

Comunicación entre colegas en Medicina

Medical communication between colleagues

Miguel Ángel Blanco Aspiazú^I; Héctor Andrés Morales González^{II}; Tomás Lázaro Rodríguez Collar^{III}

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Ciencias. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. CIREN. La Habana, Cuba.

^{III}Máster en Ciencias. Especialista de II Grado en Urología. Profesor Auxiliar. Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se expone una modelación de los factores que determinan la comunicación entre colegas en Medicina. Los factores se agrupan en tres dominios, a saber, del contexto organizacional, cualidades de la personalidad de quienes intervienen en la comunicación, especialmente estilos comunicativos y como tercer dominio el grado de interacción entre colegas de diferentes especialidades. De acuerdo con este último dominio se definen el nivel multidisciplinario, el interdisciplinario y el transdisciplinario.

Palabras clave: Comunicación, disciplina, atención médica.

ABSTRACT

A modelling of factors determining the communication among Medicine colleagues is presented. Factor are grouped in three domains namely the organizing context,

personality qualities of those intervening in the communication, specially the communicative styles and as third domain the interaction degree among colleagues of different specialties. According to this latter domain the multidisciplinary, interdisciplinary and trans-disciplinary levels are defined.

Key words: Communication, discipline, medical care.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una actividad y propiedad esencial de la materia viva que cambia su contenido según el nivel de organización. Existe comunicación en la interacción de cualquier organismo unicelular con su medio ambiente y en la medida que se asciende en la escala filogenética y se incrementa la interacción entre los organismos, se complejiza la comunicación. En el caso del hombre como organismo con psiquismo, la actividad comunicativa alcanza la mayor complejidad posible, pues su medio ambiente es en esencia social.

En la vida social del hombre las relaciones son muy diversas y en el caso de profesiones como la medicina la actividad comunicativa está marcada por las funciones que cumple cada individuo como profesional.

En el caso de las relaciones entre colegas de profesión hay varios factores que matizan la actividad comunicativa:

- Las relaciones de trabajo.
- El objetivo de la comunicación.

- La experiencia comunicativa.
- La habilidad comunicativa.

Los dos primeros factores influyen más en el contenido de la comunicación y los dos últimos en la calidad de la comunicación. Se reconoce el impacto negativo del mal trabajo en equipo en la calidad de la atención médica.¹ Ejemplos concretos han sido publicados sobre el impacto negativo de los problemas de comunicación en la atención de pacientes operados.^{2,3}

Debido a la importancia del trabajo colaborativo para la solución de los problemas de salud, los autores han decidido exponer algunos criterios formados a partir su experiencia en la práctica de la medicina hospitalaria, en la cual la propia existencia de especialidades con salas particulares y sistemática de trabajo muy verticalizadas puede condicionar dificultades en el plano comunicacional.

DESARROLLO

Una de las características actuales del trabajo médico es la necesaria interacción en términos de colaboración, coordinación y comunicación entre los especialistas para brindar atención médica a los complejos problemas de salud de cada paciente.

En esta interacción son inevitables las diferencias de criterios en algún tema. El logro de una comunidad de criterios en un asunto se basa en la utilización de argumentos científicos, morales, éticos, políticos, económicos, religiosos y legales, pero también de aspectos formales como el estilo de comunicación, y la capacidad para convencer de alguna de las partes.

El ambiente de trabajo, sin duda, influye en las relaciones entre colegas. La estructura directiva, la misión y objetivos de las organizaciones y sus integrantes, la disponibilidad de recursos, los conflictos de intereses de diferentes departamentos o áreas, el carácter de los reglamentos, el liderazgo y estilos de dirección determinan el ambiente laboral.

Van en contra de buenas relaciones profesionales las organizaciones mal estructuradas, sin misión y objetivos correctamente definidos, las carencias de recursos, los reglamentos estrictos, el abuso de poder y las decisiones inconsultas, entre otros factores.

