



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

González Menéndez, Ricardo
La relación equipo de salud-paciente-familiar
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 32, núm. 3, julio-septiembre, 2006
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hospital Psiquiátrico de La Habana

La relación equipo de salud-paciente-familiar

Ricardo González Menéndez¹

Resumen

Se destaca la notable significación de los principios de la concepción sistémica, de la objetividad, la multifactorialidad, el historicismo y de la práctica social transformadora, en su aplicación a la gestión asistencial y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico-paciente se ha expandido a la relación equipo de salud-paciente-familiar. Se comentan brevemente algunos factores determinantes de las modificaciones de la relación médico-paciente originalmente limitada al facultativo y el enfermo. Se discuten los resultados de un estudio preliminar donde se exploraron en un centro asistencial, las apreciaciones de pacientes y estudiantes sobre el significado del desempeño interpersonal y cumplimiento idóneo de las funciones de los miembros del equipo de salud en sus niveles, profesional, técnico, administrativo y auxiliar. Se invita a la reflexión sobre los efectos nocivos que pueden derivarse del trato inadecuado de los diferentes integrantes del equipo y se propone que el médico, como su responsable básico, se preocupe por sensibilizar a sus compañeros en relación con el significado de sus actitudes y comportamientos ante los enfermos y sus familiares.

Palabras clave: Relación equipo-paciente-familiar, significación en la gestión asistencial, ética.

Introducción

La concepción sistémica, la objetividad, la multifactorialidad, el historicismo, y la práctica social transformadora, constituyen los cinco principios fundamentales a tomar en cuenta para la aplicación práctica de la filosofía propia en el campo de la salud y de las gestiones integrales orientadas a elevar su nivel en la población. A escala mundial se considera que estos principios son frecuentemente olvidados cuando se aborda la más importante relación interpersonal de servicios en el contexto asistencial: la clásicamente denominada relación médico-paciente (RMP).

Se pretende proponer algunos argumentos para sostener lo trascendental de esta relación, con el objetivo final de invitar a la reflexión sobre que es en nuestros días la RMP y como hacer más efectivos los esfuerzos individuales y colectivos por mejorarla al máximo de las potencialidades existentes.

Indiscutiblemente se trata de una relación entre personas y cumple con los indicadores establecidos por Don *Pedro Laín Entralgo*, que exigen la posibilidad empática de ubicarse en el lugar de quien reclama ayuda en materia de salud, sentir como él o ella y disponerse a ayudarles en la solución de sus problemas. Las tres fases conocidas que abarcan esta relación entre personas son: fase coejecutiva (que constituye el comienzo y sustento de la alianza terapéutica), fase compasiva (esencial por expresar la sensibilidad humana del prestador de ayuda y posibilitar la

necesaria involucración en los problemas del reclamador de ayuda), y fase cognoscitiva, que permite la cristalización en la práctica de la vocación para las gestiones de salud.¹

Sin embargo, resulta conveniente destacar que la tendencia mundial es a considerar estos fenómenos como exclusivos del médico y el paciente, tendencia en algún grado comprensible si se toma en cuenta que todavía se arrastran las concepciones originales establecidas cuando se perfiló definitivamente el ejercicio médico como profesión.²

Luego de la oscura etapa del medioevo cuando el fenómeno salud enfermedad era valorado en un contexto mágico-místico y atendido en consecuencia mediante recursos utilizados por el clero, el renacimiento, como movimiento social restaurador determinó que, como ave fénix surgiera de sus cenizas-y esta vez con carácter definitivo-el rol profesional brillantemente delimitado muchas centurias antes por *Hipócrates, Galeno y Avicena*, que pese a reducirse a la interacción médico-enfermo, y expresarse con mucha precedencia a la Revolución Científico Técnica, así como al desarrollo de grandes grupos poblacionales, contaba desde entonces con todas las potencialidades para la meteórica expansión de sus necesidades, objetivos, recursos y métodos.³

Los avances de las ciencias médicas, al ampliar la primitiva gestión diagnóstico-terapéutica y determinar el actual espectro de acciones promocionales, protectoras, preventivas, epidemiológico-sanitaristas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitatorias, docentes, investigativas, periciales, gerenciales y editoriales, determinaron la necesaria proyección multidisciplinaria y desde entonces, la figura única del prestador de ayuda devino equipo de salud, integrado ahora no sólo por profesionales, técnicos y tecnólogos, sino también por personal administrativo y auxiliar que cumple funciones nada desestimables según su perfil laboral e interactúa necesariamente en el plano interpersonal con el otro componente de la relación otrora limitado al paciente, pero ampliado en nuestros días a los familiares, vecinos allegados, compañeros de trabajo y representantes de organizaciones sindicales, políticas y de masas, todos -cuanto más, mejor- interesados por la situación de un enfermo o por el mantenimiento de la salud en quien la disfruta.⁴

