



Seminarios de la FER - Cursos

www.elsevier.es/semreuma



Comunicación y equipo multidisciplinar en el hospital de día reumatológico

Víctor Moreno Martín

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Concepto de equipo

El equipo de trabajo es el conjunto de personas interdependientes que se unen en función de sus capacidades y competencias personales bajo la dirección de un líder, con el fin de desarrollar una actividad laboral que les lleve a la consecución de un objetivo prefijado¹. Las características que deben poseer sus miembros son varias²:

- Compartir un *objetivo común* que los une y los guía en sus acciones.
- Poseer una comprensión clara de sus propias *funciones* por parte de cada miembro y reconocer intereses comunes con el resto del equipo.
- Agrupar conocimientos, técnicas y recursos. Todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.
- Su efectividad está relacionada con su capacidad para llevar a cabo el trabajo y con su habilidad para organizarse como un grupo independiente de personas.

Asimismo, además de estas características es necesario que el equipo cumpla una serie de requisitos en lo referente a su capacidad organizativa, como son:

- *El tiempo de contacto*, pues no hay un equipo sin un tiempo determinado de encuentro entre los miembros que lo forman.
- *La distribución de funciones* entre todos los miembros.
- *La necesidad de un proceso* que comporta tiempo y esfuerzo, pues no se puede confundir un equipo de trabajo con reunir a un grupo de personas para que realicen un determinado trabajo. El equipo llegará a serlo sólo tras mucho esfuerzo.

Otras características³ que debe tener el equipo para ser eficaz son la interdependencia, la cooperación, la coordinación de actividades, la especialización por tareas, el reparto del esfuerzo, la organización, la cohesión y la comunicación.

El equipo multidisciplinar

La multidisciplinariedad² consiste en el trabajo conjunto de diferentes profesionales con un objetivo común. Estos profesionales realizan sus aportaciones desde cada una de sus disciplinas concretas (reumatólogo, psiquiatra, trabajador social, enfermera, etc.) y desde el criterio de la institución en la que trabajan. A través del trabajo

interdisciplinario se consigue que cada profesional del equipo contemple en un paciente no un problema corporal, mental o social, sino a una persona afectada en todas las dimensiones (biopsicosociales) por un problema de salud.

Los objetivos fundamentales de un equipo multidisciplinar son⁴:

- Mejorar el tratamiento del paciente.
- Proporcionarle una formación adecuada.
- Mejorar la comunicación interprofesional.

El abordaje en equipo asegura que los objetivos se alcancen de la manera más eficaz, con una mínima duplicación del trabajo y de la documentación. También asegura que los miembros mejor cualificados sean los que traten directamente el problema. Entre los miembros del equipo se deben reforzar los consejos y la información que se da al paciente para que éste no reciba mensajes contradictorios que puedan confundirle e inducirle a un mal cumplimiento del tratamiento.

Los integrantes del equipo⁵ deben trabajar conjuntamente, no interfiriendo en sus respectivas funciones y respetando el papel de cada uno de los miembros. Para ello es importante realizar sesiones conjuntas y conocer exactamente cada área de influencia.

Cada equipo debe disponer de un *espacio de encuentro* y, a poder ser, de un *coordinador*, encargado de dinamizar el grupo, organizando las sesiones y los dispensarios comunes. Posiblemente, si se dejara trabajar al equipo de una manera más independiente, emplearía su interés profesional en el ámbito individual, es decir, para cada una de las especialidades, disminuyendo tanto el valor que tiene como su eficacia.

La multidisciplinariedad⁴ implica no sólo que diferentes profesionales sanitarios traten un mismo paciente sino que tiene una forma más estructurada, e implica colaboración, toma de decisiones consensuadas y una planificación conjunta del tratamiento del paciente.

El paciente se siente protegido cuando se le trata en equipo, a la vez que es partícipe de su tratamiento y apreciará la calidez del trato humano de los miembros. Sin embargo, esta actitud no debe confundirse con paternalismo, causante de rechazo por parte del que lo recibe, pues infantilizar al paciente no es un buen método. Por el contrario, un trato adulto hace partícipe al individuo de las decisiones concernientes a su tratamiento.

