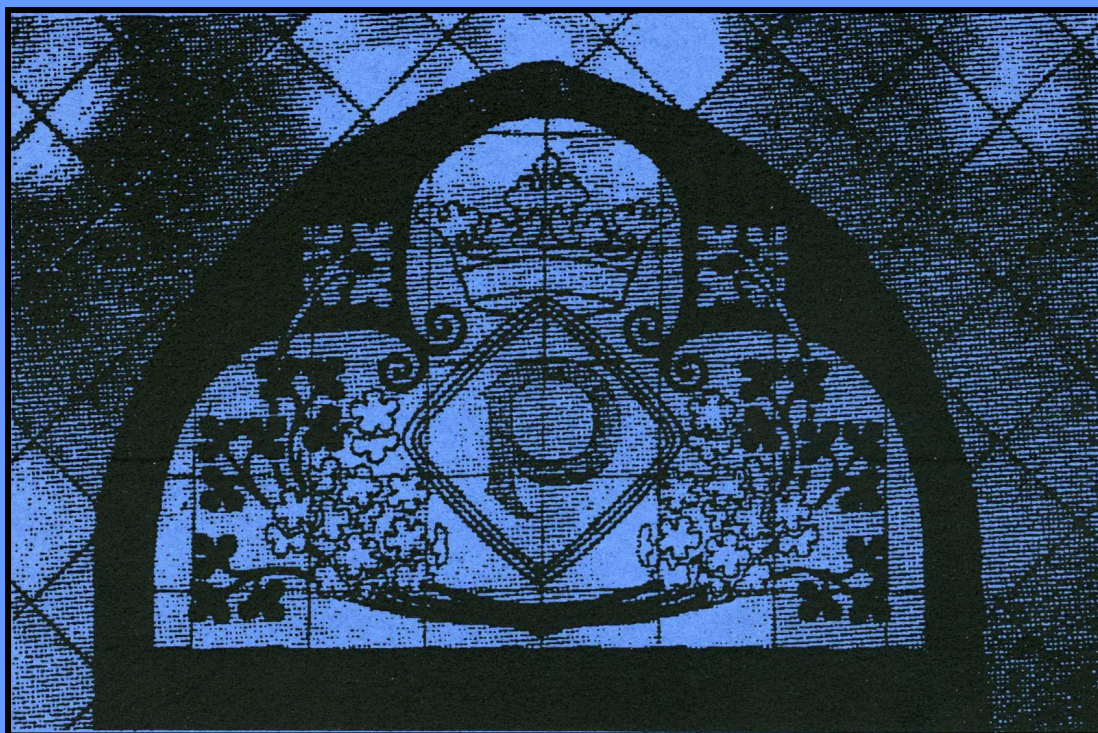


COMUNICACIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA
GRUPAL EN TORNO AL TEMA:

LA MOTIVACIÓN DE ENFERMERIA



JULIO 1992
HOSPITAL DE SANT PAU

INTRODUCCIÓN	3
1. INSCRIPCIÓN HISTÓRICA	4
2. ESQUEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	6
3. LECTURA Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	7
3.1. ANÁLISIS DE LOS DIÁLOGOS	7
3.1.1. INFRAESTRUCTURA	8
3.1.2. UNIFICACIÓN DE CRITERIOS	8
3.1.3. RECONOCIMIENTO PROFESIONAL Y FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	9
3.1.4. ESPACIOS DE REFLEXIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO	10
3.2. LECTURA Y ANÁLISIS DE LOS ESCRITOS APORTADOS POR LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE REFLEXIÓN	12
3.2.1. ANÁLISIS DEL CONCEPTO Y FENÓMENO DE MOTIVACIÓN	12
3.2.2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONALES INFLUYENTES EN LA MOTIVACIÓN	13
3.2.2.1. FACTORES PERSONALES	13
3.2.2.2. FACTORES SOCIO-PROFESIONALES	14
3.2.2.3. FACTORES INSTITUCIONALES	15
4. REFLEXIONES ALREDEDOR DE UN CAMBIO	16
5. SUGERENCIAS PARA UN CAMBIO	17
5.1 ESTRUCTURAS INSTITUCIONALES	18
5.1.1. UNIFICANDO CRITERIOS	18
5.1.2. PUESTOS DE MANDO	19
5.1.3. HORARIO, MOVILIDAD EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y CONDICIONES FÍSICAS	19
5.2. FORMAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN	20
5.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	20
CONCLUSIÓN	21
LISTA DE PARTICIPANTES	22

Queremos informaros sobre una experiencia que tiene como objetivo interrogar la cuestión de la motivación de los profesionales de la enfermería en su trabajo.

Partimos de la hipótesis de que la motivación tiene como efecto la implicación personal de cada uno. La implicación no es una cualificación o una característica que se tiene o no se tiene, o que se aprende como una materia en el sentido tradicional. La implicación es la relación específica de la persona con los otros y con su trabajo, que varía según las circunstancias y a lo largo del tiempo. Para que esta implicación pueda estar en función de los objetivos comunes de cada área, hace falta que la organización del trabajo incluya unos espacios de reflexión que permitan la articulación en la práctica entre implicación personal y objetivos comunes profesionales.

La presente comunicación se organiza alrededor de los siguientes puntos:

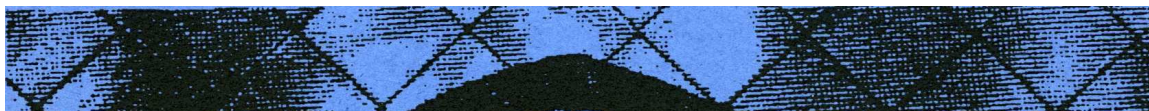
- Inscripción histórica.
- Esquema del proyecto de investigación.
- Lectura y análisis de la experiencia en sus dos vertientes: diálogo y escritos.
- Reflexiones en torno a un cambio.
- Sugerencias para un cambio.

La diferencia de análisis entre diálogo y escrito la hemos realizado en función de las características específicas de cada uno. El diálogo permite la expresión espontánea y más personal de las ideas respecto a una problemática, y la posibilidad de cada uno de ir matizando y modificando sentimientos, ideas y actitudes a raíz de las intervenciones de los otros. Cada miembro, al expresar su versión personal se hace también portavoz de las problemáticas comunes que surgen como hilo conductor del proceso grupal. No se llega nunca a remarcar suficientemente la importancia de que cada persona pueda manifestar sus diferencias y que estas puedan ser escuchadas con atención como parte de los conflictos del juego.

Lo escrito, en cambio, implica una generalización de la problemática, ponernos de acuerdo sobre una formulación organizada de los problemas que sea comprendida y aceptada por todos. En el diálogo, lo que se posibilita y prioriza es el cambio individual, mientras en lo escrito, el acuerdo común sobre cuáles son las problemáticas en cuestión, es lo que permite enfocar el cambio colectivo.

En el análisis de los diálogos y de los escritos se evidencia una repetición de las temáticas y preocupaciones. Estas repeticiones se explican de diversa manera. Una es que la elaboración de las problemáticas implica volver una y otra vez sobre las cuestiones en un intento de reformulación. Otra hace referencia a la relación dinámica entre el cambio individual y el colectivo. Para conseguir un cambio colectivo hace falta que las personas, cada una a su manera, se ajusten a los nuevos objetivos comunes. Otra explicación sería la que surge de la diferencia de objetivos y funciones de los diálogos y los escritos en cuanto a instrumentos de comunicación que priorizan respectivamente el cambio individual y el colectivo. Hace falta aclarar que estas explicaciones no son excluyentes sino que se complementan mutuamente.

