

Lourdes Rubio Rico¹
Margarita Cosi Marsans²
Carmen Martínez Márquez²
Adorabel Miró Borrás²
Lluïsa Sans Riba²
Dolors Toda Savall²
Carmen Velasco Blasco²

¹Diplomada en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Joan XXIII. Departament d'Infermeria. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España.

²Diplomada en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Correspondencia:

Lourdes Rubio Rico
Vapor vell, 35, 1.^o-2.^o. 43201 Reus. España
E-mail: lourdes.rubio@urv.net

Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos

Interdisciplinary relationships and humanization in intensive care units

RESUMEN

Objetivo. Analizar los aspectos de la relación entre el equipo asistencial de una unidad de cuidados intensivos (UCI) que puedan ser decisivos en la construcción de una atención humanizada.

Método. Diseño: fenomenológico; descriptivo y exploratorio. Unidad de análisis y observación: UCI polivalente de adultos de 23 camas. Recogida de datos: 9 entrevistas a fondo. Población: profesionales sanitarios en interacción en la UCI objeto de estudio. Análisis: asignación de datos a categorías emergentes. Contrastación con teorías existentes.

Resultados. Identificación de *valores guía* circunscritos al paradigma humanista. Valores asociados a características personales más que profesionales. Se acepta el valor del rol profesional como factor de emergencia de determinadas actitudes. Todos los grupos profesionales detectan situaciones de falta de autonomía, no siempre atribuibles a causa jerárquica. Se valora positivamente la comunicación interdisciplinaria sistemática. La humanización requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupal y el compromiso explícito de la institución.

Conclusiones. El alivio de situaciones de gran sufrimiento, principal motivo de desacuerdo interdisciplinario. La construcción de un entorno tolerante y el reconocimiento institucional como factores favorecedores de la atención humanizada. La falta de tiempo y recursos como obstáculos a la humanización de la atención.

PALABRAS CLAVE

Actitud del equipo de salud. Humanización. Unidad de cuidados intensivos. Comunicación interdisciplinaria. Relación interprofesional.

SUMMARY

Objective. To analyze those aspects of the relationship between the health care team of an ICU that may be decisive in the construction of humanized care.

Method. Design: phenomenology: descriptive and exploratory. Analysis and observation unit: Polyvalent 23-bed adult ICU. Data collection: nine

142

extensive interviews. Population: healthcare professionals in interaction in the ICU that is being studied. Analysis: assigning of data to emergent categories. Contrasting with existing theories.

Results. Identification of guideline values circumspect to the humanistic paradigm. The value of professional role is accepted as emergency factor of certain attitudes. All the professional groups detect lack of independence situations, which are not always attributable to hierarchical reasons. Systematic interdisciplinary communication is evaluated positively. Humanization requires time, resources, and intergroup relationships and explicit commitment by the institution.

Conclusions. Relief of great suffering situations is the main reason for interdisciplinary disagreement. Construction of a tolerant setting and institutional recognition as factors favoring humanized care. Lack of time and resources as obstacles to the humanization of care.

KEY WORDS

Health team attitude. Humanization. Intensive care units. Interdisciplinary communication. Interprofessional relationship.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la humanización de la atención a la salud se ha abordado preferentemente desde la perspectiva de la asistencia a la familia o desde la visión de la aportación del cuidado enfermero o la atención médica, exclusivamente. La consideración del cuidado enfermero y la atención médica, más allá de la visión corporativista que analiza cada aportación profesional de manera aislada, no es habitual, con ello se obvia la contribución que el carácter relacional del trabajo en equipo aporta a la configuración de la atención.

La realidad de las unidades de cuidados intensivos (UCI), que por su intensidad obliga a los diversos profesionales del equipo asistencial a un contacto estrecho y constante, y además obliga, aún más si cabe,

a tomar en consideración el carácter interdisciplinario de la atención dispensada y la influencia que dicha relación pueda tener en la construcción de un determinado tipo de atención.

La bibliografía previa pone de manifiesto la coexistencia de 2 sistemas de valores en el entorno sanitario: 1) el paradigma enfermero (Anna Ramió y Carmen Domínguez lo llaman paradigma enfermero, nosotros preferimos denominarlo humanista y no limitar así su adhesión exclusiva a un grupo profesional), caracterizado por la asistencia a la salud, compromiso profesional, autonomía, responsabilidad, justicia, respeto, tolerancia, holismo, creatividad y ayuda centrada en la recuperación de la autonomía, y 2) el paradigma biomédico, vinculado a valores como la prevención, asistencia y curación de la enfermedad, sumisión, corporativismo y tecnicismo¹. En el mismo sentido, Robertson² insiste en las diferentes aproximaciones profesionales entre médicos y enfermeras al cuidado del enfermo, y la prioridad médica es la beneficencia aportada por la administración del tratamiento y la enfermera el respeto a la autonomía del paciente. Entre los elementos atribuibles al equipo asistencial, capaces de condicionar la adopción de un paradigma profesional, hay amplio acuerdo en señalar a la jerarquía como elemento capaz de configurar el modelo de atención y, en consecuencia, la humanidad que de él se desprenda³⁻⁵. También hay consenso en considerar al proceso de autonomía enfermera respecto a la subordinación médica^{6,7} como el primer paso de la jerarquía a la colaboración en el contexto sanitario, paso crucial en la creación de un entorno donde el respeto mutuo, la comunicación franca y la clara definición de roles y responsabilidades profesionales permitan la construcción de un entorno laboral humano que invite a la humanización⁸. De hecho, la cooperación entre los distintos miembros del equipo y su resuelto compromiso ante objetivos de salud compartidos, se consideran por Coulon et al⁹ como cualidades distintivas de la excelencia del cuidado. García⁸, en *La direcció per valors en el context sanitari*, añade a los factores anteriormente considerados, el valor de los ambientes tolerantes y con sentido del humor que, a través de estimular la libre expresión de sus miembros, fomentan la creatividad del equipo y favorecen esquemas de

trabajo con mayor autonomía y poder de decisión de los profesionales; generando en sí mismos bienestar emocional e implicación profesional más allá del estricto pragmatismo.