Está demostrado que el abordaje en equipo de los procesos reumatológicos, y en especial de la artritis reumatoide, se asocia con una mejoría de la salud del paciente, de su capacidad funcional y de su bienestar psicosocial. La educación sanitaria del paciente, a su vez, reduce en gran medida el coste sanitario, a la vez que proporciona beneficios prolongados para su salud.

Correo electrónico: evector@yahoo.es

en trabajar de manera coordinada, evitando protagonismos e intrusiones en el campo de otros profesionales. El equipo estará formado por:

Paciente y su entorno⁵. Son los miembros más importantes del equipo. El paciente vive con su problema y cómo éste afecta a su vida. El reumatólogo posee unas características especiales que le diferencian del resto de la población. Presenta una patología crónica, progresiva e invalidante, que merma su capacidad de relaciones y, posiblemente, dificulta su vida laboral. A su vez, su enfermedad afecta a su imagen personal. Es un tipo de paciente que sufrirá dolor más o menos persistente el resto de su vida, que puede afectar a su vida social y puede ser responsable de cambios de carácter. El paciente sabe que su enfermedad durará toda la vida, lo que le hace sentirse incapaz de aceptar puesto que cierra la posibilidad de curación, dejando únicamente abierta la esperanza de una mejoría de su proceso y el mantenimiento de su calidad de vida. Una de las características que puede poseer es la limitación de su vida que impide el desarrollo normal de sus actividades, tanto laborales como personales. Las limitaciones de la vida diaria (conducir, hacer la compra, etc.), de las básicas (vestirse, desplazarse, etc.), lo cual puede generar una necesidad de ayuda por parte de otra persona.

El paciente sufrirá en posibles cambios de carácter, que pueden ser ansiedad, depresión, autocompasión y dependencia. Cada integrante del equipo, dentro de su especialidad, trabajará con el objetivo de conseguir la mayor independencia posible, tanto funcional como psicológica, del paciente.

La independencia funcional se conseguirá aplicando tratamientos médicos como quirúrgicos, fisioterapéuticos o psicológicos adaptados al paciente para conseguir su cumplimiento.

La independencia psicológica del paciente depende de la adaptación del medio a sus posibilidades articulares y musculares y permite la realización del programa de tratamiento con el menor esfuerzo posible, obteniendo el máximo rendimiento.

La independencia psicológica tendrá una vital importancia la independencia funcional y el tipo de relación que se establezca con el paciente.

Enfermero/a general. Será el encargado de detectar la necesidad de atención del paciente por parte de un reumatólogo, mediante la realización de pruebas previas necesarias, solicitando la consiguiente intervención de dicho servicio.

Enfermero/a especializado. Su función es la de realizar la anamnesis, valorar,

administrar y posología de los fármacos, efectuar y valorar las interacciones. Suele actuar como puente y punto de contacto entre el paciente y el reumatólogo. A ella acudirán los pacientes para resolver muchas de las dudas, miedos y temores que les puedan surgir. Su papel es fundamental en el equipo, y su tiempo compartido en el hospital de día reumatológica es una relación entre paciente y enfermera será una de las más importantes y habituales. La figura de la enfermera, con su presencia constante durante todo el proceso de administración de medicamentos en nuestro modelo del HDR, la convierte en fundamental para el funcionamiento, así como para el bienestar del paciente durante su estancia en él y su evolución.

Dentro de este grupo se incluye también a la auxiliar de enfermería, encargada de asistir a la enfermera en todo aquello que requiera.

— **Personal subalterno.** Llevará a cabo traslados y movimientos de los pacientes que lo requieran, dentro de la institución, así como la realización de pruebas diagnósticas (radiografías, análisis computarizados, etc.), desplazamientos a otras unidades del hospital (ingresos en planta, rehabilitación, etc.), o para cualquier otra de las funciones de los profesionales del equipo que requiera para la asistencia del paciente (movilizaciones, etc.). También será el encargado del transporte de los pacientes a la clínica, medicación requerida desde el servicio de farmacia y provisión de fungibles.

Otros colaboradores no tan directamente implicados en el proceso pueden tener un papel relevante en un momento determinado.

