

El trabajo interdisciplinar en la atención al enfermo al final de la vida: Una mirada a las unidades de hospitalización de Medicina Interna.

Marta Wachter Figuerola

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**El trabajo interdisciplinar en la atención al
enfermo al final de la vida: Una mirada a las
unidades de hospitalización de Medicina Interna.**

Grado en Enfermería

Autor: Marta Wachter Figuerola
Tutor: Carmen Quiñoa Salanova
Fecha de presentación: 27/05/2013

Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”

Agradecimientos

Al finalizar este trabajo de final de Grado con alguna que otra dificultad, debo decir que dicho trabajo, no hubiese sido posible sin la participación de personas que han facilitado las cosas para que llegue a un feliz término. Por ello utilizo este espacio para expresarles mi agradecimiento.

Debo agradecer de manera especial a mi tutora Carmen Quiñoa Salanova por aceptarme para realizar este trabajo de fin de Grado bajo su supervisión. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas, han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este trabajo, sino también en mi formación como enfermera.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional, porque todos han aportado un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, como la familia, los amigos y la pareja. A todas ellas, les agradezco sus consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles. Algunos de ellos están aquí conmigo. Otros, en mis recuerdos y en mi corazón, especialmente mi abuelo, al que quiero agradecer todos los años de su vida que compartió conmigo y todo lo que me enseñó.

Para todo ellos, muchas gracias.

1. RESUMEN

Una gran cantidad de estudios muestran que la calidad del cuidado mejora cuando los profesionales de la salud colaboran entre ellos de manera efectiva. De aquí nace el concepto de trabajo interdisciplinar, definido como la colaboración entre profesionales de la salud de distintas disciplinas, con el fin de interactuar, resolver problemas y tomar decisiones conjuntamente para mejorar la atención y el cuidado al paciente.¹

Esta colaboración entre profesionales o trabajo interdisciplinar es más efectiva cuando las tareas de los profesionales están claramente establecidas, cuando el rol de cada profesional está claramente definido y cuando el feedback interprofesional se establece como norma. Sin embargo factores como las jerarquías profesionales, patrones disciplinarios y tiempo insuficiente para preparar actividades en equipo, impiden que se pueda trabajar conjuntamente. Todo y así este tipo de trabajo está creciendo cada vez más y está siendo muy promocionado.

Por lo tanto el trabajo interdisciplinar tiene una mucha eficacia, en el cuidado de pacientes terminales, ya que mejora la calidad del proceso final. Mejora el bienestar del paciente consigo mismo y con su entorno, ayuda a que sus últimos días sean más confortables y que por lo tanto, pueda morir en paz.

La finalidad de este trabajo, es realizar una síntesis de los estudios más relevantes sobre cuál es la situación actual del trabajo interdisciplinar en las unidades de hospitalización de medicina interna, así como conocer cuáles son los puntos fuertes y débiles del profesional enfermero al cuidar de pacientes al final de la vida y comparar dicha situación del trabajo interdisciplinar entre las unidades de cuidados paliativos (UCP) y las de medicina interna.

Los hallazgos concluyen que actualmente la situación de dicho trabajo interdisciplinar en las unidades de medicina interna, es muy pobre y no es muy existente. Los profesionales de la salud no tienen en cuenta dicho método o modo de trabajar, cómo mejora de la calidad asistencial del paciente. Trabajan individualmente sin consensuar las decisiones con otros profesionales, sin contemplar la idea de unir su trabajo con el de varios profesionales, para así mejorar la atención al enfermo. En cambio, en las UCP, dichos hallazgos han mostrado que la situación del trabajo interdisciplinar, está más

presente en comparación con las unidades de medicina interna. En estos servicios, los profesionales trabajan conjuntamente colaborando los unos con los otros, con un objetivo común: brindar al paciente los mejores cuidados y de más calidad, para que llegue al final de su vida de la mejor manera posible.

Futuros estudios deberían contemplar la necesidad de estudiar el trabajo interdisciplinar en la actualidad para contribuir y mejorar la calidad asistencial, en unidades que no estén tan especializadas en tratar con enfermos terminales, como por ejemplo en este caso, el servicio de medicina interna, ya que actualmente la mayoría de estudios hechos respecto a este tema, se centran en las UCP, es decir unidades que están muy preparadas para tratar con este tipo de enfermos. Por lo tanto a partir de ahí se podría ver muy claramente la situación actual del trabajo interdisciplinar en este tipo de unidades no tan acostumbradas a tratar con este tipo de pacientes, y se podría empezar a actuar, formando a los profesionales en este tema y concienciándolos de la importancia que tiene en el trato de este tipo de enfermos.

Palabras clave

Intermediate care, interprofessional, nurses, nursing, systematic review, interprofessional working, condition management, interdisciplinary collaboration, multidisciplinary, pain.

INDICE

1. Resumen
2. Abreviaturas
3. Introducción y justificación
4. Objetivos
5. Material y métodos
6. Resultados
 - 6.1 Conocimiento del trabajo interdisciplinar en las unidades de medicina interna
 - 6.2 Trabajo interdisciplinar en las UCP
 - 6.3 Puntos fuertes y débiles del profesional enfermero a la hora de tratar con pacientes terminales
7. Discusión
8. Conclusiones
9. Reflexión sobre el conocimiento obtenido
10. Bibliografía

2.ABREVIATURAS

PCM: Pacient Care Manager

UCP: Unidades de Cuidados Paliativos

3.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La visión que tiene de la muerte nuestra sociedad ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Según José Luis Díez Agea (2006)², hubo épocas en las que no resultaba tan dramático ni tan traumatizante este hecho natural. Se esperaba su llegada con actitud más o menos comprensiva y se sabían los signos inequívocos de su aparición. El hombre previo al capitalismo, que tenía una esperanza de vida más corta que la que tenemos hoy en día, sentía mucho amor por la vida terrenal, ya que de acuerdo con Philippe Aries (2000)³, las actitudes frente a la muerte, determinan la pasión que tiene el hombre por la vida, y como he citado anteriormente, la actitud que tenía el hombre hacia ésta, era completamente positiva.

