

Reeducación, rehabilitación e interdisciplinariedad

Y.-L. Boulanger
C. Staltari
P. Proulx
K. Zander
M. Feyz
S. Tinawi

Resumen. – Cierta número de factores exigen que el trabajo de los equipos sea más eficiente en nuestra disciplina: la necesidad en rehabilitación de tener una visión común y de actuar en redes organizadas de atención médica continua para los pacientes y sus allegados; los múltiples aspectos de la medicina de reeducación y rehabilitación, y una de sus consecuencias, la amplia y variada gama de especialistas que intervienen; la rápida evolución de los conocimientos científicamente comprobados y de la organización de las conductas terapéuticas; la falta frecuente de clínicos, que se debe compensar con nuevos métodos. También es fundamental formular, a partir de una visión holística del paciente, objetivos claros, mensurables, realistas y motivadores. Todo ello exige al equipo actitudes y aprendizajes de comunicación que se pueden denominar trabajo interdisciplinario. La experiencia ha demostrado la importancia de este aspecto en lo que se refiere a un trabajo eficiente. Tal motivación despertó la inquietud de transmitir en este artículo las bases y los medios para mejorar los conocimientos y encontrar el placer de trabajar juntos para alcanzar mejores resultados. Como testimonio de estos valores se recurrió a clínicos con experiencia en interdisciplinariedad, pertenecientes a diversas especialidades y originarios de diversos países.

© 2004 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Interdisciplinariedad; Reeducación; Rehabilitación; Red; Comunicación; Plan de intervención

Preámbulo

Los principios fundamentales que estimulan la interdisciplinariedad en la rehabilitación que sigue a los cuidados básicos de un sistema sanitario surgen del éxito demostrado en el trabajo común entre especialidades, y de un sistema de valores humanos que se inserta en un contexto orientado hacia un enfoque de liderazgo (reconocido por su proyección, potencial de innovación y visión a largo plazo) y proactivo.

Satisfacer y, tal vez, superar las necesidades complejas de la salud de los pacientes y sus allegados es el primer factor que determina la visión, los valores, los papeles respectivos, las responsabilidades y el enfoque de un equipo coordinado e integrado.

De este modo, la interdisciplinariedad es una preciada herramienta para la rehabilitación, además de constituir la

esencia misma de la curación de los seres humanos. Éste es el objeto de nuestro análisis.

El texto sobre la interdisciplinariedad en un marco de rehabilitación se centra en los tres puntos siguientes:

– para empezar, el significado y el alcance de la interdisciplinariedad se definen según la perspectiva de un sistema sanitario complejo frente a la enfermedad y a la naturaleza única del ser humano. Además, este capítulo pone especial énfasis en la reciprocidad y la sinergia necesarias en rehabilitación para identificar una transformación positiva del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista del especialista, como del paciente y sus allegados;

– en segundo término, este capítulo demuestra cómo se produce un cambio de enfoque a la hora de establecer la coherencia entre la base científica necesaria para comprender la naturaleza única de la humanidad, la complejidad de la enfermedad y el afán de conseguir un mayor bienestar en el arte de la curación, la trascendencia y el crecimiento personal;

– por último, este artículo ofrece una idea general de las recomendaciones relativas a la optimización de la interdisciplinariedad desde el punto de vista de la organización y de las relaciones.

Y.-L. Boulanger

Adresse e-mail: serafina.tortorici@muhc.mcgill.ca

C. Staltari, P. Proulx : Centre universitaire de santé McGill, 1650 avenue Cedar, Montréal Québec H3G 1A4, Canada.

K. Zander : Center for case management, South Natick Boston, États-Unis.

M. Feyz, S. Tinawi : Centre universitaire de santé McGill, 1650 avenue Cedar, Montréal Québec H3G 1A4, Canada.

La conclusión proporciona un resumen de las medidas clave que permiten a los miembros del equipo evaluar los resultados de la interdisciplinariedad con métodos de atención médica de calidad y eficaces, tales como oportunidades, satisfacción, responsabilidades y recursos apropiados para la rehabilitación.

Razón de ser y bases de la interdisciplinariedad

INTRODUCCIÓN

Es difícil establecer el origen de la interdisciplinariedad, pues ésta posee muchas definiciones y adopta diferentes formas que dependen de su gestión, de sus objetivos y de la composición de sus miembros. Desde luego, la interdisciplinariedad en rehabilitación deriva de la comprensión y la coordinación de la eficacia de los servicios de salud que un equipo de profesionales de la salud ofrece a los pacientes y sus allegados. Ninguno de ellos posee los mismos conocimientos ni las mismas habilidades.