— **Cirujano ortopédico.** Su función es la de explorar al paciente para una posible intervención quirúrgica, indicar o no la necesidad de realizarla, siguiendo su curso postoperatorio.

— **Podólogo.** Su trabajo irá encaminado, dependiendo de los requerimientos del paciente, al seguimiento y tratamiento de la afección que pueda presentar en su deambulación y deformidades de los pies en los que las presente.

— **Técnico ortopédico.** Será el encargado de facilitar la adaptación necesaria, sillas de ruedas, ayudas deambulatorias, etc., para el traslado adecuado. En resumen, elementos que faciliten la realización de las básicas de la vida diaria que suponen una ayuda para que el paciente alcance la máxima independencia.

- **Farmacéutico.** Su función es la de suministrar y preparar la medicación pautaada por el reumatólogo, así como resolver cualquier duda acerca de ésta que le pueda surgir tanto al personal de enfermería como al propio reumatólogo a la hora de su administración o prescripción.
- **Dermatólogo.** Encargado de aportar su campo de conocimientos para las enfermedades reumatológicas con afectación cutánea.
- **Dietista.** Aconsejará y facilitará las dietas más adecuadas a las características y limitaciones que pueda presentar el paciente reumatológico.

En nuestro modelo propuesto de HDR integrado en una institución hospitalaria, la actividad desarrollada en él, básicamente de administración de tratamientos farmacológicos, hace que únicamente encontremos de manera presencial continua al personal de enfermería. El resto de integrantes del equipo reumatológico intervendrá, unos en su propia consulta y otros a demanda del personal de enfermería, si se requiriera; es decir, que su no presencia física no implica que no participen en la toma de decisiones respecto al tratamiento del paciente.

Comunicación en el equipo multidisciplinar

La comunicación en el equipo debe ser *multidireccional*, lo cual requiere tiempo para debates y sesiones informativas, tanto individuales como de grupo. Asegura que los objetivos del equipo estén claros y cada miembro del equipo pueda aportar su opinión.

El lenguaje empleado debe estar claro. En los equipos multidisciplinarios es sencillo establecer una jerarquía en la que la información se transmita de arriba abajo y viceversa, como por ejemplo desde el reumatólogo al personal de enfermería. Sin embargo, en un verdadero equipo debe producirse un intercambio de ideas, opiniones e informaciones de manera más interactiva, superando barreras profesionales. Esta retroalimentación de información o *feedback* puede lograrse mediante reuniones y sesiones clínicas, debates de casos, revisiones y proyectos de investigación y evaluaciones conjuntas.

Las *sesiones clínicas*⁵ tienen como objetivo discutir de manera amplia los casos, el análisis de los problemas que puedan presentarse en ellos y la discusión de novedades (exploraciones complementarias, nuevas técnicas quirúrgicas o fisioterapéuticas, métodos farmacológicos y análisis de resultados del tratamiento actual, ofertas a nivel social, etc.). Estas sesiones se deben realizar periódicamente, de manera quincenal o mensual.

En las sesiones clínicas es conveniente que participe la totalidad del equipo, así como los colaboradores. Es interesante designar un coordinador en el equipo capaz de mantener una buena dinámica de funcionamiento del grupo. Éste puede ser cualquiera de los miembros del equipo, ya que su función no es de mando. Otra de las vías de comunicación entre los profesionales son las *reuniones*, en las que se hablará acerca del funcionamiento de la unidad, revisiones de protocolos, así como de las modificaciones que deban hacerse en ésta para estar en constante mejora y dar así una atención de calidad al paciente usuario de ésta.

Comunicación profesional sanitario-paciente

La comunicación no es sólo dar información⁶, es una manera de relacionarse en la cual el profesional está presente con todo su ser, como testigo empático, con un compromiso de ayudar y de acompañar al paciente en su realidad.

A causa de su enfermedad, el paciente pierde gran parte de su vida social, laboral y su rol familiar, y hablando a alguien que le escuche desde una posición terapéutica puede empezar a construir su nueva realidad. Para una relación de comunicación, el profesional debe desarrollar su humanidad, pues es la cualidad que, según numerosos estudios, los pacientes dicen apreciar más del

profesional sanitario. Otras cualidades que los pacientes dicen esperar son una buena comunicación y que el profesional se interese por ellos.