Actualmente participamos de los tabúes entorno a la muerte que impregnan nuestra sociedad, y cómo quiere recordar el Dr Enric Benito (2008)⁴, el eufemismo “al final de la vida” forma parte del lenguaje políticamente correcto que puede ser una forma de esconder y negar la muerte, en un intento de espantar nuestro miedo colectivo. Debemos recordar que estamos hablando del sufrimiento en la etapa que precede a la muerte y en este período, la proximidad de ésta, explicitada o no, aunque siempre intuida por todos, es la que condiciona el ambiente en el que nos movemos todos, enfermos, familiares y profesionales. No podemos huir de esta realidad, sólo acercándonos con la atención y la curiosidad que caracterizan la actitud del investigador, podremos comprender el proceso que siguen los enfermos y así quizás modificarlo.

Durante muchos años el hombre ha mirado cara a cara a la muerte, en cambio hoy en día se le da la espalda con la esperanza de que la despedida sea menos traumática. Aquella actitud antigua de esperarla en la cama, con el enfermo rodeado de sus seres más queridos, ha quedado en el olvido. Actualmente, el hecho de pensar en que un niño esté presente en la habitación donde su abuelo va a morir, cosa que antiguamente era un hecho muy corriente, es un escándalo y una barbaridad.

La muerte, se ha convertido en el nuevo tabú de la sociedad. El motivo de este silencio es la mentira generada en primer momento para proteger al individuo de su propia muerte. Esto se ve reflejado en el hecho de que toda representación, manifestación, o sentimiento, se vaya suprimiendo.

Poniendo como ejemplo la supresión de las representaciones de la muerte que fueron desapareciendo en el s XIX o la desaparición de las manifestaciones de luto como la vestimenta.

Esta negación y ocultación de la muerte y la realidad, el exigir que la vivencia de la pérdida sea lo más privada posible, y, que de acuerdo con José Luis Díez Agea (2006)², exista un rechazo al duelo, debido a que está mal visto exagerar los sentimientos y prolongar el llanto más de lo debido, ha generado que en la actualidad se cree un problema de suma importancia: la negación del duelo. Por lo tanto como este duelo no se llega a superar, por todos los motivos mencionados, se convierte en patológico.

Otro aspecto importante a destacar además de la comparación entre la visión actual de la muerte y la visión antigua, es la visión que tienen los profesionales de la salud y cómo les afecta como parte de la sociedad que son.

Para que la atención por parte de los profesionales al enfermo al final de la vida, sea óptima, tiene que haber una aceptación de la muerte por parte de éstos, como un proceso natural, no como algo contra lo que hay que luchar desesperadamente. Como un proceso que puede ser explorado, y al mejorar nuestra comprensión del mismo, ampliar nuestra capacidad de ayuda. Aunque para muchos clínicos, esta actitud puede parecer una renuncia, en verdad es la única que, al reconocer la realidad nos permite trabajar en este espacio e intentar modificarla. No se trata de aumentar la supervivencia, sino de aumentar el sentido de la vivencia. Reconocer la muerte como una parte de la vida, como una etapa de cierre del hecho de haber vivido, permite a los profesionales centrar el objetivo de su atención en promover las condiciones para que este tiempo sea vivido con la máxima calidad y calidez, promoviendo: el control de síntomas, el acercamiento de los familiares, la resolución de problemas pendientes, espacios de intimidad, buscando la aceptación, y permitiendo un espacio donde se pueda ejercer la oportunidad de cerrar con las personas queridas la biografía que ahora se acaba, dando el sentido y dejando el legado que cada uno ha decidido.

Si nos paramos a pensar en el tema de la toma de decisiones, aquí la familia es la que tiene la autoridad absoluta, cuando antiguamente era el propio enfermo el que tomaba sus decisiones. En estos momentos se le considera como un niño, o un discapacitado mental que no tiene poder ninguno sobre sí mismo.

La transmisión de la información a la familia y la negación por parte de los médicos a la hora de advertir al enfermo, son debidas al miedo de éstos a verse envueltos en un huracán de emociones y sentimientos, siendo más sencillo huir de ello.

La finalidad del trabajo interdisciplinar, es permitir a los profesionales afrontar la muerte. Como dicen Silvia Álvarez (1993)⁵ y Marta Álvarez Pérez (1999)⁶, el trabajo interdisciplinar es una postura que conlleva al desafío de superar las visiones fragmentadas y asumir una posición más radical con el objetivo de erradicar las fronteras entre las disciplinas; el trabajo interdisciplinar lleva implícito romper las barreras entre la teoría y práctica. Por lo que la interdisciplinariedad esencialmente consiste en un trabajo colectivo, teniendo presente la interacción de las disciplinas científicas, de sus conceptos directrices, de su metodología, de sus procedimientos, de sus datos y de la organización en la enseñanza. El concepto de interdisciplinariedad, abarca no solo los nexos que se pueden establecer entre los sistemas de conocimientos de una disciplina y otra, sino también aquellos vínculos que se pueden crear entre los modos de actuación, formas del pensar, cualidades, valores y puntos de vista que potencian las diferentes disciplinas. En este caso, se habla de un trabajo en equipo entre las distintas profesiones del ámbito sanitario (enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas).

