumbre de las tareas grupales y la efectividad del grupo.

El trabajo en grupo, el trabajo colaborativo, o el trabajo en red (que no necesariamente son lo mismo, pero que enfatizan la necesidad de un abordaje colectivo de la tarea frente al clásico diseño de puestos individuales) es necesario en numerosas organizaciones...

Tres aspectos claves a los que prestar atención de manera simultánea para diseñar con éxito equipos de trabajo:

- Las tareas que se van a encomendar al equipo.
- Los procesos humanos que dentro del equipo inevitablemente se van a producir.
- Los resultados que el equipo consigue, (tanto en relación a las tareas como a los procesos).

Esta diferenciación ha tomado la forma en Salas, Goodwin y Burkehay (2009) entre taskwork y teamwork como determinantes de la efectividad de los equipos.

Las TAREAS a encomendar, ciertas características, porque no todos los trabajos requieren igualmente ser realizados en grupo. Las tareas requieren del trabajo grupal cuando...

- a) Son interdependientes.
- b) Presentan niveles medios o altos de incertidumbre.

Asimismo, las tareas de grupo que requieren trabajo en equipo son, precisamente,

- 1) Incertidumbre.
- 2) Interdependencia.

Un grupo altamente desarrollado será el que los miembros tienen una alta interrelación, se identifican fuertemente con el grupo, presentan una elevada coordinación y están orientados hacia el logro del objetivo compartido. Estaríamos, por tanto, ante un grupo maduro cuyo funcionamiento es complejo si lo comparamos con meros agregados de trabajadores. Lo medimos con 8 ítems de manera unidimensional y satisfactoria.

La POTENCIA DEL EQUIPO: “La creencia colectiva existente en el grupo de que éste puede ser efectivo” (Guzzo et al., 1993: 87). Es decir, creencias que tiene el grupo como tal de que serán capaces de desempeñarse de manera exitosa en el ejercicio de sus tareas. Se trata por tanto de una cognición grupal fundamental determinante, por ejemplo, del nivel de motivación que el grupo despliega en la realización de la tarea.

La IDENTIFICACIÓN CON EL GRUPO, constructo de gran tradición en la literatura

tras la formulación de la teoría de la identidad social de Tajfel y Turner, 1979, se refiere a la percepción que el miembro tiene del vínculo con el grupo en términos de categorización grupal (identificarse a sí mismo como miembro), de conciencia de la evaluación que recibe dicho grupo y del orgullo derivado por dicha pertenencia. De otra manera, la identificación con el grupo de trabajo se refiere al grado en que el trabajador ha incorporado en su propia identidad la pertenencia a dicho grupo.

RESUMIENDO, altos niveles de desarrollo del grupo, fuertes creencias de poder en sus capacidades (potencia) y una alta identificación de los miembros con el colectivo serían, a nuestro juicio, tres excelentes indicadores de que el grupo está funcionando como un auténtico grupo de trabajo, como un auténtico equipo. A estos procesos fundamentales últimamente añadimos el liderazgo transformacional (Bass, 1985).

Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB & Sondergaard J. Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. *Journal of Palliative Medicine (Denmark)* 2010; 13(9): 1071-1077.

**Antecedentes:** Poco se conoce acerca de las barreras existentes en la cooperación entre los profesionales de la salud en el nivel básico de CP para enfermos oncológicos terminales en la atención primaria de salud.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue analizar los puntos de vista de los profesionales de la salud en la cooperación interprofesional en nivel básico de CP domiciliarios para enfermos oncológicos terminales.

**Método:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, basado en 7 entrevistas grupales semiestructuradas realizadas en la ciudad de Aarhus, Dinamarca. Se entrevistó a 43 profesionales de la salud (23 médicos de familia, 5 médicos jefes de diferentes servicios no especializados en CP, y 15 enfermeras de atención domiciliaria).

**Resultados:** Se identificaron dos categorías principales de problemas: (1) la organización de los CP a domicilio (necesidad de planificación preventiva desde el inicio de la trayectoria paliativos, clara distribución de tareas, la promoción de más vías eficientes de comunicación y mejora de la accesibilidad a todos los profesionales de la salud) y (2) la interacción entre los profesionales de la salud (mayor conocimiento y respeto de las competencias de otras profesiones de la salud y de las personas).

Los resultados sugieren una mayor coordinación y cooperación entre servicios para mejorar la transición a CP. Así como una planificación proactiva, distribución de tareas, formación, mejora de vías de comunicación y accesibilidad a todos los profesionales de la salud.

O'Connor M, Fisher C. Exploring the Dynamics of Interdisciplinary Palliative Care Teams in Providing Psychosocial Care: “Everybody Thinks that Everybody Can Do It and They Can't”. *Journal of Palliative Medicine (Australia)* 2011; 14(2): 191-196.

**Introducción:** Necesidad de la reflexión sobre cómo los profesionales ven sus roles y estatus en el contexto de los CP y los equipos interdisciplinarios. Esto es especialmente importante en la prestación de la atención psicosocial.

**Método:** Estudio cualitativo que explora a los miembros de los equipos, percepciones y experiencias de la dinámica de grupo. Un diseño de investigación y desarrollo del potencial humano cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, guiadas por un marco constructivista social. Fueron reclutados 7 miembros de los equipos de CP de 3 Unidades de CP. Nuestro equipo interdisciplinar prototipo estaba compuesto por 2 enfermeras de CP, 1 médico especialista de CP, 1 psiquiatra consultor, 1 trabajador social, 1 consejero y 1 terapeuta ocupacional. El análisis se llevó a cabo utilizando un método de comparación constante.

**Resultados:** De nuestra búsqueda salen 2 temas: “Falta de límites claros en los roles” y “Estrategias para el mantenimiento de los límites del rol”, lo cual incluye: “Reclamar el acceso a especialistas expertos y con conocimiento” e “Ignorar el conocimiento de otras profesiones y profesionales”. Se argumenta que un funcionamiento de los equipos puede ser mejorado a través de políticas y programas de formación de equipos interdisciplinarios, recursos y estructuras que dan soporte al modelo de equipo interdisciplinario.

**Ideas clave:**

- La falta de claridad en los roles de cada profesional hace que los cuidados sean de peor calidad.
- Existen roles muy definidos, como el dolor que debe ser tratado por los médicos y las enfermeras. Sin embargo el control psicosocial no está delimitado para ninguna profesión.
- Los límites de actuación los marca el conocimiento en la materia, por ello es importante una buena formación.

Ciertamente, no todos valemos para todo... La experiencia y el conocimiento de una profesión nos hace trabajar con rigor y buen hacer. Nos ayuda valorar los conocimientos que tiene otros profesionales sobre diversas materias de su profesión y a no infravalorar.

Orengo V, Peiró JM, Zornoza A. Equipos de Trabajo en las Organizaciones. Aportaciones recientes de la Investigación y sus implicaciones en la Práctica Profesional. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 2-6.

Las fuentes que deben informar las decisiones profesionales son variadas:

1. El conocimiento contrastado y evidencia empírica resultante de la investigación.
2. Experiencia adquirida por el profesional y su criterio.
3. Las preferencias, valores, etc., de los grupos de interés (stakeholders) relevantes en la intervención.
4. Conocimiento del contexto, los actores organizacionales y las circunstancias específicas.

También importa el “desarrollo” de tecnología, metodologías y programas de actuación a partir de los conocimientos científicos alcanzados, situándose en el espacio que media entre la investigación y la práctica profesional. Atentos a la complejidad de la realidad, porque distan mucho de ser eficaces las “recetas” o indicaciones basadas en el supuesto del *one best way*.

Organización Mundial de la Salud. Creación de Equipos: Guía para desarrollar programas eficaces, 2007. Disponible en <http://www.who.int/cancer/modules/Team%20Building%20Spanish.pdf>. Recuperado el 20 de abril de 2014.

Definición y normas básicas para la creación de un equipo y para el éxito del mismo.

Es preferible que estas personas sean entusiastas, optimistas, creativas, respetadas por homólogos y que dispongan de tiempo para dedicar a la iniciativa.

Se debe elegir personas de distintas disciplinas.

Fases habituales de desarrollo de un equipo:

- Formación, periodo inicial de orientación;
- Conflictividad, periodo de ordenación, cada miembro encuentra su lugar, se busca más comodidad y aparecen conflictos;
- Normalización, resolver problemas, un grupo cohesionado, tomar decisiones;
- Actuación, el equipo ha conseguido armonía, definido sus tareas y empieza a producir resultados;
- Disolución, el equipo concluye el proyecto.

El equipo debe tener tres componentes principales: fin, metodología y recursos.

Debe tener un líder que asigne las tareas, las revise, motive a los miembros, ayude a resolver conflictos... y unas normas

Algunos equipos fracasan por...

- obstáculos externos (carga de trabajo, reconocimiento inadecuado, falta de recursos...);
- obstáculos internos: apoyo inadecuado, los miembros del equipo no invierten suficiente tiempo, no resuelven conflictos, no mantienen reuniones eficaces, ausencia de liderazgo.

Algunas ideas claves:

- Definición de equipo
- Reunir a las personas correctas y hacerlas trabajar juntas en beneficio de un proyecto
- Equipo ideal compuesto de 5 a 7 miembros de distintas disciplinas
- Definir claramente el proyecto, el líder, las normas, los objetivos

Pérez de Lucas N. Del trabajo en equipo a la colaboración entre equipos. Un avance en la atención a pacientes al final de la vida. *Medicina Paliativa* 2009; 16, 6: 315-316.

Carta de una médico de ESAD (equipo de soporte atención domiciliaria) explicando la atención prestada a un paciente pediátrico derivado a su equipo. Como se coordinaron los distintos profesionales: Hospital, Esad y Unidad de CP Pediátricos para atender las necesidades del paciente y familia, respetando los deseos de estos últimos.

Ideas claves:

- Coordinación y colaboración de los distintos equipos implicados en el cuidado del paciente y familia para la consecución de objetivos comunes.
- Respetar los deseos de la familia (paciente pediátrico).
- Responsabilidad como profesionales sanitarios: ética de mínimos, deberes de no maleficencia (responsabilidad jurídica); ética de máximos o de la felicidad (responsabilidad moral)

La autora de la carta, expresa su satisfacción por el trabajo bien hecho. Gracias a la coordinación y colaboración de los distintos equipos, llevaron a cabo la difícil tarea de acompañar a un paciente pediátrico y a su familia en la fase final de la enfermedad, en la muerte y en el duelo. Tiene razón al afirmar que la responsabilidad de los profesionales implicados en CP debe ir más allá de la no maleficencia, respeto a la autonomía, valores, creencias y proyectos de los pacientes

Riera M, Barrera de Paz C, Arellano M, Planas M, Esperanza A, Villares MJ. Elaboración y aplicación de un instrumento de trabajo interdisciplinar: trayectoria clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2008; 15 (2): 69-74.

*Introducción:* se entiende como trayectoria clínica, el diseño explícito del proceso de cuidados para una población definida, en este caso enfermos y familia con un cáncer avanzado y/o terminal. Una trayectoria clínica favorece los cuidados coordinados y su continuidad, minimizando la fragmentación de la información clínica.

*Objetivo:* describir esta herramienta de trabajo así como el proceso de implementación.

*Material y métodos:* como primer paso, se realizó la formación del equipo interdisciplinar de la Unidad de CP (UCP) mediante un programa docente basado en el modelo de Virginia Henderson para la práctica enfermera, diagnósticos de enfermería (NANDA) y una base metodológica para elaborar las trayectorias. Se consensuaron los diagnósticos de enfermería y se marcaron los objetivos habituales en estos enfermos y en sus familias. Se describieron las actividades a realizar para conseguir los objetivos, registrando toda la información obtenida.

*Resultado:* elaboración de la trayectoria clínica como herramienta de trabajo de la unidad.

- Apenas hay registro de la actividad enfermera en las historias clínicas, por ello muestran una herramienta de documento de recogida de datos, para unificar criterios.
- La comunicación en los equipos y el consenso de actuación puede facilitar la labor asistencial.
- Se plantea una trayectoria clínica estructurada y delimitada para conseguir mejores resultados de cuidados.

Sería interesante plantear cómo mejorar herramientas unidisciplinarias (en este caso de enfermería) en clave interdisciplinaria.

Suárez-Núñez S. Liderazgo de equipo en Cuidados Paliativos. *Análisis Legal – Colegio de Enfermería (Costa Rica)* 2005; 26,1: 5-12.

El liderazgo compartido es la capacidad de los equipos de CP de trabajar hacia una meta común que individualmente no se podría conseguir.

El liderazgo es el proceso de influir y apoyar a otros para que se entusiasmen en el trabajo, de gestionar y promover al equipo en sí mismo y a la organización.

El líder posee estas cualidades: carisma, conocimiento, confianza, integridad, modelo de conducta, poder de decisión, positivismo, resultados, apariencia de poder y visión siendo esta la unión del pensamiento y el lenguaje positivo.

- Formación de grupo proactivo, comprometido, que trabaje constructivamente y fomente conductas solidarias.
- Comunicación abierta y total.
- Relaciones humanas armoniosas donde se reconocen los logros individuales y grupales.
- Liderazgo compartido como instrumento de trabajo interdisciplinar, proyectando energía, estimulando y contribuyendo en el proceso de atención.
- La esencia de los equipos es el conocimiento común.
- Los equipos generan bienes y servicios de mejor calidad.
- Las mejoras requieren las contribuciones y energías de todos.

