



Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad

Esperanza Sánchez

Coordinadora del Área Enfermería y Fisioterapia de la SEPAR

RESUMEN

Palabras clave:

Multidisciplinariedad
Interdisciplinariedad
Transdisciplinariedad
ABSTRACT

Trabajo en equipo, conceptos de transdisciplinariedad, multidisciplinariedad, interdisciplinariedad. Investigación integradora en una sociedad inmersa en los cuidados, donde el fin no es otro que elevar la calidad de vida de las personas que lo necesitan, la participación de todos como eslabones de una misma cadena donde el fallo o la falta de compromiso por una de las partes podrían perjudicar cualquier proyecto del procedimiento para relacionar los conocimientos científicos, la experiencia extracientífica y la práctica de la resolución de problemas.

© 2010 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Multidisciplinary, Interdisciplinarity, Transdisciplinarity

ABSTRACT

Keywords:

Multidisciplinary
Interdisciplinarity
Transdisciplinarity

Working in a team, concepts in transdisciplinarity, multidisciplinarity, and interdisciplinarity. Integrated research in a society immersed in care, where the aim is none other than to increase the quality of life of those people who need it, the participation of all as links in the same chain where the failure or lack of commitment by one of the parties can endanger any project of the procedure to relate scientific knowledge, extra-scientific experience and the practice of solving problems.

© 2010 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Cuando llegamos cada año a estas fechas, debemos revelar sobre un texto escrito en un medio como ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, un monográfico sobre los artículos que se han publicado en cada una de las áreas que conforman una gran sociedad científica, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), entidad científica privada, de carácter altruista y benéfico-docente.

Quizás el área que coordino, la de Enfermería y Fisioterapia, tenga un cierto grado de complejidad a la hora de especificar y escribir sobre una especialización en los cuidados respiratorios. El personal de enfermería y fisioterapia de la SEPAR desarrolla cuidados en todas las especialidades neumológicas y de cirugía torácica, desde los cuidados críticos respiratorios, la unidad de cuidados intensivos, hospitalización, hospitalización en el domicilio, pruebas funcionales, investigación, laboratorios, SAHS, consultas, rehabilitación, quirófanos etc. Igualmente, si se sigue profundizando en su trabajo, éste se desarrolla desde cualquier fase de la vida de los pacientes, desde neonatos, niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Hablar de áreas determinadas por enfermedades, como han hecho mis compañeros coordinadores al referirse a trabajos publicados

de relevancia, sería muy sesgado, ya que el personal de enfermería y fisioterapia cuida igualmente todas las enfermedades recogidas en las distintas áreas; se cuida a pacientes afectados de asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión pulmonar, oncología, infecciones, fibrosis quística, tuberculosis, ventilación y trastornos del sueño, intoxicaciones, tabaquismo, cirugía, así como técnicas.

Por todo lo expuesto, y por lo que el personal de enfermería y fisioterapia ha publicado en los años 2008 y 2009 en la revista ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, este artículo abordará los puntos de unión entre las disciplinas, en que cada una aporta sus problemas, conceptos y métodos de investigación con la finalidad de alcanzar objetivos sobre el trabajo en equipo y la coordinación entre los distintos niveles.

La definición de *transdisciplinariedad* desde distintos enfoques científicos¹ permite el análisis de problemas de una gran complejidad, por lo que la aportación de cada una de las disciplinas ayuda a profundizar y explorar las distintas dimensiones de lo realizado. De esta forma, con el análisis se logra aclarar situaciones confusas, como dilemas de incertidumbre, angustias morales, que se presentan en el cuidado de las personas. El enfoque que varios filósofos le dan a la *transdisciplinariedad* es el de "reafirmación y constante epistemológico de la reagrupación de los saberes". El objetivo es apreciar cada

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: niesan@infonegocio.com

campo, pero también ser capaces de ver más allá de sus barreras y límites convencionales, en un continuo saber infinito que se extiende y conecta todas las ramas del saber y el quehacer.