Debemos enmarcar nuestras acciones dentro de las consideraciones éticas que tienen en cuenta el derecho a la información, el consentimiento informado, la participación del sujeto como persona libre y autónoma en decisiones médicas y sobre todo el derecho a tener una muerte digna, considerada esta como humana, natural, sin sufrimientos añadidos, sin medidas desproporcionadas ni encarnizamiento terapéutico fútil, recibiendo los mejores cuidados pertinentes.²

Si pretendemos atender a la persona al final de su vida, debemos empezar a entender qué es para el paciente la enfermedad terminal y la muerte. Es sobre todo la vivencia de las consecuencias que le produce en su vida, cómo este proceso modifica las expectativas que tenía sobre su futuro y cómo distorsiona y cambia su realidad.

Las pérdidas, la incapacidad progresiva, el deterioro y la incertidumbre, el cómo compartir lo que está pasando con las personas que quiere sin dañarlas. Estas vivencias, son para el paciente la enfermedad. Y el sufrimiento surge como la amenaza que se cierne sobre todo lo que ha construido y ahora parece desmoronarse y que se vive como la tensión entre lo que esperaba que fuera y lo que ahora parece que se va imponiendo, pese a los esfuerzos de los sanitarios por frenar la evolución del proceso

Todos los profesionales, junto con la familia y el paciente, forman un triángulo que debe trabajar también en equipo. Dentro del trabajo interdisciplinar es importante el papel de todos los profesionales y todos ellos tienen al paciente como principal agente en la toma de decisiones. Pero el de la enfermera tiene una importancia especial ya que de acuerdo con S. Márquez et al (2003)⁷, es la que mantiene un contacto más directo y más prolongado con el paciente debido a su rol de cuidadora, y por lo tanto es la que principalmente se encarga de que el paciente decida cómo quiere morir, de qué manera lo quiere hacer. Esto supone un trabajo muy importante debido a lo explicado anteriormente respecto a la no aceptación que se tiene de la muerte actualmente. Siendo el personal enfermero el que asiste normalmente al sujeto y a la familia se ha de tener en cuenta que nunca debemos suplantar la función de un familiar o un amigo, ni entorpecer que el paciente esté rodeado de familiares y amigos en ese momento. Debemos también proporcionar el ambiente propicio y, si es posible y el paciente lo desea, facilitar la asistencia religiosa si el paciente lo desea, así como acompañar y apoyar con nuestra presencia a la persona si está sola.

Es importante diferenciar la situación del trabajo interdisciplinar en una unidad de medicina interna, con la situación en una UCP. En esta última unidad dicha situación seguramente será mejor, es decir, que el trabajo interdisciplinar estará más presente, en comparación con las unidades de medicina interna. Este hecho probablemente es debido a que el personal de dichas UCP está más acostumbrado y preparado para tratar con pacientes de esta tipología, es decir, terminales. Ya que como cuyo nombre indica, son unidades donde se palia el dolor, tanto físico como psicológico, de los pacientes al final de sus días.

¿Pero qué es lo que ocurre en las unidades de medicina interna? ¿Es este trabajo interdisciplinar igual en estas unidades o existe alguna diferencia? ¿Están dichos profesionales cualificados y preparados para brindar una excelente atención al enfermo al final de sus días, trabajando de manera interdisciplinar? ¿Y qué es lo que opinan dichos pacientes respecto a la atención que reciben? ¿Qué fortalezas y qué debilidades presenta el profesional de enfermería en el contexto social actual en las unidades de medicina interna respecto al cuidado al final de la vida y al trabajo en equipo?

Para responder a estas preguntas, se ha realizado un trabajo de revisión de la literatura y actualización del conocimiento en este ámbito, mediante una búsqueda y lectura exhaustiva de diversos artículos y estudios realizados en varios países. Con esta búsqueda y lectura de dichos artículos, se pretende resolver las dudas planteadas anteriormente y conseguir alcanzar los objetivos planteados.

4. OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Actualizar el conocimiento del trabajo interdisciplinar en la atención del enfermo al final de la vida, en unidades de medicina interna, mediante una revisión de la literatura.

Objetivos específicos

- Conocer los puntos fuertes y los puntos débiles del profesional de enfermería a la hora de cuidar al enfermo en el final de la vida, en las unidades de medicina interna
- Contrastar el trabajo interdisciplinar en las unidades de hospitalización de medicina interna, con las unidades de hospitalización de cuidados paliativos.

5. MATERIAL Y MÉTODOS DE LA REVISIÓN

La revisión bibliográfica de este trabajo, se llevó a cabo de Octubre de 2012 a Mayo de 2013. Para la elaboración de dicho trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica mediante diferentes fuentes bibliográficas: Pubmed, Cuidatge, Cinahl, Google académico, Medline, Web of knowledge y Lilacs. Para acotar dicha búsqueda he usado los operadores booleanos AND, OR o NOT, con los siguientes límites: no utilizar artículos que hablan de unidades de cuidados intensivos, y tampoco artículos que hablan de la comunicación de los profesionales con los familiares y de los sentimientos de dichos familiares.

La estrategia de búsqueda ha sido mediante la selección de las siguientes palabras clave: intermediate care, interprofesional, nurses, nursing, systematic review, interprofesional working, condition management, interdisciplinary collaboration, multidisciplinary.

La búsqueda reportó 40 artículos inicialmente, que fueron seleccionados a través de la lectura de resúmenes y abstracts, y finalmente se consideraron 25 artículos como adecuados y que podían responder a los objetivos planteados inicialmente.