SIGNIFICADO Y ALCANCE

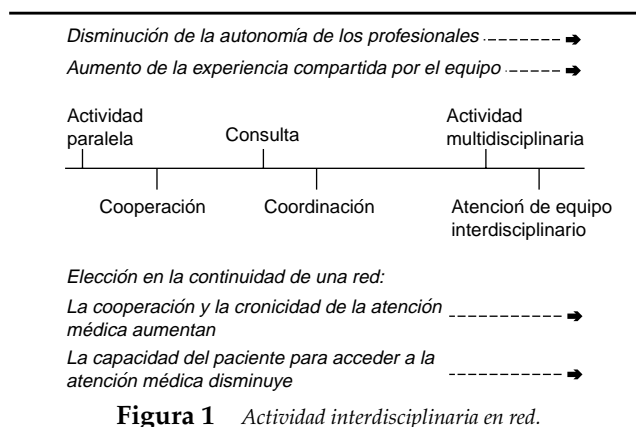
La sabiduría popular afirma que dos cabezas piensan más que una. Cuanto más se incluye la toma de decisiones en la comprensión y la perspectiva, mayores son los resultados beneficiosos que obtienen los pacientes, los especialistas y el sistema sanitario.

En los comienzos, Rothberg (1981)^[1] definió un equipo de profesionales de la salud como un grupo de personas con habilidades particulares y un objetivo común. Un equipo multidisciplinario se compone de profesionales especializados en dos o más disciplinas, que contribuyen con actividades específicas y que, de manera prioritaria, están coordinados por un supervisor. Por su parte, forman la interdisciplinariedad los especialistas de disciplinas diferentes que desde el primer momento aceptan trabajar por un objetivo preciso. Aun cuando los miembros del equipo trabajan en su propio campo profesional, es posible desarrollar varias estrategias de comunicación y coordinación para evitar la duplicación del trabajo y de las historias clínicas. Sin duda alguna, con la interdisciplinariedad el paciente y el equipo vuelven a ser la prioridad, más que el tipo de organización administrativa. El término transdisciplinariedad se utiliza para describir una estrategia interdisciplinaria en la que cada miembro actúa también fuera de su campo profesional habitual para fortalecer los esfuerzos de cada uno. De este modo se compensa la falta de personal. Por ejemplo, un equipo de rehabilitación puede decidir que cada miembro utilice en cada intervención el mismo método prescrito por el ortofonista para un paciente afásico.

Según Ivey, Bown, Teske y Silverman (1988), las diferentes formas de interdisciplinariedad, ya sean multidisciplinarias, interdisciplinarias o transdisciplinarias, apuntan a la continuidad de la autonomía profesional. La elección de una u otra depende del estado de salud del paciente, de su contexto, de los conocimientos profesionales requeridos, de las habilidades y, por supuesto, de las características interpersonales y la eficiencia del equipo.

CONTINUIDAD DE LA PRÁCTICA INTERDISCIPLINARIA (Fig. 1)

En sus comienzos, la interdisciplinariedad ya proporcionaba resultados sólo con las prácticas paralelas o en colaboración estrecha. Estas características definen un papel estricto y una



definición clara de las tareas bien específicas. Esta primera forma de interdisciplinariedad puede contribuir a que la atención médica se fragmente en virtud de que miembros de diversas disciplinas se empeñan en alcanzar sus propios objetivos. En ese contexto, y aunque en cierta medida se comparte experiencia, cada uno conoce su trabajo y utiliza la historia clínica de los pacientes como método de comunicación para garantizar la coordinación. A medida que el equipo evoluciona y adquiere madurez, la cooperación se afianza cuando diversos profesionales se ponen de acuerdo para compartir mejor la información, la evaluación y el plan de tratamiento. En esta etapa, la continuidad del trabajo interdisciplinario se realiza caso por caso, aun cuando las posibles experiencias compartidas hayan surgido a partir de las prácticas paralelas. Para comprender mejor los aspectos biopsicológicos del paciente, la consulta implica la opinión de un profesional experto. Eso nos lleva a una continuidad que demuestra también la evolución de un enfoque orientado hacia la enfermedad y la persona. A medida que se avanza en la práctica interdisciplinaria, la coordinación implica asimismo cierta gestión de las actividades, la cooperación y la consulta entre los profesionales. En resumen, la interdisciplinariedad en un sistema sanitario nace de forma paralela a la comprensión y la aceptación de la renuncia al control individual en un contexto profesional. La finalidad es el beneficio, la experiencia compartida y, sobre todo, el bienestar del paciente en virtud de la rapidez y la complejidad de la evolución del sistema sanitario.