Este artículo aporta una reflexión sobre una manera de trabajar en equipo manteniendo una actitud hacia la búsqueda conjunta del bienestar del paciente, del servicio y de las instituciones mediante el liderazgo compartido. Los integrantes del equipo mantienen firme su visión, claras sus metas, sus pensamientos renovados y los procedimientos actualizados.

Swetenham K, Hegarty M, Breaden K, Grbich C. Refractory suffering: The impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team. *Palliative and supportive care (Australia)* 2011; 9 (01): 55-62.

*Objetivo:* Este estudio cualitativo tuvo como objetivo describir el conjunto de habilidades que los profesionales sanitarios con experiencia en CP tienen a la hora de gestionar el sufrimiento refractario. *Método:* 13 entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas y 4 cuestionarios online fueron completados por los participantes con al menos 2 años de experiencia clínica en CP.

*Resultados:* Frente al sufrimiento refractario, la cohesión del equipo fue identificada como un requisito clave para apoyar al equipo interdisciplinar. Sin embargo se encontró que la cohesión del equipo se ve afectada por diferencias filosóficas entre los miembros del equipo, un cambio de paradigma en cuanto a la curación versus el cuidado y las opiniones individuales sobre el enfoque elegido, y los niveles de respeto entre las disciplinas involucradas en el cuidado.

*Significado de los resultados:* Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto la naturaleza precaria del equipo interdisciplinar cuando se enfrenta a desafíos significativos. Como resultado de un enfrentamiento al sufrimiento refractario, los equipos pueden fácilmente experimentar su división y fractura; a menudo los miembros del equipo son totalmente inconscientes de su causa. Los resultados de este estudio contribuyen a la poca literatura existente sobre la naturaleza del sufrimiento refractario desde la perspectiva del equipo interdisciplinar. Algunas ideas clave:

- Hasta ahora se ha estudiado el impacto a nivel personal del sufrimiento refractario (especialmente en el caso de las enfermeras) pero se ha abordado muy poco el impacto sobre las dinámicas del equipo interdisciplinar.
- Los aspectos más importantes relativos al equipo interdisciplinar en el manejo del sufrimiento refractario son:
  - 1) Cohesión del Equipo: La aceptación de las diferencias dentro de un equipo es saludable y la cohesión del equipo con respecto a la meta y los planes de manejo fueron identificadas por los participantes como aspectos importantes a la hora de enfrentarse al sufrimiento refractario del paciente y de la familia. La importancia de representar un “frente común” fue reconocida como fundamental para garantizar la coherencia en el discurso y para construir una relación de confianza con los pacientes y sus familias.
  - 2) Convergencia de ideas filosóficas: Los profesionales de la salud tienen que tener en cuenta las creencias y filosofías personales y culturales en juego de todos los intervinientes a la hora de manejar la ansiedad y la discordia que resultan del manejo del sufrimiento refractario.
  - 3) Cambio de paradigma: El estudio apunta la prevalencia que el manejo de los síntomas físicos recibe actualmente en CP pero también la importancia que tiene para el equipo poder contar con un especialista en atención psicosocial (entre otras cosas porque consideran que les falta habilidades psicosociales).
  - 4) Respeto a la interdisciplinariedad: Cada disciplina de las que componen el equipo interdisciplinar tiene habilidades específicas que requieren reconocimiento y respeto.

En este artículo se considera el efecto del manejo del sufrimiento refractario sobre el nivel grupal e interdisciplinar y no sobre los profesionales como personas únicas. Interesante la comprensión del equipo como un sujeto, como un organismo vivo. Los resultados de la investigación podrían generalizarse a cualquier otro estresor importante al que el equipo tiene que hacer frente. Aporta ideas sobre las posibles causas de las dificultades y sufrimiento del equipo frente a situaciones estresantes.

Wickramasinghe N and Davison G. Making explicit the implicit knowledge assets in healthcare: the case of multidisciplinary teams in care and cure environments. *Health Care Management Science* 2004; 7(3): 185-195.

Investigación en Australia y EEUU que ofrece evidencia sobre la gestión del conocimiento implícito, sofisticado en dos entornos sanitarios distintos, uno centrado en cuidar y otro en curar. Dos casos representan estos dos contextos arquetípicos distintos. Una organización paliativista australiana y una Unidad de Columna en EEUU. Ambas aportan un servicio multidisciplinar y muestran la existencia de la gestión del conocimiento implícito. No se aprovecha el potencial pleno de este conocimiento. Un modelo de Infraestructura de Manejo del Conocimiento se promueve como una manera de explicitar los elementos de gestión de ese conocimiento en los dos casos de estudio. Además, este modelo aporta una aproximación sistemática y robusta para estructurar la conceptualización de la gestión del conocimiento a través de diversos ambientes sanitarios.

Algunas ideas clave:

- Las unidades asistenciales, de forma implícita, tiene capacidad para crear y acceder a los conocimientos necesarios para llevar a cabo sus tareas clínicas.
- Gestionar adecuadamente estos conocimientos es clave para aumentar su potencial, tanto para la gestión clínica como económica. Necesidad de gestionarlos como un recurso más de la organización.
- Compara la gestión de la información/conocimientos en dos unidades, una “curativa” (unidad de rehabilitación de columna) y otra de cuidados paliativos.
- En la unidad de CP se dedica mucho esfuerzo para gestionar la información y los conocimientos pero esto se lleva a cabo de forma “inconsciente”, es decir, no con el objetivo de hacerlo sino con el objetivo de atender mejor al paciente. Esto a pesar del reconocimiento de la importancia de la información en un entorno con estas características: demandas cambiantes, importancia relativa de la tecnología, importancia de la comprensión del paciente, enfoque integral y multidisciplinar...
- En la unidad de rehabilitación el manejo de la información es un objetivo en sí mismo: se utilizan sistemas informáticos para facilitar la recopilación y análisis de diferentes pruebas, el acceso a la información clínica y la coordinación con otros expertos...

La gestión del conocimiento implícito en los equipos es central, porque no siempre son realmente compartidos, en función del tiempo de pertenencia al equipo, de la historia formativa de cada uno, etc. El artículo resalta la importancia de que sea un objetivo de los servicios, que se haga de forma regulada o pautada explícitamente.

## ANEXO 2 - MATRIZ CON LOS RESULTADOS DE LA PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Dimensiones	Ítems	Preguntas
<b>Organización</b>	Definición y planificación de objetivos	¿Cómo y cuándo se definen y planifican los objetivos? ¿Cómo se evalúan los objetivos y con qué periodicidad?
	equipo	¿Cómo se crea un equipo de CP y criterios que se siguen?
	División trabajo: funciones y tareas	¿Cómo se organiza un equipo de CP? Similitudes y diferencias. ¿Qué tipo de coordinación y quién la supervisa?
<b>Reuniones</b>		
	Metodología y dinámica de las reuniones.	¿Cómo se preparan las reuniones y quién? ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?
	Aspectos clínicos y organizativos.	¿Qué diferencias de trabajo hay entre los aspectos clínicos, psicológicos, sociales, espirituales y organizativos?
	Liderazgo, toma de decisiones y participación.	¿Cómo se toman las decisiones? ¿Qué peso tiene cada profesional? ¿Cómo es la participación? ¿Hasta dónde se participa?
	Comunicación formal	¿Cómo es la comunicación interna y la transmisión de la información?
<b>Relaciones intraequipo</b>		
	Interdisciplinariedad; multidisciplinariedad	¿Cómo es la relación entre los diferentes profesionales? Reconocimiento del otro ¿qué roles (formales e informales) hay dentro de los equipos?

	Formación	¿Los equipos tienen programas de formación específicos? ¿Hay formación interdisciplinar?
	Conflictos	¿Qué conflictos son los más comunes? ¿Cómo se resuelven?
	Afinidades, afectos, cuidados.	¿Son explícitos los cuidados dentro de los equipos? ¿Existen espacios formales o informales para cuidarse? ¿Se reconoce y se trabaja contra el estrés?
<b>Relación externa</b>		
	Relación con los pacientes	¿Cómo es la relación entre los pacientes y sus círculos afectivos con los equipos de CP?
	Coordinación externa	¿qué relación hay interservicios? y ¿con la institución o el programa en el que trabajan los equipos de CP?
	Comunicación externa	¿se reconoce y entiende el trabajo en CP? ¿Se divulga el trabajo en CP? ¿Hay espacios de formación externa?
	Sociedad, comunidad	¿Qué retos tienen los CP ante la sociedad?

Dimensiones	Ítems	Datos directos	Análisis interpretativo	Preguntas para el diseño del cuestionario, entrevistas y guión grupos de discusión
<b>1) Organización</b>	<b>1-1 Definición y planificación de objetivos</b>	<p>-Diferencias importantes dependiendo del ámbito: domiciliario, hospitalario, etc.</p> <p>-Diferencias territoriales y políticas sanitarias que condicionan los objetivos generales.+1</p> <p>-Faltan criterios objetivos a la hora de decidir necesidades y derivas.+1</p> <p>-No se definen de manera conjunta entre los miembros de los equipos.</p> <p>-Los objetivos son más implícitos que explícitos, no se escriben.+1</p> <p>-Los objetivos institucionales vienen dados. No así los objetivos del propio equipo, que en muchas ocasiones no son explicitados y se dan por supuestos. No siempre definidos.+1</p> <p>-El que haya demasiados objetivos implícitos lleva a que...no se evalúen y no se refuerzan cuando se consiguen determinadas cosas.</p> <p>-Objetivos implícitos: no se evalúan, no se refuerzan, no se aprovechan recursos.</p> <p>-Los objetivos cotidianos pueden ser asistenciales u organizativos.</p> <p>-Son más evaluados los objetivos institucionales porque son exigidos desde fuera.</p> <p>-Las motivaciones cambian si los objetivos se viven como impuestos.</p> <p>-Cuanto más interdisciplinares son, más realistas.</p> <p>-Las reuniones son el espacio elegido para hablar de objetivos (formales e informales).</p> <p>-Las primeras valoraciones las realizan lxs médicxs y lxs enfermerxs, luego se deriva a otros profesionales.</p> <p>- 3 tipos de objetivos: institucionales, planteados por el equipo y asistenciales. Existe conflicto entre ellos.+1</p>	<p>Destacaría aquí, como punto clave, la necesidad de los profesionales de compartir objetivos explícitos así como la importancia que tiene para el equipo decidir de sus propios objetivos (objetivos internos vs. externos).</p> <p>Los objetivos definidos por el equipo tienen mejores resultados en las evaluaciones, porque están más presentes en cada actuación del equipo.</p> <p>Los objetivos deben ser claros, sencillos y estar explicitados, comunes para todos los ámbitos y autonomías.</p> <p>Deben estar definidos por consenso del equipo así serán mejor cumplidos y mejor evaluados.</p> <p>El objetivo principal es la atención global paciente –familia este donde este.</p> <p>Los objetivos 2º serán todos aquellos derivados de esta atención valorando coste-beneficio de dicha atención a todos los niveles.</p> <p>Importancia de diferenciar tres tipos</p>	<p>Podemos distinguir fuentes diferentes en los objetivos: institucionales, clínicos y de equipo.</p> <p>También diferencias dentro del ámbito y la existencia de objetivos implícitos que no se formalizan y por tanto no se evalúan formalmente.</p> <p>Diferencias entre los diferentes recursos.</p> <p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué conocimiento se tienen de los objetivos y su grado de aceptación, compromiso e identificación?</li> <li>2. ¿Cuáles son esos objetivos implícitos y qué papel juegan?</li> <li>3. ¿Participación de los profesionales en la definición de esos objetivos?</li> <li>4. ¿Cómo se evalúan los objetivos?</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los objetivos marcados por el equipo son más evaluados.</li> <li>-Los objetivos pueden ser internos o externos; de arriba o de abajo. Si son de arriba se viven como una imposición, se evalúan 2/3 veces al año; si vienen de abajo son pactados, más informales.</li> <li>-La motivación y la identificación con los objetivos es distinta en función de donde vengan.</li> <li>-Los objetivos planteados desde arriba no son motivadores, si lo son cuando se plantean desde el equipo.</li> </ul>	<p>de objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- institucionales.</li> <li>- asistenciales.</li> <li>- del equipo mismo (de proceso, etc.).</li> </ul>	
1-2 equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los equipos tienen varios orígenes: por imperativo legal, por iniciativa propia de profesionales, por la historia, por la institución sanitaria (socio-sanitaria; religiosa), por determinados liderazgos.+1</li> <li>-Existen criterios económicos para la formación de los equipos.+1</li> <li>-Psicólogos, trabajadores sociales, etc. se integran a equipos ya constituidos.</li> <li>-Administrativa integrada en el equipo realiza tareas de coordinación.</li> <li>-Su composición varía en función del ámbito, recursos y necesidades.</li> <li>-Evolucionan en función de los cambios de composición.+1</li> <li>-Líder, gestores y políticos factores determinantes.</li> <li>-El equipo ideal es multidisciplinar.</li> <li>-La relación laboral de sus miembros influye en el sentimiento de pertenencia.</li> <li>-La discontinuidad de los profesionales es un problema.</li> <li>-Equipo central (normalmente médicos y enfermeros) y profesionales periféricos.</li> <li>- Mayor eficacia de las reuniones multidisciplinarias, mayor riqueza y capacidad de decisión.</li> <li>-Carácter vocacional en la composición.</li> </ul>	<p>Me parece que en la composición de los equipos no hemos mencionado a las auxiliares. Creo que tienen un papel fundamental en los equipos de CP. También aprovecho para comentar que no había ninguna, si recuerdo bien, en la primera sesión de trabajo.</p> <p>En nuestro equipo ha habido una selección natural, los profesionales se han ido quedando cuando ellos mismos se han elegido, que los que se lo impusieron.</p> <p>No estoy segura de entender lo que se quiere decir con “discontinuidad” (¿se refiere a equipo poco estable con muchos cambios en el personal sanitario?). Puede ser un problema, pero también una oportunidad.</p> <p>Importancia de los auxiliares de</p>	<p>Existe un carácter vocacional/motivacional importante en la composición de los equipos que marca la implicación de los profesionales.</p> <p>El equipo ideal estaría integrado por médicos, enfermeras, trabajador social, psicólogo, auxiliares de enfermería pero la realidad muestra que es un objetivo deseable pero no una realidad en todos los ámbitos.</p> <p>El núcleo central de todo equipo es médico y enfermeros.</p> <p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué nivel de integración, implicación y cohesión existe dentro de los equipos?</li> <li>2. ¿Qué dinámicas determinan el buen funcionamiento de los equipos?</li> <li>3. ¿Nivel del sentido de pertenencia?</li> <li>4. ¿Diferencias por la composición de los</li> </ol>