Quisiéramos que se entendiese el sentido de nuestras quejas, reflexiones y sugerencias como una crítica constructiva y como una aportación para un mejor funcionamiento de la institución. Somos conscientes de las dificultades de los cambios institucionales por los múltiples factores que inciden y que no siempre tienen fácil solución.



1. INSCRIPCIÓN HISTORICA

Este proyecto se sostiene en un modo de entender la contribución de los profesionales de los campos psicosociológicos en una institución.

Una parte de la tarea de los profesionales, y particularmente de la enfermería, necesita un tipo de formación diferente a la de las materias clásicas del saber. Así como estas se pueden transmitir de manera puntual por acumulación de saber y saber hacer, las otras implican un proceso de cambio constante, tanto de las personas como de los colectivos.

La vida social institucional actual es de una complejidad tal que no son suficientes los recursos personales propios de cada uno, sino que es necesario que sobretodo los profesionales dispongan de unos mínimos espacios de reflexión donde se puedan plantear la posibilidad del cambio personal y colectivo que permita alcanzar los objetivos cambiantes de las tareas comunes.

Son los profesionales de los campos psicosociológicos los que pueden aportar elementos sobre el funcionamiento de las personas y de los grupos sociales que hacen posible, en este caso a los profesionales de enfermería, tener en cuenta las aspiraciones personales articuladas a las necesidades de cada paciente y a los objetivos de las tareas comunes.

Esta forma de entender la colaboración multidisciplinaria tiene en el Hospital de Sant Pau una historia de muchos años. Ya en 1974 la escuela de Enfermería pidió un proyecto que se tradujo en una "Propuesta de un programa de psicología adecuado a las necesidades de la escuela de enfermería del H.S.P." A raíz de este proyecto se produjo la colaboración de dos psicólogas, que duró hasta el inicio de los años 80. También participaron en los cursos de educación continuada para enfermeras y en los de formación de enfermeras quirúrgicas.

Este modo de enfocar y realizar la colaboración multidisciplinaria encuentra innumerables obstáculos y resistencias individuales e institucionales, ya que **la posibilidad del cambio implica en algunos momentos la necesidad de cambio individual, social, o de ambos.** Estas dificultades han hecho que las ideas que

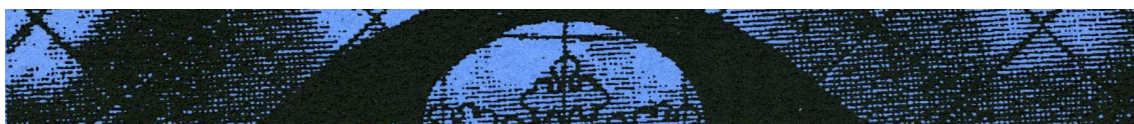
sustentan este proyecto de colaboración interdisciplinaria se hayan llevado a término, con periodos de *impasse*, a partir de demandas de otros colectivos del hospital.

En marzo de 1988, Formación Continuada de Enfermería solicitó una colaboración a las mismas psicólogas a partir de una demanda de dos grupos de enfermeras y auxiliares que tenían problemas ante las experiencias que la cura del paciente grave les comportaba. No querían clases ni bibliografía sino otro tipo de ayuda. se vio que se trataba no sólo de reflexionar sobre cómo ayudar al paciente, sino del qué les pasaba a ellas en la relación con él. En definitiva: se trataba de reflexionar sobre la relación.

Se hizo la propuesta de formar dos grupos de reflexión que se deberían reunir con una frecuencia regular. Esto se aceptó y el trabajo con los grupos se prolongó durante más de un año. Los avatares de este trabajo y el análisis de la experiencia determinaron algunos cambios en el planteamiento tanto por parte del personal de enfermería como de las psicólogas de manera que cuando la demanda se renovó con el personal de otros servicios, se pensó que se habían de dar unas condiciones determinadas para la continuación del trabajo.

Estas condiciones tenían que ver con el marco dentro del cual de había de llevar a cabo la experiencia: frecuencia y duración de las sesiones, vacaciones, duración del trabajo y también con la necesidad de que el hospital se hiciese cargo de los gastos económicos que comportaba la supervisión del trabajo grupal realizado por las psicólogas. La psicóloga supervisora debía ser una persona de fuera, no ligada a la institución. Esta propuesta fue aceptada. Partimos de la posición que plantear al hospital la necesidad de la supervisión significa que no se asume una posición de ser depositarias del saber, de ser las personas que debido a su profesión tienen las respuestas. Se asume, más bien, otra posición donde de lo que se trata es de interrogar qué es lo que está pasando, para poder ir encontrando a través de la reflexión las respuestas adecuadas a cada situación. Cuando el hospital acepta el sostenimiento económico de la supervisión, está aceptando implícitamente esta posición. El cambio en relación a la supervisión inauguró también el cambio en cuanto al lugar que Formación Continuada otorgaba al trabajo grupal, a la colaboración de las psicólogas y al saber.

Los grupos, de entre 12 y 20 miembros cada uno, trabajaron con regularidad durante unos diez meses, aunque disminuyó el número de miembros de los grupos. La huelga de enfermeras tuvo efectos importantes sobre la marcha del trabajo de estos grupos, donde los miembros expresan sentimientos de desánimo, de frustración y de impotencia que de hecho están presentes en el resto del colectivo del hospital.



2. ESQUEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hace dos años, la Asociación Profesional de Enfermería, preocupada y sensibilizada por el sentimiento de desmotivación de los asociados que representa, hace la propuesta a la Dirección de Enfermería de estudiar el problema de la desmotivación. Ya antes de la huelga de las enfermeras del Hospital había surgido el tema de la motivación en el seno de la A.P.I. La Dirección de Enfermería acepta trabajar conjuntamente el tema, en un principio pensando en una encuesta. Para desarrollar el esquema del proyecto, se crea una comisión formada por dos representantes de la Vocalía de Humanización y Soporte en el Reconocimiento de la Enfermería como Profesión de la A.P.I. y la encargada de Formación Continuada en representación de la Dirección de Enfermería. De este modo, el proyecto queda vinculado a Formación Continuada. Durante esta etapa preliminar se producen cambios en la A.P.I. que comportan la dimisión de los dos representantes de la Vocalía y su sustitución por la nueva vocal.

Durante las primeras reuniones, la A.P.I. expone sus objetivos, el grupo trabaja y consensúa la metodología a seguir y decide entregar un documento escrito el mes de Julio de 1992. Este documento incluirá el análisis de la experiencia y sus conclusiones correspondientes.