De la orientación conceptual al trabajo en equipo

La base del trabajo interdisciplinario en equipo se agrupa alrededor de un compromiso incondicional y continuo con respecto al interés de cada uno de los miembros para generar, compartir y pertenecer a un sistema de valores comunes y a una mejor comprensión de la línea de pensamiento que guía cada acto médico. Esta base constituye la piedra angular sobre la que cada miembro (médico, enfermera, asistente social, psicólogo, dietista, fisioterapeuta, ergoterapeuta, ortofonista, servicios pastorales, etc.) se apoya sin tener en cuenta diferencias, experiencia, educación y creencias para unir sus fuerzas y crear una nueva entidad, ahora más fuerte gracias a los esfuerzos comunes. La nueva entidad, también llamada interdisciplinariedad, es el carburante que produce la energía para impulsar los actos clínicos, la investigación y la educación, así como la esperanza para los pacientes que buscan la curación.

Cuadro I. – Atributos de la interdisciplinariedad

Un verdadero consentimiento y un interés por la comprensión del significado de una experiencia de vida (salud) desde el punto de vista del paciente.

Un profundo respeto que aliente la dignidad humana y una escucha activa del punto de vista del paciente.

Inculcar la esperanza y la confianza en los recursos interiores y su capacidad para superar la enfermedad.

Por último,

La creencia en algo superior que proporcionará fuerza y paz interior.

¿QUÉ DEBERÍA INSPIRAR PRIMERO A LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN REHABILITACIÓN?

Desde luego, la rehabilitación puede verse como una región fértil y fructífera donde la esperanza y la curación llegan para transformar la enfermedad y la situación de minusvalía en crecimiento personal y mayor bienestar. En ese contexto, la interdisciplinariedad se puede entender como intervenciones ponderadas con la firme intención de alentar la curación. El consenso para ayudar a los pacientes a alcanzar armonía y bienestar interior es la esencia de la rehabilitación. Esto constituye un poderoso don humanitario que beneficia tanto al paciente como al clínico.

Por eso, la interdisciplinariedad y la responsabilidad compartida de los pacientes en una armonía mutua facilitan el crecimiento personal y la curación. Ese ideal surge cuando cada miembro del equipo comparte un sistema de valores humanos y altruistas. Así, es importante reconocer que los valores centrales que se detallan más abajo son fundamentales para la rehabilitación. Un equipo interdisciplinario se debería distinguir por los atributos enunciados en el Cuadro I.

Este sistema de valores humanos se debe combinar con conocimientos científicos de base para guiar las acciones y los procedimientos del equipo. La ciencia permite tender un puente entre los conocimientos y la comprensión, así como proporcionar cierto rigor y metodología cuando se trata de actos clínicos.

En resumen, es preciso admitir que compartir una visión y un sistema de valores comunes no puede pasar inadvertido a raíz del considerable impacto sobre los resultados de la evolución de la sinergia del equipo y de su eficiencia, que además influyen en el mayor bienestar y la evolución del paciente. Un equipo interdisciplinario que trabaja con un paciente en un programa de rehabilitación para restablecer sus capacidades funcionales como objetivo de vida, pero que no tiene fe en las capacidades de la persona para vencer su enfermedad o no reconoce la importancia del desafío que experimenta el paciente, carece del carburante adecuado. Ese principio es como tratar de hacer que un avión sin motor despegue. Más vale abandonar la pista y explorar otros horizontes.

Además, hay que insistir en el hecho de que cuando un equipo comparte los mismos objetivos, esa ventaja permite que se introduzca un lenguaje común y unas herramientas prácticas para asegurar la gestión proactiva de la atención terapéutica. El sendero de la interdisciplinariedad clínica es un ejemplo de herramientas que, de manera oportuna, dibujan la trayectoria de la atención continua, basándose en las prácticas corrientes de ésta. Tales herramientas proporcionan una visión global de la persona, dinámica y única en su entidad total (cuerpo-espíritu-alma) viva, creciente y con una serie de necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que apuntan hacia la paz interior y un mayor bienestar.

ALGUNOS EJEMPLOS

El plan de intervención interdisciplinaria individualizado (P3I).