	<p>-Incorporación del paciente como miembro del equipo... ¿Real, deseable? -Los equipos se forman al principio de forma voluntaria; hasta que es estable y las vacantes se cubren por plazas. -La subcontratación de puestos fijos dentro de los equipos ( xe. Psicólogos de la caixa, no produce diferencia ni una mayor rotación) -Mucha diferencia de los equipos de CP en hospitales, centros sociosanitarios o att. Domiciliaria. -En CP sólo aguanta quien realmente quiere hacer eso, mucha gente se va.</p>	<p>enfermería. Ver cómo incorporarlos.  Creo que aquí, como en otros puntos de este apartado, nos referimos a la vocación, la motivación y el deseo de trabajar al final de la vida como punto esencial para formar parte de un equipo de CP. La realidad lo demuestra.</p>	<p>equipos?</p>
<p>1-3 División trabajo: funciones y tareas</p>	<p>- La distribución de tareas depende por profesión, tiempo de experiencia, particularidades de sus miembros, intereses y cómo se ha generado el equipo.+1 -En ocasiones mal reparto de tareas, se desaprovecha potencialidades. -Supervisión sólo ante problemas. -La supervisión no siempre es deseada: falsos respetos, cuesta asumir Críticas, desde el exterior más asumido. -Cada profesional tiene claro cuáles son sus funciones. -El solapamiento de tareas puede ser objeto de conflicto.+1 -Roles muy bien definidos según capacidades profesionales.+1 -El equipo se organiza no sólo en función de las profesiones que aparecen, sino también de las distintas habilidades e intereses de las personas que lo componen (por ejemplo, para hacer docencia, seguimiento de duelos, etc.). -Cuando no se explicitan determinadas funciones y tareas, se genera conflicto. -Lo suele organizar el que tiene más historia en el</p>	<p>Algunos roles se hacen costumbres, porque en una ocasión lo asumí un profesional y ya se queda con él. Impuesto por ser quien lo hace habitualmente sin debatir si realmente es él quien lo debe asumir.  Las funciones de bienestar del paciente deberían ser comunes para todos los miembros de los equipos y cada miembro tener las funciones específicas propias de su disciplina.  La carga asistencial hace que el equipo se divida a veces para llegar a todos los enfermos y esto a veces empobrece la atención.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿grado de satisfacción con el modo de organizar el trabajo?</li> <li>2. ¿nivel de implicación y participación en la organización y coordinación de tareas?</li> <li>3. ¿flexibilidad de roles y permeabilidad a la hora de asumir tareas, la rigidez del modo de organización?</li> <li>4. ¿las responsabilidades se asumen en equipo o de forma individual?</li> </ol>

		<p>equipo o el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La organización exige ser hablada y explicitada.</li> <li>-En los equipos hospitalarios están todxs lxs profesionales disponibles.</li> <li>-Diferencias por el ámbito de actuación (Hospital, atención domiciliaria, centros sociosanitarios) desde las reuniones, hasta las funciones y tareas, etc...(el coche, el desplazamiento); la multidisciplinariedad edad se incrementa en el caso del T. domicilio que es mucho más difuso. La respuesta a la familia requiere de cierta urgencia. +1</li> <li>-El trabajo de CP Cambia mucho del domicilio (más intensidad) al hospital (calidad de vida).El hospital da tranquilidad y seguridad.</li> <li>-Todxs asumen funciones de carácter psicológico, lxs enfermerxs a veces de médicxs y todos de psicólogxs.</li> <li>-Los roles están muy definidos, también existen roles no explícitos y roles compartidos</li> </ul>	<p>Diferenciar entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tareas</li> <li>- funciones / responsabilidades.</li> </ul> <p>Enfocaría este asunto desde los niveles de actuación (de poco específico a mucho) e incluiría a todos los profesionales.</p>	
<p><b>2) Reuniones</b></p>				
	<p>2-1 Metodología y dinámica de las reuniones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las reuniones giran alrededor de los pacientes, los objetivos son la mejora de los pacientes.</li> <li>-Muy diversas, los espacios informales son importantes.</li> <li>-Tipos de reuniones: clínica, organizativa, formación, manejo de conflictos.</li> <li>-Reuniones donde no participan todos los profesionales.</li> <li>-Las reuniones tienen carácter informativo.+1</li> <li>-Las reuniones son parte del trabajo, periodicidad y continuidad de las mismas.</li> <li>-Reuniones diarias para definir los tratamientos con los pacientes.</li> <li>-Se reúnen más o menos semanalmente. En otros las reuniones son aleatorias.</li> <li>-El coordinador del equipo suele moderar las reuniones.</li> <li>-Las reuniones depende del tipo de liderazgo.</li> </ul>	<p>Faltaría mencionar las reuniones en las que se hablan de las vivencias de los profesionales que constituyen el equipo (p.ej.: repartición de tareas y cargas entre profesionales en función de habilidades y preferencias, deseos de formación, vivencias de situaciones difíciles, etc.) (Como tipo de reuniones o como punto que se aborda).</p> <p>No tienen una estructura definida, van en función de las necesidades que van surgiendo.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿eficacia y satisfacción con las reuniones?</li> <li>2. ¿nivel de preparación de las reuniones?</li> <li>3. ¿importancia de las reuniones en las dinámicas de equipo?</li> </ol>

		<p>-El nivel de facilidad de desarrollo de las reuniones es gradual:  las que menos cuestan, las asistenciales, las de pacientes;  luego las organizativas en sentido estricto; las de gestión de emociones, prevención de conflictos, autocuidado;  por último, las formativas.  -Muchas veces sin orden del día...  -Los temas dependen de quién vuelque la información.  -Tendencia a lo problemático, no a los recursos u oportunidades.</p>	<p>Las necesidades son organizativas, asistenciales, o formativas.</p> <p>La metodología debe ser dinámica, en función de los objetivos que nos marquemos.</p> <p>Necesario tener gestión del tiempo intra-equipo</p> <p>En función del tiempo que se dedique por el líder formal a la preparación de las reuniones, así serán los resultados.</p> <p>Importancia de su programación y preparación previa.</p>	
	<p>2-2 Aspectos clínicos y organizativos.</p>	<p>-Temas por orden de importancia: 1º control de síntomas, 2º aspectos sociales, 3º conflictos éticos.  -Niveles de intervención: 1.Detección de necesidades de cualquier ámbito. 2 Intervención de primer nivel.3. Derivación si mayor complejidad.  -Los profesionales hablamos idiomas distintos.  -Las diferencias entre los aspectos clínicos, psicológicos, sociales, espirituales son claras. Pero si no se vuelca información de estas dimensiones, no se conoce y no se valora, es como si no existiera.</p>	<p>Creo que depende de cada caso. Cada caso conlleva su propio orden de importancia.</p> <p>En ocasiones los puntos de vista diferentes sobre cualquiera de los temas puede conllevar distanciamiento y evitación entre los miembros del equipo.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿grado de coordinación entre las diferentes dimensiones de intervención?</li> <li>2. ¿jerarquía de esas dimensiones?</li> <li>3. ¿conflictos entre dimensiones y por tanto entre profesionales?</li> </ol>

		<p>Los profesionales tienen un vocabulario propio en función de su especialidad; no lo expresaría a través de “idiomas distintos”. A veces cuesta entendernos por escrito...y por ello la relevancia de reuniones y de espacios para la comunicación verbal de objetivos.</p> <p>No entiendo bien este último punto.</p>	
<p>2-3 Liderazgo, toma de decisiones y participación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suele haber una persona que lidera (el médico normalmente) que tiene mucho peso en la estructura del equipo.+1</li> <li>-La estructura y dinámica del equipo depende de la actitud del equipo.+1</li> <li>-El género influye en la relaciones.</li> <li>-Tener la información influye a la hora de tomar decisiones.</li> <li>-Falta actitud deliberativa para la toma de decisiones, funcionamiento jerárquico.</li> <li>-Diferentes escenarios clínicos están vetados para otros profesionales.</li> <li>-La autoridad te la dan más tus acciones que no tu papel.</li> <li>-Aparece la cuestión del poder en las relaciones de equipo.</li> <li>-Se trata de facilitar la participación formal.</li> <li>-Está compartimentado.</li> <li>-Es necesario un protocolo de toma de decisiones.</li> <li>-En caso de conflicto en la toma de decisiones, prima el criterio médico. A lxs médicxs les cuesta más tirar la</li> </ul>	<p>Hay profesionales que se dejan llevar y jamás dan una opinión, van a remolque del resto, como si no les importase.</p> <p>Necesidad de tener algoritmos de actuación y decisión ,ó protocolos escritos para ser eficientes en la atención</p> <p>- En realidad hay diferencias entre opinar y decidir. También en función de las responsabilidades y las diferencias entre fines y medios.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿sobre la existencia de liderazgos reconocibles?</li> <li>2. ¿grado de satisfacción con la función de esos liderazgos?</li> <li>3. ¿quién y por qué lidera, criterios en la asignación de los liderazgos?</li> <li>4. ¿peso que tiene las relaciones de género? ¿nivel de autoridad?</li> <li>5. ¿nivel de participación?¿satisfacción con la toma de decisiones?</li> </ol>

		<p>toalla (respecto a la muerte). La transfusión es un caso muy paradigmático.</p> <p>-Ahora lxs médicxs son menos autoritarios.</p>		
	2-4 Comunicación formal	<p>-Dime cómo te comunicas y te diré cómo es tu equipo: diferencias de funcionamiento según las habilidades comunicativas.</p> <p>-Diferenciar las diferentes formas de comunicación: entre fines y medios.</p> <p>-La comunicación informal es importante: coche, pasillos, café.</p> <p>-Herramientas de comunicación para la planificación y organización de tareas: carpetas, informes, paneles. Pizarras, etc.</p> <p>-Importancia de la supervisión de equipos</p> <p>-Sería necesario estar en condiciones de igualdad a la hora de compartir información.</p> <p>-Sin deliberación, sin actitud deliberativa no se construye equipo</p> <p>-Se tiene "expertise" en comunicación difícil con los pacientes, pero no se emplea o explicita en la comunicación intraequipo. Como si las habilidades comunicativas no se generalizaran a ese espacio.</p> <p>-Dificultad de la transmisión de información "emocional", que se vive más en privado. Polémica. Para algunos profesionales, transmitir esta información es necesaria para el apoyo mutuo; para otros, entra en el terreno de lo privado y hacerlo crea malestar añadido.</p> <p>-Intensidad y extensión de la información: ¿cotilleo?</p> <p>-Problema de la fluidez de la información.</p>	<p>La comunicación intraequipo debe ser sincera, sin ocultación de información para poder tomar las decisiones con todos los conocimientos.</p> <p>Algunos profesionales estiman que la comunicación informal es más fluida, más decisoria, más rápida, más para resolver. Y que la formal es más espesa, más planificadora, más lenta y más para consensuar.</p>	<p>Cuestiones a Formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿grado de satisfacción con los medios de comunicación formal?</li> <li>2. ¿importancia de la comunicación informal?</li> <li>3. ¿grado de fluidez y acceso a la información?</li> </ol>
	3) Relaciones intraequipo			
	3-1 Interdisciplinariedad/multidisciplinar	<p>-Desconocimiento del ámbito del resto de profesionales.</p> <p>-Las relaciones dependen de cuestiones personales.+1</p> <p>-Las relaciones y alianzas multiprofesionales son normales.+1</p>	<p>En equipos incompletos, es el médico o la enfermera quien asume tareas que no son de su competencia,</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿grado de interdisciplinariedad de los</li> </ol>