En la ciencia moderna, si queremos hablar de trabajo en equipo, debemos hacer referencia a sus principales exponentes: Galileo, Descartes y Bacon.

La sociedad científica le agregó la importancia de la comunicación en todas las disciplinas, y a mediados del siglo xx este factor se retoma en la *interdisciplinariedad*. Los representantes de estas ideas fueron Gottfried Wilhelm Leibnitz y Jean Amos Komenski, el cual propone la pedagogía de la unidad, capaz de eliminar la fragmentación del saber de las disciplinas. De esta forma, las disciplinas se integran.

En el siglo xx acontecen hechos históricos que inducen a la integración de las ciencias en la búsqueda de soluciones a situaciones complejas. Las guerras mundiales obligaron a la reagrupación de los saberes, que se caracterizaba por la fragmentación de problemas en subproblemas para llegar a las soluciones integrales.

La creación de la UNESCO como la organización para la ayuda internacional influyó en el desarrollo de la interdisciplinariedad. En la década de 1960 la UNESCO promocionó el trabajo desde la perspectiva interdisciplinaria en aras de solucionar los problemas fundamentales de la época.

"Haz que edifiquen juntos una torre, y los convertirás en hermanos, pero si quieres que se odien arrójalos comida" A. Saint-Exupery.

Se trata del trabajo multidisciplinario lógico en sociedades donde todos necesitamos del trabajo de todos para acabar de la forma más optima un proyecto, un estudio, la humanización del proceso hacia la muerte en el transcurso de una patología crónica, cuando llega a su última fase, como se recoge en el artículo de Escarrabill et al².

¿Puede ser difícil instaurar la cooperación en una época de feroz competencia?

Como frecuentemente se pretende, la situación no se resuelve creando supuestos equipos multidisciplinarios formados por especialistas en distintas áreas en torno a un determinado problema. Con este mecanismo sólo se alcanzará una acumulación de visiones desde cada una de las disciplinas presentes. La síntesis integradora no se logra a través de una acumulación de distintos cerebros. Ella debe ocurrir en cada uno de los cerebros, y, para ello, se precisa una formación orientada para que lo haga posible³.

La coordinación entre todos los niveles es una situación cada vez más frecuente en las ciencias, es un escenario en los campos del saber emergente que se va produciendo por la necesidad, por la ciencia, la conciencia y, por encima de ambos, el compromiso con nuestros pacientes y la sociedad⁴.

La probabilidad de innovación en las ciencias sociales depende cada vez menos de las investigaciones monodisciplinarias y cada vez más de las multidisciplinarias.

De los trabajos publicados se saca la conclusión de que una sociedad inmersa en los cuidados, donde el fin no es otro que elevar la calidad de vida de las personas que lo necesitan, se basa en la participación de todos, desde científicos, médicos de distintas especialidades, personal de enfermería, fisioterapeutas, asistentes sociales, cuidadores principales, familias. Todos son eslabones de una misma cadena donde el fallo o la falta de compromiso de una de las partes podrían perjudicar cualquier proyecto.

Sabemos que los entornos especialmente difíciles exigen una solidaridad mayor entre sus miembros, tema tratado en el artículo de Sánchez Gómez⁵, y que los individualistas entorpecen la convivencia al dar prioridad a sus intereses. Por lógica y práctica sabemos que los proyectos comunes nos unen creando grupos con buena convivencia, lo cual facilita la participación, la ampliación de nuestras posibilidades, sentirnos respetados, admitidos, valorados, y da pie a la ampliación de nuestros horizontes. Perseguimos crear, colaborar y

superarnos. Por el contrario, sabemos que una mala convivencia entre los equipos es la que produce dejadez, hastío, miedo, depresión, desánimo, dependencia, dominio, síndrome de *burnout*. El síndrome de *burnout* o síndrome del trabajador quemado es un tipo de estrés prolongado motivado por la sensación que produce la realización de esfuerzos que no se ven compensados desde un punto de vista personal. Se suele dar en trabajos sociales que implican el trato con personas e importantes exigencias emocionales en la relación interpersonal: personal sanitario, docentes, policías, cuidadores principales, etc.⁶.