Finalmente, la investigación sobre la motivación (¿o desmotivación?) se inició en noviembre del 1991 y se programaron nueve meses de reuniones. El planteamiento del trabajo se hizo a tres niveles:

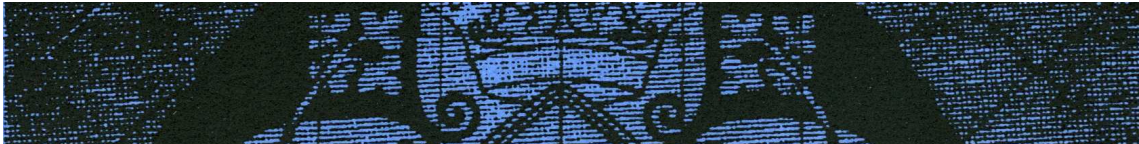
1. Los DOS GRUPOS DE EXPERIENCIA de enfermeras y auxiliares en sesiones semanales con dos psicólogas como conductoras, con la asistencia de la responsable de Formación Continuada y la representante de la Vocalía de Humanización y Soporte en el Reconocimiento de la Enfermería como Profesión de la A.P.I.

Las premisas para la formación de los grupos de experiencia son:

- Podrá participar todo el que lo desee.
- Se pretende que el grupo sea un lugar de confianza.
- El número de grupos depende de las personas que se apunten.
- Las personas que asistan fuera de su horario laboral tendrán restitución horaria.
- Se hará una propuesta de participación a personas que durante años han manifestado interés por el tema y que pertenecen a diferentes estamentos.
- Se formarán grupos de 15 a 20 personas que se reunirán una vez por semana durante nueve meses.
- El horario será lunes de 12:30 a 14:00 h. Y miércoles de 14:15 a 15:45 h.
- El lugar de reunión será el Aula Adela Simón.

Finalmente, se formaron dos grupos y quedó fijado un calendario.

2. EL GRUPO DE REFLEXIÓN sobre el trabajo de los grupos, constituido por la representante de la A.P.I. y de la Dirección de Enfermería a través de la Formación Continuada, la enfermera de Formación Continuada, las dos psicólogas, y la psicóloga supervisora del proyecto. Las reuniones serán también semanales.
3. EL GRUPO DE SUPERVISIÓN con las dos psicólogas y la psicóloga supervisora del proyecto, que se reunirán dos veces al mes.



3. LECTURA Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

El análisis se hará a partir de los dos pilares base que sostienen la experiencia: los DIÁLOGOS que se han dado dentro de los grupos, y los ESCRITOS que son el resultado de la reflexión individual de cada miembro del grupo.

3.1. ANÁLISIS DE LOS DIÁLOGOS

Este análisis se refiere fundamentalmente al **proceso** de la experiencia y a la **doble lectura del significado individual y colectivo de los problemas**.

La primera cuestión que se evidencia es la gran necesidad de un espacio donde manifestar y compartir las preocupaciones, a veces angustiantes, que son parte inevitable de la tarea diaria. Antes de poder pensar en cuáles serían los cambios adecuados, es necesario no solamente poder verbalizar las quejas sino que estas sean escuchadas en función de la posibilidad de un cambio. Dentro de esta dinámica grupal general la evolución de cada persona y de cada grupo será particular. A un grupo le puede hacer falta más tiempo para verbalizar su malestar y preguntarse más allá de la queja, otro puede llegar antes a un planteamiento así.

Las quejas se sitúan alrededor de las siguientes problemáticas:

- INFRAESTRUCTURA
- UNIFICACIÓN DE CRITERIOS
- RECONOCIMIENTO PROFESIONAL Y FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL
- ESPACIOS DE REFLEXIÓN Y DE FUNCIONAMIENTO EN EQUIPO

3.1.1. INFRAESTRUCTURA

Los problemas referentes a las carencias de la infraestructura se mantienen inalterables a lo largo de la experiencia. Estos hacen referencia principalmente a la disponibilidad de la ropa, el funcionamiento del almacén y de la farmacia, al servicio de mantenimiento y de hospitalización. Se dice que hay falta de ropa los fines de semana y que el personal de enfermería ha de ir a buscar sábanas por diferentes unidades para poder cambiar a los pacientes; el personal de la lavandería que reparte la ropa la debería colocar en las estanterías y no lo hace; la supervisora y la jefa de área saben que no hay suficiente ropa para cambiar a los pacientes porque se ha dicho reiteradamente.

En cuanto al almacén, hay problemas de aprovisionamiento diario y problemas para el cambio de marcas y modelos sin consultar al personal; el material llega a las unidades y pocos repartidores lo dejan en el lugar que corresponde.

El servicio de farmacia presenta problemas de funcionamiento por la noche y constantemente hay problemas con la unidosis.

Por otro lado, las unidades no están diseñadas con la colaboración de enfermería que es quien trabaja día a día en este lugar. Las incongruencias de la estructura física pueden ser del orden de lavabos en los que no hay ninguna silla de ruedas, puertas por las que no pasan las camas de los pacientes, habitaciones tan pequeñas que cuando hay un problema con el paciente el carro de paros no cabe, bañeras tan altas que poner al paciente resulta muy dificultoso, la aceptación del pasillo de urgencias como sitio apto para la asistencia de los pacientes, etc. Así mismo, hay una falta de mantenimiento de las unidades. Los problemas domésticos de las unidades quedan eternizados: grifos rotos que gotean constantemente, enchufes que no funcionan, fluorescentes que no se encienden, camas que no corren, frenos que no frenan, cañerías reventadas, cristales rotos, puertas que no cierran, etc. Puede suceder que se estén cinco días sin agua caliente en una unidad de hospitalización.

Se repite hasta la saciedad “que todo **recae** sobre enfermería y que es necesario hacer un estudio de las **cargas** de trabajo”. En relación con esto no resulta extraño que un estudio realizado por el Servicio de Fisioterapeutas pusiese en manifiesto un alto porcentaje de problemas de espalda en el personal de enfermería. Esta situación pone en evidencia que recae sobre enfermería el peso del mal funcionamiento general del hospital. Para que pueda realizar su trabajo, ha de resolver los problemas que esto provoca, sin que la solución puntual ni general de esta problemática forme parte de su competencia y responsabilidad.

Una vez más se desplaza el problema. Parece que el problema es la ropa, los grifos, las provisiones, etc., cuando en realidad el peso que verdaderamente lleva enfermería es la problemática de la convivencia entre todas las personas de la institución. Este peso no se puede afrontar mientras no estén cubiertas las necesidades básicas, ni tampoco lo puede afrontar sola.

3.1.2. UNIFICACIÓN DE CRITERIOS

El interés y la preocupación sobre este tema también se mantiene a lo largo de toda la experiencia. Se dice que no hay líneas claras, ni ordenes claras de funcionamiento.

Cada unidad de enfermería funciona aisladamente con una cultura y hábitos propios. No hay una clarificación de roles. No están definidas las tareas de la auxiliar ni de la enfermera. Se funciona haciendo lo que es urgente, es decir que no hay planificación, lo que se hace es en función de una valoración individual de las prioridades, cosa que al mismo tiempo crea dispersión y confusión. Los alumnos y recién titulados presentan angustia en el momento de aplicar los conocimientos recibidos en la escuela y las enfermeras se sienten inseguras por falta de información y formación sobre las nuevas tendencias.

Por otra parte, durante un año una comisión formada por representantes de la Dirección de Enfermería, la administración y la A.P.I. han estado trabajando para organizar y poner en marcha la reducción horaria sin conseguir unificar criterios.