iedad	<p>-Actitud entre los profesionales de facilitar el trabajo de los demás.+1+1</p> <p>-Chocan las perspectivas de médicos y enfermeros con el resto del equipo.</p> <p>-Se escucha "quién" lo dice (médico, auxiliar de enfermería...) y menos el "qué" se dice...</p> <p>Reconocimiento formal pero no tanto real.</p> <p>-Importancia de buscar el común denominador.</p> <p>-Los profesionales no son "propietarios" de las distintas dimensiones (el/la psicólogo de las emociones, el médico de la patología, etc.).</p>	<p>aprendiendo a derivar y buscando otros profesionales cuando no sabe.</p>	<p>equipos?</p> <p>2. ¿actitud ante el trabajo del resto de profesionales? ¿la existencia de herramientitas para el trabajo interdisciplinar?</p> <p>3. ¿existencia de conflictos entre profesionales, valor de esos conflictos, si son vistos como oportunidad o desventaja?</p> <p>4. ¿jerarquía percibida entre profesionales?</p>
3-2 Formación	<p>-Programas de formación, pros y contras. Deben compaginarse temas generales y específicos.</p> <p>-Recepción de formación multidisciplinar; pero también cuando seamos docentes, de forma multidisciplinar.</p> <p>-Visión transdisciplinar: compartir el mismo código, un código común en torno a la antropología de fondo, conceptualización del sufrimiento, los objetivos globales, la relación clínica, la importancia de la deliberación, el respeto a la autonomía del paciente. Necesidad de explicitarlo y no darle por supuesto. Es el cerebro colectivo. Si no se da, el conflicto está asegurado.</p> <p>-Necesidad de dialogar sobre valores.</p> <p>- Es importante las facilidades de la institución para dar días libres de formación.</p> <p>- En torno a la formación. Debería haber una formación común que combinara bioética, comunicación difícil, manejo emocional, trabajo en equipo.</p> <p>-En formación se notan mucho los recortes normalmente suele ser para todos, a no ser que no haya plazas suficientes, entonces se filtra por profesión.</p>	<p>La oferta formativa es más amplia para unas categorías profesionales que para otras.</p> <p>Todos los profesionales deberían tener las mismas oportunidades de formación.</p> <p>Todos deberíamos tener las mismas oportunidades</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <p>1. ¿la necesidad de formación y de formar?</p> <p>2. ¿las oportunidades de formación son las mismas para todxs lxs profesionales?</p> <p>3. ¿necesidad de formación individual o del equipo?</p> <p>4. ¿sobre qué dimensión de la intervención se tiene mayor necesidad de formación?</p>
3-3 Conflictos	<p>- Fórmulas para ser asertivos ante los conflictos</p>	<p>Generalmente cuando hay un</p>	<p>Cuestiones a formular:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se suelen gestionar sobre la marcha o huir de ellos.</li> <li>-No hay metodologías, ni prevención para trabajar los conflictos.</li> <li>-En algunos casos, es necesaria la figura del mediador para la resolución de conflictos.</li> <li>-A veces se plantean y se intentan gestionar, pero no se resuelve, luego, ¿para qué sacarlos?.</li> <li>-Los conflictos más comunes los que se sitúan en las fronteras del trabajo en equipo. El problema, los extremos: cuando los límites son muy rígidos o cuando no existen.</li> <li>- Los conflictos se gestionan a veces sin método; sin dinámica preventiva; sobre la marcha; o se esconden; o en los pasillos.</li> <li>-El peor conflicto es el no reconocido.</li> <li>-En Barcelona tienen un comité consultivo para los conflictos médicos y de equipo!</li> <li>-Escucha y no cotilleo, no juicio. A veces para demostrar equipo si se pasan info. en otras, las confidencias se reservan por privacidad.</li> </ul>	<p>conflicto lo resuelve el responsable directamente con el profesional implicado, rara vez se debate la resolución con el equipo. Si el conflicto es con algún miembro del equipo se busca la solución estando todos presentes.</p> <p>Diferencias entre los "valores" entre los distintos miembros del equipo generan conflictos de actuación sin tener a veces la prioridad de los valores del enfermo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿visibilidad de los conflictos y gestión?</li> <li>2. ¿papel de los equipos en la gestión de los conflictos?</li> <li>3. ¿existencia de herramientas y espacio para abordar los conflictos?</li> </ol>
<p>3-4 Afinidades, afectos, cuidados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar los autocuidados, de forma más profesional.</li> <li>-Mantener espacios y tiempo para el cuidado.</li> <li>-Los espacios informales ( café, comida, pasillo) son de cuidado y muestras de afecto.</li> <li>-Hacer más explícitos los cuidados y los autocuidados.</li> <li>-Los cuidados dentro del equipo. Justificación: por congruencia. Igual que lo pedimos al familiar. El cuidarse es una inversión.</li> <li>-Cuidarnos implica gestión del tiempo para ello y saber cómo.</li> <li>-A veces, en dos equipos cercanos, la/el psicólogo de un equipo hace una cierta supervisión de cuidados al otro equipo y viceversa.</li> <li>-Experiencia del "Qué tal?", como dinámica de cuidado</li> </ul>	<p>Importantes las reuniones en el lugar de trabajo pero para celebrar por ejemplo un cumpleaños o simplemente porque uno se fue de viaje y trajo alguna vianda interesante. Esto facilita la confianza y el conocimiento de los compañeros en otras facetas que nos ayudan a entender formas de ser y actuar.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿grado en el que el trabajo en equipo mejora los cuidados de sus miembros?</li> <li>2. ¿existencia de herramienta o dinámicas dentro de los equipos que contemplen los cuidados?</li> <li>3. ¿cómo afectan las afinidades en el funcionamiento de los equipos?</li> <li>4. ¿la importancia de los espacios</li> </ol>

		(una reunión de 1,5 h a la semana donde nos preguntamos ¿qué tal la semana? ¿qué tal con los pacientes y familiares?).		informales?
<b>4) Relación externa</b>				
	<b>4-1 Relación con los pacientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestión de la enfermedad de los pacientes: negación, miedo, aceptación, agradecimiento, etc.</li> <li>-Satisfacción en la relación con los pacientes.</li> <li>-Dificultad en el manejo de la información: conspiración del silencio.+1</li> <li>-CP están estigmatizados.</li> <li>-Con la familia se establecen protocolos para pautar la relación.</li> <li>-Prudencia en el manejo de la información.</li> <li>-El equipo puede ser o no facilitador de la relación con los pacientes. Por ejemplo, mejor si va coordinado: presentación, mensajes congruentes, compartir información dentro del equipo para no preguntar todos lo mismo.</li> <li>-Que nos vean interactuando sanamente y presentes. Sensación de equipo.</li> <li>-Puede haber expectativas diferentes fuera de lo que podemos realmente dar. Y eso genera frustración.</li> <li>-Puede haber amenazas y oportunidades conociendo en la relación externa los distintos intereses, los solapamientos, la sensación de propiedad de los pacientes ("es -mi- paciente" ...).</li> <li>-Las decisiones que se delegan a los pacientes deben ser con todo el conocimiento de la situación.</li> <li>-Pacientes más jóvenes, los equipos están más abiertos a la toma de decisiones de los pacientes.</li> <li>-La familia a veces prohíbe hablar con los pacientes.</li> <li>-Momento traumático para el equipo: el alta.</li> <li>-El reto de luchar contra la conspiración del silencio (el</li> </ul>	<p><b>Propondría un apartado “Relación con las familias”.</b></p> <p>La primera toma de contacto muy importante, puede ser la que enganche definitivamente. Información controlada, dosificada, hasta donde el paciente quiere saber. Gestionar con cautela las necesidades de la familia cuidadora, darlas la importancia que tienen. Importante ganarse al paciente para poder trabajar las emociones y su participación en la toma de decisiones. En ocasiones el paciente necesita que sea el profesional quien tome ciertas decisiones, él ya no tiene fuerza.</p> <p>La relación con los pacientes debe ser de continuidad que el paciente sienta que no se rompe el seguimiento esté donde esté y que no dependa del profesional, pues todos trabajamos por el mismo fin, además de contar con él para conseguirlo.</p> <p>Familias conflictivas y des-</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿cómo es la relación con los pacientes y los familiares: protocolos, dinámicas, la primera visita, etc.?</li> <li>2. ¿cómo se incorporan los intereses y preferencias de los familiares y los pacientes?</li> <li>3. ¿cuáles son las situaciones de conflicto más comunes?</li> <li>4. ¿cómo es la toma de decisiones?, ¿la gestión del pacto de silencio?</li> <li>5. ¿diferencias en la relación dependiendo del recurso?</li> </ol>

	<p>baño como un lugar físico de confidencias)          -Los familiares perciben homogeneidad (no entienden las funciones de los diferentes profesionales)          -La confianza que deposita el paciente es personal, no grupal.          -Muchas veces el paciente no sabe su diagnóstico.          -Si la decisión la toma el paciente, tiene una cara B que es la responsabilidad. Los pacientes suelen sufrir un bloqueo, y si te vas a morir, no tienes tiempo. La decisión la tiene que tomar el profesional.          -A veces los familiares no entienden la función de los CP.          -Los familiares no quieren ir a casa (les da miedo); se “enganchan al hospital”. Las altas son de los momentos más traumáticos el 90% no se quiere ir a casa requiere un proceso de trabajo con la propia familia</p>	<p>estructuradas</p> <p>Necesidad de transmitir seguridad en todo momento del proceso de acompañamiento</p> <p>Realizar visita pre-alta para establecer relación de confianza y vernos las caras</p>	
<p>4-2          Coordinación externa</p>	<p>-Conflicto de intereses entre áreas de servicio.          -Conflictos con la institución y programas sanitarios.          -La relación interservicios, lo más complicado.+1          -Otras especialidades pensaban “ los CP nos quitan los pacientes”, al principio no derivaban pacientes hay muchas envidias es como si los” CP fueran privilegiados” ( se da de comer al acompañante, sillón )</p>	<p>Los pacientes paliativos no tienen por qué ser atendidos sólo por UCP. Este debate está actualmente muy presente en Cataluña donde se está haciendo numerosos cambios en el mundo sociosanitario. Se habla de pacientes con enfermedades crónicas y con necesidades paliativas, los cuales son mayormente atendidos por médicos de familia. Se pide de los equipos que sean cada vez más polivalentes, como sus profesionales</p> <p>Cuando se desconoce el trabajo de los demás se tiende a infravalorar o en otros casos a magnificar, cuando se ve la realidad y se acepta como trabaja cada compañero, se consigue una buena coordinación.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿cómo se coordinan los CP con otros servicios?</li> <li>2. ¿problemas más comunes en la coordinación con otros servicios?</li> <li>3. ¿relación con las instituciones y las políticas sanitarias?</li> <li>4. ¿estigmas o prejuicios sobre la realidad de los CP?</li> <li>5. ¿qué conocimiento se tiene de los CP?</li> </ol>

			<p>Necesidad de un coordinador que medie la derivación entre diferentes servicios y el paso a C.P.</p> <p>Fundamental, para que no sean los estereotipos comunes los que lleven a una infraderivación de pacientes y una coordinación deficiente.</p>	
	4-3 Comunicación externa	<p>-Los CP son reconocidos y son reforzados socialmente. Sienten agradecimiento: el boca a boca funciona, la gente mejora y eso se valora.</p> <p>-Existencia de conflictos bioéticos.</p> <p>-Importancia de los testimonios de los que fueron bien cuidados...</p> <p>-En Madrid existe un tlf de atención a paliativos! PAL24</p>	<p>Los CP en general hemos luchado mucho y hemos tenido que demostrar nuestro trabajo para que ahora nuestros compañeros valoren el trabajo tan importante que se hace. En unidades consolidadas la comunicación es realmente buena.</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿se perciben los CP como un derecho?</li> <li>2. ¿qué visión se tiene de los CP?</li> <li>3. ¿qué canales son los que funciona para que la sociedad sepa del trabajo que se realiza en CP?</li> <li>4. ¿qué conflictos y carencias se percibe de la relación externa?</li> </ol>
	4-4 Sociedad, comunidad	<p>-Hay temas tabú ante el uso de ciertos tratamientos.</p> <p>-Eutanasia, abrir el debate a la sociedad.</p> <p>-Los equipos de CP pueden aportar su experiencia y enfoque para contribuir debates importantes para la sociedad.</p> <p>-Jornadas de CP y Sociedad.</p> <p>-Reto: devolver la muerte a la comunidad (desde las Instituciones).</p> <p>-A priori parece duro, contacto diario con la muerte, pero los pacientes dan más de lo que reciben, en ese momento tan especial y tan intenso que es estar cerca de la muerte ( sinceridad, etc.. ) los profesionales lo viven como algo de lo que aprender.</p>	<p>El hecho de que los cuidados paliativos sean reconocidos como un derecho legal ha ayudado en su valoración y reconocimiento.</p> <p>Somos muy valorados por familias ya tratadas.</p> <p>En los debates sobre sedación/eutanasia siempre suele haber un paliativista, porque es el que mejor aclara esa diferencia.</p> <p>A lo largo de los años se ha ido cambiando el rol de la muerte y algo</p>	<p>Cuestiones a formular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿cómo afecta la cosmovisión de la sociedad de la muerte en la definición de los objetivos de los CP?</li> <li>2. ¿cómo se relacionan los paliativistas al tener que gestionar el concepto de muerte o buen morir con familiares y pacientes?</li> <li>3. ¿qué retos tienen que afrontar los CP en el</li> </ol>