El sistema de referenciación que he utilizado, ha sido APA, y lo he realizado de la siguiente manera:

- Si se trata de un artículo de una revista lo he referenciado escribiendo: Autor/es. Año. Nombre de la revista y página inicial-final del artículo.

6. RESULTADOS

Actualmente, en los sistemas sanitarios modernos, se requiere que los profesionales de la salud trabajen de manera conjunta en nuevos equipos de trabajo. Este es el llamado trabajo interdisciplinar.

Según McCallin (2006)¹ el trabajo interdisciplinar se define como aquella colaboración entre profesionales de la salud de distintas disciplinas, con el fin de interactuar, resolver problemas y tomar decisiones conjuntamente para mejorar la atención y el cuidado al paciente.

De acuerdo con Selvatici (2009)⁸, el trabajo interdisciplinar, es aquel que lleva a relativizar las certezas, a interrogarse y a permitir que el pensamiento de un profesional cuestione el marco de referencia o los criterios utilizados por los otros y de este modo posibilita la autocrítica y el aprendizaje, y conjuga habilidades y conocimientos de diferentes especialidades.

Según Ortiz (2009)⁹, el trabajo interdisciplinar, es aquel trabajo que realizan un grupo de personas organizadas, para lograr una meta o propósito en común. Para lograrlo se requieren esfuerzos colaborativos y el compromiso de todas las personas que lo realizan. Para que este se pueda llevar a cabo, es necesaria la presencia de un equipo interdisciplinar.

Videla (2005)¹⁰ sostiene que en la sanidad, los límites de las organizaciones profesionales están cambiando y el trabajo interdisciplinar es esencial para la rehabilitación de los pacientes. De acuerdo con Gilbert (2005)¹¹, la aplicación del trabajo interdisciplinar reduce la fragmentación del cuidado, según Lowe y O'Hara (2000)¹² incrementa la satisfacción del paciente y de acuerdo con Payne (2000)¹³, enriquece la satisfacción en el trabajo.

Sin embargo la práctica en equipo sigue siendo dificultosa como sostiene McCallin (2006)¹, en el artículo mencionado anteriormente, donde dice que dichos profesionales trabajen juntos de una manera interdisciplinar es a veces complicado, ya que están acostumbrados a trabajar de manera autónoma y realizando un trabajo interdisciplinar y deben aprender a manejar los problemas colectivamente en equipo.

Otra de las dificultades que presentan los profesionales dentro de la de trabajar de manera interdisciplinar, según McCallin (2006)¹, es la de dialogar. El diálogo es una premisa o requisito básico en el trabajo interdisciplinar pero muchas veces es complicado, ya que supone cambiar el pensamiento y la práctica de los profesionales. La capacidad dentro de un equipo multidisciplinar para dialogar depende de la competencia de cada persona, de las distintas visiones del mundo que tengan, de la información intercambiada, de la responsabilidad colectiva y de las diferencias de personalidad.

6.1 Conocimiento del trabajo interdisciplinar al enfermo al final de la vida en las unidades de medicina interna.

Respecto al conocimiento del trabajo interdisciplinar al enfermo al final de la vida, en las unidades de medicina interna, se encontraron diversos estudios y artículos publicados, como por ejemplo el de Scott et al. (2009)¹⁴, donde se explora la interacción interprofesional que se da entre dos servicios distintos de medicina interna en dos hospitales de Canadá.

Los resultados se presentan en dos partes: las interacciones formales como por ejemplo las reuniones diarias que se realizan en el servicio, y las interacciones informales como por ejemplo, las conversaciones casuales entre los profesionales. Mientras estas interacciones formales ofrecen una oportunidad para que se realice trabajo interdisciplinar, los resultados de las investigaciones mostraron que normalmente no es así, ya que la comunicación es unidireccional: de los médicos a las enfermeras y otros profesionales de la salud. Por lo tanto dichos profesionales (enfermeras, etc...), en las entrevistas, confesaban que se sentían nerviosos durante estas rondas, ya que los médicos ejercían mucho control y mucha presión sobre ellos y que por lo tanto no se atrevían a participar dando su opinión o realizando aportaciones. Otro factor que impide que haya una interacción interprofesional en dichas interacciones formales, es la pérdida de información clínica. Típicamente esta situación ocurre cuando una enfermera no le puede dar al médico la información que le ha pedido. Además, otro problema añadido, es que muchos profesionales consideran estas reuniones menos importantes que sus tareas específicas de profesión. En efecto los datos indicaron que los médicos en particular priorizan sus propias actividades ante las reuniones interprofesionales.

Los resultados de las interacciones informales, mostraron que también eran muy pobres, y que cuando se daban, frecuentemente eran desde un médico a otro profesional de la salud, y solían ser muy tensas.

La conclusión del estudio es, que el uso de la negociación para facilitar la atención de la salud y el trabajo de los profesionales en relación con la colaboración interprofesional, era una rara característica en estas unidades de medicina interna, y que por lo tanto, no existe la presencia de trabajo interdisciplinar. También concluye que, las interacciones formales e informales entre médicos y otros profesionales de la salud, eran tensas e unidireccionales: del médico al otro profesional de la salud.

Otro artículo que apoya los resultados obtenidos en el estudio anterior es el publicado también por los mismos autores Scott et al¹⁴., donde se hace un estudio para comprobar cuál es el estado de la colaboración interprofesional y de las comunicaciones en una unidad de medicina interna de dos hospitales locales de Los Ángeles. Las enfermeras eran supervisadas por un “Patient Care Manager” (PCM) que normalmente era otra enfermera.