El hecho que la manifestación de estas preocupaciones haya estado inalterable a lo largo de la experiencia hace pensar que existe una gran incomunicación entre el colectivo de enfermería y las jerarquías, y que no sería tanto cuestión de encontrar respuestas como de afrontar esta incomunicación. En este mismo sentido parece significativo el siguiente comentario: “Hay miedo al contagio, porque el hospital no forma ni prepara a la gente para poder atender nuevas patologías; se aprende sobre la marcha creando miedos y situaciones angustiantes innecesarias”. Podríamos decir que, más que “técnicas de barrera” contra el contagio infeccioso que son de fácil introducción, se interponen barreras a la comunicación para que no se propague el miedo, y este hecho evidencia la vulnerabilidad de la enfermería frente a las situaciones interpersonales en las que se encuentran. Todo el mundo piensa que sólo se trata de la falta de barreras contra la infección cuando de hecho lo que falla es la función de contención que la institución ha de cumplir para que sus miembros puedan trabajar con la seguridad emocional y física necesaria.

3.1.3. RECONOCIEMINTO PROFESIONAL Y FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL

Otra temática concierne al reconocimiento profesional de la enfermería y al funcionamiento institucional que favorece la **sustitución** de unos por otros, sin tener en cuenta las diferencias entre personas. La cuestión del reconocimiento es compleja. Se articula con la percepción de uno mismo como persona, con la autopercepción del propio trabajo y con los mensajes que se reciben de los otros en el entorno profesional y social. Según lo que se ha manifestado en los grupos, los mensajes del entorno son en gran parte inexistentes, contradictorios o negativos. Se ha dicho que no hay ningún tipo de promoción, hay mucha confusión de competencias, no hay estudio de cargas de trabajo, hay poco personal y los festivos están mal pagados. En el turno de noche hay tan poco personal que en el trabajo constantemente se ha de priorizar. Es un turno que se considera “de mantenimiento”, que está aislado y totalmente solo y que, a menudo, las enfermeras de este turno no conocen ni a las supervisoras de día ni a la jefa de área. Hay un desconocimiento por parte de la administración y de los gestores de lo que comporta el ejercicio de la enfermería en todos los campos y sobretodo de la asistencia continuada y directa al paciente. Las direcciones de enfermería se han convertido en gestores que cada día se alejan más de la realidad cotidiana y de lo que pasa día a día en los puestos de trabajo.

Por otro lado, en cuanto a la autopercepción del propio trabajo, no queda reflejado lo que se hace porque “nosotros mismos no le damos importancia. No utilizamos los registros como herramienta de reconocimiento. Hemos de desarrollar el rol propio, nos hemos de identificar cada día: hay un sentimiento de trabajo a ‘destajo’, de ser ‘mano de obra barata’.”

Finalmente, el enfermo y la familia no tienen claro a quién dirigirse para expresar determinadas necesidades o pedir información; a menudo se les deja en la ignorancia y la confusión.

Aún hay otro hecho en la vida laboral de la enfermería que le hace sentir que no es reconocida: la **anomia**. Dicen que el trabajo es siempre anónimo, no tiene nombre. Hay lugares de trabajo que parecen una fábrica de producción; todo se hace a base de favores, negando el buen hacer profesional. Llama la atención que exista la figura del canguro. Se comenta que los canguros de enfermería hoy están en St. Alfred, unidad especializada en la enfermedad del S.I.D.A., y mañana estarán en neonatología. La enfermera no sabe de todo, cambia de sala y se encuentra con que ha de empezar de nuevo con patologías, técnicas, grupo. Hay una incoherencia entre este tipo de contratos de enfermería y el control de calidad necesario.

En diversos momentos del presente proyecto se ha puesto en evidencia este funcionamiento de la institución que da a entender que una persona puede ser sustituida por otra, haciendo abstracción de la importancia de su competencia y aportación personal. La dimisión de las representantes de la A.P.I. que da lugar a su sustitución por una nueva representante al inicio de este proyecto y, más tarde, la destitución repentina y sin explicación al grupo de la representante de la Dirección de Enfermería, son ejemplos notorios de este funcionamiento y han tenido sus efectos en el proyecto y en las personas implicadas.

En tanto que el reconocimiento profesional de la enfermería es complejo y viene determinado tanto por la autopercepción y autovaloración del propio trabajo como también por el valor que se le da desde el mismo colectivo profesional y el entorno social, la lectura a realizar es múltiple. Cada enfermera y auxiliar, al mostrar sus dificultades para afrontar los múltiples problemas de la convivencia, muestra también los problemas de comunicación y articulación a nivel de la institución y de la sociedad en general. Cada ámbito requiere de unos espacios propios de análisis, lectura y propuesta de cambios para que, eventualmente, se pueda realizar la articulación que apoya a los miembros de enfermería en su identidad y el sentido global de su trabajo profesional.

En algún momento durante el primer trimestre, pero sobretodo en el segundo trimestre y a partir de haber podido dar expresión a las quejas, se empieza a realizar un **cambio de planteo** dentro del proceso. Los miembros de los grupos empiezan a preguntarse diferentes cosas, empiezan a tener cambios de actitud. Se evidencia la dificultad de hacer las quejas como se debe, la de escribirlas y dirigirlas a los estamentos correspondientes. También el mismo proceso de diálogo trae a los miembros de los grupos a poner por escrito sus reflexiones a partir de la quinta reunión, retornándolas al grupo, enriqueciendo el diálogo y permitiendo una elaboración final que pueda servir de base y punto de partida para impulsar proyectos de cambio en colaboración con las jerarquías correspondientes de la institución.

Algunos abandonan el grupo porque no pueden ir más allá de la queja, otros continúan y pasan de la queja a la pregunta, más tarde comienzan a escribir, plasmando la reflexión.

3.1.4. ESPACIOS DE REFLEXIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

La esperanza de que el cambio, a pesar de todo, es posible hace que las quejas se dirijan hacia lo que se considera que son las herramientas necesarias e imprescindibles para enfocar los procesos del cambio: los espacios de reflexión y el trabajo en equipo.

En relación a la **necesidad y posibilidad de un cambio** aparecen tanto la proyección de la resistencia al cambio en la institución como también el reconocimiento de la propia implicación en esta resistencia. Se dice que el trabajo de enfermería se ha de cambiar pero parece que las estructuras que le dan soporte son inamovibles. Se habla de cambio, pero se piensa que hay una barrera en las direcciones actuales para no realizar ninguno. La gente siente que hay un gran cambio con la entrada de Sant Pau en el consorcio. La percepción es que ahora no hay personas concretas con las que hablar. Por otro lado se reconoce que las resistencias al cambio son muchas. Para poder cambiar ha de haber una predisposición y un cambio de actitudes en todos los niveles de la estructura. El cambio empieza por uno mismo, no se puede ser rígido. El cambio pasa por la confianza. Se añade una pregunta: ¿servirá esta experiencia para cambiar?, y una advertencia: si no hay cambio aparece el fracaso y el desánimo.

En cuanto a los **espacios de reflexión**, se pide su creación y se apunta alguna condición básica. En las sesiones de los grupos se dice que se han de buscar espacios para hablar, que no existe comunicación y que se han de buscar contextos en los servicios. El espacio ha de tener estructura, tiempo, obligación, verificación; es decir no ha de ser un cartel. Al principio, es posible que se necesite alguna persona que ayude a marcar una línea, pero después seguro que podremos seguir solas. También está el comentario siguiente: “El único espacio que reconozco como tal es este grupo”.