Una breve reflexión hace posible concluir que en nuestros días, limitar la relación interpersonal de servicios en el campo de la salud al médico y el enfermo expresaría una flagrante violación de los siguientes principios:

- *De la objetividad.* Por abordar conceptualmente la relación guiados por prejuicios ancestrales - bien alejados de la situación actual- con la consecuente distorsión y cuando menos, percepción reduccionista de sus complejidades.
- *De la concepción sistémica.* Por no tomar en cuenta a los restantes integrantes del sistema de salud en lo referente al capital humano profesional, técnico, administrativo y auxiliar, ni a los representantes de la red familiar, laboral y social de apoyo, de trascendental significado para muchas de las acciones integrales a desarrollar.
- *De la multifactorialidad.* Porque la focalización al paciente y el médico implica también el olvido del medio en sus vertientes cultural y social, con la implícita subvaloración de los factores nocivos del entorno y las potencialidades terapéuticas existentes en el mismo. Igualmente limita la apreciación de la notable repercusión sobre la familia, de muchas afecciones como aquellas con riesgo mortal o las adicciones que afectan el comportamiento.

- *Del historicismo.* Por no valorar el marco histórico-social y económico en que la relación se desarrolla, contexto que inevitablemente matiza en algún grado las necesidades, objetivos, actitudes, habilidades y tiempo disponible de los diferentes participantes en la relación.
- *De la práctica social transformadora.* Precisamente por expresar mediante el enfoque dual la subvaloración de los recursos inherentes a la red de apoyo familiar laboral y social capaces de cambiar el curso de la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas y también modificables - en sus posibles actitudes negativas hacia el paciente- mediante las influencias orientadoras del equipo.⁵

Aunque en un programa de optimización de los servicios, que conduzca a una relación equipo-paciente-familiar positiva, pueden valorarse además múltiples aspectos que incluyen hasta las condiciones estético materiales del hospital, policlínico o consultorio en que se desarrollen, y el desarrollo político, ideológico, cultural y científico-técnico de sus trabajadores -aspectos que nunca podrán descuidarse- en las presentes reflexiones se hace énfasis en las relaciones interpersonales del personal de la salud, con los pacientes y familiares que reciben sus relevantes servicios.

En 1976 se realizó, en un hospital clínico quirúrgico de Santiago de Cuba, un estudio publicado en la Revista Cubana de Medicina con el título de “ Las relaciones con el paciente en el marco institucional” donde se destaca que el éxito de esta relación depende de todos los integrantes del equipo del centro.⁶

Desde entonces al equipo de salud se le concibe “ integrado por una amplia gama de individuos que va desde el personal de la ambulancia o el taxi hospitalario, el jardinero, el portero, el personal de información y admisión, el camillero, el ascensorista, la pantrista y el personal auxiliar de la sala, hasta el personal administrativo y desde luego, los profesionales, técnicos y tecnólogos en los diferentes perfiles de trabajo” Resulta fácil inferir que cada uno de ellos contribuye, con su comportamiento solidario y el desempeño idóneo de sus funciones, a que la relación que se establezca con el enfermo y los familiares sea positiva o negativa, pese a que sin lugar a discusión el mayor peso lo llevan aquellos miembros del equipo más directamente responsabilizados con satisfacer las expectativas científico-técnicas de los pacientes y familiares, además de las interpersonales.⁷

Para nadie es un secreto que la enfermedad determina inseguridad y angustia con la consecuente hostilidad, susceptibilidad e incremento de la demanda de calor humano que todo miembro del equipo de salud debe saber aportar, cualquiera que sea su personalidad y su grado de desarrollo cultural, político y técnico, aunque dicha potencialidad aumentará indiscutiblemente con la selección cada vez más estricta de personas con vocación, madurez, capacidades compasivas y un nivel adecuado en los demás aspectos enunciados, garantizados por el incontenible desarrollo de la sociedad cubana.⁸

En un estudio preliminar efectuado 10 años atrás en un hospital clínico quirúrgico de La Habana, se utilizó -mediante autoaplicación precedida de orientaciones generales para su contestación, a 30 pacientes y 30 alumnos de medicina- la encuesta que aparece en el anexo, orientada a valorar el desempeño interpersonal de los diferentes miembros del equipo de salud.⁹

En la encuesta se exploró primero la significación conferida dentro de su tratamiento a los aportes de los integrantes de los diferentes perfiles de trabajo, y después se aplicó nuevamente solicitando se calificara la calidad lograda en su desempeño interpersonal según la apreciación de los pacientes y alumnos de medicina, los resultados se exponen en la siguiente tabla.