Por último, el estudio previo de la influencia del equipo asistencial en la humanización de la atención se ha dedicado ampliamente a dilucidar la contribución de la dirección en la configuración de la atención, y concluye que el verdadero compromiso con la atención humanizada exige el compromiso explícito y real de la institución con las creencias y valores que sustentan la atención humanizada. Un compromiso que, más allá de la retórica organizacional, se exprese sin ambigüedades a través de la relación que la dirección establece con el personal¹⁰⁻¹².

El estudio tiene como objetivo describir y explorar los aspectos de la relación entre el equipo asistencial de una UCI que puedan ser decisivos en la construcción, o no, de una atención humanizada.

La detección de los aspectos a investigar se ha realizado desde el análisis bibliográfico del tema, para, posteriormente, ahondar en ellos a partir de nuestro propio trabajo, sin despreciar por ello nuevos factores que a lo largo de la investigación pudieran surgir.

Los objetivos concretos del estudio son los siguientes:

- Identificar los valores que guían la práctica profesional de los distintos miembros del equipo asistencial.
- Detectar diferencias de valores entre los grupos profesionales del equipo asistencial.
- Explorar el sentimiento de autonomía profesional de que disfrutan los diversos miembros del equipo.
- Detectar posibles limitaciones de la autonomía profesional que interfieran en la calidad humana de la atención y sean atribuibles a razones de jerarquía entre los miembros del equipo.
- Explorar el sentimiento acerca del papel que la comunicación interdisciplinaria juega en la calidad humana de la atención.
- Detectar otros factores atribuibles al equipo asistencial, que sean decisivos en la construcción de una atención humanizada.

MÉTODO

La naturaleza del tema que se pretende abordar, claramente subjetiva, exige una aproximación de tipo cualitativo que permita acceder al tema de estudio de una manera más profunda y comprensiva. El valor de los datos obtenidos se fundamenta, sobre todo, en la significatividad. A diferencia de las técnicas cuantitativas que se basan en el criterio de representatividad, el enfoque adoptado permite el acceso a la comprensión del fenómeno.

- *Metodología.* Diseño fenomenológico, descriptivo y exploratorio.
- *Unidad de análisis y unidad de observación.* UCI polivalente de adultos con 14 camas para enfermos críticos y 8 camas de semicríticos.
- *Técnica de recogida de datos.* Nueve entrevistas a fondo realizadas entre marzo y abril de 2004, semiestructuradas (cuadros 1,2 y 3) con un guión conocido de antemano por el informador y un compromiso de una segunda circulación

Cuadro 1. Carta de presentación (1ª hoja)

“Humanizar una realidad consiste en impregnarla de valores genuinamente humanos”

JOSÉ CARLOS BERMEJOM,
Humanizar el encuentro con el sufrimiento

“Humanismo médico es el conocimiento, comprensión y respeto del paciente en su calidad de persona”

FERNANDO MARTÍNEZ CORTÉS
Ciencia y humanismo al servicio del enfermo

“Així, doncs, el món dels valors és allò que ens distingeix com a humans. D'aquí que la qualitat de la nostra humanitat vingui donada pel te dels valors que adoptem”

JOSEP M. TERRICABRES
I a tu què t'importa?

“Humanizar una realidad quiere decir hacerla digna del hombre, es decir, coherente con los valores que el hombre siente como peculiares e inalienables”

JOSÉ CARLOS BERMEJO
Humanizar la salud

Humanizar es también aquello que tú, como profesional, sientas que es, porque la humanización es un concepto abierto que ahora te invitamos a pensar

Cuadro 2. Carta de presentación (2^a hoja)

Apreciado/da compañero/ra

Queremos saber cómo influyen las relaciones entre los miembros del equipo asistencial en la atención humanizada. Por ello te pedimos que reflexiones sobre las cuestiones que acompañan a esta carta de presentación para que un día, cuando puedas, nos lo expliques. No queremos reducir tus reflexiones a un tratamiento numérico y, por tanto, hemos pensado grabarlas. Después de la grabación, analizaremos y organizaremos el material obtenido. El análisis y la organización del dicho material comportan una simplificación que, en ningún caso, queremos que implique una manipulación por nuestra parte. Para que ello no pase, someteremos la información obtenida a una segunda circulación y te daremos a conocer el análisis realizado a partir de tus reflexiones para que otorgues tu conformidad.

Ni que decir tiene que la información recibirá un tratamiento confidencial, que su difusión respetará el anonimato de los informantes y que en ningún caso se utilizará para perjudicarlos.

Tus reflexiones nos serán muy útiles, y nos gustaría mucho que aceptases participar en este estudio, aunque estás en tu derecho de no hacerlo. En cualquier caso, muchas gracias por haber llegado hasta aquí.

Cordialmente,

del material -del entrevistador al informante- para verificar la validez del análisis realizado y respetar las aportaciones de los informantes. Las entrevistas se graban en soporte magnético y se transcriben. Se garantiza explícitamente la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines investigadores.

- **Población.** Profesionales sanitarios en interacción en la UCI objeto de estudio, representados de manera proporcional a su presencia en la unidad.

- **Muestra.** Cuatro enfermeras, 2 auxiliares de clínica, 2 médicos adjuntos y 1 celador; se seleccionaron atendiendo a la humanidad y al talante reflexivo demostrados en la práctica habitual, y a su experiencia; se requirió un mínimo de 10 años de experiencia en la profesión y 5 años de permanencia en unidades de cuidados críticos.