Los resultados revelaron una escasa comunicación verbal entre los profesionales de la salud de estas dos unidades. En ambos servicios, dichos profesionales no conocían a sus compañeros por el nombre o por la profesión. Tenían una visión limitada de las habilidades de sus compañeros en términos de cuidado del paciente y no eran conscientes de la falta de información que otros profesionales determinaban con respecto a los pacientes. Aunque existían las rondas formales de comunicación interprofesional, y por lo tanto ahí había una oportunidad para que se dieran interacciones interprofesionales y trabajo interdisciplinar, no era así. Las entrevistas e observaciones hallaron que la mayoría de los profesionales pasaban la mayor parte del tiempo haciendo trabajo individual o participando en interacciones de la propia profesión. También se halló que la comunicación y el trabajo interdisciplinar, no tenían lugar tampoco fuera de estas rondas formales de comunicación interprofesional. Las interacciones interprofesionales en los dos servicios fueron muy similares, es decir, escasas. El rápido ambiente de trabajo y la jerarquía médica, se encontraron como algunas de las causas por las cuáles dicho trabajo interdisciplinar era pobre. Otra de las causas por las que era escaso en ambas unidades, era por la autoridad de los médicos dentro de la gestión global de los servicios. Según los demás profesionales, la comunicación con los médicos se veía limitada ya que éstos solo buscaban alcanzar sus expectativas a toda costa.

El artículo concluye, que como se podía ver en los resultados, efectivamente el trabajo interdisciplinar y la comunicación interprofesional eran muy escasos y debe existir un mayor compromiso de colaboración en todos los niveles y etapas de la sanidad, y la disposición tiene que ser mayor, con el fin de cambiar esta situación.

Para que el trabajo interdisciplinar sea posible, es necesario que esté presente la comunicación interprofesional, y por lo tanto optimizarlo es una tarea muy importante. Un estudio que habla sobre dicha comunicación interprofesional es el de los autores Lesley Gotlib (2012) et al¹⁵., donde se explora la comunicación interprofesional que tienen los profesionales de la salud con los médicos generalistas y con los especialistas.

Los resultados mostraron que hay diferencias en la cantidad y calidad de relaciones interprofesionales que tuvieron el resto de profesionales con los médicos especialistas y con los médicos generalistas. Los participantes revelaron que la presencia de los médicos generalistas creaba oportunidades para los dos tipos de comunicación interprofesional, tanto informal como formal. En comparación con la frustración que mostraron hacia los médicos especialistas de los cuales decían que no eran capaces de participar en las tomas de decisiones con el resto de profesionales de la salud. Respecto a las rondas de atención a los pacientes, las observaciones mostraron que sin los médicos especialistas las contribuciones a las discusiones interprofesionales y las decisiones tomadas, no se retrasaban, y que la información proporcionada por los médicos generalistas en dichas rondas facilitaba las discusiones interprofesionales y las decisiones que se tomaban respecto el cuidado de los pacientes.

La conclusión del estudio es que el modelo de trabajo de los médicos generalistas, es un modelo que ayuda a los médicos y demás profesionales de la salud a unirse para lograr una comunicación más ventajosa, que da como resultado un incremento de la satisfacción y de la colaboración así como una mayor calidad en el cuidado del paciente, en comparación con el modelo de los médicos especialistas, que no facilita ningún tipo de comunicación.

Otro estudio que apoya los resultados obtenidos en el artículo anterior, pero hablando de la comunicación interprofesional en general, sin especificar entre qué tipo de profesiones, es el publicado por Concepción Lucas García (2011) et al.¹⁶, que explora como es dicha comunicación interprofesional en una unidad de medicina interna de un hospital comarcal.

Los resultados mostraron que la comunicación es insuficiente tanto a nivel intraprofesional como interprofesional, considerando esta última como más deficitaria. Se destacó que la comunicación informal era la más utilizada, y que por lo tanto se debía potenciar la existencia de más canales formales y más fluidos, con protocolos y

documentos escritos. La transmisión de la comunicación informal se vio favorecida por las características del servicio y por la relación de confianza que había entre los profesionales. También se mostró una inquietud por parte de los profesionales de enfermería, en el no saber en algunas ocasiones qué objetivos se habían marcado los facultativos con los pacientes, ya que el conocimiento de informaciones del paciente se considera también de gran utilidad para poder establecer relaciones con los familiares de estos. Por último las observaciones también mostraron que la existencia de rumores y d críticas generaban conflicto.

Las conclusiones del estudio muestran que la comunicación es una herramienta imprescindible en el cuidado del paciente, pero que es valorada de manera insuficiente, ya que existe una falta de consenso y de intercambio de informaciones sobre los pacientes y las dificultades en la transmisión de nuevas técnicas y habilidades. Los profesionales creen que es necesario mejorar la comunicación conjunta dentro del equipo para poder prestar unos cuidados adecuados.

Además de la comunicación interprofesional como elemento esencial para la presencia del trabajo interdisciplinar, también es de suma importancia la percepción que tienen los profesionales de la interdisciplinariedad y los límites que encuentran en su práctica. El artículo publicado por Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza (2009) et al¹⁷., muestra precisamente dicha percepción de la interdisciplinariedad por parte de los distintos profesionales de la salud. Los resultados mostraron que respecto al conocimiento que tienen los profesionales de la interdisciplinariedad, saben que es un requisito muy importante para trabajar en sanidad y un instrumento para lograr una atención más humana e integral, todo y así se encontró que algunos de ellos demostraban inquietud e inseguridad en la práctica interdisciplinaria. Se estimó que dicha inseguridad era debida a la incertidumbre de hacer frente la teoría con la práctica y eso lleva a creer que la interdisciplinariedad es todavía un proceso en construcción. Sin embargo se halló que no todos mostraban esta inseguridad y que la concepción de interdisciplinariedad que tenían algunos estaba muy cerca del concepto de equipo multidisciplinar. Respecto a las limitaciones, los profesionales apuntaron que debe haber más formación interdisciplinar para contribuir a generar una mayor seguridad en la práctica profesional, ya que así los miembros del equipo se sienten más apoyados y empiezan a buscar objetivos en común, trabajando así de manera interdisciplinar.