La capacidad para desarrollar buenas relaciones profesionales depende además de características personalológicas que se van desarrollando desde la niñez, tales como:

1. Nivel científico.
2. Liderazgo.
3. Actitud proactiva y asertiva.
4. Equilibrio entre empatía y objetividad.
5. Visión de conjunto o individualista.
6. Relación entre información y dominio.
7. Relación creatividad-conservadurismo.
8. Relación optimismo-pesimismo.
9. Relación prejuicio-tolerancia ante la variabilidad clínica aceptable.
10. Tendencia a controlar o delegar.
11. Relación modestia-autosuficiencia.

Estas características personales se manifiestan en el estilo de comunicación que generalmente puede asumir tres formas básicas: pasiva o indirecta, agresiva o asertiva. En las discusiones entre colegas para la toma de decisiones relacionadas con la atención a pacientes, como regla no caben los estilos agresivo o indirecto, se debe ser asertivo, lo que implica expresar de forma precisa las decisiones posibles y argumentando la propuesta, tanto en el plano fisiopatológico como ético, sin dejar de evidenciar la repercusión emocional que ello tenga en nosotros, el paciente y su familia, lo cual añade el valor que desde el punto de vista moral tienen las decisiones médicas. En la discusión entre colegas se debe mantener una escucha atenta manifiesta en el contacto visual, la postura y la distancia que mantenemos. Primero se comprenden las argumentaciones para después valorarlas. No debemos subestimar ningún criterio, aunque lo emita el personal de menor nivel científico. En ocasiones es necesario obtener criterios de terceros no implicados, o sea, sin conflictos de intereses.

El grado de interacción entre colegas de diferentes especialidades durante la atención al paciente puede asumir, en esencia, tres niveles según los cuales se puede hablar de atención médica multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria. Se explicará el significado que los autores quieren expresar con estos términos, y que los mimos han tenido varias interpretaciones.⁴

En la atención multidisciplinaria, colegas de varias especialidades brindan ayuda al paciente desde su especialidad y no siempre se comunican de forma fluida al no coincidir en tiempo y espacio, por ello las funciones reguladoras e informativas de la comunicación pueden estar limitadas. ([Fig. 1](#))

En la atención interdisciplinaria colegas de diferentes especialidades constituyen un equipo de trabajo en el que discuten la interacción de sus puntos de vista el problema de salud. Existe mayor interacción afectiva al coincidir en espacio y tiempo. Un ejemplo típico sería un pase de visita en el que participen varias especialidades. Un instrumento que mejora la comunicación entre colegas de diferentes especialidades o profesiones son los protocolos de diagnóstico y tratamiento que actualmente se están difundiendo en diferentes instituciones del país.⁵ ([Fig. 2](#)).

Sobre los beneficios de esta modalidad de interacción *Curley*⁶ realizó una investigación tipo casos y controles en un hospital de los Estados Unidos. Los casos fueron 567 pacientes atendidos en tres salas donde los pases de visita eran realizados en conjunto por internos, residentes de medicina interna, enfermería de sala, supervisores de enfermería, neumólogos, farmacéutas, nutricionistas y trabajadores sociales y el grupo control 535 pacientes de otras tres salas donde se realizaba el pase de visita tradicional. La ubicación de los pacientes en dichas salas fue aleatoria. El estudio duró seis meses y evidenció en el grupo experimental

menor estadía en días (5,46 vs 6,06 $p=0,006$) y menores costos en dólares (6,681 vs 8,090 $p=0,002$).

Por su parte, *Wild*⁷ realizó una investigación con base en una unidad de telemetría, también en un hospital de Estados Unidos. Para ello aleatorizó la distribución en un grupo experimental de 42 pacientes a los que se realizaban pases de visita interdisciplinarios, y otro grupo control de 42 pacientes en los que el pase de visita era el tradicional con los médicos de la sala. En el pase de visita del grupo experimental participaban residentes, enfermeros, el médico de asistencia, farmacéutico, dietista y fisioterapeuta, cada uno dedicaba dos a cinco minutos en la discusión de cada caso para identificar y abordar cada problema de salud. En total el pase de visita duraba unos 30 a 45 minutos. La estadía fue similar en ambos grupos ($3,2 \pm 2,7$ días en el grupo experimental y $3,2 \pm 3,2$ días en el grupo control, con $p=0,90$).