		<p>natural, en ocasiones se vive como un fracaso, los CP se han encargado de volverlo a ver como un proceso natural, como se nace se muere.</p>	<p>futuro?</p> <p>4. ¿qué papel pueden jugar los CP en los debates sociales respecto a la muerte?</p>
--	---	---	---



**ANEXO 3 - CUESTIONARIO de la ENCUESTA DIGITAL**

<p>1) Objetivos comunes.</p> <p>La finalidad de los equipos de paliativos es la atención de calidad a pacientes y familiares. Además de este objetivo principal, un equipo se define por tener objetivos comunes. La existencia de objetivos explícitos y claros facilita el trabajo en equipo.</p> <p>Valora de 1 a 5 la situación en tu equipo.</p>	<p>1</p> <p>Ausencia de objetivos comunes explícitos.</p>	<p>2</p> <p>Existencia de pocos objetivos comunes explícitos.</p>	<p>3</p> <p>Existencia de algunos objetivos comunes explícitos.</p>	<p>4</p> <p>Existencia de muchos objetivos comunes explícitos.</p>	<p>5</p> <p>Compartimos todos los objetivos, son explícitos y comprenden todos los niveles.</p>
<p>2) Participación en la planificación de objetivos.</p> <p>La participación en la definición, planificación y evaluación de los objetivos comunes es importante para que los miembros de un equipo se identifiquen y comprometan con ellos.</p> <p>Valora de 1 a 5 tu participación respecto a los objetivos.</p>	<p>1</p> <p>Ausencia de participación, vienen impuestos por la institución o por el coordinador.</p>	<p>2</p> <p>Participamos en la definición y evaluación de pocos objetivos comunes.</p>	<p>3</p> <p>Participamos en la definición y evaluación de algunos objetivos comunes.</p>	<p>4</p> <p>Participamos en la definición y evaluación de muchos objetivos comunes.</p>	<p>5</p> <p>Todos los objetivos son discutidos, evaluados y consensuados por el equipo.</p>
<p>3) Cohesión grupal</p> <p>Para crear espíritu de equipo es necesario que sus miembros compartan algunos valores y creencias grupales y que tengan sensación de pertenencia. Valora de 1 a 4 el nivel de integración que se percibe en tu equipo.</p>	<p>1</p> <p>El equipo es un formalismo. Los integrantes se saben pertenecientes a un equipo, pero no se sienten para nada en un proyecto común.</p>	<p>2</p> <p>.Hay poca percepción de formar parte realmente de un equipo y, en general, poco grado de cohesión.</p>	<p>3</p> <p>Hay bastante percepción de formar parte realmente de un equipo y, en general, bastante grado de cohesión.</p>	<p>4</p> <p>La mayoría de las tareas y objetivos se trabajan en equipo.</p>	<p>5</p> <p>Hay una percepción muy alta de formar parte realmente de un equipo, con un alto grado de cohesión.</p>

<p>4) Coordinación intraequipo</p> <p>Los miembros de un equipo tienen funciones específicas que interactúan y se coordinan con las del resto de miembros del equipo.</p> <p>Valora de 1 a 5 el grado de coordinación en tu equipo.</p>	1	2	3	4	5
<p>5) Las reuniones</p> <p>Las reuniones son momentos esenciales en la conformación de equipos.</p> <p>En las reuniones se toman decisiones, se planifica el trabajo, se opina, se discute, etc.</p> <p>Es el lugar donde todos los miembros se pueden reconocer como equipo.</p> <p>La importancia que se le otorgue a las reuniones (preparación, metodologías, participación, etc) es un indicador del grado de salud del equipo y de la complicidad y compromiso de sus miembros. .</p> <p>Valora de 1 a 5 la importancia de las reuniones en tu equipo.</p>	1	2	3	4	5
<p>6) Atención Interdisciplinar</p> <p>Los miembros de los equipos poseen conocimientos especializados y habilidades diferenciadas. La colaboración y el conocimiento mutuo entre profesionales de diferentes disciplinas es clave cuando un equipo se enfrenta a dimensiones asistenciales complejas.</p> <p>Califica de 1 a 5 el grado de colaboración y conocimiento entre los profesionales de tu equipo</p>	1	2	3	4	5

<p>7) Funciones de Liderazgo</p> <p>En el día a día del trabajo en equipo existen situaciones que requieren de la iniciativa o funciones de liderazgo de los miembros del equipo en todas las dimensiones, clínicas, organizativas, afectivas.</p> <p>El desarrollo de estas funciones, puede estar concentrado sobre algunas personas o distribuido entre los miembros del equipo.</p> <p>Valora de 1 a 5 la distribución de las funciones de liderazgo</p>	<p>1</p> <p>Ausencia de distribución en las funciones de liderazgo y las relaciones son verticales.</p>	<p>2</p> <p>Poca distribución de las funciones de liderazgo.</p>	<p>3</p> <p>Las funciones de liderazgo se encuentran distribuidas en algunos ámbitos de intervención</p>	<p>4</p> <p>La participación en las funciones de liderazgo es alta.</p>	<p>5</p> <p>Todos los miembros del equipo participamos de las funciones de liderazgo, son rotativas dependiendo de capacidades y ámbitos</p>
<p>8) Comunicación</p> <p>La comunicación dentro de un equipo puede desarrollarse a de manera formal o informal, fluye por canales explícitos o implícitos, se materializa en herramientas o espacios como las reuniones o los tabloneros de anuncios y se compone de actitudes escucha activa, dialogo.</p> <p>La comunicación determina de manera directa la participación en el equipo y la toma de decisiones.</p> <p>Califica de 1 a 5 la comunicación y las herramientas de transmisión de información en tu equipo.</p>	<p>1</p> <p>Escasa comunicación y ausencia de herramientas que faciliten los flujos de información.</p>	<p>2</p> <p>Poca comunicación y transmisión de información.</p>	<p>3</p> <p>Existe comunicación y alguna herramienta de transmisión de información.</p>	<p>4</p> <p>La comunicación y la transmisión de información son buenas.</p>	<p>5</p> <p>La comunicación es excelente y las herramientas de transmisión de información se adaptan perfectamente a nuestras necesidades.</p>
<p>9) Transmisión de Información</p> <p>El acceso e intercambio de información relevante y de calidad favorece que los miembros de un equipo colaboren, influyendo a su vez de manera directa en la participación y en la toma de decisiones.</p> <p>Califica de 1 a 5 transmisión y acceso a la información en tu equipo.</p>	<p>1</p> <p>Ausencia de herramientas que faciliten los flujos de información.</p>	<p>2</p> <p>Poca transmisión de información.</p>	<p>3</p> <p>Existe alguna herramienta de transmisión de información.</p>	<p>4</p> <p>La transmisión de información es buena.</p>	<p>5</p> <p>Las herramientas de transmisión de información se adaptan perfectamente a nuestras necesidades.</p>

<p>10) El conflicto en la dinámica de equipo.</p> <p>El conflicto es inherente a las relaciones humanas. Los equipos que tienen la voluntad de integrar y reconocer los conflictos de forma natural enfrentándose a ellos asertivamente mejoran el rendimiento del equipo y de los profesionales.</p> <p>Valora de 1 a 5 el reconocimiento de los conflictos y la existencia de dinámicas para resolverlos en tu equipo.</p>	1	2	3	4	5
<p>11) Afectos y cuidados.</p> <p>Uno de los objetivos de todo equipo es tener en cuenta el estado emocional individual y colectivo de sus integrantes.</p> <p>Un buen ambiente de trabajo donde los afectos y cuidados tienen sus espacios y momentos propios mejora el rendimiento del equipo y sus profesionales.</p> <p>Valora de 1 a 5 el nivel de cuidados en tu equipo.</p>	1	2	3	4	5
<p>12) Relaciones de Género.</p> <p>En la composición de los equipos existen diferencias por edad, género, disciplina, años de experiencia, cultura, personalidad. Sin embargo, al mismo tiempo en los equipos existen ámbitos desiguales ante oportunidades de ascenso, prestigio, poder, reconocimiento, liderazgo, etc.</p> <p>Valora de 1 a 5 las relaciones de igualdad respecto al género en tu equipo</p>	1	2	3	4	5

<p>13. Coordinación externa.</p> <p>El trabajo cotidiano de los equipos de paliativos implica la relación con otras áreas de intervención asistencial.</p> <p>Valora de 1 a 5 el nivel de coordinación y colaboración de tu equipo con otras áreas y servicios sanitarios.</p>	<p>1</p> <p>No existe coordinación y colaboración.</p>	<p>2</p> <p>Poca colaboración y coordinación.</p>	<p>3</p> <p>Alguna colaboración y coordinación.</p>	<p>4</p> <p>Buen nivel de colaboración y coordinación.</p>	<p>5</p> <p>Nivel muy alto de colaboración y coordinación entre áreas y servicios.</p>
<p>14. Planificación o Programación sanitaria o sociosanitaria. Ajuste de recursos.</p> <p>Los equipos de CP están inscritos en Planes o Programas que en sus políticas delimitan objetivos / directrices / estrategias organizativas o asistenciales y también recursos (sobre todo número y distribución de profesionales). Valora de 1 a 5 cómo se ajustan los recursos de esos Planes o Programas a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos.</p>	<p>Los recursos asignados no se ajustan a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos</p>	<p>Los recursos asignados se ajustan poco a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos</p>	<p>Algunos recursos asignados se ajustan a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos</p>	<p>Los recursos asignados no se ajustan bastante a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos</p>	<p>Los recursos asignados se ajustan muy adecuadamente a las necesidades asistenciales u organizativas de los equipos</p>
<p>15. Relación con los pacientes y familiares.</p> <p>El objetivo principal de los equipos de CP es la atención global de los pacientes y los familiares.</p> <p>Un buen funcionamiento de equipo, beneficia la calidad de la atención mediante la integración de necesidades, preferencias e intereses de los pacientes y sus familias.</p> <p>Valora de 1 a 5 si el trabajo en equipo en tu unidad favorece la incorporación de los intereses de pacientes y familiares</p>	<p>1</p> <p>La dinámica de equipo no favorece la incorporación de las necesidades de los pacientes y familiares.</p>	<p>2</p> <p>Favorece poco.</p>	<p>3</p> <p>Favorece algo.</p>	<p>4</p> <p>Favorece bastante.</p>	<p>5</p> <p>El trabajo en equipo es imprescindible para incorporar los intereses de pacientes y familiares.</p>

<p>16. Formación.</p> <p>El trabajo en equipo requiere de explicitación y una gestión específica. La formación en técnicas de gestión de equipos (organización de reuniones, ....) Es fundamental para tal fin.</p> <p>Califica de 1 a 5 la formación y conocimientos sobre cómo aprovechar las ventajas de trabajar en equipo.</p>	1	2	3	4	5
	Nula formación y conocimientos sobre cómo trabajar en equipo.	Poca formación y conocimientos.	Alguna formación y conocimientos.	Buena formación y conocimientos.	Muy buena formación y constante actualización de conocimientos
<p>17. Valoración global del trabajo en equipo.</p> <p>Valora, por favor, hasta qué punto consideras que trabajáis realmente en equipo en vuestro equipo de CP.</p>	1	2	3	4	5
	No trabajamos nada en equipo	Trabajamos poco en equipo.	Algunas veces trabajamos en equipo.	Trabajamos bastante en equipo.	El trabajo en equipo es cotidiano y permanente.

## ANEXO 4. METODOLOGÍA Y GUIONES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN Y DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.

### LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La filosofía que está en la base<sup>85</sup> de las entrevistas en profundidad es que a través del análisis del comportamiento externo de las personas no podemos conocer el significado exacto y profundo que éstos dan a sus comportamientos por lo que necesitamos entrevistar a las personas.

*"Demasiados condicionantes como para aceptar el ideal de la entrevista como conversación ordinaria. Más acertada parece la definición de la situación social de la entrevista en profundidad como una confesión desde la desigualdad. La confesión atraviesa la entrevista. La demanda de observación requiere una confesión del entrevistado de su experiencia práctica, aun cuando tal experiencia se establezca como norma distinta a la que se encuentra macrosocialmente más legitimada. Si en la entrevista estandarizada la relación con lo legitimado macrosocialmente (la norma) es por adscripción, en la entrevista abierta es por interiorización discursiva. Incluso en aquellas investigaciones que parecen utilizar la entrevista para "conocer la opinión" de las personas, lo que se pone en funcionamiento es una situación social que demanda la confesión de una opinión, lo que es cualitativamente distinto, pues ésta parte del posible enfrentamiento entre la norma discursivamente dominante y la norma particular".*

Javier Callejo Gallego<sup>86</sup>

Recomendaciones de la literatura que hemos seguido sobre las entrevistas.