6.2 Trabajo interdisciplinar en las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

Respecto al trabajo interdisciplinar que se da en las UCP (para posteriormente compararlo con el que se da en las unidades de medicina interna), se hallaron diversas publicaciones, donde se demostraba la presencia y efectividad de dicho trabajo en este tipo de unidades. Los estudios que lo demostraron fueron los siguientes:

En primer lugar el estudio de Eliane Matos (2012) et al.¹⁸, realizado en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de Brasil. Los resultados mostraron que en dicha unidad había un alto índice de colaboración entre los profesionales de la salud, por lo tanto que trabajaban de manera interdisciplinar, y que debido a ello la participación en el proceso de toma de decisiones era mucho más sencillo, había una integración de acciones realizadas por parte de los distintos profesionales, así como también por el conjunto de profesionales de enfermería. El trabajo de los diversos integrantes del equipo estaba muy valorado, el conflicto interno de enfermería estaba disminuido, y había mucho potencial en el momento de promover mejoras de atención al paciente. Las conclusiones del estudio fueron que la interdisciplinariedad que se daba en la unidad, contribuía a reorganizar el trabajo de enfermería con una perspectiva más colaborativa, satisfactoria e integradora.

En segundo lugar, el artículo de Pippa Hall (2005)¹⁹, realizado en una unidad de cuidados paliativos de Canadá. En dicho estudio los resultados mostraron que el índice de trabajo interdisciplinar entre los profesionales de la unidad era elevado, ya que entre el colectivo médico y enfermero había comunicación, colaboración a la hora de tomar decisiones respecto a los pacientes y efectuaban juntos los planes de cuidados. Ambos decían que podían contar los unos con los otros y que cuando existían diferencias las hablaban y las resolvían. Realizaban el pase de visita juntos y ambos lo encontraban muy adecuado para el óptimo cuidado del paciente. Los médicos apuntaban que las informaciones transmitidas por parte de las enfermeras eran suficientes para dar un óptimo cuidado a los pacientes.

El estudio concluye diciendo que el trabajar de manera interdisciplinar en dicha unidad de cuidados paliativos, generó un excelente ambiente de trabajo entre los profesionales, hecho que dio como resultado un óptimo cuidado de los pacientes y una alta calidad asistencial.

En tercer lugar el estudio publicado por M Pestinger (2010) et al.²⁰, realizado en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de Alemania. Los resultados mostraron que entre los profesionales de la salud había una estrecha comunicación, filosofía de equipo, buenas relaciones interpersonales y un alto compromiso. Todo esto se demostró a través del rendimiento del equipo, la buena coordinación de los flujos de trabajo y la confianza mutua. La conclusión del estudio es que en dicha unidad había una comunicación estrecha entre el personal, claridad, compromiso e intercambio positivo entre los miembros del equipo.

En cuarto lugar, el artículo publicado por Adrize Rutz Porto (2012)²¹, realizado en una unidad de cuidados paliativos de Brasil. Los resultados de dicho estudio mostraron que hubo una interacción de los profesionales con enfoque interdisciplinario, una integración de acciones y conocimiento, se estableció el diálogo, hubo relaciones horizontales de poder en el equipo, así como aprendizaje colectivo y motivación interna para defender una práctica basada en la calidad de vida y de muerte de los pacientes. Las conclusiones del estudio fueron que la integración del trabajo interdisciplinario en dicha unidad de cuidados paliativos estuvo presente y que además es una acción innovadora, capaz de mejorar la atención y de contribuir a la satisfacción de los profesionales y de los pacientes.

El trabajo interdisciplinario en las UCP como se ha visto en los resultados de los anteriores estudios, está muy presente y es muy efectivo. Pero además de estar presente y ser efectivo, tiene un gran significado y una gran importancia en este tipo de unidades. Es básico para la atención a los enfermos que se encuentran en la etapa final de la vida. El por qué de esta importancia queda muy bien reflejado en el artículo publicado por Christine McDonald (2010)²², donde afirma que los profesionales que trabajan en este tipo de unidades, son conscientes de que el paciente que está llegando a su fin, tiene problemas múltiples y complejos, que una sola disciplina no puede resolver.

Por lo tanto el suministro de una atención en colaboración de varios profesionales, asegura que el paciente pueda morir en paz. Precisamente la importancia del trabajo interdisciplinario en estas unidades radica en la situación en la que se encuentra el paciente, se encuentra en el final de su vida, y debe llegar a ese punto en completa paz.

Comparando los resultados del conocimiento y de la aplicación del trabajo interdisciplinar en las unidades de medicina interna, con las UCP, lo que han reflejado los resultados expuestos anteriormente, es que el trabajo interdisciplinar en dichas unidades de cuidados paliativos es mucho más frecuente y de más calidad que en las unidades de medicina interna

6.3 Puntos fuertes y débiles del personal enfermero a la hora de cuidar al enfermo al final de la vida.

Un estudio que habla sobre estos puntos fuertes y débiles, es el publicado por Annette M Browning (2013)²³ que compara dicha relación entre el poder psicológico y la angustia moral de las enfermeras en el momento de cuidar a pacientes al final de la vida. Los resultados se mostraron en diversos apartados:

- Intensidad y frecuencia de la angustia moral: Respecto a la intensidad de la angustia moral se obtuvo que las enfermeras tienen un nivel de intensidad moral elevado. Las razones por las que dicha intensidad de angustia moral era tan alta, fueron: asistir a un médico que bajo la opinión de dichas enfermeras estaba dando un cuidado incompetente y trabajar en una situación en la que el número de profesionales es bajo y el cuidado es inadecuado.
Respecto a la frecuencia de la angustia moral se obtuvo un resultado moderado.
- Empoderamiento psicológico: Los resultados mostraron que el grado de empoderamiento psicológico era moderado-alto.
- Frecuencia e intensidad de angustia moral y empoderamiento psicológico: Los resultados mostraron una relación positiva entre la frecuencia/intensidad de angustia moral y el empoderamiento psicológico.