Otros ejemplos de trabajo interdisciplinario son las discusiones con fines diagnósticos o de toma de decisiones en las que participan representantes de varias especialidades, presentes todos en el mismo espacio⁸ tal y como suele ocurrir en las salas de nuestros hospitales o a través de audio o video conferencias.⁹

En el caso de la atención transdisciplinaria aunque los colegas provienen originalmente de variadas especialidades, el grado de interacción afectiva y la comunidad de conocimientos de la otra especialidad es máximo en relación con el problema de salud en cuestión.

Siguiendo estos esquemas es posible darse cuenta de que hay dos ejemplos de ejercicio de la transdisciplinarietà. ([Fig. 3](#)).

Uno consiste en la reunión de especialistas de origen en determinadas disciplinas que en conjunto aportan a la atención de pacientes con entidades nosológicas que constituyen problemas de salud complejos sobre la base de su afectación multisistémica y la comorbilidad asociada a ellas. Ejemplo de la situación mencionada es el trabajo a largo plazo de especialistas que comparten su escenario asistencial en salas de ictus y de cuidados coronarios, lo que puede conducir al tránsito de la atención interdisciplinaria a la transdisciplinaria. Una vía de formación transdisciplinaria sinérgica con la experiencia de trabajo en este tipo de salas es el curso de maestrías centradas en problemas de salud como los mencionados, dígame; enfermedad cerebrovascular, aterosclerosis, cardiopatía isquémica.

El otro ejemplo es el ejercicio de especialidades generalistas que no se centran en determinada entidad nosológica sino en características de las mismas que conducen a un modo de actuación particular pero integrador, ejemplo el ejercicio de la medicina general integral, la medicina interna familiar, la medicina interna de base en los hospitales y la medicina de emergencia y terapia intensiva. Esta formación transdisciplinaria no exime a este tipo de especialistas de perfil amplio a realizar las interconsultas para recibir consejos de otros, pero manteniendo la coordinación de la atención médica y evitando su fragmentación.¹⁰

CONCLUSIONES

El trabajo colaborativo entre colegas es en esencia una actividad comunicativa y componente vital de la atención médica de calidad, es al mismo tiempo un proceso complejo y dependiente de numerosos factores, algunos propios del contexto o ambiente en que transcurre la comunicación, otros dependientes de características de quienes se comunican y otro grupo relacionado con los propósitos del acto comunicativo. Estos tres elementos deben ser tenidos en cuenta siempre que se valore el acto comunicativo con fines investigativos, docentes o en el trabajo de dirección y asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kvarnstrom S. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008;22(2):191-203.
2. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*. 2004;8:R403-8.
3. Williams RG, Silverman R, Schwind C, Fortune JB, Sutyak J, Horvath KD, et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surg*. 2007;245(2):159-69.
4. Lores Arnaiz MR. Psiquismo, transdisciplina y transdisciplinariedad. *Psicoanálisis APdeBA*. 1999;21(3):557-76.
5. Lloréns Figueroa JA, Rodríguez Silva H (eds.). *Manual de Prácticas Médicas*. Hospital Hermanos Ameijeiras; 2005.
6. Curley C, McEachern JE, Speroff T. A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. *Med Care*. 1998; 36(8Suppl):AS4-AS12.
7. Wild D, Nawaz H, Chan W, Katz DL. Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. *J Publ Health Manag Pract*. 2004;10:63-9.
8. Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:77-82.

9. Wilson SF, Marks R, Collins N, Warner B, Frick L. Benefits of multidisciplinary case conferencing using audiovisual compared with telephone communication: a randomized controlled trial. J Telemed Telecare. 2004;10:351-4.

10. Díaz Novás J, Gallego Machado B. La interconsulta y la referencia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4).

Recibido: 15 de junio de 2010.

Aprobado: 30 de junio de 2010.

Dr. *Miguel Ángel Blanco Aspiazú*. Correo electrónico: aspiazu@infomed.sld.cu