Las quejas referentes al **trabajo en equipo** en parte sitúan las dificultades en la inexistencia, ineficacia, inexperiencia o desconocimiento de este tipo de trabajo. Por otro lado apuntan la idea que son las personas en los lugares de mando y, específicamente de mandos intermedios, las que habrían de posibilitar y facilitar este trabajo. Se dice que las reuniones los servicios no sirven para nada porque son reuniones mudas. Dentro del grupo ha de haber confianza para hablar. Para trabajar en equipo se han de tener objetivos claros y comunes para todo el mundo sino el efecto de los errores siempre recaen sobre el más débil y no dentro del equipo. Ha de haber la implicación de cada persona en el grupo y es imprescindible la de los mandos. Ha de haber coordinación entre los cuatro turnos del equipo de enfermería. El equipo debería incluir las auxiliares, ja que si bien a nivel consciente están incluidas, con frecuencia no lo están a nivel inconsciente. En el grupo de mandos intermedios no hay comunicación, intercambio de experiencias, conocimientos. La supervisora cuelga carteles en el tablón de anuncios pero no habla. La mayoría de las supervisoras no hacen más que planificar vacaciones. La supervisora ha de estar formada para ser supervisora; ha de ser objetiva, neutral y con criterios amplios. A veces el grupo está llevado por personas con el cargo de supervisoras pero sin ningún prestigio. Parece que no se sabe que hacer con las diferencias: en los grupos hay problemas porque se

juntan diferentes generaciones y personas que proceden de formaciones diferentes. Cuando la supervisora se va, las enfermeras la sustituyen, pero no pasa al revés. Hay grupos cerrados que no dejan entrar a nadie y que buscan protección en este cerrarse. También aparece la pregunta de quién controla a quién.

Los mismos grupos de experiencia empezaron con la participación de tres supervisoras, dos jefas de área, la representante de la A.P.I. y la encargada de Formación Continuada. Como ya se ha dicho antes, esta última fue cesada por la institución sin dar ninguna explicación al grupo, la representante de la A.P.I. mantiene su colaboración por compromiso personal con el resto de los miembros del proyecto, una de las jefas de área no llegó a incorporarse, la otra ha tenido una asistencia más bien esporádica y de las tres supervisoras al final de la experiencia sólo queda una. Esta dinámica seguramente también tiene que ver con el hecho de que cuando por una vez está presente una persona de la jerarquía, el resto del grupo aprovecha su presencia y todo el proceso grupal se centra mucho alrededor de esta. En resumen, **en el proceso de los grupos parece que se repite la problemática que se da a nivel institucional**. La institución con su filosofía y actitud no sostiene, a través de sus mandos, la necesidad indiscutible de espacios donde la articulación y la coordinación de los diferentes objetivos, ámbitos y estamentos sea posible. Aquí se apunta muy concretamente la **doble función de las personas en los lugares de mando**: por un lado, mantener las leyes y normas institucionales y controlar y asegurar su cumplimiento, y por otro, asegurar unos espacios de reflexión regulares y continuos que permitan contemplar y proponer los cambios necesarios en el proceso de desarrollo de la institución. Algunas quejas expresan la preocupación de que no hay una filosofía general del trabajo de enfermería y que a nivel de Ministerio de Educación tampoco se tiene claro qué estudios son necesarios dentro de enfermería. Es decir, también fallan las leyes y normas a nivel socio-profesional y su sostenimiento coherente a través de los representantes de las jerarquías educativas.

3.2. LECTURA Y ANÁLISIS DE LOS ESCRITOS APORTADOS POR LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE REFLEXIÓN

3.2.1. ANÁLISIS DEL CONCEPTO Y EL FENOMENO DE MOTIVACIÓN

La lectura analítica de los escritos muestra que los miembros de los grupos han sentido la necesidad de definir el concepto mismo de motivación y su significado.

Se afirma que **la motivación es el fin consciente o inconsciente del comportamiento de las personas**, pero también la disposición para el esfuerzo. Se expresa el sentimiento de que la presente investigación más que la motivación, tiene como objetivo la desmotivación o el desánimo de las enfermeras en su trabajo. Se apunta que **es importante diferenciar entre cansancio y desmotivación**. Esta diferenciación **se articula con el binomio satisfacción-insatisfacción**, un punto que merecería ser investigado más a fondo. Se expresa también la hipótesis que **cuando la desmotivación lleva hacia un desinterés, es probable que aquella sirva de defensa contra situaciones que causan tensión**. En un sentido parecido se apunta que **la desmotivación a veces sirve como defensa contra el cambio, como resistencia a**

cambio. Se manifiesta que en los grupos hay desánimo, pero también existen ganas de saber que saldrá de esta experiencia. Es decir, enfrentarse conjuntamente a los problemas comunes genera esperanza de poder encontrar soluciones

3.2.2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONALES INFLUYENTES EN LA MOTIVACIÓN

Los escritos hacen pensar que en el momento actual podríamos diferenciar las situaciones según el predominio de factores

- PERSONALES
- SOCIO-PROFESIONALES Y
- INSTITUCIONALES.

Estos factores determinan el malestar que, en última instancia, produce la desmotivación de las personas implicadas. En la práctica están íntimamente relacionados, aunque en un análisis hace falta diferenciar los unos de los otros, ya que las soluciones implican un cambio determinado a todos los niveles.

3.2.2.1. Factores personales

Algunas personas sufren una falta de autoestima o una dificultad para autorrealizarse que a veces las lleva hacia una desmotivación o un desinterés. Cuando la situación laboral es frustrante y no se les valora, se les hace más difícil sostener la motivación. A esto hay que añadir una pasividad frente los problemas. En ocasiones, la situación degenera y se expresa de la siguiente manera: “Al personal desmotivado es difícil animarlo. Este, sea por lo que sea, ya tiene la vida montada de una manera y el trabajo le resulta poco importante”. “Lo que hace falta es que la gente que mínimamente está motivada se mantenga y pueda hacer cambiar a las enfermeras que entran de nuevo”. La idea aquí también es que la motivación por el cambio ha de estar presente en el puesto de trabajo, es decir la enfermera nueva no puede producir el cambio, cosa que a veces se espera de ella. La misma idea también se expresa así: “Será difícil que todo el personal de este hospital entre en la dinámica del cambio. El personal de enfermería ya está acomodado y utiliza la desmotivación como excusa para hacer el mínimo esfuerzo”. “Esto pasa en todas partes”. “Las cosas no se han de hacer pensando en los que rechazarán el cambio sino en los profesionales que necesitan trabajar con una perspectiva de mejora personal y colectiva”. De hecho, se hace manifiesto que los profesionales tienen también su responsabilidad en relación al propio trabajo y a los cambios necesarios que se han de llevar a cabo. El no asumir esta responsabilidad y trasladarla a la institución evidencia la pasividad de la enfermería.

Se apunta que el trabajo de la enfermera no es fácil, ya que tratar con la vida, la enfermedad y la muerte no es fácil y supone un desgaste psicológico excesivo. En general hay un sentimiento de “demasiada responsabilidad”. A estas situaciones se unen problemas burocráticos y de relación interpersonal que desbordan a estas profesionales. Pero, estos problemas tal vez este en sus manos intentar solucionarlos, haciendo llegar a las personas indicadas las sugerencias de cambio.