Cuadro 3. Carta de presentación (3^a hoja)

1. En el momento de cuidar o atender a los enfermos, ¿tenemos todos los miembros del equipo los mismos valores? ¿Cuáles son tus valores? ¿Cuáles crees que son los del resto del equipo?
2. Te parece que disfrutas de toda la autonomía profesional que necesitas para poder cuidar/atender con humanidad? Si la respuesta es no, ¿con qué limitaciones te encuentras? (Piensa en limitaciones que te imponga tu relación con el equipo asistencial, tal vez haya otras, pero no son objeto de este estudio)
3. ¿Qué papel juega la comunicación entre los diferentes miembros del equipo para poder cuidar con humanidad? ¿Cuál es tu experiencia en este sentido?
4. ¿Necesitas algo más para poder cuidar con humanidad?
5. Para acabar, y porque es muy posible que se nos haya escapado algo, ¿quieres añadir alguna cosa más?

Asimismo, se ha asegurado la representación de todos los turnos de trabajo a través del testimonio de profesionales que desempeñan su labor asistencial en los distintos turnos fijos o bien realizan guardias o turno rodado.

- **Análisis.** Las transcripciones se analizan por cada uno de los miembros del equipo de manera individual siguiendo las categorías definidas en los objetivos marcados inicialmente, y posteriormente puestas en común en sesiones de grupo, de donde sale la primera elaboración del material inicial, que se remitirá al informante para que otorgue conformidad o sugiera modificaciones, las cuales se incorporarán al material preexistente. Los datos definitivos se asignan a las categorías emergentes surgidas del análisis. Finalmente, se procede a contrastar los resultados obtenidos con las teorías existentes.

RESULTADOS

Todos los profesionales a los que se propuso la participación en el estudio accedieron libremente a

colaborar, y lo hicieron en todas las fases en que se les requirió, a saber: reflexión previa acerca del objeto de estudio, realización de la entrevista y conformidad o modificación del primer análisis realizado por los investigadores.

Identificación de valores

El respeto a la condición humana y/o la sensibilidad hacia el sufrimiento que conlleva la experiencia de enfermar, constituyen las categorías emergentes que permiten agrupar la mayoría de los valores identificados por los profesionales como *valores guía*. Todos los entrevistados, sin excepción, se han referido, explícita o implícitamente, a valores que pueden incluirse en estas categorías, con independencia de su profesión (cuadro 4).

He aquí algunas de las más bellas expresiones de los entrevistados:

- *La sensibilidad. Sin sensibilidad no puede haber un buen cuidado.* Auxiliar 1.
- *Se puede faltar al respeto sin decir palabra.* Auxiliar 2.
- *Tratar al paciente como una persona, como un individuo con intereses propios, con sus creencias y tenerlo presente globalmente. Tener en cuenta que él sigue ahí -si tenemos una buena relación entre nosotros es posible que nos olvi-*

demos de él y que bagamos como si fuese un juguete en nuestras manos-. Es necesario que se sienta presente. Enfermera 1.

- *Por bien que bagas las técnicas, si no le miras a los ojos, si no le escuchas cuando quiere contarte algo, no se sentirá bien tratado.* Enfermera 2.

- *Muerte digna, con información, medicación y consuelo... cuando está claro que es el final.* Médico 2.

- *Ser lo más humano que pueda, hacer que el enfermo se sienta a gusto, contento -dentro de mis posibilidades, claro-, que no se sienta como un enfermo, o como un saco o como un número más.* Celador.

Otros valores que inciden en la seguridad física y el bienestar del enfermo crítico son, obviamente, igualmente importantes, tanto para los profesionales de enfermería (entiéndase por profesionales de enfermería a enfermeras, auxiliares y celadores) como para los profesionales médicos, aunque su identificación como *valores guía* no ha sido tan unánime (las posibles causas de esta falta de unanimidad se abordarán en la discusión de los resultados) como en el caso anterior. Veamos cómo se expresan:

- *Cubrir las necesidades y proporcionar bienestar con profesionalidad técnica y humana.* Enfermera 3.

Cuadro 4. Valores guía

	<i>Respeto a la condición humana</i>	<i>Sensibilidad hacia el sufrimiento</i>
Auxiliar 1	Respeto. Tratar a las personas como personas	Consideración. Sensibilidad
Auxiliar 2	No adoptar una posición de superioridad: trato de igual a igual	Compasión
Enfermera 1	Respeto. Trato humano individual. Visión global de la persona	
Enfermera 2	Trato humano individualizado	Sensibilidad
Enfermera 3	Humanidad	Bienestar.
Enfermera 4	Cuidar a la familia	Información. Hacer que se sientan acogidos.
Médico 1		Transmitir proximidad. Acompañar en la vida y en la muerte
Médico 2	Tratar al enfermo y la familia como personas.	Información cuidadosa. No tener prisa en la relación con el enfermo y la familia. Dar tiempo para asumir la situación
Celador	Humanidad	Muerte digna: información, medicación y consuelo

146

- *Salvar la vida. Cambiar la gravedad por seguridad. Proporcionar bienestar y cuidar el descanso.* Enfermera 4.
- *Profesionalidad. Ser objetivo. Lo primero es sacar al enfermo adelante.* Médico 2.

Uno de los informantes establece una relación entre la práctica reflexiva y un cambio de valores orientado hacia una progresiva humanización:

- *Al principio de ejercer la medicina me preocupaban más las enfermedades que las personas, después me preocupé más por las personas... y ahora, ahora me preocupan más las personas y su familia. [...] He aprendido. He aprendido probablemente porque me he equivocado.* Médico 1.