El estudio concluye que hay una relación positiva entre la angustia moral y el empoderamiento psicológico, es decir, que cuanto más empoderamiento psicológico tienen las enfermeras, menos angustia moral sufren.

Se halló otro estudio en el que se hablaba de uno de los puntos débiles de las enfermeras en el trato con este tipo de pacientes: coger afecto a los pacientes que permanecen mucho tiempo en el hospital. Dicho artículo fue publicado por Ali Zargham Boroujeni (2008) et al²⁴. Los resultados mostraron que las participantes describían su experiencia de la muerte de los pacientes como un impacto mayor en sus vidas que en sus carreras. Los análisis mostraron que las enfermeras se sienten más cercanas con pacientes que están mucho tiempo ingresados en el servicio, que no con pacientes cuya estancia es corta y que sienten mucho más dolor después de su muerte. Todo y así las muertes de los pacientes que ya llevan tiempo en el servicio y de los cuales es predecible esta situación, sientan mejor a las enfermeras, que no las muertes repentinas. Las largas estancias son identificadas como importantes por su conexión entre la duración y el

tiempo que tienen las enfermeras para prepararse para la pérdida del paciente. El estudio concluyó que a lo largo de este, todas las enfermeras mostraron una gran preocupación hacia sus pacientes y como resultado, había mucha cercanía e intimidad entre ellos. Esta cercanía e intimidad es común en todas las enfermeras, pero sobretodo aún más en las enfermeras jóvenes y con poca experiencia. Por lo tanto a medida que se vuelven más cercanas a los pacientes, se ven luego más afectadas por sus muertes. Como solución a esto, las enfermeras deberían mostrarse más distanciadas de los pacientes, cosa que ayudaría no solo a protegerse a ellas mismas del dolor sino a ayudar a los pacientes con el profesionalismo en todo momento.

7. DISCUSIÓN

- Objetivo principal

Actualizar el conocimiento del trabajo interdisciplinar en la atención del enfermo al final de la vida, en unidades de medicina interna, mediante una revisión de la literatura

La evidencia existente sobre el trabajo interdisciplinar es muy escasa, por lo tanto su situación y presencia en este tipo de unidades, dirigida a este tipo de pacientes, es insuficiente. Existe evidencia de que sí que hay presencia de trabajo interdisciplinar en alguna ocasión concreta, como por ejemplo en el estudio publicado por los autores Scott Reeves et al., (2009)¹⁴. Pero dicha situación es más la excepción que la norma. Cuando existe la oportunidad de que se dé una situación de trabajo interdisciplinar, los resultados de los estudios, han demostrado que no se aprovecha¹⁴.

Esta situación genera una cierta inquietud en gran parte de los profesionales de la salud que se ponen nerviosos y pierden la oportunidad para expresarse, comunicarse con el resto y generar trabajo interdisciplinar. Por lo tanto, la situación actual es que el uso de la negociación para facilitar la atención de la salud y el trabajo de los profesionales, en relación con la colaboración interprofesional, es una rara característica en las unidades de medicina interna.

Para avanzar en el conocimiento, se tendría que formar y concienciar más a los profesionales, de la importancia que tiene que trabajen en equipo para el bienestar del paciente y para brindarle un cuidado de calidad. De esta manera, entre todos, se podría mejorar la situación actual.

Lo mismo ocurre con la comunicación interprofesional, elemento imprescindible para la existencia del trabajo interdisciplinar. Las evidencias de los estudios también muestran que es escasa e incluso en algunos casos inexistente. Por lo tanto, se debería empezar por mejorar la situación de dicha comunicación, para que a través de ella se pudiera generar el trabajo interdisciplinar.

- Objetivo específico 1

Contrastar el trabajo interdisciplinar en las unidades de hospitalización de medicina interna, con las unidades de hospitalización de cuidados paliativos

Se ha observado que el trabajar de manera interdisciplinar con un equipo multidisciplinar, mejora la calidad de vida de los pacientes dentro de la situación que están viviendo, supone una mejor manera en el acompañamiento al final de sus días, como también unos cuidados de calidad en dicho momento y un aumento de la calidad asistencial.

Las evidencias muestran que el conocimiento y la aplicación del trabajo interdisciplinar en las unidades de medicina interna, en comparación con las UCP, es más frecuente y de más calidad, en estas últimas unidades, donde los profesionales trabajan conjuntamente colaborando los unos con los otros con un objetivo común: brindar al paciente los mejores cuidados y de más calidad, para que llegue al final de su vida de la manera más confortable posible.

Con la clara evidencia de que dicho trabajo está más presente en las UCP, se debería formar y preparar a los profesionales de las unidades de medicina interna, para que trabajen de manera conjunta en el cuidado del paciente. A pesar de que en estas unidades no es el objetivo de atención tratar al enfermo al final de su vida, todos los pacientes, sean terminales o no deben ser atendidos de la mejor manera posible y con la presencia de un equipo multidisciplinar que trabaje de manera interdisciplinar.