Hay que señalar que el guión es únicamente un mapa de referencia que utilizamos para no perdernos durante la entrevista. En este sentido, tenemos que aceptar y respetar el hecho de que el entrevistado/a adopte una dirección diferente a la que habíamos previsto en el guión hablando sobre temas no incluidos o alterando el orden de las preguntas. Eso sí, aún alterando el ritmo y el orden de las preguntas, tendremos que intentar hablar de todos los temas importantes que habíamos previsto en un principio volviendo, en la medida de lo posible y de forma muy sutil, a los temas no analizados.

En un principio utilizamos preguntas generales y, a medida que transcurre la entrevista, nos fuimos introduciendo en el significado profundo que atribuye a sus comportamientos, vivencias y experiencias. Al igual que un embudo, iremos de preguntas generales a preguntas concretas.

En la medida que el silencio es una manera de comunicarse, hay que saber respetar los silencios del entrevistado/a.

El proceso de obtención de información

La interrelación que se establece entre entrevistador/a y entrevistado/a es la base para la obtención de la información. Es lo que va a permitir conocer las experiencias y significados profundos del entrevistado/a. En el proceso de obtención de la información hay que seguir una estrategia que tiene tres dimensiones concretas: el lanzamiento de las preguntas, el relanzamiento de la entrevista y la fiabilidad o control.

- Durante el comienzo de la entrevista: La información se obtendrá mediante el lanzamiento de preguntas o temas respecto de los que se quiere obtener información. En un principio se lanzarán preguntas generales que permitan un comienzo sin sobresaltos y den lugar a una situación relajada y de confianza. Esto exige reflexionar profundamente sobre las características de la primera pregunta. Estos consejos pueden ser de utilidad a la hora de formular esta primera pregunta:

- Se evitarán preguntas que den lugar a respuestas como sí o no, fechas o lugares concretos, etc. ya que son preguntas que no facilitan el desarrollo de la entrevista.

- No se utilizarán preguntas que comiencen por "qué, cómo, cuándo y por qué" ya que el entrevistado/a puede responder una cosa concreta y hay peligro de bloquear la entrevista.

- La primera pregunta o tema que se lanza al entrevistado/a no debe crear ningún tipo de problema o conflicto; no debe introducir al entrevistado/a bruscamente en el tema.

- Es recomendable que la primera pregunta sea abierta. Esto no significa que se tengan que hacer preguntas confusas o ambiguas ya que pueden crear confusión al entrevistador/a obstaculizar la entrevista.

- Hay que evitar preguntas sesgadas. Esto es, aquellas preguntas que señalan al entrevistado/a lo que debe responder.

- Durante el desarrollo de la entrevista: Una vez que hemos formulado la pregunta inicial, el entrevistador irá lanzando preguntas más concretas. Ira de preguntas y temas generales a lo concreto, de lo superficial a lo profundo, de lo impersonal a lo personal y cada vez que se agote un tema, tendrá preparado otra pregunta o tema para seguir con la entrevista.

De vez en cuando, el entrevistador/a debe hacer resúmenes para mostrar que va entendiendo la información. Esto ayudara al entrevistador/a a arreglar malentendidos o aclarar aspectos que no han quedado claros y al entrevistado/a a estructurar y a valorar sus propias vivencias y pensamientos.

## **GUIÓN DE LA ENTREVISTA**

### Primera parte. (Introductoria, 5 minutos)

Comenzar con una introducción en la que se especifican el objetivo de la investigación, la utilización que se hará de los datos, la razón de utilizar la entrevista en profundidad como técnica de investigación, el apoyo de esta investigación por parte de la SECPAL, el tiempo aproximado que durará la entrevista y cualquier aspecto que pueda ser importante para que el entrevistado/a se sienta confiado con la entrevista desde un principio.

Durante esta primera fase de contacto y presentación le entregamos la hoja (ficha técnica con los datos personales y profesionales, la misma que utilizamos con el grupo de discusión). También anotamos cuestiones de contexto de la entrevista, lugar donde la realizamos, hora de comienzo, etc.

Objetivo. Crear un clima de confianza para que el entrevistado/a se sienta cómoda con la situación, preguntas abiertas que permitan hablar con tranquilidad de cuestiones generales referidas a su profesión, lugar de trabajo, cuestiones organizacionales muy generales. Esto también nos permite situar la entrevista dentro del contexto en el que desarrolla su trabajo.

Preguntas exploratorias y de toma de contacto.

Profesionales generales: cuál su disciplina, años de experiencia profesional, además de en CP, qué otros trabajos relacionados con el mundo sanitario ha realizado, dónde y durante cuánto tiempo.

Profesionales en la actualidad: recurso actual en el que desarrolla su trabajo, en qué ámbito territorial, institución a la que pertenece, cuál su trabajo en el día a día, tipo de jornada que realiza y si es en exclusividad en CP.

Sobre el equipo o equipos de los que forma parte: características del equipo, cuántos miembros lo componen, distribución por profesionales, responsabilidades y funciones del equipo, modelo de funcionamiento, cómo se coordinan los trabajos, qué responsabilidades tiene dentro del equipo...

Segunda Parte. Historia de vida profesional. (10 minutos). (Aquí damos un giro brusco en la entrevista, tenemos que pensar como podemos introducirlo, y si queremos introducirlo)

Objetivo. Conocer las motivaciones, circunstancias, recorrido profesional/vital hasta llegar a trabajar en lo CP. En esta parte más subjetiva/personal sobre las trayectorias profesionales, aparecen "historias de vida profesional", que nos ayuden a entender cómo y por qué se llega a los CP y los costes/beneficios de mantenerse. Aunque se sale un poco del análisis más concreto sobre el trabajo en equipo, los profesionales que trabajan en CP en muchas ocasiones habrán tenido que realizar un trabajo de reflexión personal/vital que influye de manera determinante tanto en la relación con su profesión como en la relación con sus compañeros y esto influye de forma considerable en el trabajo en equipo. La idea sería entrar poco a poco, siendo muy cuidadosos y sin presionar en las preguntas si las respuestas no salen fácilmente. Para entender la relación profesional / equipo puede ser interesante entrar en aspectos como la vocación, la ética, las creencias, las experiencias vitales/profesionales, contradicciones, desgaste emocional, etc.

Preguntas: cómo llega a trabajar en CP, si fue una elección, cómo fueron los inicios, qué les motiva del trabajo en CP, qué costes/beneficios tiene trabajar en CP, grado de importancia de la motivación/vocación para trabajar en paliativos, cómo es la relación con los pacientes y familiares, qué situaciones son las más difíciles de trabajar en CP ...

### Tercera Parte. El trabajo en equipo. (35 minutos)

- Dimensión organizativa:

Pequeña introducción sobre la importancia de trabajar en equipo antes de pasar a las preguntas.

Objetivo. Conocer cómo es la toma de decisiones, roles y posiciones dentro del grupo, liderazgo, comunicación, transmisión de la información, etc.

*Organización.* Preguntamos si la organización del trabajo en equipo favorece o dificulta la consecución de objetivos del equipo, quién supervisa y evalúa al equipo, si es sistemática o no sistemática, si es por profesionales internos / externos, qué tipo de coordinación existe y quién la supervisa.

*Reuniones.* Funcionamiento en las reuniones: si se toman decisiones, planifica el trabajo, se opina y discute y se integran las críticas... si se preparan, si hay orden del día, metodologías... Su valoración como indicador de salud del equipo, complicidad y compromiso...

*Liderazgo / participación.* Liderazgo formal: quién lo decide, por cuánto tiempo es el nombramiento, si se asumen funciones de liderazgo por el resto del equipo aunque no sea el responsable formal, ejemplos al respecto, cómo se toman las decisiones dentro del equipo, qué peso tiene cada profesional, cómo es la relación entre los diferentes profesionales... Qué reconocimiento se da del otro, qué roles (formales e informales) hay dentro de los equipos, qué relación hay entre profesionales al abordar los aspectos clínicos, psicológicos, sociales, espirituales y organizativos,... Incidir en las dificultades si es que hubiere, ejemplos... Cómo es la participación, hasta dónde se produce, etc.

- Dimensión social:

Objetivo. Conocer cómo son el conjunto de las interacciones, distinguiendo entre las que se producen dentro del equipo y las relaciones en su ámbito de acción.

*Integración.* Si existe integración, implicación y cohesión dentro de los equipos, qué nivel de sentido de pertenencia, qué cuestiones del día a día aumentan el sentido de pertenencia, qué creencias grupales se comparten, cómo y dónde se expresan, etc.

*Conflictos.* Visibilidad de los conflictos y gestión, qué conflictos son los más comunes, cómo se resuelven, papel del equipo en la gestión de los conflictos, qué herramientas y espacio hay para abordar los conflictos (ejemplos), etc.

*Cuidados, afinidades.* El trabajo en equipo mejora los cuidados de sus miembros... En caso afirmativo, cómo (preguntar ejemplos), indagar existencia de espacio y tiempos para el cuidado, cuáles son esos cuidados, ver si se siente cuidado por el equipo, por el líder, por la institución... Importancia de la percepción subjetiva. Cómo son e influyen las relaciones de afinidad en las dinámicas de equipo (preguntar por ejemplos)...

- Dimensión técnica, aspectos estructurales y de contexto:

Objetivo. Conocer las competencias y conocimientos específicos del equipo que determinan la formación del mismo. En el caso de los equipos clínicos es fundamental, ya que los perfiles de los profesionales que componen los equipos acotan los objetivos y la planificación de trabajos, que a su vez vienen determinados por la institución de la que forman parte y de los programas o políticas sanitarias. También conocer la relación

de los equipos y sus profesionales con los recursos de los que disponen y las políticas sanitarias.

*Recursos.* explorar si se adaptan los recursos materiales y humanos a las necesidades de los CP y qué recursos mejorarían el trabajo en CP.

*Políticas y programas sanitarios.* Quién evalúa, fija criterios y objetivos, en función de qué parámetros... Si existe supervisión de los equipos, si hay diferencias entre lo que piensa y necesita el equipo y la dirección y con los programas sanitarios... Si se siente cuidado por la institución.

*Relación pacientes y familiares.* El objetivo principal de los equipos de CP es la atención global paciente/familia. Ver si se satisfacen las necesidades, preferencias e intereses de los pacientes y sus familias en las relaciones asistenciales, cómo ayuda el trabajo en equipo para cumplir con el objetivo de atención integral de calidad, cómo podría mejorar, etc.

*Pregunta final.* Puede hacerse si es necesaria y con la intención de cerrar permitiendo al entrevistado que pueda expresar cosas que no ha dicho durante la entrevista o cuestiones que la propia entrevista le ha llevado a reflexionar. Sería la siguiente cuestión: ¿Cuáles son los elementos que, a su juicio, permiten un buen funcionamiento del equipo? (Variables de éxito del trabajo en equipo).

Terminamos con el agradecimiento, etc.

## LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Realización de tres grupos de discusión (GD) entre profesionales activos que trabajen en equipos, buscando que en los grupos estén representados todos los profesionales que intervienen y que trabajen en equipos diferentes. Los grupos de discusión, gracias al debate orientado, nos permiten abordar las problemáticas de la investigación más allá de las percepciones individuales, amplificando y complejizando la realidad que se quiere conocer. Los resultados de los grupos serán transcritos y formarán parte de los materiales disponibles de la investigación.

El grupo de discusión es un proyecto de  
*conversación socializada*, en el que la  
*producción de una situación* de  
comunicación grupal sirve para la captación  
y análisis de los *discursos ideológicos* y de  
*las representaciones simbólicas* que se  
asocian a cualquier fenómeno social.

LE Alonso<sup>87</sup>,1998

1. Diseño de los grupos. Hemos buscado el máximo de representatividad de la realidad de los profesionales de CP en los componentes de los grupos, precisamente para aportarle validez. En la composición de los grupos se ha intentado abarcar todas las posibles visiones y miradas, complejizando la conversación guiada que se da en los grupos, permitiéndonos además de realizar análisis de contenido, hacer análisis interpretativo.)

Tres grupos de discusión, de 6 a 8 profesionales de paliativos en cada grupo. Con la consiguiente confidencialidad y anonimato de los participantes.

Características *contextuales* en la selección de perfiles:

- Comunidad: comparar posibles diferencias entre programas y políticas sanitarias. No podemos abordar todas las comunidades, pero nos servirá, si es pertinente, para establecer posible relación entre los programas sanitarios y el trabajo en equipo.
- Tipo de recurso: intentaremos que dentro de cada grupo estén representados los diferentes tipos de recursos que existen en cada comunidad. También si es público, concertado o privado.
- Ámbito territorial en el que actúa el recurso. Rural/ urbano.

Características *intraequipo* en la selección de perfiles:

- Profesión. En la composición de los grupos buscaremos que en cada uno estén al menos representadas médicas, enfermeras, psicólogas y trabajadoras sociales. Si vemos que la representatividad es baja podemos aumentar el número del grupo de 6 a 7 u 8.
- Sexo. Aunque la presencia femenina, por los datos cuantitativos es muy mayoritaria en CP, conviene que la presencia masculina esté también garantizada en los grupos.
- Relación laboral con el equipo. estable/discontinua.

2. Estructura y desarrollo de la técnica del GD.

Las etapas de la moderación de un grupo de discusión son:

0. Ficha técnica del grupo (perfiles con los datos de contexto y profesionales) y sobre las condiciones en el desarrollo del GD ( hora de comienzo, apreciaciones, etc.). Características del grupo.