Detección de diferencias de valores interdisciplinarios

Algunos de los entrevistados, sin hablar en todos los casos de valores profesionales distintos y distintivos, vinculan el ejercicio del rol profesional a la emergencia de unas determinadas actitudes. En este sentido, la permanencia a la cabecera del enfermo y el contacto continuado con la persona y la experiencia de enfermar comportan, para el personal de enfermería, una consideración global de la persona y una especial sensibilidad hacia el sufrimiento, mientras que el personal médico que se relaciona más fugazmente con el paciente y se ve obligado a manejar datos de procedencia diversa, tanto humana como técnica, suele alejarse de esta concepción global y construye una visión parcial mediatisada por el proceso patológico.

Con todo, la tendencia general pasa por desvincular los valores del ejercicio de una determinada profesión y asociarlos a la trayectoria de vida o, lo que es lo mismo, a motivaciones de tipo personal más que profesional, aunque, incluso en este caso, se insiste en el factor profesional como un elemento decisivo en la emergencia de determinadas actitudes propias de cada profesión:

- *Es imposible que tengamos los mismos valores, porque ni mis valores son los mismos ahora que hace unos años. Lo que sí es verdad es que tenemos diferentes sensibilidades. Yo creo que,*

evidentemente, no tenemos los mismos valores o al menos la misma actitud ante las situaciones con las que nos enfrentamos. Las enfermeras, que están muchas más horas al lado del enfermo, tienen una visión del enfermo y de su sufrimiento y el de su familia, que no tenemos nosotros. Médico 1.

- *No siempre tenemos los mismos valores, o tal vez los priorizamos de forma diferente. Los médicos se preocupan más de la parte técnica, que para ellos es imprescindible... para nosotros también, claro, pero pensamos más en la parte humana. No sé si es por el contacto continuado que tenemos con el enfermo, no sé si es por el rol que nos han enseñado, no lo sé... el caso es que, la parte técnica, la tienen como más importante y nosotros nos preocupamos más de la parte humana.* Enfermera 4.
- *Son diferentes. Yo diría que la dedicación, la implicación, la delicadeza y el alivio del sufrimiento son valores de las enfermeras.* Celador.
- *No es por categoría profesional que una persona tenga unos valores y otra tenga otros. Pienso que va con las personas, es una cosa individual de cada persona. [...] Para mí no es por categorías. Están los que quieren acabar rápido y los que quieren cuidar y atender a la persona.* Enfermera 1.
- *Seguramente tenemos valores parecidos, tal vez coincidentes, pero es posible que prioricemos de forma diferente según la persona o el profesional, ¿no? Unos damos más importancia a unas cosas y otros a otras.* Auxiliar 1.
- *Cada persona, con independencia de su trabajo, tiene unos valores u otros.* Enfermera 2.
- *Los valores de cada uno están más relacionados con la propia trayectoria de vida de la persona (creencias, cultura...) que con su profesión, de todos modos, creo que el tipo de profesión de cada uno puede hacer que esos valores sean más o menos aplicados. [...] Enfermería trata más al paciente de forma general, además, su trabajo hace que esté todo el tiempo al lado del enfermo, con el enfermo en su totalidad, mientras que la parte médica se ocupa más de los números del enfermo, se de-*

dica más a la curación de la enfermedad de una forma prioritariamente física, sin contemplar tanto al paciente como una globalidad. Enfermera 3.

- *Cada uno como persona tiene unos valores distintos, que luego estos valores se vean reflejados de una u otra manera por la labor asistencial de cada uno, porque una es enfermera, porque otra es médico, porque es un celador o una auxiliar, evidentemente, cada uno los va a demostrar en la medida que su trabajo se lo permita. Yo creo que tiene más que ver con la manera de ser o con los valores que tiene cada uno que no con el tipo de trabajo.* Médico 2.

Uno de los testimonios exemplifica con abrumadora claridad el por qué de estas diferencias profesionales atribuibles más que a una cuestión de valores personales o profesionales, a razones de complementariedad de funciones que comparten objetivo: el enfermo, su curación y su cuidado.

- *Cada uno, por la labor asistencial que tiene, por el tipo de trabajo que debe desarrollar, tiene una manera diferente de dedicarse al trabajo. Una enfermera probablemente tenga mayor sensibilidad que la que pueda tener un médico, porque la ha ido desarrollando por su propio trabajo, de la misma manera que una auxiliar cuidará otras cosas, no porque no tenga los mismos valores, sino que por su propia actividad tiene que enfocarse a otras cosas. Está claro que un médico se mirará de entrada si el paciente entra en shock [...] y, por muy sensible que se sea, por mucho que le guste cuidar a la familia, lo primero es sacar al enfermo adelante. Si hace falta sentarse delante del ordenador y hacer una búsqueda bibliográfica porque es una enfermedad que requiere un estudio mayor, pues se va a dedicar más a eso, porque su profesión se lo pide y es su obligación.* Médico 2.

Autonomía profesional

Prácticamente todos los entrevistados refieren cierta falta de autonomía. Los distintos relatos de limi-

taciones de la autonomía permiten su agrupación por profesiones, puesto que para cada grupo profesional se perfila un determinado estilo de déficit de autonomía.

El relato de las auxiliares, junto con el del celador coincide en señalar el sentimiento de ser poco requeridos para el trabajo en equipo, y la imposición del criterio de otros profesionales:

- *Si es alguien que todo el tiempo quiere demostrar que jerárquicamente está sobre mí y sólo quiere imponer su criterio, ni trabajo en equipo, ni tengo autonomía, ni puedo cuidar a mi manera, según lo que yo considero que es cuidar con humanidad. [...] A veces, incluso dentro de la misma categoría profesional, hay alguien que te está reclamando que no hagas según que cosas, porque ella no las hace así y le supondría mucho trabajo hacerlas de otra manera.* Auxiliar 1.