Tabla. Significación conferida y calificación otorgada al desempeño interpersonal por pacientes y estudiantes

Personal	Pacientes		Estudiantes	
	Signif.	Calif.	Signif.	Calif.
Porteros y camilleros	7,6	6,0	6,5	2,6
Personal de información y admisión	7,8	6,4	6,9	3,5
Auxiliares generales y pantristas	8,0	6,4	7,3	2,9
Personal de enfermería	9,1	7,4	9,1	5,3
Técnicos de laboratorio y rayos X	8,3	6,6	8,3	5,7
Personal médico	9,5	8,1	9,6	6,9

Estos resultados, pese a no ser representativos por la reducida muestra explorada, demuestran sin embargo, además de la habitual y positiva actitud hipercrítica de los estudiantes -recogida en diferentes estudios similares- que la significación conferida por los pacientes al buen trato del personal auxiliar fue mayor que la conferida por los alumnos, sin que hubiese diferencias relevantes en las referidas al personal profesional y técnico.

A partir de las tendencias apreciadas cabría preguntarse cómo repercutiría sobre un paciente grave -o con afecciones determinantes de ansiedad- el trato áspero que podría recibir de cualesquiera de los miembros administrativos y auxiliares, pese a que el efecto nocivo sería más significativo si

viniera del personal profesional y técnico, necesariamente más consciente del significado de sus comunicaciones verbales y extraverbales, ante un enfermo angustiado.

Si se tratara de una madre agobiada por el desfavorable pronóstico de su hijo hospitalizado, que es increpada por una compañera auxiliar de limpieza al no percatarse de que el piso está húmedo, o el de una pantrista incapaz de sensibilizarse ante la anorexia de una paciente aquejada por un dolor y que en actitud indiferente se despreocupa por transmitirle palabras solidarias cuyos efectos positivos seguramente desconoce, por no haber recibido la adecuada formación por parte de quienes corresponde.

Estos aspectos se destacan porque en el trabajo del autor por más de 30 años en comunidad

terapéutica -cuya esencia es el aprovechamiento de las potencialidades de ayuda de todas las personas que interactúan con pacientes y familiares dentro de los marcos de una institución- se ha percibido que el reclamo de solidaridad en pacientes angustiados no discrimina la jerarquía del miembro del equipo de salud que la transmite y que muchas veces una palabra de consuelo a tiempo por cualquier miembro del equipo vale tanto como el más efectivo medicamento.

Por otra parte, las frustraciones implícitas en el trato áspero de cualquiera de los prestadores de ayuda, generan habitualmente un alto nivel de hostilidad en quien es atendido y esta reacción puede neutralizar los esfuerzos orientados a superar la ansiedad, inseguridad y susceptibilidad que frecuentemente se manifiestan ante la pérdida de la salud.

Aunque afortunadamente estas manifestaciones clímax resultan excepcionales en los lugares donde se atienden pacientes, se utilizan como paradigmas de las potencialidades para hacer sufrir a quienes se deben aliviar y se hace con el propósito de insistir en que el médico integral en su proyección comunitaria debe enfatizar el desarrollo de todos los miembros de su equipo en sus potencialidades para mitigar el dolor y transmitir consuelo, y hacerles saber lo importante que resulta para los pacientes, apreciar que hasta los más humildes miembros del equipo se involucran -a la medida de sus posibilidades- en ayudarles a enfrentar la ansiedad acompañante de la enfermedad y cumplir sus tareas en forma idónea.¹⁰

De estas apreciaciones se deriva la recomendación de que junto a las actividades orientadas a elevar cada vez más el desempeño profesional y ético de los profesionales, técnicos y tecnólogos de la salud, deben diseñarse también a nivel sindical y administrativo -aunque con la imprescindible tutoría de los profesionales más calificados- programas de enseñanza orientados a desarrollar la educación formal del personal auxiliar y administrativo y a elevar su nivel de conciencia sobre el significado de sus actitudes amables y solidarias así como de la diligencia en sus funciones, dentro del complejo sistema de interacciones personales entre el enfermo, sus allegados y los miembros del equipo.

Sin duda alguna, el facultativo por su alta calificación científico-técnica y entrenamiento interpersonal es el máximo responsable de que los pacientes y sus familiares satisfagan sus expectativas científicas e interpersonales cuando asumen el angustioso rol de reclamador de ayuda en materia de salud, y de que dicha responsabilidad se generalice a todo el equipo, para hacer factible que en lugar de restar efectividad a los esfuerzos por mantener una relación profesional-paciente exitosa, se sumen sus aportes, objetivo que se logrará cuando el facultativo en cuestión

sea capaz de desarrollar la conciencia de que las actitudes y desempeño interpersonal significan para los usuarios mucho más de lo que generalmente todo el equipo supone.