El estilo que más observamos en la comunicación es paternalista y directivo, siendo el profesional el que controla y dirige la interacción. Se limita la participación del paciente a través de preguntas cerradas, siguiendo un guión lineal que tiene previamente el profesional en mente, sin la flexibilidad necesaria para tener en cuenta las necesidades del paciente.

Los profesionales sanitarios que se comunican⁷ eficazmente son más capaces de iniciar un cambio que favorezca la salud, establecer una relación de confianza con el paciente y evitar problemas legales asociados a la práctica. La comunicación eficaz resulta esencial para la creación de una relación fructífera profesional-paciente. Además, la responsabilidad de que esta comunicación sea lo más eficaz posible corresponde al profesional sanitario, es parte de su trabajo. Para lograrlo, debe formarse adecuadamente en esta dirección, tratando de desarrollar unas habilidades que le permitan dominar este campo. Los elementos básicos para ello se pueden resumir en los siguientes conceptos:

1. **Pensamiento terapéutico**⁶. Constituye un enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su experiencia de enfermedad, de sufrimiento y lo que significa para él la forma en que el profesional le escucha, le atiende y dialoga acerca de esa experiencia. Para ello, es muy importante que se produzca una continuidad en los cuidados por parte del personal sanitario y que se respete la confidencialidad del paciente, creándose así una relación de confianza beneficiosa para el proceso. La relación de ayuda será beneficiosa para ambos, ya que el paciente se siente más satisfecho y comprendido, aumentando su adherencia a los cuidados. Esa relación que se establece a través de la comunicación es la base para poder llevar a cabo los cuidados de enfermería. El objetivo es aumentar la calidad de vida del paciente.

2. **Empatía**⁸. Es la capacidad para comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. Es la herramienta principal de la comunicación terapéutica, favoreciendo que ésta aumente en eficacia. Con ella se muestra al paciente que hemos entendido lo que siente y el contenido emocional de lo que nos comunica. Entre las actitudes para desarrollar empatía destacan:

- Escuchar con la mente abierta y sin prejuicios.
- Prestar atención y mostrar interés por lo que nos cuentan y demostrarlo.
- No interrumpir mientras nos hablan, y evitar convertirnos en un experto que da consejos.
- Habilidad de descubrir y reconocer las cualidades y logros de los demás.

Hay varias formas de expresar empatía:

- Hacer preguntas abiertas que ayudan a continuar la conversación y hacen ver al otro que nos interesa lo que nos cuenta.
- Prestar atención a sus respuestas, considerando sus señas corporales que confirman la exactitud de nuestro entendimiento del mensaje.
- Intentar avanzar lentamente en el diálogo, para asimilar y reflexionar acerca del tema.
- Esperar a tener información suficiente antes de dar nuestra opinión.
- Saber que el otro no necesita nuestra opinión ni consejo, sino simplemente saber que le estamos entendiendo y sintiendo lo que nos quiere transmitir.
- Dar nuestra opinión de forma constructiva, siendo sinceros, procurando no herir con nuestros comentarios.

- No evaluar, juzgar o descalificar.
- Tener predisposición para aceptar las diferencias con los demás. Ser tolerantes y tener paciencia.

3. *Escucha receptiva y reflexiva*⁹. Es uno de los aspectos más influyentes en la mejora de la comunicación. No es sólo una técnica, se trata de una actitud que exige de la enfermera una competencia especial que se debe dominar, pues sin ella no podremos ofrecer una respuesta eficaz. Escuchando:

- Se establece un ambiente de confianza.
- Se ayuda al otro a entender mejor su situación y a nosotros a entender mejor la situación del otro.
- Se favorece la cooperación del otro puesto que verá que la enfermera se muestra realmente interesada por él.
- Se ayuda a resolver diferencias de criterio.
- Ayuda a tomar mejores decisiones.
- Se reduce la tensión.
- Se aprende de los pacientes acerca de su enfermedad y su vivencia.
- Evita problemas y críticas de las que uno se pueda arrepentir más tarde. Por ello, es mejor escuchar antes de hablar.