- Objetivo específico 2

Conocer los puntos débiles y los fuertes del profesional enfermero a la hora de tratar con pacientes al final de su vida.

La experiencia de la muerte para dicho colectivo, es un impacto mayor en sus vidas personales, que en sus carreras. Algunos estudios²⁴ muestran que se muestra más cercano con los pacientes que están mucho tiempo ingresados en el servicio que no con los que cuya estancia es más corta. Todo y así las muertes de dichos pacientes que llevan mucho tiempo en la unidad, las sobrellevan mejor que las repentinas.

La evidencia existente muestra que este es uno de los puntos débiles del colectivo enfermero al tratar con pacientes terminales. El coger afecto a un paciente cuya estancia en el servicio es muy duradera, y la dificultad para posteriormente sobrellevar su muerte. Otro punto débil es no tener más autoridad en el momento de comunicarse con los médicos y no demostrar la función y aportación del trabajo enfermero ante el resto de profesionales. Todo esto genera una angustia moral en dichos profesionales que les impide trabajar cómodamente. Afortunadamente existe el empoderamiento psicológico para paliar los efectos de dicha angustia moral.

El hecho es que se debe formar a las enfermeras, para que en situaciones de angustia moral, usen el empoderamiento psicológico y no se dejen llevar por las malas situaciones.

8. CONCLUSIONES

- El conocimiento del trabajo interdisciplinar en la atención al enfermo al final de la vida, en las unidades de medicina interna es escaso.
- Es necesaria hacer más investigación en este campo para que los profesionales de la salud, se conciencien de la relevancia que tiene este tema para mejorar el cuidado hacia el paciente.
- El trabajo interdisciplinar que se da en las UCP es más frecuente y de mayor calidad que en las unidades de medicina interna.
- El trabajo interdisciplinar mejora la calidad asistencial.
- El profesional enfermero sufre mucha angustia moral con la pérdida de los pacientes a los que habían cogido mucho afecto, y también con la impotencia que sienten al no poderse expresar con total libertad con los médicos.
- El empoderamiento psicológico mejora la angustia moral, disminuyéndola

9. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL CONOCIMIENTO ADQUIRIDO

Cuando me asignaron este trabajo y al iniciarlo, no tenía claro cuál iba a ser mi rumbo, ya que tenía enfrente de mí un proyecto ambicioso de investigación documental.

En primer lugar, tuve que documentarme acerca de la base de la investigación, que es el concepto de trabajo interdisciplinar. Una vez documentada sobre este concepto, me di cuenta de que ya había oído hablar alguna vez de él, aunque en una terminología más coloquial. A partir de ahí empecé a trabajar en dicho tema, hasta llegar al punto de finalizarlo.

Lo que me ha aportado la realización de este trabajo ha sido una reflexión sobre el mismo tema, es decir la situación actual en la que se encuentra el trabajo interdisciplinar. Inicialmente la desconocía, pero a medida que fui realizando la investigación y al finalizarla, me he dado cuenta de lo precaria que es y de lo mucho que queda por hacer. Todo y haberme quedado con esta mala sensación, también he descubierto cosas buenas, como por ejemplo el efecto positivo que tiene dicho trabajo en los enfermos terminales, y como les puede ayudar a finalizar su vida en paz.

Aunque este tema no fue mi primera opción en escoger, he desarrollado la habilidad para recoger diversos artículos escritos en diferentes lenguas, sintetizarlos y abstraer la información

10. BIBLIOGRAFIA

1. McCallin, A. (2006). Interdisciplinary teamwork: labelling is not enough. 6-7.
2. Agea, J. L. (2006). Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. 11.
3. Ariés, P. (s.f.). Historia de la muerte en Occidente. 29.
4. Benito, E. (s.f.). Plenaria: el médico ante el sufrimiento del paciente.
5. Álvarez, S. (1993). Interacción de áreas e interdisciplina. *Referencias pedagógicas* .
6. Pérez, M. Á. (1999). Si a la interdisciplinariedad. *Pueblo y educación* .
7. S. Márquez, R. M. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. 47.
8. Selvatici, L. (2009). Psicóloga UBA. Becaria del Hospital de Pediatría.
9. Santos-Ortiz, M. d. (2009). El trabajo interdisciplinar en la comunidad. 5 y 6.
10. Ferrada-Videla. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks.
11. Gilbert. (2005). Catching the knowledge wave: the knowledge society and the future.
12. O'Hara, L. a. (2000). Multidisciplinary teamworking in practice: managing transition.
13. Payne, M. (2000). Multiprofessional care.
14. Scott Reeves, K. R.-L. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non negotiation on general internal medicine wards. 633-645.
15. Lesley Gotlib, S. R. (2012). Interprofessional communication with hospitalists and consultant physicians in general internal medicine. *BMC Health Services Research* , 437-453.
16. Concepción García, C. I. (2011). La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de cuidados* , 85-92.
17. Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza, M. B. (2009). Interdisciplinaridade identificando concepções a limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Electronica de Enfermagem* , 117-123.
18. Eliane Matos, D. E. (2012). Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. *Revista Electronica de Enfermagem* , 203-209.

19.Hall Pippa (2005). Interprofessional Teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 188-196

20.Martina Pestinger, T. P. (2010). Outcome indicators in palliative care- how to assess quality and success. *Supportive care in Cancer* , 859-868.

21.Porto, A. R. (2012). Implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería. *Enfermería Global* , 27.

22.Christine McDonald, A. M. (2010). Interprofessional collaboration in palliative nursing: what is the patient-family role? . *International Journal of Palliative Nursing* , 285-288.