- *Frustrante. Frustrante tener que preguntarlo todo, frustrante que no te dejen ninguna libertad. Optas por retirarte y dejar que te manden. [...] Mi opinión también debería contar, en las cosas que se refieren a mi campo de trabajo o al trabajo que depende de todo el equipo, y en eso me encuentro con personas con las que no puedo hacerlo.* Auxiliar 2.

- *Me siento limitado si la enfermera o el médico responsable del enfermo no valoran mi opinión.* Celador.

El sentimiento de falta de autonomía de las profesionales de enfermería es bastante general cuando se trata de mediar para aliviar situaciones de sufrimiento extremo:

- *En el único caso que pienso que no tengo autonomía, es cuando creo que están martirizando a alguien. Claro... no es decisión nuestra... pensamos que podrían dejarlo morir tranquilo, o ponerle más analgesia o más sedante... En estos casos estamos atadas de pies y manos, porque no podemos tomar esta decisión. Creen [se refiere al personal médico] que las enfermeras queremos que los enfermos duerman para estar nosotras más tranquilas, ¡me parece un poco fuerte, que alguien piense así! Pero no es*

general de todos los médicos. También pienso que tienen mucha responsabilidad cuando deciden tirar la toalla, algunas situaciones no están tan claras... no sé si puedo criticar a la ligera algo acerca de lo que no tengo que decir, porque... algunas veces está muy claro, pero otras no lo está tanto. Igual a ellos les es más difícil porque no están al lado del enfermo, con su sufrimiento, por esto parece que las enfermeras lo tenemos más claro. Enfermera 1.

- *No se nos tiene en cuenta en situaciones de gran sufrimiento, nadie nos pide nuestra opinión.* Enfermera 2.

- *En lo que se refiere a cuidados básicos de enfermería, sí que tenemos autonomía, [...] en otras cosas que no dependen sólo de enfermería, a veces no. El dolor, por ejemplo, puedes hacer todo lo que está en tu mano para que esté confortable, pero no puedes poner medicación para el dolor.* Enfermera 3.

- *El tratamiento lo pone el médico, y tú estás sopesitada a las órdenes médicas, te guste o no, pero... así son las cosas. Yo podré cuidar del paciente, darle seguridad, calidez... pero no podrá, si veo que sufre, darle medicación si no me la pautan. Es aquí cuando entran las relaciones entre unos y otros, cuanto más bien relacionados estemos y más contacto tengamos, habrá más feed-back. [...] Porque si a mí me hicieran caso cuando explico algo, haría de mediadora... muchas veces hacemos de mediadoras, pero si no hay una buena relación no sirve de nada hacer de mediadora, parece que lo estés pidiendo para ti... el hecho de que el abordaje del sueño y el dolor venga dado por órdenes médicas nos sitúa en un segundo plano y tenemos que hacer de mediadoras.* Enfermera 4.

Uno de los médicos entrevistados es capaz de identificar la confianza en el personal, la falta de tiempo y el sueño como limitaciones de la autonomía profesional. Mientras que el otro médico no encuentra limitaciones a su autonomía profesional.

Comunicación interdisciplinaria

La comunicación interdisciplinaria ha sido identificada por todos los entrevistados como un elemento fundamental para el trabajo en equipo y, secundariamente a esta primera consecuencia, como instrumento esencial para la humanización de la atención. El razonamiento que concatena estas argumentaciones se basa, en primer lugar, en la creación de un grupo de trabajo funcional construido sobre la base de una comunicación interdisciplinaria abierta y respetuosa que permita a los profesionales expresarse libremente como tales y, en última instancia, en la calidad que puede proporcionar un verdadero trabajo en equipo, con objetivos compartidos y funciones complementarias distribuidas según las mejores capacidades de cada uno de sus miembros. En este mismo sentido, se puede realizar una lectura positiva de las anteriores declaraciones acerca de la autonomía profesional que abordan el tema de la calidad de la relación y la comunicación intergrupal como elementos decisivos para la satisfacción profesional y la construcción de una atención de calidad.

- *Si trabajo con una enfermera que no es sólo enfermera, sino también compañera: hablamos del enfermo, intercambiamos opiniones y vemos cuál es la mejor manera de trabajar. [...] Si trabajo con una compañera que me respeta, trabajo a gusto. Doy mi opinión y pregunto con toda libertad. [...] La comunicación es superimportante, primero para la relación con el compañero, y segundo, para saber qué estás haciendo y por qué.* Auxiliar 1.

- *Si todos los que tenemos que trabajar en aquel momento tenemos una buena información, igual no hace falta que te caiga bien aquella persona. [...] Si tú tienes una buena información del médico, podrás hacer bien tu trabajo, si la auxiliar tiene una buena información de la enfermera, a lo mejor también puede colaborar más, y si cuando viene el celador, en lugar de quedarse allí esperando a que le manden, se le explicara «pues a este enfermo vamos a hacerle esto y esto...», pues a lo mejor sabría cómo se le tiene que mover, ¿no?* Auxiliar 2.