La dedicación a la enfermería hasta hoy es mayoritariamente femenina pero las circunstancias diferenciales de mujeres y hombres deberían tener cabida en cualquier investigación y sugerencia de cambio al respecto.

El horario es otro de los grandes temas de queja. Por una parte, los actuales horarios trastocan completamente la vida familiar y social de los profesionales de enfermería. Por otra parte, el horario no incluye la asistencia a cursos, tiempo para trabajos científicos o de investigación. Si se hace durante el horario laboral es a menudo a costa de otros compañeros, a pesar de no ser esta la forma oficial de cubrir estas ausencias.

Se nombra también una situación personal, un trastorno que se manifiesta en el individuo pero que expresa a la vez un trastorno a nivel profesional y social, y que resulta tan preocupante que con el tiempo se le ha dado un nombre de síntoma o mejor dicho, de síndrome específico de los profesionales de la asistencia y también de los que trabajan en instituciones en general. Estar “quemado” (traducción del inglés “*burn out*”). En los escritos se da la definición de “un estado anímico caracterizado por una actitud de pasividad, de pasotismo, de indiferencia y de superficialidad, de falta de colaboración”. También dicen que a través del intercambio, la comunicación, la comprensión afectiva, etc. se puede amortiguar el trastorno de estar quemado, por eso se ve “la necesidad de crear reuniones de soporte y dinámica de grupo con el fin de conseguir una evacuación de la continencia emocional de la angustia y de la ansiedad”.

3.2.2.2. Factores socio-profesionales

Hay un sentimiento de **anomia** en los profesionales de enfermería, de sentir que no cuentan ; en palabras propias “eres sólo la enfermera que trabaja en aquel turno y en aquella sala. Cuando se habla de nosotros se hace referencia la ‘personal de enfermería’ y no como profesionales. Por necesidades ‘x’ somos fácilmente **substituibles**”. En cuanto a la institución todos son iguales, las personas que entran de nuevo y las que trabajan hace diez años.

Otro tema de quejas es la falta, dificultad o insuficiencia de **trabajar en equipo**. Sería muy importante que todo el mundo, incluidos los mismos profesionales, tuviesen consciencia que tanto la enfermera como la auxiliar forman parte de un equipo de salud. Falta un marco o un ambiente propicio para poder expresar las inquietudes, tratar los problemas, recibir información, sugerir, opinar, decidir. Debería haber más facilidades para contactar con los jefes de enfermería, para ser escuchadas, a veces consultadas, y voluntad real de encontrar soluciones a los problemas que se plantean, dando explicaciones satisfactorias cuando no se pueden resolver. Tal vez lo que “quema” más a los profesionales de la enfermería es la repetición de las mismas quejas sin que nadie las escuche verdaderamente o encuentre soluciones.

Se dice textualmente : “Nos encontramos dentro de grupos donde la dinámica no es buena, donde se viven situaciones personales estresantes y tensas, donde el líder formal del grupo a veces no es el que tiene más claras ni sabe por donde se ha de ir. Hay una falta de comunicación entre nosotros y también con las personas de otros cargos”. También se resalta una falta de relación entre los diferentes turnos.

Hay una especial preocupación por la forma de incorporar nuevos profesionales. Que se haga escalonadamente, primero en el hospital, después en servicio unos días antes que empiece a trabajar, después prepararla individualmente en relación a las competencias, asegurando una especie de instrucciones permanentes. La gente nueva se encuentra que lo que le han enseñado en la escuela no es lo que se practica en la sala, entonces se siente impotente y se desmotiva.

En los escritos se resalta particularmente **la falta de definición tanto de las funciones como del funcionamiento de las unidades**. Las funciones no son ni determinantes ni reglamentadas. Hay un alto porcentaje de actividades delegadas por otros profesionales. A veces llega al extremo de un sentimiento de ser “mano de obra”. Hay una falta de normas que unifiquen las reacciones delante de una misma situación. La falta de unificación de criterios, principalmente dentro de una misma unidad, a veces crea enfrentamientos, ansiedad y desorganización. Hay necesidad de diálogo entre todos los profesionales para reflexionar, para unificar criterios. “Las enfermeras estamos divididas. Hay diferentes concepciones de lo que es ser enfermera”. También existe una confusión respecto a los límites de intervención de las enfermeras.

Finalmente, **la formación y la investigación** son puntos de descontento y desánimo. En cuanto a **la investigación**, tal vez la afirmación más contundente es que una profesión sin investigación no existe, se vuelve dependiente de otra. Se acusa una carencia y una falta de fomento de la investigación para hacer avanzar los conocimientos y dar respuesta a los interrogantes que la profesión se plantea.

En cuanto a **la formación**, se reclama una educación basada en principios diferentes a los actuales, facilitando la formación continuada y la investigación dentro de un horario laboral como forma de mantener siempre un nivel asistencial idóneo, y no como motivo para salir de la sala y alejarse del trabajo asistencial, como sucede a menudo. Estos nuevos principios deberían de ser el medio para encontrar soluciones a las escisiones y dicotomías actualmente existentes de escuela/sala, dispensario/sala, y teoría/práctica. Hay una gran dificultad para conseguir ayudas para la propia formación que, a nivel privado y fuera del hospital resulta muy cara.

En cuanto al contenido de la formación, a parte de cursos de especialización, se pide también formación en humanidades y formación intelectual para afrontar con mas seguridad los dilemas diarios.

3.2.2.3. Factores institucionales

La afirmación más contundente en este sentido es la siguiente : hay un desprestigio de la labor asistencial. El centro de la actividad hospitalaria, de la actividad sanitaria en general, ha dejado de ser la asistencia, para convertirse en un ejercicio de gestión. El hospital (todos) funciona al margen de nosotros. El sentimiento es el de vivir dentro de un mundo laboral lleno de ordenes contradictorias, incongruencias y poca definición y claridad que se va perdiendo con el paso del tiempo. Se adoptan nuevas formas de trabajo en los servicios sin tener en cuenta el personal de enfermería.

Una de las quejas constantes es la falta de preparación del personal con funciones de mando. También hay peticiones de que este mando no sea ejercido siempre por la

misma persona, que el acceso sea abierto a todo el mundo, que tenga bien definidas sus funciones, y que estas sean bien conocidas por el personal.



4. REFLEXIONES ALREDEDOR DE UN CAMBIO

El problema de la falta de motivación y de la desmotivación de los profesionales de enfermería evidencia **la urgente necesidad de promover un cambio** a diversos niveles de funcionamiento del hospital a fin de no olvidar el objetivo central de nuestro afer profesional : la persona enferma.

La presente experiencia grupal de nueve meses de duración ha permitido puntualizar los factores individuales y las áreas profesionales e institucionales de este cambio. **También ha mostrado cuáles son los instrumentos básicos para impulsar el cambio, es decir los espacios de diálogo y la formulación escrita de los objetivos.** El cambio, por otro lado, no es un hecho puntual sino un proceso continuo de adaptación creativa de los miembros individuales y de los subgrupos funcionales de la institución a las exigencias de las tareas profesionales y de la convivencia.

Hace falta tener en cuenta que **cualquier proyecto de cambio comporta inevitablemente la emergencia de múltiples resistencias individuales, sociales e institucionales, conscientes e inconscientes** que si no se analizan colectivamente funcionan como obstáculos para este cambio que se pretende impulsar.