1. Fase de presentación. Objetivo de la investigación y la dinámica a seguir.
2. El calentamiento. Fase de consolidación del grupo. Las personas participantes se posicionan frente al/a la moderadora y al tema a tratar. La persona moderadora evita la conducción directiva, deja hablar al grupo.
3. El desarrollo del grupo. En esta fase la persona moderadora se sirve del guión.

4. El relanzamiento del grupo. Se trata de obtener un reconocimiento y consenso sobre lo que el grupo ha manifestado.
5. El cierre. Agradecimientos y despedida.

Temas a tratar en el inicio de la reunión:

*a) Presentación de los moderadores* (aquí es mejor que uno modere y el otro haga las funciones de asistente para no confundir al grupo).

Sobre la moderación. Lo ideal es que la moderación sea lo menos directiva posible, pero si se ve que al grupo le cuesta, especialmente al principio, hará falta que sea un poco más directiva. En ese sentido, hay que estar atentas al clima del grupo: si la gente está impaciente por hablar, se aprovecha con una introducción corta y se les pasa la palabra cuanto antes. Cuanto más fluya el grupo, más invisibles tenemos que ser los moderadores.

Si el grupo está muy silencioso y expectante, conviene hacer la introducción con calma, hablando despacio, mirando a toda la gente con tranquilidad, con complicidad (sonrisa: -estamos aquí para pasarlo bien un rato-) y aclarar todas las dudas.

Si nadie arranca a hablar, se retoma la introducción, insistiendo en que se trata de una conversación normal, como si estuvieran tomando un café entre amigos/as y se interpela a quien nos parezca más decidido: *-bueno, quién va a romper el hielo, por ejemplo tú, cómo lo ves-*

Se suele dejar que la primera hora, los temas emerjan con la mayor libertad posible, salvo que la cosa se vaya por las ramas, en cuyo caso, se tira de sugerir temas, pero siempre intentando aprovechar palabras dichas, repescar: alguien decía antes que...

Hacia la segunda parte, si el grupo ha funcionado bien, se habrán tocado buena parte de los temas, por lo que se pueden ir sugiriendo los que falten, aunque siempre tratando de enlazar con algo dicho, de llevar de una cosa a otra parecida, no romper mucho el diálogo que el grupo trae. Si han salido pocos de los temas buscados, hay que sugerir antes. Si han salido muchos, se deja la repesca para la última media hora. Si se ha tocado todo, más o menos, no se interviene, se deja fluir.

*b) Explicación del objetivo del estudio* y del apoyo a la investigación de la SECPAL. También se explicita que se tienen los mecanismos para que los datos sean presentados públicamente, en beneficio de los profesionales y, por tanto, al menos indirectamente, de los pacientes.

*c) Presentación de los participantes. Justificación* de la selección de participantes.

*d) Técnica del GD y dinámica a seguir.* Rol participantes y moderador/a. Esta parte es muy importante, ya que una buena comprensión de los participantes del grupo de la técnica agiliza y mejora los resultados.

*e) Acotación temporal.*

*f) Grabación y reglas a respetar para garantizar su calidad.*

*g) Garantía de anonimato y consentimiento informado.*

Guión del grupo de discusión.

Algunas recomendaciones sacadas de la literatura sobre los GD:

1. El guión no es un repertorio de preguntas que han de tener respuesta. Es un listado de temas o aspectos temáticos.
2. El guión no tiene un orden secuencial determinado. El orden lo impone el grupo.
3. El guión no está cerrado. Se debe reservar “espacio” para los temas emergentes.

Aquí lo importante es crear las condiciones para crear la situación discursiva y que la conversación sea fluida aunque ajustándose a las temáticas del guión, pero también evitando que el guión reste espontaneidad a las conversaciones, el GD nos debe dar información diferente a la encuesta y a las entrevistas.

3. Objetivos de los grupos de discusión de cara a la investigación:

1. Análisis distributivo y temático de la información. Reconocer, contar y correlacionar temáticas y líneas de la investigación.
2. Estructurar la información.
3. Establecer relaciones con modelo teórico-empírico de la investigación. descripción interpretativa.

4. Guión orientativo sobre temáticas y subtemas de apoyo para la introducción de cada temática.

Después de la introducción y la presentación de la investigación y de la técnica iniciar el diálogo guiado. En esta primera parte empezar con temáticas muy abiertas o generales para que el grupo vaya cogiendo confianza entre ellos y se sientan cómodos hablando.

*1- Apertura y calentamiento.* El trabajo en equipo en los CP. El trabajo en equipo, compuesto por profesionales de diferentes ámbitos, es una de las señas de identidad y un componente esencial en los CP. Qué importancia y peso tiene el trabajo en equipo y como valoran en términos generales la influencia del trabajo en equipo para el desarrollo de su trabajo.

Cuestiones a plantear si la conversación de atasca:

- ✓ Qué aporta trabajar en equipo.
- ✓ Qué dificultades o problemáticas encuentran al trabajar en equipo.
- ✓ Qué echan de menos del trabajo en equipo.

Con un inicio tan abierto y si la conversación fluye de manera espontánea es posible que salgan muchos de los temáticas que nos interesan, aquí en la moderación si vemos que sale alguno de los temas importantes y queremos que profundicen, parar para guiar la conversación hacia esa temática.

*2- Temáticas o dimensiones principales.*

Al igual que antes, nuestra moderación debe ser lo menos directiva posible, los subtemas nos tienen que servir si el grupo se atasca.

Tema	Subtemas
Recursos, planificación y políticas sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valoración de las políticas y programas sanitarios que incumban directamente a los profesionales de CP. (Buscar que comparen con otras comunidades y entre recursos)</li> <li>- satisfacción con los recursos disponibles tanto institucionales, materiales, profesionales (carencias, fortalezas)</li> <li>- líneas de trabajo dentro de los CP que no forman parte actualmente y que mejoraría el derecho a la atención de calidad al final de la vida.</li> </ul>
Democracia interna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-sobre la existencia de liderazgos reconocibles y grado de satisfacción con la función de esos liderazgos.</li> <li>-quién y por qué lidera, criterios en la asignación de los liderazgos.</li> <li>-nivel de autoridad, nivel de participación y satisfacción con la toma de decisiones</li> <li>-visibilidad de los conflictos y gestión, papel del equipo en la gestión de los conflictos</li> <li>-distribución del prestigio dentro de los profesionales trabajando en CP.</li> <li>- relaciones de género intraequipo y con los pacientes y familiares</li> </ul>
Interdisciplinariedad. Relación aspectos clínicos, psicosociales, económicos y espirituales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-grado de interdisciplinariedad de los equipos.</li> <li>-actitud ante el trabajo del resto de profesionales.</li> <li>-la existencia de herramientas para el trabajo interdisciplinar</li> <li>-existencia de conflictos entre profesionales, valor de esos conflictos, si son vistos como oportunidad y desventaja.</li> <li>-jerarquía percibida entre profesionales.</li> </ul>
Relación con los pacientes y sus entornos afectivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-percepción de la relación con los pacientes y familiares y el equipo, la homogeneidad en la toma de decisiones.</li> <li>-grado de incorporación de los pacientes y sus familiares en las dinámicas del equipo</li> <li>-relación con los pacientes y familiares, protocolos de actuación.</li> <li>-cómo afectan la relación con los pacientes y familiares las variables edad, socio/económica, cultural, género, tiempo de tratamiento.</li> </ul>

## *GUIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN*

### Introducción

Investigación trabajo en equipo cuidados paliativos.

- Apoyado por la SECPAL
- Objetivos y técnicas de la investigación
- Para qué va a servir: productos

Para qué sirve el grupo

- ¿Qué es? Conversación informal, charla de bar.
- ¿Qué se espera de ellos? opinión (no datos)
- Papel de los investigadores
- Anonimato y confidencialidad
- Uso de móviles

Sobre que vamos a hablar: Trabajo en equipo en CP.

- 1) Organización interna de los equipos
- 2) Relaciones externas: entorno

### Apertura

- Equipo como elemento paradigmático de CP.
- Trabajo en equipo y cuidados paliativos. ¿Por qué es tan importante?

### Bloque 1. Organización interna de los equipos.

#### *Interdisciplinaredad*

- 1) En vuestra opinión, ¿qué es lo que hace un equipo algo más que la suma de sus participantes?
- 2) Para que suceda el reconocimiento mutuo, la interdisciplinaredad, tiene que haber herramientas que lo permitan, cómo suceden esas herramientas.
- 3) ¿Tienen la misma importancia todas las funciones en los equipos? ¿Hay momentos en los que una u otra adquieran mayor importancia?
- 4) Los equipos en CP integran diferentes aspectos, los clínicos, los organizativos y los sociales, espirituales, etc... ¿cómo se relacionan estos aspectos en las reuniones?
- 5) Una de la característica de los equipos en CP es que sobre todo están compuestos por mujeres, cómo pensáis que afecta.

#### *Democracia interna:*

- 1) En todo equipo hay que tomar decisiones, y esas decisiones las tiene que liderar alguien. ¿Cómo funciona esto? Esas funciones cómo se reparten en vuestro equipo y en función de qué?
- 2) ¿Habéis tenido algún conflicto en vuestros equipos?
- 3) ¿Cómo debería ser en vuestra opinión la gestión del mismo?

Bloque 2. Relaciones externas de los equipos. Entorno.

*Relaciones pacientes.*

- 1) Uno de los objetivos principales de los CP es una atención global, de calidad a los pacientes y sus familiares. En vuestra opinión, en la relación de los pacientes con los grupos de CP, ¿se trabaja en equipo? ¿O de forma más individualizada? ¿Facilita esto la incorporación de las necesidades de los pacientes? ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Cómo lo perciben los pacientes?
- 2) Todos los enfermos son diferentes, Pueden existir diferencias culturales en la percepción de la muerte ¿Y la edad del paciente? ¿El tiempo de tratamiento? El género de la persona y de los familiares ¿cómo afecta eso al trato del paciente y cómo es gestionado desde el equipo?
- 3) La gestión de la enfermedad por parte de las familias, en muchas ocasiones se realiza de forma silenciada con la intención de proteger al paciente, estamos hablando del famoso pacto de silencio que muchos de vosotros habréis vivido, ¿cómo se gestiona esto en vuestros equipos?

*Recursos*

- 1) Existen diferentes tipos de recursos: materiales (camas) profesionales (composición y tipo de disciplinas), herramientas (comunicación, reuniones, formación) etc... ¿Cómo valoráis los recursos con los que trabajáis a día de hoy?
- 2) Los equipos de CP trabajan dentro de instituciones sanitarias, dependen de políticas públicas, etc... ¿Cómo valoráis la función de estas instituciones y normas en el trabajo cotidiano de vuestro equipo de CP?
- 3) ¿Conocéis otra forma de hacerlo las instituciones o políticas de otras comunidades o países (exploración innovación)?



## ANEXO 5. CÁLCULO DEL ERROR MUESTRAL EN POBLACIONES FINITAS

Conociendo el tamaño de la población (estimado aproximadamente en 8000 trabajadores en Cuidados Paliativos) y teniendo una muestra de 425 trabajadores en Cuidados Paliativos, el cálculo del error está definido por:

$$e = z * \sqrt{\left(\frac{p * q}{n}\right) \left(\frac{N - n}{N - 1}\right)}$$

Donde  $p$  y  $q$  son desconocidas y  $p+q=1$ , por lo que podemos asumir  $p=0,5$  y  $q=0,5$

Conocidos el valor de  $z$  al 95% de confianza = 1,96 y el valor de  $z$  al 90% de confianza = 1,645

El error al 95% de confianza:

$$4,6\% = 1,96 * \sqrt{\left(\frac{0,5 * 0,5}{425}\right) \left(\frac{8000 - 425}{8000 - 1}\right)}$$

El error al 90% de confianza:

$$3,9\% = 1,645 * \sqrt{\left(\frac{0,5 * 0,5}{425}\right) \left(\frac{8000 - 425}{8000 - 1}\right)}$$

Ambos menores a 5%



## 11. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.

<sup>2</sup> Sanz J, Gómez-Batiste X., Gómez Sancho M. y Núñez Olarte JM. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

<sup>3</sup> Para una exposición más detallada del modelo y de los protocolos de intervención propuestos puede consultarse: Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel, 2003.

<sup>4</sup> Barbero J. Cuidados Paliativos. En: Elizari FJ (Dir.) 10 palabras clave ante el final de la vida. Estella – Navarra: Verbo Divino, 2007: 67-114.

<sup>5</sup> Barbero J. Sufrimiento y responsabilidad moral. En: Bayés R (Dir.). Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004; 151-170.

<sup>6</sup> Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 71-86.

<sup>7</sup> Barreto P, Barbero J, Arranz P, Bayés R, Díaz JI. Counselling y soporte psicológico al final de la vida. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. (Ed). Medicina Paliativa. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. Pamplona: EUNSA, 2008; 93-99.

<sup>8</sup> Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J y Benito E. Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. Medicina Paliativa 2014; 21 (2): 62-74

<sup>9</sup> Benito E, Barbero J. Espiritualidad en Cuidados Paliativos: la dimensión emergente. (Editorial). Med Pal (Madrid) 2008; 15 (4): 191-193.