Para desarrollar la escucha activa, en lo referente a la comunicación no verbal, debemos controlar el tono emocional (tono de voz, pronunciación, ritmo, etc.), mantener el contacto ocular, adoptar una postura adecuada (relajada, cerca del otro pero no encima), mantener una expresión facial de empatía y comprensión, haciendo gestos en sintonía con el discurso del paciente.

En lo referente a la comunicación verbal, debemos no interrumpir, salvo para concretar la respuesta del paciente, sintetizar puntos clave del mensaje, repetir la idea central para evitar errores y malentendidos, no expresar acuerdo o desacuerdo, sino simplemente comprensión y saber estar en silencio esperando unos segundos a contestar para que el paciente pueda seguir hablando si lo necesita.

4. *Desarrollo de un estilo asertivo*. Frente a un estilo agresivo o uno pasivo, el único estilo que nos va a permitir unas adecuadas relaciones interpersonales es el estilo asertivo. Se basa en 3 pilares:

- Capacidad de escuchar al otro.
- Posibilidad de decir “no” cuando quiere decirlo, sin sentirse culpable.
- Facilidad para dar y recibir críticas constructivamente.

Comunicar con un estilo asertivo permite reducir el estrés, enseña a defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. Supone el desarrollo de la capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos de una forma eficaz, sin negar los de los demás y sin sentir vergüenza. A su vez, implica² la aceptación de

uno mismo y el respeto por parte de los demás, así como un incremento de la probabilidad de alcanzar acuerdos satisfactorios.

Del desarrollo de las habilidades comunicativas expuestas anteriormente dependerá, en buena medida, que la relación médico-paciente sea fructífera. De una buena relación se derivará un mejor cumplimiento por parte del paciente¹⁰. Es importante explicarle su enfermedad, su carácter agudo o crónico, sus complicaciones y la importancia de realizar bien el tratamiento. Es necesario dedicarle tiempo y hacerle participar activamente en la toma de decisiones respecto al tratamiento, puesto que si en cierta medida lo elige él, es más probable que lo cumpla. Su participación será decisiva en la evolución de la enfermedad, sobre todo en las enfermedades crónicas, como sucede en muchas de las enfermedades reumáticas. Su actitud toma capital importancia en la mejoría de su enfermedad. Ésta debe huir del clásico concepto conocido como el papel del enfermo de Parsons, que habla de un paciente pasivo, que acepta las órdenes de su médico y debe cumplirlas sin más.

Para conseguir la participación del paciente en su tratamiento, es fundamental el conocimiento que éste tenga de dicho proceso, conocimiento que puede adquirir a través de las entrevistas con su médico, el cual debe informar y educar al paciente acerca de su enfermedad y la necesidad de su participación en todo el proceso diagnóstico y de tratamiento, siendo cuidador de sí mismo. Una decisión terapéutica adecuada necesita reflejar las preferencias del paciente y el mejor conocimiento científico por parte del médico, puesto que éste conoce la enfermedad y el paciente conoce sus características personales y su estilo de vida.

Todos estos aspectos relativos a la comunicación terapéutica deben ser conocidos por parte de los integrantes del equipo del HDR para realizar un adecuado cumplimiento de los tratamientos aconsejados y conseguir, con ello, una mejoría de la enfermedad lo antes posible.

Bibliografía

1. Aparicio P, Blanco R. Relaciones en el entorno de trabajo. Madrid: Mcmillan Iberia; 2008.
2. Cleries X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. 1.ª ed. Barcelona: Masson Elsevier; 2006.
3. Knowles M, Knowles H. Introducción a la dinámica de grupo. México DF: Editorial Letras; 1965.
4. David C, Lloyd J. Rehabilitación reumatológica. Madrid: Ediciones Hartcourt; 2000.
5. Camp R, Díaz Petit, J. Rehabilitación en la artritis reumatoide. Barcelona: Masson; 2002.
6. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
7. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol. 1. 5.ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
8. Cibanal J, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier España; 2003.
9. Tazón MP, García J, Aseguinolaza L. Enfermería S. 21. Relación y comunicación. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2000.
10. Tevar JP. Reumatología en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2001.