- *Me gusta que todos puedan dar su opinión, porque no porque yo sea enfermera me daré cuenta de todo, igual hay cosas que el celador las ve y yo no... seas enfermera, celador, o lo que seas, en beneficio del enfermo lo mejor es trabajar en equipo. Si pudiésemos darle la vuelta y vivir como una riqueza las diferentes personas... porque todos tenemos nuestras manías, pero seguro que mejora el resultado.* Enfermera 2.
- *Si cada uno va por su lado y no habla con los demás miembros del equipo, no creo que se lleve el cuidado del enfermo en condiciones. Tíene que haber comunicación de nosotras hacia el resto del equipo médico o auxiliar, al igual que de ellos a nosotras.* Enfermera 3.
- *Es muy importante la comunicación, y no tanto para curar una enfermedad como para que la persona esté a gusto.* Médico 1.
- *Si no hay confianza y comunicación entre las personas que están trabajando, no se puede atender bien al paciente [...] empezando por el tratamiento y acabando por tratar al paciente humanamente... la comunicación es básica para tratar con humanidad, y lo primero es entre nosotros [...] si nosotros nos cuidamos de que entre nosotros haya una buena relación, de tratar al que trabaja contigo humanamente, del primero al último... pues bueno... el paciente y la familia son otro ser humano.* Médico 2.
- *¿La comunicación? Pues muy importante, porque si nos entendemos podemos llegar muy lejos. Cada cual puede aportar algo de sí mismo y juntándolo todo, podemos conseguir que el resultado sea mucho mejor, ¿no?* Celador.

Preguntados acerca de su experiencia en esta unidad a propósito de la comunicación, la mayoría refiere una buena experiencia de comunicación interdisciplinaria y trabajo en equipo, a pesar de señalar excepciones puntuales que tienen que ver, mayoritariamente, con dificultades individuales para la comunicación o el trabajo en equipo:

- *Depende de con quien estás trabajando tienes una buena comunicación, y depende de con quién, no. Igual no conectas en lo personal con*

aquella persona, y esto afecta inevitablemente a la dinámica de trabajo, lo mismo que si no te entiendes en lo profesional. [...] El que tiene ganas de colaborar, de dar ideas y de trabajar en equipo, puede trabajar... al menos conmigo. Enfermera 1.

- A mí me encanta cuando sale la enfermera del «pase» y me dice: mira, han dicho esto y lo otro... Auxiliar 1.

- ... a lo que tú me digas, yo te hago caso. A lo que me diga la de la mañana, yo le hago caso. Y ellas... ellas también me hacen caso, de hecho, cuando más caso me hacen es cuando me discuten alguna cosa porque tienen un punto de vista diferente, o no están de acuerdo, o no entienden mi postura... [...] Sí, aquí es bastante buena, pero podría ser mejor. Médico 1.

- Yo creo que hay momentos en que aunamos fuerzas para hacer un protocolo y para hacer las cosas bien... quizás nos comunicamos más para hacer un protocolo terapéutico que para tratar a los pacientes con humanidad... bueno... aunque sí que hay momentos en que nos conchabamos entre todos para dar la misma información... Médico 2.

- Mi experiencia en este sentido es muy buena. Gracias a Dios, estoy en un sitio donde se me escucha y mi opinión es importante, y entonces, entre todos hacemos que las cosas salgan bien. Siempre hay excepciones, claro, porque... en todas partes cuecen habas, dicen. Celador.

Un elemento no previsto en la planificación de los objetivos surge con fuerza de los diferentes relatos: la importancia de la comunicación interdisciplinaria como acto sistematizado del equipo de trabajo, diferenciándolo de la comunicación espontánea, unidireccional, guiada por situaciones de necesidad:

- Antes, enfermeras y auxiliares hacían una puesta en común por la mañana, y... a lo mejor era aburrido, pero la idea era buena, porque allí nos enterábamos de cosas que no sabíamos. Auxiliar 1.

- El jefe quiere que entremos [se refiere a un pase de visita conjunto entre personal médico y de enfermería que se realiza cada día por las mañ-

150

nas] y a nosotras nos gusta entrar. A veces es un rollo, una pérdida de tiempo, ¿no? pero otras... según lo que se hable... es interesante. Enfermera 1.

- Entramos porque queremos hacerlo [se refiere al pase de visita conjunto] nadie nos obliga, y participamos si queremos hacerlo. Enfermera 2.

- A mí me gustaría que cada día, por turno, se hiciera un pase de visita, a lo mejor lo digo porque estoy en el turno de noche, igual si estuviese de mañana no me lo plantearía, pero es que en este sentido siento que tengo que andar leyéndolo todo y no tengo contacto directo con su médico, porque por la noche el médico es el de guardia y muchas veces nadie se moja: «es que no es mi enfermo...». [...] Si cada noche pasasen visita, aunque fuese en plan privado, estaría muy bien. Nosotras también podríamos estar presentes y al enfermo le daría más seguridad, a ellos más tranquilidad y a mí me evitaría estar sufriendo... ¿le llamo o no le llamo? [...] si tuviésemos más contacto cada día... a las relaciones no se llega de repente, se llega con el día a día. Enfermera 4.

- Lo que nos falta de colaboración con el equipo es dar una visión más conjunta, más completa... y esto aún no lo hacemos. Como sabéis aquí hacemos un pase conjunto, y esto es un punto más, esto no lo hacen en todas partes, pero también es verdad que en algún otro sitio es más participativo. La enfermera podría explicar el estado del enfermo, al menos de una manera complementaria a lo que hacemos nosotros, y esto no se hace, no lo suficiente, al menos en la mesa... ¿en el box? Pues depende de cada equipo. Médico 1.

- Nosotros lo intentamos en las sesiones de la mañana [respondiendo a la demanda de comunicación organizada para mejorar el trato humano]. [...] A veces salen temas sociales, por ejemplo lo de las familias, para intentar, si hay algún problema, conocerlo todo y poder ayudar de alguna manera, o si una familia, su angustia, es que se baga un traslado a Bilbao dentro de 3 días, pues un poco comunicarnos entre nosotros para facilitar el movimiento y

la vida de estos familiares. No, se hace, esto se hace. Médico 2.