La redacción de un programa de atención en red, inspirado, por ejemplo, por el «*Collaborative Care*», o un enfoque de gestión clínica que se centre en la calidad de los resultados esperados y organizados en interdisciplinariedad y que se oriente hacia las necesidades del paciente.

Los criterios de buena comunicación.

El análisis de los resultados.

■ **Plan interdisciplinario de intervención individualizada**

Definición: el plan interdisciplinario de intervención individualizada o P3I^[2] es un nuevo enfoque normalizado de forma conceptual a partir del modelo internacional de la Organización Mundial de la Salud (clasificación internacional de deficiencias, incapacidades y minusvalías), que sintetiza la evaluación de los diferentes participantes con respecto a los problemas orgánicos, psicológicos, funcionales y ambientales específicos para cada paciente. En él se precisan minusvalías reales o desventajas sociales, psicológicas, profesionales y/o escolares. De aquí surgen formulaciones precisas sobre objetivos mensurables de los diferentes equipos. Tales formulaciones toman en cuenta los medios disponibles, el control de los mismos y las expectativas del paciente y sus allegados frente a sus problemas y los resultados que se esperan de la reeducación y la rehabilitación. La formulación de objetivos debe producir uno o más resultados tangibles, lo que por otra parte es la finalidad del P3I.

La práctica en equipo de un P3I comprende dos fases principales.

Fase 1

La evaluación del paciente y de su entorno, en particular familiar (o personas significativas), seguida de la ordenación de los datos de acuerdo al modelo conceptual de la clasificación internacional de la enfermedad, incapacidades y minusvalías (EIM) o a la versión proceso de producción de la minusvalía (PPM)^[3].

Esta primera etapa necesaria hace posible que se estandarice la información, para, de ese modo, evitar la duplicación y facilitar la identificación de lo más importante. Permite la recogida progresiva de los puntos evaluados desde la fase aguda y durante todo el camino recorrido por el paciente en una red intra o extrahospitalaria. Por último, facilita la impresión informática o en papel de las informaciones pertinentes y la investigación.

La primera fase de redacción de un P3I se completa siempre con el registro de las expectativas del paciente. Aunque éstas no sean realistas, es conveniente anotarlas porque suelen generar un objetivo.

Fase 2

La segunda fase del P3I es la más difícil porque apunta a la síntesis, el juicio, la formulación de objetivos y, en consecuencia, de resultados. Este último punto, incluso para un equipo con experiencia, aún resulta un ejercicio complejo que sólo la inteligencia puede llevar a cabo.

De manera más precisa, esta fase incluye:

– la formulación de las situaciones de minusvalía (perjuicios que resultan de las deficiencias o incapacidades, y que limitan o impiden el cumplimiento de una función considerada normal para la edad, el sexo y los factores socioculturales);

Cuadro II. – Calidades de un objetivo bien formulado

Criterio de calidad	Definición
Específico	Describe un resultado específico y no una actividad o un voto piadoso
Mensurable	Es posible determinar su grado de realización en el plazo previsto
Realista y realizable	Toma en cuenta las dificultades personales, organizacionales y ambientales: implica un riesgo ni demasiado elevado ni demasiado bajo
Controlable	El responsable tiene todas las posibilidades de llevarlo a cabo
Incitativo	Muy querido y deseado. Responde a una necesidad

– si es posible, la orientación probable tras el alta médica: domicilio, centro de tratamiento prolongado, reinserción laboral o escolar, etc.;

– por último, la formulación de los objetivos del P3I: ésta es la parte más compleja. Hay que reservar mucho tiempo, o debe prepararse en el caso de un paciente conocido.

Hay varias reglas que se deben respetar.

El objetivo consiste en describir un resultado para el paciente o sus allegados. Ésta es la primera dificultad, ya que nuestra formación y la reflexión que conlleva empuja muy a menudo a que se describan una actividad o los medios, y no el resultado que se espera. En el Cuadro II se señalan las otras cualidades de un objetivo formulado de manera correcta.

Después de la formulación de los objetivos, y para cada uno de ellos, se señalan los medios utilizados y las actividades efectuadas. Según el grado de organización alcanzado, se recurre:

- ya sea a las reglas preestablecidas en la redacción de los protocolos, o procedimientos de programa, o sistema de atención médica;
- al profesional responsable principal de un objetivo;
- a otro procedimiento que se considere adecuado.