Los profesionales que han llevado a cabo esta experiencia le han dedicado entre 47 horas y 168 horas formalmente contratadas y pagadas por el hospital. Este número de horas se ha multiplicado por tres, cuatro o cinco según la implicación y asunción de responsabilidades de cada persona. Esta dedicación no retribuida tiene directamente que ver con la motivación. Un proyecto de cambio, es decir un proyecto que reinserta la motivación de los miembros individuales en los objetivos institucionales comunes, significa incluir en la organización horaria y económica del hospital unas horas para la reflexión i la elaboración escrita que actualmente no se contemplan. Con alguna excepción, en el momento actual la motivación se mantiene mínimamente a base de la contribución voluntaria de un esfuerzo suplementario por parte de algunos miembros de la institución capaces de mantener una esperanza de cambio en contra de toda evidencia de inmovilismo. Este esfuerzo no está asumido por el colectivo del hospital, aunque la organización se beneficia de esta contribución en las situaciones puntuales. Este esfuerzo no reconocido ni retribuido es también el esfuerzo que eventualmente “quema” a las personas, que en defensa propia retiran su motivación de la tarea

colectiva y la satisfacen fuera. Esta reflexión tiene su fundamento en la propia experiencia del presente proyecto, del cual progresivamente se han ido retirando algunos miembros, probablemente por no encontrar una respuesta inmediata a sus necesidades de cambio o no estar dispuestos a hacer aquello esfuerzo suplementario. **Ha habido todo tipo de obstáculos individuales e institucionales** : una destitución directa ; dificultades librar las horas laborales debido a que los compañeros de trabajo no pueden asumir la ausencia no planificada por la institución; olvidos del compromiso, planificando otras actividades en el horario de los grupos o simplemente olvidándose ; e incluso dificultades en tener un lugar para reunirse algunos de los grupos, teniendo que buscar a la hora del trabajo alguien que personalmente nos dejase un espacio. También ha habido ausencias debidas a problemas físicos como dolores de espalda y trastornos funcionales de las piernas que, aunque parezcan cuestiones puramente personales, son también la manifestación de los efectos que tiene el soportar individualmente el peso del mal funcionamiento colectivo.

En el hospital se han hecho y se siguen haciendo esfuerzos repetidos para dar respuesta a problemas o llevar a cabo iniciativas profesionales, que llevan una y otra vez a situaciones de “impasse” por falta de un trabajo de articulación con el ámbito institucional común. Este tipo de proyectos grupales presentan una problemática especial porque si por un lado ofrecen la satisfacción de una tarea bien hecha dentro del grupo, por otro la falta de cuestionamiento interno y de articulación con los otros grupos institucionales, los aíslan y resultan por tanto resistentes al cambio colectivo. En este mismo sentido, cosa que surge claramente durante esta experiencia, no resulta suficiente el cambio que puedan experimentar personalmente unos cuantos profesionales. El sacrificio y el esfuerzo que implica este cambio individual solo se puede hacer si existe la esperanza y la satisfacción que las cosas puedan cambiar también a nivel colectivo.



5. SUGERENCIAS PARA UN CAMBIO

Del presente proyecto emergen tres áreas funcionales donde el cambio se debería producir :

- ESTRUCTURAS INSTITUCIONALES
- FORMAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN
- FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA

5.1. ESTRUCTURAS INSTITUCIONALES

El ámbito de las **estructuras institucionales** resulta el más difícil cuando se trata de puntualizar objetivos concretos de los cambios a introducir. Las estructuras institucionales son las que dan a los miembros de la institución la seguridad de una globalidad y continuidad de sus tareas como también el sentimiento de que estas se encuentran integradas en unos objetivos asistenciales comunes.

Es necesario señalar que existen **déficits de la infraestructura que no son problemas específicamente profesionales de la enfermería** pero que interfieren y obstaculizan el trabajo de la enfermería y por tanto el poder ofrecer un confort y una seguridad al paciente. Es urgente que el hospital afronte y resuelva progresivamente el problema administrativo y organizativo de almacén, aprovisionamiento y acondicionamiento físico, tomando en cuenta las necesidades, reflexiones y sugerencias de los profesionales.

Un proyecto en el ámbito institucional depende de la capacidad de las personas dirigentes de visualizar la doble vertiente de su función dentro de la institución. Las personas en los puestos jerárquicos de la organización, por un lado tiene la función de **asegurar que se cumplan las normas** y por otro una de **función facilitadora de espacios de diálogo donde sea posible la elaboración de criterios de cambio de las normas** en el supuesto que fuese necesario cambiarlas. Esta reflexión se relaciona con la idea, que surge claramente de la presente experiencia, de que **para ejercer una función directiva sería deseable una formación humana que, más allá de los aspectos técnicos, contemple los aspectos personales e interpersonales.**

Un proyecto institucional que tiene en cuenta las necesidades y aspiraciones tanto de los individuos implicados como de cada grupo comprometido con un cambio, necesita de la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas, particularmente del área de la psicología. Trabajando en equipo, marcar objetivos y realizar una evaluación continua de estos en función de la práctica, no son capacidades innatas. Su adquisición progresiva depende de un proceso de reflexión y de elaboración escrita que marquen los pasos del desarrollo continuo. La contribución y colaboración de los profesionales de los campos de la sociología y la psicología varía en dedicación y característica según el momento y la etapa en que se encuentre el desarrollo institucional.

Dentro del funcionamiento de las estructuras institucionales han surgido tres temáticas:

- UNIFICACIÓN DE CRITERIO
- PUESTOS DE MANDO
- HORARIO, MOVILIDAD EN LOS LUGARES DE TRABAJO Y CONDICIONES FÍSICAS

5.1.1. UNIFICACIÓN DE CRITERIOS

Se trata de un cambio puntualizado en casi todos los escritos. Hay una necesidad de diálogo entre todos los profesionales para reflexionar y para unificar criterios, que a la vez se han de articular a todos los niveles (jefes de área, supervisoras, formación

continuada, equipo, etc.). Se trataría de elaborar normas de actuación y no técnicas de enfermería.

Sería deseable marcar entre todas pautas de asistencia, de funcionamiento general de cada Unidad, objetivos comunes revisables, con compromiso de todas las partes. Se necesita un sistema de control en el que, aparte de hacer cada uno el trabajo previamente establecido, haya alguien (no necesariamente una sola persona) que controle que los objetivos establecidos por todos se cumplan. Hace falta establecer reuniones para unificar criterios que sean asequibles a todos los turnos.

Las tareas administrativas y burocráticas (teléfono, encargos, hacer listas, fotocopias, etc.) se deberían reducir y delegar al máximo. Haría falta cuestionar la delegación de actividades por parte de otros profesionales.

5.1.2. PUESTOS DE MANDO

Las personas que ocupan puestos de mando han de tener más poder de decisión del que tienen, reconociendo la autonomía de cada profesional para tomar las decisiones correspondientes en su ámbito. Haría falta que sus funciones fuesen bien definidas y conocidas por todo el mundo. Se opina que para el trabajo en equipo se necesitan líderes con formación y capacidad de liderazgo, líderes con ideas claras, mentes pensantes.