Otros elementos atribuibles al equipo asistencial decisivos para la atención humanizada

Al ser preguntados los entrevistados acerca de otros elementos considerados decisivos para la atención humanizada, el tiempo se eleva como argumento unánime, al igual que la suficiencia de recursos humanos y materiales, aun a pesar de la poca relación que todos ellos puedan tener en la construcción de la relación interdisciplinaria.

La buena relación personal previa, el *feeling*, como base para la construcción de un equipo de trabajo funcional, también se ha nombrado con bastante frecuencia.

Bajo el epígrafe *reconocimiento* podrían agruparse las estrategias organizativas institucionales de carácter extraasistencial que, aunque finalmente orientadas a la asistencia, están directamente destinadas a favorecer la relación interdisciplinaria, mejorar la comunicación intergrupal y aliviar la presión asistencial intensa a que se ven sometidos los integrantes del equipo asistencial. La consideración de un espacio dentro de la jornada laboral para preparación de protocolos asistenciales conjuntos, para reuniones interdisciplinarias motivadas por inquietudes comunes o para formación acerca de contenidos propios de la unidad, son algunas de las estrategias sugeridas como facilitadoras de la relación y, en consecuencia, tal como han manifestado algunos de los entrevistados, favorecedoras de la atención humanizada. También hay quien reclama otro tipo de reconocimiento destinado a contrarrestar o aliviar la dureza de una labor asistencial altamente estresante, un reconocimiento que gratifique con libranzas extras al personal, con recursos humanos adicionales o actividades complementarias promovidas por la organización, no necesariamente relacionadas con la tarea asistencial. Dicha petición se argumenta desde la amenaza que supone el cuidado humano continuado:

- Lo de cuidar humanamente puede ser un arma de doble filo, supone mucha más entre-

ga, una implicación más directa, lo que puede llegar a provocar más estrés dando como respuesta o mecanismo de defensa un cuidado más automático y en serie que individualizado y humano. Enfermera 3.

El respeto y el reconocimiento del valor de cada uno de los miembros del equipo y su trabajo se consideran requisitos básicos para optimizar el rendimiento del equipo asistencial:

- El papel que tenemos aquí es básico, desde la secretaría que está en la ventanilla hasta el jefe de servicio. Todo el mundo tiene su papel. Si todos entre nosotros nos comunicamos más, es más fácil, cuando estamos delante de un paciente, de un familiar, hacerlo persona a persona; nosotros trabajaremos más a gusto y el mensaje que recibe el paciente o el familiar es más coherente y, por lo tanto, más comprensible. [...] Dentro tiene que haber paz, y tranquilidad, y compañerismo, y comunicación para que fuera salga esto. Médico 2.

Lo dicho anteriormente no debe interpretarse como una estrategia para eludir responsabilidades individuales. El reconocimiento de la responsabilidad de la organización en la construcción de equipos asistenciales comprometidos con la atención humanizada no obvia el compromiso personal con la humanización de la atención, así lo han puntualizado los entrevistados cuando a todos los factores señalados anteriormente han añadido la motivación personal como sustrato necesario que permite la germinación de una atención humana y humanizada porque...

- Esto [la humanidad] está en la persona, en uno mismo. Enfermera 3.

DISCUSIÓN

Llama la atención el hecho que la mayoría de valores identificados por los profesionales como *valores guía* sea de carácter humanista, tratándose de una UCI donde el estado crítico de la persona comporta la prioridad del aspecto físico por encima de otras consideraciones que, en esta circunstancia, se podrían catalogar de secundarias. No creemos que los resultados permitan hablar de un desplazamiento de

intereses de la vertiente física al aspecto humanista, más bien podría tratarse de un sesgo provocado por la invitación a la entrevista donde se focaliza casi exclusivamente en la humanización de la atención, obviándose por ello los otros aspectos requeridos en el cuidado y la atención del enfermo crítico. No obstante, la humanización y el tratamiento de la enfermedad no tienen porque ser prioridades excluyentes sino simultáneas en manos de profesionales expertos y reflexivos. Igualmente, la elección de los profesionales entrevistados según un determinado perfil, puede haber condicionado los resultados, por lo que convendría ampliar el perfil profesional y aumentar el número de entrevistas para alcanzar un retrato más real de la situación.

El efecto *cabecera de la cama* al que se han referido prácticamente todos los entrevistados, merece una reflexión detenida. Todos los informantes atribuyen a la permanencia continuada al lado del enfermo un efecto de mayor sensibilidad al sufrimiento: mayor sensibilidad en su detección y mayor recepción para su solución. Puesto que este efecto ha sido reconocido por todos los profesionales, de ello se podría derivar una autoridad de los profesionales de enfermería en la detección de situaciones de sufrimiento. Este hecho, contrastado con la dificultad percibida por las enfermeras en el alivio de este tipo de situaciones, merecería, como mínimo, una reflexión interdisciplinaria orientada a acercar posiciones con objeto de mejorar la experiencia de todos los implicados. El reconocimiento de la autoridad enfermera en la detección de situaciones de sufrimiento, debería comportar la confianza del equipo en la capacidad de las enfermeras para la identificación de este tipo de situaciones. La prueba efectiva de esta confianza profesional debería verse reflejada en la mejora de la atención al dolor, el sueño y otras experiencias igualmente dolorosas que el paciente se ve obligado a vivir. Es evidente que las atribuciones enfermeras en este sentido no deben sobreponer los ámbitos de la detección, la administración de tratamiento pautado por el profesional médico y la valoración de la efectividad de dicho tratamiento, aunque de existir este reconocimiento tendría que ser mucho más sencillo conseguir pautas de tratamiento eficaces en este tipo de situaciones, una vez desterradas las suspicacias profesiona-

152

les que ven en algunas peticiones enfermeras motivaciones de comodidad más que de alivio del sufrimiento. El resultado final reportaría, a las enfermeras, el reconocimiento de una tarea profesional para la cual están capacitadas; al resto del equipo de trabajo, la distribución de las tareas en función de la mejor capacidad para llevarlas a cabo y al usuario, la mejora del bienestar.