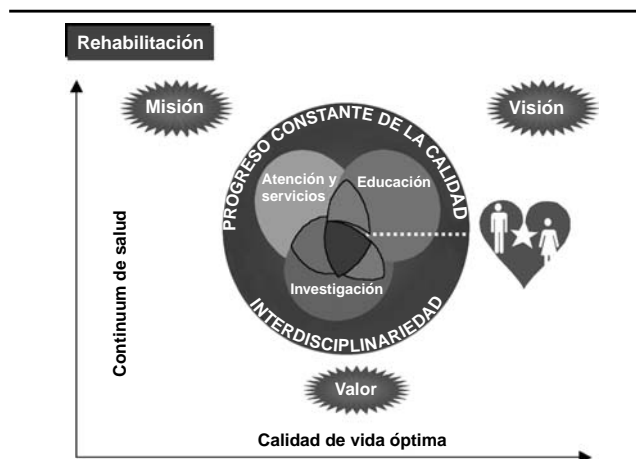
Lugar del P3I en un sistema de atención en red

La gestión longitudinal escrita de una enfermedad (o problema de salud) desde la fase aguda a la fase de reinserción social, también denominada red de atención, tiene mucho futuro. Existe cierta estandarización preestablecida de los objetivos, los medios y los términos. No obstante, sobre todo en rehabilitación, los factores ambientales personalizan mucho los objetivos. La organización interdisciplinaria de un sistema de cuidados integrados incluye P3I precisos e individualizados.

El equipo interdisciplinario de una red de atención, y en particular sus responsables, siempre debería tener ese concepto en mente para facilitar la cooperación diaria y hacer el sistema más eficaz: buen resultado con respecto a los medios y el coste.

■ Componentes fundamentales de gestión eficaz en interdisciplinariedad ^[4, 5, 6, 7]

La Figura 2 muestra cómo el núcleo de cada intervención, sin tomar en cuenta la posición sobre la continuidad de la atención médica, es situar al paciente y sus allegados en el corazón del trabajo en equipo. La misión como tal, los valores centrales y la visión común son lo que inspiran al equipo interdisciplinario para trabajar de forma que se garantice una mejora constante de la calidad de cada aspecto de la gestión del sistema sanitario, la educación y la rehabilitación de los pacientes, así como la investigación en salud.

**Figura 2****Cuadro III. – Puntos inherentes a los principios de la interdisciplinariedad.**

La identificación de las informaciones requeridas para el conocimiento de la población destinataria
Las definiciones claras de las variables/indicadores que se persiguen
La clarificación de los mecanismos de comunicación
El desarrollo de un sistema de información a los pacientes

■ Comunicación

Desde luego, la interdisciplinariedad depende de una comunicación efectiva y significativa entre sus actores principales. El esfuerzo de las personas por tener una comunicación continua se traduce en encuentros formales e informales y en la creación de lazos horizontales. Los últimos favorecen las interacciones y las contribuciones simbióticas entre los participantes, y además facilitan una toma de decisión común. Para garantizar una comunicación positiva es preciso que se pueda acceder a herramientas y medios informáticos. No obstante, el desarrollo de un lenguaje común y la clarificación de papeles y responsabilidades de cada actor todavía son cruciales. Los puntos enunciados en el Cuadro III son inherentes a los principios de la interdisciplinariedad.

■ Análisis de los resultados

La evaluación cuantitativa y cualitativa de los resultados esperados es una etapa significativa en el desarrollo de un sistema proactivo de atención y en la evolución de un trabajo de equipo que se sitúa cada vez más en un contexto de interdisciplinariedad. Esto permite garantizar una transformación de los paradigmas, desde un enfoque centrado en los procesos hasta otro centrado en los resultados esperados. En el campo de la rehabilitación, un enfoque que se centre en los resultados indica que la planificación y la entrega de cuidados y servicios comienzan por la identificación de los resultados esperados en el aspecto físico, psicológico, funcional y ambiental, ya sea a corto o largo plazo. El equipo interdisciplinario de rehabilitación debe escuchar y adaptarse al plan de intervención para que éste responda de verdad a las necesidades y expectativas del paciente. También debe precisar la durabilidad de las situaciones de minusvalía, pues en eso residen los auténticos resultados de la rehabilitación.

Modificaciones de los paradigmas

Una vez establecidos los valores centrales que nutren la interdisciplinariedad, el siguiente apartado se centra en comprender la faceta humana y en explicar la consecuencia de esta comprensión: la transformación de los paradigmas del sistema sanitario.