5.1.3. HORARIO, MOVILIDAD EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y CONDICIONES FÍSICAS

Existen **dificultades y obstáculos que parecen muy concretos** como por ejemplo : la reducción horaria, la movilidad en los puestos de trabajo, etc. **La solución de estas cuestiones tiene dos aspectos** íntimamente relacionados : uno tiene que ver con el cálculo de probabilidades y el otro con los problemas relacionales consecuentes. **Parece adecuado dar primero una respuesta matemática para poder abordar posteriormente, dentro de estos límites, los problemas personales resultantes y diferenciar lo posible de lo imposible.**

Hace falta concretar definitivamente la reducción horaria. Es imprescindible articular el turno de noche para que no quede desligado de la marcha normal del hospital.

Es importante que las plantillas estén cubiertas al cien por cien todos los días de la semana. La perspectiva de trabajar fines de semana o festivos “ad infinitum” es realmente poco motivadora y se debería de reorganizar este tipo de dedicación. El plus económico por trabajar fines de semana resulta inapropiado y, además, no es opcional sino obligatorio. Así mismo una previsión de horas laborales destinadas a la formación, la investigación y la redacción y presentación de trabajos habrían de estar incluidas en el horario laboral porque forman parte del trabajo profesional.

Por otro lado, son importantes las condiciones físicas del lugar de trabajo. Falta espacio para poder reunirse, un lugar adecuado para cambiarse, duchas o W.C. propios, la posibilidad de tomar algo caliente en un lugar acondicionado, etc.

Finalmente, el sueldo. Hay un sentimiento generalizado de que la remuneración no corresponde el esfuerzo y la dedicación que requiere el trabajo de la enfermera y de la auxiliar.

5.2. FORMAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN

Son necesarios espacios en los que se pueda hacer efectiva la comunicación entre las personas implicadas en una misma tarea, un ambiente propicio para expresar las inquietudes, un espacio para hablar en horas concretas y obligatorias, espacios en los que tratar los problemas, recibir información, sugerir, opinar y decidir.

Hace falta encontrar maneras de superar la incomunicación entre las propias enfermeras y las personas que ocupan otros cargos, facilitando la solidaridad y respeto por el individuo, fomentando el trabajo en equipo donde se reconozca la idiosincrasia de cada uno y evitando que aparezca el anonimato, la dispersión de responsabilidades y la falta de motivación. Es necesario respetar el criterio de los demás y encontrar criterios profesionales comunes básicos para poder dialogar y encontrar soluciones. **Es importante saber que tanto la enfermera como la auxiliar forman parte de un equipo de salud con unos objetivos asistenciales, laborales, de formación y de articulación intra e interprofesional.**

Es importante facilitar la comunicación con las jefas de enfermería, para sentirse escuchadas y constatar que hay una voluntad real de encontrar soluciones a los problemas que se plantean, o explicaciones satisfactorias cuando no se pueden resolver.

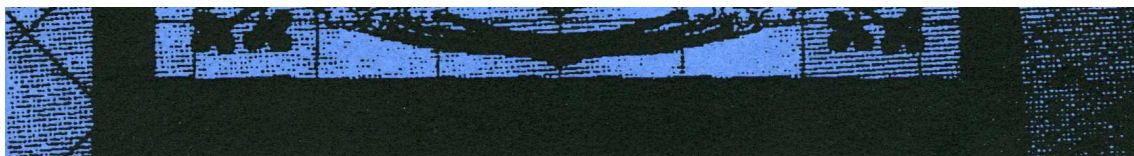
5.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA

Para que sea posible el cambio en el desarrollo constante de la institución, **hace falta una formación continua que tenga en cuenta la necesidad de sus miembros de sentirse partícipes de la gestación de este cambio**. Una de las propuestas es que haya formación continuada en cada servicio y que esté implicado todo el personal. Se trataría de un cambio de mentalidad, de aprender a salir de las quejas y a buscar soluciones creativas.

Urge revalorizar la tarea asistencial y parece que la solución no está en añadir nuevos escalones para los que pasan años de contratos eventuales y horarios pésimos, sino de reivindicar el trabajo del horario laboral como una forma de mantener siempre un nivel asistencial adecuado. Hace falta una formación intelectual para afrontar con más seguridad los dilemas diarios.

Independientemente de los cambios que han de venir de fuera, está la **postura personal** ante de nosotros mismos y nuestro entorno **ahora y hoy**. Si nuestra actitud es positiva, la tarea diaria será positiva y enriquecedora.

Un objetivo de la formación es poder recuperar y actualizar los valores ligados al cuidar, el ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades en función de una mejor calidad de vida o suplirla si no puede hacerlo, valores que han estado presentes durante muchos años y que ahora por la técnica y otros factores han estado relegados. Un primer paso es tomar consciencia de dónde hemos llegado, dónde estamos, buscar un cambio de actitud i buscar soluciones individuales y sociales.



CONCLUSIÓN

Para concluir, quisiéramos añadir que con frecuencia se piensa que todo el mundo ha de estar implicado en el proceso de cambio para que este sea posible. Si bien es verdad que los cambios en el hospital son necesarios a muchos niveles de su funcionamiento, también es cierto que no es posible dar soluciones a todos los problemas a la vez ni que todo el mundo esté implicado en todo el proceso de cambio. Esta aspiración de cambio global es la expresión de resistencias que son particularmente intensas en cuanto a que hay una coincidencia de expectativas idealizadas en los profesionales a nivel individual y en los que sostienen los lugares directivos de la institución. Todo el mundo cree en **un modelo de cambio** y no en un funcionamiento que comporte un proceso de **cambio continuo**, sin que tenga mucha importancia en qué lugar de la institución se promueva este cambio. **Insistimos una vez más que para este proceso de cambio son instrumentos básicos la posibilidad de diálogo intra e interprofesional y la explicitación escrita de las normas y objetivos que motiva el mismo proyecto del cambio institucional.**

En este sentido, la presente comunicación explica una experiencia grupal temporalmente limitada por ser un proyecto de nueve meses, pero funcionalmente abierta en cuanto a que cualquier miembro de la experiencia o del resto de la institución puede hacer suyas las ideas que aquí se recogen, para impulsar un proyecto de cambio en su puesto dentro del hospital.

Quisiéramos concluir este análisis con la siguiente frase de uno de los escritos:

- TODO CAMBIO ES DIFÍCIL Y COSTOSO.
- TODO CAMBIO NECESITA TIEMPO.
- PARA CAMBIAR SE NECESITAN AÑOS E INCLUSO TODO EL TIEMPO QUE PASA PARA LLEGAR A UNA NUEVA GENERACIÓN.

LISTA DE PARTICIPANTES

MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE EXPERIENCIA

Gemma Ballarín

Rosario Campos

María Cardús

Margarita Casanovas

Dolors Estadella

Angels Fontanet

María Luz Galvez

María Gasull

Amalia Molina

Elena Oliva

Agustina Prados

Anna Puntonet

Jesús Rodríguez

Josefina Royo

Carmen Ruiz

Concepció Saladrigues

Carmen Soligó

Nuria Torres

Justa Úbeda

Juan Carlos Valdearcos

MIEMBROS DEL GRUPO DE REFLEXIÓN

Isabel Admetlla, Lic. Psic.

Hanne Campos, Lic. Psic., Supervisora.

Susana Jover, Lic. Psic.

Teresa Parera.

Roser Serra (hasta febrero).

Carmen Royo.