<sup>10</sup> Barbero J., García-Llana, H., Rodríguez-Rey, R., Prado Redondo, M., Marongiu, V. Canales Albendea, M. y Selgas, R. Evaluación del impacto de cartas de condolencia en familiares en duelo. Medicina Paliativa, (en prensa).

<sup>11</sup> Barbero J. El sufrimiento no está en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. INFOCOP 2009 (marzo-mayo); 42: 36-38.

<sup>12</sup> Barbero J, Díaz L, Coca C, del Rincón C, López-Fando T. Las Instrucciones Previas en funcionamiento: una herramienta legal con valor psicoterapéutico. Psicooncología 2008; 5, 1: 117-127.

<sup>13</sup> Barbero J, Moya A. Conflictos y dilemas sociosanitarios. Una valoración bioética. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38 (Supl 3): 27-38.

<sup>14</sup> Simón P, Barrio IM, Alarcos FJ, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calidad Asistencial 2008; 23 (6): 271-285.

<sup>15</sup> Barbero J. La aceptación: un movimiento tan doloroso como liberador. Comunicación de ponente invitado. IX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) 2011; 1: 63-72.

<sup>16</sup> Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. En: Couceiro A. (ed). Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastela, 2004; 143-159.

<sup>17</sup> Barbero J, Prados C, González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. Psicooncología 2011; 8,1: 143-168. ISSN: 1696-7240.

<sup>18</sup> Díaz-Sayas L, Cruzado JA, Barbero J. Estudio de las micro-malas noticias en pacientes hematológicos hospitalizados. La comunicación médica diaria. Psicooncología 2010; 7,1: 175-191.

<sup>19</sup> Barbero J. Duelo y Suicidio: muerte biológica y muerte biográfica en la encrucijada. En: Asociación Viktor E. Frankl (Coord). Suicidio y Vida. Desde y contra la memoria... hacia el sentido. Barcelona: Sello Editorial, 2011; 89-106.

<sup>20</sup> Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Gracia D, Júdez J (Eds). Ética en la práctica clínica. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud / Triacastela, 2004; 161-181.

<sup>21</sup> Barbero J, Dones M. Valoración ética del dolor y el sufrimiento humano. En: De los Reyes M, Sánchez Jacob M. (Edit). Bioética y Pediatría. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha, 2010; 481-490.

- <sup>22</sup> Barbero J, Fernández-Herreruela P, García-Llana H, Mayoral-Pulido O, Jiménez-Yuste V. Valoración de la eficacia percibida de la dinámica grupal "¿Qué-tal?" para el autocuidado y aprendizaje mutuo en un equipo asistencial. *Psicooncología* 2013; vol 10, 2-3: 353-363.
- <sup>23</sup> Barbero J, Coca C. El burn-out. El síndrome de estar quemado en la atención al anciano. En: Bermejo JC, Muñoz C. (Coord). *Manual para la Humanización de los Gerocultores y Auxiliares Geriátricos*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud y Caritas Española, 2007; 425-470.
- <sup>24</sup> Barbero J, del Rincón C. Claudicación familiar. Cuidar al cuidador. En: Murillo M (Ed.). *Cuidados Continuos en Oncología Radioterápica*. Madrid: Grupo CONTINU-OR – Medical Practice Group, 2007: 563-574.
- <sup>25</sup> Barbero J, Garrido S, de Miguel C, Vicente F, Macé I, Fernández C. Efectividad de un curso de formación en bioética y de la implantación de un checklist en la detección de problemas éticos en un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria. *Atención Primaria* 2004; 34(1): 20-25.
- <sup>26</sup> Antequera JM, Barbero J, Bátiz J. et al. *Ética en Cuidados Paliativos*. Guías de ética en la práctica médica – 2. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2006.
- <sup>27</sup> Barbero J. Cuidados paliativos y sida. ¿Deficiencia moral adquirida? En: Couceiro A. (ed). *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela, 2004; 187-210.
- <sup>28</sup> Barbero J. Psicólogos en Cuidados Paliativos: El Largo Camino de la Extrañeza a la Integración. *Clinica Contemporanea* 2010; 1, 1: 39-48.
- <sup>29</sup> Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29, 3: 19-27.
- <sup>30</sup> Alameda A, Barbero J. El duelo en padres del niño oncológico. *Psicooncología* 2009; 6, 2-3: 485-498.
- <sup>31</sup> Barbero J, López-Fando T. "Burnout" y Equipos Interdisciplinarios. En: González Barón M, Lacasta MA, Ordóñez A. (ed). *El síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid: Panamericana, 2008; 75-87.
- <sup>32</sup> Editorial. Equipos de trabajo y trabajo en equipo: de la ignorancia a la oportunidad terapéutica en la atención paliativa. *Medicina Paliativa* 2014; 21, 1: 1-2.
- <sup>33</sup> World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, 2014. Disponible en: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/>. Recuperado el 13/04/2014. ISBN: 978-0-9928277-0-0.
- <sup>34</sup> Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 8 de Marzo de 2014, de [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESseccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLAYOUT](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESseccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLAYOUT)
- <sup>35</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Disponible en <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/spain-es/>. Recuperado el 8 de marzo de 2014.
- <sup>36</sup> Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public health approach. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2012; 6 (3): 371–378.
- <sup>37</sup> Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliative Medicine* 2014. Published on line el 8/1/2014. Disponible en <http://pmj.sagepub.com/content/early/2014/01/08/026921631351826>
- <sup>38</sup> Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De-Vlieger T, Firth P et al. EAPC update White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16: 278–289.
- <sup>39</sup> Callahan D. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. En Bayés R (Ed.). *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Monografías Humanitas nº 2. (p. 13). Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004; 13.
- 40 Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Med Clin* 2000; 115:579-582.
- 41 Sanz J. Historia de la Medicina Paliativa. *Medicina Paliativa* 1999; 6, 2: 82-88.
- 42 Cicutelli S. *Vida del P. Camilo de Lelis*. Madrid: Religiosos Camilos, 1988. (Original de 1614).
- <sup>43</sup> Saunders C. *Velad conmigo*. Inspiración para una vida en cuidados paliativos. Houston: IAHPC Press - SECPAL - Obra Social La Caixa, 2011.
- <sup>44</sup> Gómez-Batiste X, Buisán M, González MP, Velasco D, de Pascual V, Espinosa J, ... Breitbart W. The "La Caixa" Foundation and WHO Collaborating Center Spanish National Program for enhancing psychosocial and spiritual palliative care for patients with advanced diseases, and their families: preliminary findings. *Palliative & Supportive Care* 2011; 9 (3): 239–249.
- <sup>45</sup> *Cuidados Paliativos*. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

- <sup>46</sup> Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care – the World Health Organisation’s Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 24 (2): 91-96.
- <sup>47</sup> Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Policy statement on defining palliative care. Disponible en [www.thewpca.org/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=85177](http://www.thewpca.org/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=85177). Recuperado el 13 de abril de 2014.
- <sup>48</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Cuidados Paliativos y Fundación Avedis Donavedian. Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- <sup>49</sup> Gómez-Batiste X, de la Mata I, Fernández M, Ferrer JM, García E, Novellas A, Pascual, A, Picaza JM, Sánchez M, Sanmartín J, Sastre P y Suñol R. Indicadores y estándares de Calidad en Cuidados Paliativos. España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2006.
- <sup>50</sup> Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- <sup>51</sup> D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 188. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>. Recuperado el 14 de abril de 2014.
- <sup>52</sup> <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/ChronicityBasqueCountry.pdf>.
- <sup>53</sup> Survey Monkey es una herramienta *online* que permite crear, recopilar y analizar encuestas digitales.
- <sup>54</sup> Alcover CM, Rico R, Gil F. Equipos de Trabajo en contextos organizacionales: dinámicas de cambio, adaptación y aprendizaje en entornos flexibles. *Papeles del Psicólogo* 2011; 32, 1: 7-16.
- <sup>55</sup> Gómez Mujica A, Acosta Rodríguez H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. *Acimed (Ciudad de La Habana)* 2003; 11: 6-15.
- <sup>56</sup> Alegre Herrera JS. Beneficencia y autonomía: trabajo en equipo, competencia profesional y derechos del paciente (II). *Medicina Paliativa* 2010, 17, 4: 195.
- <sup>57</sup> Pérez de Lucas N. Del trabajo en equipo a la colaboración entre equipos. Un avance en la atención a pacientes al final de la vida. *Medicina Paliativa* 2009; 16, 6: 315-316.
- <sup>58</sup> Ibáñez C, Ávila R, Gómez Roig MD, Díaz R. El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología* 2008; 5 (2-3): 439-57.
- <sup>59</sup> Gwyther LP, Altilio T, Blacker S, Christ G, Csikai EL, Hooymann N, et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2005; 1 (1): 87-120.
- <sup>60</sup> Max-Neef MA. Foundations of transdisciplinarity. *Ecological Economy* 2005; 53: 5-16.
- <sup>61</sup> Crawford GB, Price ShD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Medical Journal of Australia* 2003; 179 (6): 32-34.
- <sup>62</sup> Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013; 11, 19: 1-11.
- <sup>63</sup> Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care (UK)* 2005; 19 (S1): 188-96.
- <sup>64</sup> Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB & Sondergaard J. Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. *Journal of Palliative Medicine (Denmark)* 2010; 13(9): 1071-1077.
- <sup>65</sup> O'Connor M, Fisher C. Exploring the Dynamics of Interdisciplinary Palliative Care Teams in Providing Psychosocial Care: “Everybody Thinks that Everybody Can Do It and They Can't”. *Journal of Palliative Medicine (Australia)* 2011; 14(2): 191-196.
- <sup>66</sup> Cerdas IB. Estrategias para el éxito y liderazgo en un equipo de cuidados paliativos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2009; 66, 589: 293-298.
- <sup>67</sup> Wickramasinghe N and Davison G. Making explicit the implicit knowledge assets in healthcare: the case of multidisciplinary teams in care and cure environments. *Health Care Management Science* 2004; 7(3): 185-195.
- <sup>68</sup> Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Rodríguez D, Sánchez-Reilly S. Interdisciplinary Geriatric and Palliative Care Team Narratives: Collaboration, Practices and Barriers. *Qualitative Health Research (USA)* 2010; 20 (1): 93-104.
- <sup>69</sup> Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, Dale J. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *The British Journal of General Practice* 2008; 58 (549): 256-263.
- <sup>70</sup> Miró-Bonet R, Miró-Bonet M. Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. *Rev Tesela* 2010; 7. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7266.php> Consultado el 20 de abril de 2014.

- 
- <sup>71</sup> Suárez-Núñez S. Liderazgo de equipo en Cuidados Paliativos. *Análisis Legal – Colegio de Enfermería (Costa Rica)* 2005; 26,1: 5-12.
- <sup>72</sup> Nabal M. Trabajamos en equipo. *Medicina Paliativa* 2004; 11 (2): 73.
- <sup>73</sup> Barbero J, Prados C, González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología* 2011; 8,1: 143-168.
- <sup>74</sup> Lancelley A, Savage J, Menon U, Jacobs, I. Influences on multidisciplinary team decision making. *International Journal of Gynecological Cancer (UK)* 2008, 18(2), 215-222.
- <sup>75</sup> Riera M, Barrera de Paz C, Arellano M, Planas M, Esperanza A, Villares MJ. Elaboración y aplicación de un instrumento de trabajo interdisciplinar: trayectoria clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2008; 15 (2): 69 – 74.
- <sup>76</sup> Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm y Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine* 2007; 21 (4): 347-354.
- <sup>77</sup> Catt S, Fallowfield, L, Jenkins V, Langridge C, Cox A. The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *British Journal of Cancer (UK)* 2005; 93 (10): 1092-1097.
- <sup>78</sup> Arthur H, Wall D, Halligan A. Team resource management: a programme for troubled teams. *Clinical Governance: An International Journal (United Kingdom)* 2003; 8(1): 86-91.
- <sup>79</sup> Goldsmith J et al (o.c.).
- <sup>80</sup> Arranz P, Torres J, Cancio H, Hernandez F. Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Rev. Soc. Esp Dolor* 1999; 6: 302-311
- <sup>81</sup> Swetenham K, Hegarty M, Breaden K, Grbich C. Refractory suffering: The impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team. *Palliative and supportive care (Australia)* 2011; 9 (01): 55-62.
- <sup>82</sup> Back AL and Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill. *JAMA* 2005; 293: 1374-1381.
- <sup>83</sup> Organización Mundial de la Salud. Creación de Equipos: Guía para desarrollar programas eficaces, 2007. Disponible en <http://www.who.int/cancer/modules/Team%20Building%20Spanish.pdf>. Recuperado el 20 de abril de 2014.
- <sup>84</sup> Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML. The interdisciplinary team. En: Doyle D, Hanks G, Hery N, Calman K (eds). *Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2004<sup>3</sup>; 42-46.
- <sup>85</sup> Ruiz Olabuenaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996, pag. 171.
- <sup>86</sup> Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev. Esp.Salud Pública* 2002; 76, 5.
- <sup>87</sup> Alonso LE. *La mirada cualitativa*. Madrid: Fundamentos, 1998; p. 93.