Desde los inicios del sistema sanitario, la comprensión lineal del fenómeno de la enfermedad tenía como objetivo, por ejemplo, prevenir las enfermedades infecciosas para garantizar la supervivencia. Con el fin de resolver esos problemas, a menudo se debía recurrir a la colaboración de enfermeras y médicos para identificar los síntomas, tratar la enfermedad y esperar la recuperación. Cuanto más evoluciona la humanidad en la comprensión de la vida, la salud y la enfermedad, más se afinan la tecnología y la metodología, y también surge la necesidad de considerar a la persona en relación con el medio ambiente. El cambio de paradigma nos lleva a crear programas de atención específicos tales como salud mental, enfermedades infantiles e inmunidad.

En la actualidad, y centrados en el paradigma, nuestra comprensión de la humanidad incluye los componentes cuerpo, espíritu y alma, para los cuales la finalidad de la atención no es sólo la falta de enfermedad. Más bien se trata de una red integrada de cuidados que se concentran en los procedimientos que se deben aplicar para garantizar la accesibilidad y la consideración de una entidad global que rodea a la humanidad. Después, la interdisciplinariedad deberá reflejar esa evolución.

Desafíos aplicables a la interdisciplinariedad

Además de hacer que el bienestar y la satisfacción del paciente progresen, la interdisciplinariedad puede mejorar la salud. Si se tienen en cuenta los compromisos de los miembros del equipo, cabe esperar que al aplicar una visión humanista, se contribuya también a mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los especialistas en salud. De este modo, se reduciría la frustración, el agotamiento profesional y la sensación de no poder hacer nada. Sin embargo, existen desafíos que apuntan a optimizar el trabajo en equipo.

Las características personales de cada miembro del equipo también pueden ser un obstáculo contra el buen funcionamiento de la interdisciplinariedad. Dalton (1959) y Thompson (1965) llegaron a la conclusión de que aspectos importantes como la edad, el temperamento, los valores y un compromiso menor, disminuyen la probabilidad de establecer buenas relaciones interpersonales y la cooperación entre profesionales. Given y Simmons (1977) identificaron algunos rasgos de carácter como prerequisites importantes para el éxito de un equipo interdisciplinario:

– la aptitud para tolerar la frustración, producto de puntos de vistas diferentes, y de ser flexible para ajustarse a nuevas situaciones de manera constante;

– dominar la seguridad personal y profesional, así como tener la mente abierta para poder compartir diferentes perspectivas, valores y opiniones de los miembros. Además, ser capaz de confiar en los conocimientos y las aptitudes de los demás;

– centrarse en el paciente en vez de en la profesión.

Además, los autores están convencidos de que el funcionamiento del equipo implica una relación en la que se integra la cooperación y donde el trabajo en común sustituye a la confrontación. La confianza y el respeto sustituyen la lucha por el control y el poder. En el seno de un equipo interdisciplinario, cada profesional debe compartir una visión común inspirada por valores humanistas y altruistas, que llevan a la sinergia del equipo y al cumplimiento de los objetivos del paciente.

Conclusión

La interdisciplinariedad en rehabilitación es fundamental para mejorar la eficacia y la calidad de vida de pacientes, clínicos, gestores, educadores e investigadores. Bien afianzado, el proceso conduce a una transformación favorable en el seno del sistema sanitario, que mejora entonces en coordinación y eficiencia, tiende a la excelencia, amplía la creatividad y mejora la salud y el bienestar de los pacientes. Los autores sostienen que la base de un verdadero trabajo interdisciplinario se debe construir sobre los principios de una transformación de paradigmas centrada en el paciente (en vez de concentrarse en resolver problemas), la reciprocidad y la sinergia en las relaciones (en vez de manejar la enfermedad), y de los valores humanistas en lugar de objetivos preestablecidos. Si la estructura organizacional refleja esta visión y los miembros comparten esos valores, se espera que la rehabilitación, al igual que ahora, traiga esperanza, salud, crecimiento personal y utilidad.

Bibliografía

- [1] Rothberg JS. Rehabilitation team: future direction. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 62: 407-410
- [2] Boulanger YL, Gaudreault C, Gauthier J, Tremblay J, Proulx P et al. Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. *J Réadapt Méd* 2000; 20 n°3-4:
- [3] Réseau international sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicap : RICIDIH et facteurs environnementaux Québec: édition Fougereyrollas, 1999
- [4] Zander K. Managing outcomes through collaborative care. Chicago: American Hospital Publishing, 1995
- [5] Zander K. Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. *J Nurs Administr* 1988; 18: 23-30
- [6] Zander K. Why managed care "works". *Definition* 1988; 3: 1-3
- [7] Zander K. Second generation critical paths. *Definition* 1989; 4: 1-4