La pasividad como salida personal ante un equipo de trabajo disfuncional -véase aportación del personal auxiliar en el apartado autonomía profesional- justifica la inversión de recursos de todo tipo con objeto de conseguir un óptimo nivel de implicación y satisfacción de todos los integrantes del equipo. A nuestro juicio, la motivación y la implicación de los profesionales en una atención de calidad, rentabiliza los recursos dispensados aumentando la calidad -humana y técnica- de la atención, disminuyendo el absentismo laboral y mejorando la satisfacción del usuario.

La abrumadora petición de tiempo y recursos, tanto humanos como materiales, merece una consideración especial. En primer lugar, porque no se consideran factores directamente implicados en la conformación del equipo de trabajo y, seguidamente, porque a pesar de ello han sido unánimemente mencionados. Lo cual nos lleva a pensar en la existencia de condiciones previas al equipo de trabajo, requerimientos de base sobre los cuales se instala la actividad del equipo interdisciplinario, sin los cuales el resultado final de la atención será siempre inferior al posible; bien porque el resultado final sea mejorable, bien porque los recursos invertidos por los miembros del equipo sean excesivos, con el consiguiente riesgo de agotamiento que este hecho comporta. Es evidente, como han manifestado los entrevistados, que la humanización requiere tiempo, personal y medios suficientes; es también evidente que el compromiso institucional con la humanización de la atención obliga a contemplarla en la planificación de recursos. Lo contrario acabará generando insatisfacción en el profesional y, con el tiempo, una atención deficitaria.

En relación con la bibliografía publicada acerca del tema, los resultados muestran acuerdo en la necesidad del compromiso explícito de la institución con la

humanización de la atención, expresado a través de la suficiente dotación de recursos y el reconocimiento al esfuerzo de los profesionales; y algunas de las estrategias identificadas por ellos son las mismas que anteriormente han descrito los expertos. Igualmente, la práctica de la humanidad en el interior del grupo como exigencia para la práctica humanitaria en la atención a la salud, sigue la línea teórica expresada por Coulon et al, que asocian un entorno laboral humano a la humanización del cuidado.

Por lo que respecta a valores distintivos de la práctica profesional, los entrevistados prefieren hablar de actitudes y objetivos diferenciados según el tipo de trabajo desarrollado en el equipo, reflejo de un entorno cooperativo más que competitivo y jerárquico, a diferencia de los entornos tradicionales descritos por Robertson, Barrio, Breier y Quero, y más acorde con la ética de práctica médica de Pellegrino y el paradigma humanista de Domínguez Alcón y Ramió. Todo ello como muestra de la evolución del equipo de trabajo hacia una relación de cooperación y responsabilidad compartida libre de jerarquías.

La valoración positiva de la comunicación interdisciplinaria como acto sistematizado del equipo de trabajo descubre un valioso instrumento útil en la calidad de la atención y la satisfacción de los profesionales.

CONCLUSIONES

- Los valores identificados se circunscriben mayoritariamente al paradigma humanista.
- Se asocian los valores a características de tipo personal más que profesional, se admite que el rol profesional y la permanencia a la cabecera del enfermo comportan la emergencia de actitudes profesionales específicas.
- Prácticamente todos los profesionales refieren cierta falta de autonomía. Sólo el personal auxiliar atribuye la falta de autonomía a motivos jerárquicos. Las enfermeras expresan su dificultad para aliviar situaciones que consideran de gran sufrimiento.
- Se valora positivamente la comunicación interdisciplinaria en la construcción de un equipo

- asistencial de calidad y humano. La mayoría refiere buena experiencia de trabajo en equipo.
- Se identifica la buena relación personal y un ambiente de comunicación tolerante y abierto como factores favorecedores de una atención de calidad y humana.
 - Se identifica la falta de tiempo y el déficit de recursos personales y materiales como limitaciones. Se reclama ayuda a la institución para favorecer un entorno de trabajo libre de tensiones que facilite la relación entre los miembros del equipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramió A, Domínguez Alcón C. Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexión en el caso de enfermería. Rev Rol Enfermería. 2003;26:482-6.
2. Robertson DW. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. J Med Ethics. 1996;22:292-9.
3. Barrio IM. Humanización de enfermería y bioética. En: Humanizar la salud. Madrid: San Pablo Co.; 1997. p. 51-67.
4. Breier M. Patient autonomy and medical paternity. Nursing Ethics. 2001;8:510-21.
5. Quero A. Formación, humanismo y humanización. Metas de Enfermería. 2004;7:55-8.
6. Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Editorial Crítica S.L.; 2001. p. 196-200.
7. Thomstad, Beatrice, Cunningham y col. 1975 citado en Barrio, I.M. Humanización de enfermería y bioética. En Humanizar la salud. Madrid: San Pablo Co.; 1997. p. 51-7.
8. García S. La direcció per valors en el context sanitari. Vall D'hebron. 2002;31:17-9.
9. Coulon L, Mok M, Krause K-L, Anderson M. The pursuit of excellence in nursing care: what does it mean? J Adv Nurs. 1996;24:817-26.
10. Rushon CH. Humanism in critical care: a blueprint for change. Pediatric Nursing. 1991;4:399-402.
11. McConnell E. The coalescence of technology and humanism in nursing practice: It doesn't just happen and it doesn't come easily. Holistic Nursing Practice. 1998;12: 23-30.
12. Santos Hernández AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética. 2003;14:39-60.