Este es a juicio del autor, el objetivo medular del movimiento de los colectivos morales.

Anexo

Evaluación de desempeño interpersonal de los trabajadores

Datos del encuestado:

Edad: ____ Sexo: ____ Grado escolar terminado: _____

Esta encuesta, una vez concluida, será depositada por usted en un buzón para garantizar su carácter totalmente anónimo. Le rogamos califique cada pregunta encerrando en un círculo el número que considere más apropiado para expresar la calidad alcanzada por los trabajadores del hospital en cada aspecto, durante su atención a los pacientes. Aprecie que sobre las columnas de números están los significados aproximados y que el 10 representa la máxima calificación posible. Le rogamos sea muy sincero y seleccione **un sólo número** como respuesta a cada pregunta. Cuando no tenga elementos para calificar alguna de ellas, encierre en un círculo el NP (No Procede), pero, por favor, no deje preguntas sin contestar. Puede preguntar si tiene alguna duda. Gracias.

Atención por el personal en general	Calificación que usted otorga a cada aspecto						
¿Cómo califica?.....	Muy mal	Mal	Reg.	Bien	Muy bien	Exc.	NP
Trato de porteros y camilleros	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato en información y admisión	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato de auxiliares y pantristas	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato del personal de enfermería	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato de técnicos (Rayos X, laboratorio, entre otros).	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato de estudiantes de	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP

medicina							
Trato del personal médico	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Atención por parte del médico							
¿Cómo califica?.....							
Su interés en escucharlo atentamente	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Su conducta respetuosa y amable	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
El reconocimiento que le hizo	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La información que le dio sobre su salud	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Atención por el personal de enfermería							
¿Cómo califica?.....							
El cuidado de su pudor	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La actitud de comprensión y solidaridad	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La puntualidad al cumplir indicaciones médicas	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
El cuidado del secreto profesional	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La atención por igual a conocidos y desconocidos	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP

Si desea hacer alguna otra observación sobre aspectos positivos o negativos, puede utilizar estos renglones o hacerlo al dorso de la página.

Por favor, revise otra vez la encuesta para no dejar preguntas sin contestar y después deposítela doblada en el buzón. Muchas gracias por su cooperación.

Summary

The relationship among the health care team, the patient and the family

The remarkable significance of the principles of systemic conception, objectivity, multifactorial nature, historicism and transforming social practice in their application to medical care management was underlined in this paper. It is also stated that under the present world conditions of medical practice, the classical relationship between the physician and the patient has been extended to the relationship among the health care team, the patient and the family. Some determining factors of the changes occurred in the physician-patient relationship (PPR), originally limited to the physician and the sick person, are briefly commented on. The results of a preliminary study, which explored the criteria of patients and students in a health care center about the significance of inter-personal performance and the optimum fulfillment of the functions of the health care team at professional, technical, administrative and auxiliary levels were discussed. Readers are encouraged to make reflections on the harmful effects that may stem from improper treatment provided by the team members; it is also suggested that the physician should, as the ultimate responsible of the team, sensitize his/her colleagues in relation to the significance of their attitudes and behaviors in dealing with sick persons and their relatives.

Key words: Medical team-patient-family relationship; significance in medical management; ethics.

Referencias bibliográficas

1. Laín P. La relación Médico-Enfermo. Madrid: Revista de Occidente;1965.
2. González R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica;2005.
3. _____. La nueva dimensión de la relación médico-paciente. En: Acosta Sario J, editor científico. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela;1997.
4. Smith V. La Ética Clínica. En: Acosta Sario J, editor científico. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela;1997.
5. González R. El materialismo dialéctico y su repercusión en las proyecciones teórico prácticas de la psicoterapia en Cuba. Rev Hosp Psiq La Habana. 1996;27(1):5-10.
6. _____. Las relaciones con el paciente en el marco institucional. Rev Cubana Med. 1976;15(4)345-50.

7. _____. *Terapéutica Psiquiátrica Básica Actual*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1999.
8. _____. *Humanismo y Gestión de Salud. ¿Avanzamos o retrocedemos?* Rev Psicopatol. 2000;20(3)169-84.
9. _____. *Humanismo, Espiritualidad y Ética en la atención a la salud*. La Habana: Editora Política; 2005.
10. Núñez F. *Psicología Médica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2000.

Recibido:10 de mayo de 2005. Aprobado: 31 de mayo de 2005.

Ricardo González Menéndez. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Ave. de la Independencia No. 26520 Boyeros. La Habana 19220, Cuba. e-mail: isaric@infomed.sld.cu

1Profesor Consultante y Principal de la Facultad Médica Universitaria “ Calixto García” .
Comisión Nacional de Ética Médica. Jefe de Docencia Superior del Hospital Psiquiátrico de La Habana.