Quiero aquí también citar la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que determina en su artículo 9.1 que "la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas". Asimismo, la ley señala que las actuaciones sanitarias dentro de los equipos de profesionales se articularán atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y el conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas⁷.

También quiero reflejar, en estos días de trabajo en la prescripción enfermera, las palabras del presidente de la Organización Médica Colegial. Serafín Romero solicita "que esta decisión política no sirva para romper la coherencia asistencial. No puede ser que unos pacientes vayan al médico y otros al enfermero. Nosotros apostamos por un equipo multidisciplinario".

Al llegar a este punto recuerdo a los clásicos, Séneca, Diógenes, Epicteto, buscadores de la sabiduría y de la coherencia. Practicar lo que se predica genera admiración, porque las personas que son congruentes inspiran confianza y respeto. Quienes se arriesgan por sus ideas tienen el gen de la honestidad; en la antigüedad, a la coherencia se le rendían honores de Estado.

Si ahora buscamos una definición de cuidar podríamos encontrar muchas, pero creo que todas irían encaminadas a decir básicamente: cuidar a otra persona es ayudarle en sus necesidades, proporcionar atención a sus sentimientos y ofrecerles un bienestar físico, psíquico y social para su crecimiento.

Somos personas y profesionales del cuidado, no lo olvidemos. Tenemos obligaciones y, por tanto, derechos. Podemos ser un día cuidadores y, al siguiente, necesitar cuidados, manteniendo siempre un comportamiento digno. Nunca perderemos la confianza de las personas a las que cuidamos y, si esto se refleja en grupos de profesionales, nuestra credibilidad aumenta porque para convivir es necesario crear fuertes compromisos morales. Todos los buenos propósitos deben convertirse en acción, no podemos conseguir resultados mejores y más beneficiosos si nuestra actitud no cambia.

Dentro de los grupos multidisciplinarios hay quizás individuos que, por sus especiales conocimientos, experiencias y credibilidad, pueden llegar a liderar los proyectos, pero estos profesionales deben ser los encargados de establecer las bases de una responsabilidad compartida con estructuras personales estables, incluso ayudar al resto del equipo a ser miembros integrados, pero autónomos, y llegados a este punto me gustaría poner como ejemplo otro artículo de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. En el artículo de Jiménez Ruiz et al⁸, entre sus firmantes, reconocemos a un grupo de profesionales multidisciplinarios que tienen ya la experiencia de años trabajando y publicando en total cooperación con suficiente respeto, estima y ayuda para que cada uno dentro de su profesionalidad desarrolle sus potenciales.

No puedo dejar de comentar, igualmente, la responsabilidad de los restantes miembros de los grupos. Es importante tener claramente una adherencia al proyecto, sin personalidades vicarias, cualquier animal puede adaptarse al medio o morir, los humanos podemos

elegir entre ser amebas o cambiar el entorno. Participar implica comprender, y comprender, ser crítico y activo, la unión del grupo y de sus necesidades demandará un tipo u otro de liderazgo.

La realidad es clara: todos apoyamos la integración en los grupos multidisciplinares y creemos en su funcionalidad. Tan sólo me quedaría una única pregunta: todos los profesionales de la SEPAR que trabajamos de forma multidisciplinaria, por el interés de nuestros pacientes, ¿tenemos el mismo apoyo por parte de nuestros principales benefactores?

Recuerdo ahora una frase expuesta en un discurso del representante de la enfermería española, Máximo González Jurado, que decía: "La valentía no consiste, como creen algunos, en enfrentarse temerariamente a una sucesión de peligros; la valentía consiste en llevar la verdad por adelante enfrentándose y admitiendo la realidad tal como es para, si es necesario, transformarla".

Recordemos que la transdisciplinariedad es a menudo confundida con la interdisciplinariedad y con la multidisciplinariedad. Este hecho se produce en gran parte porque las 3 desbordan las fronteras entre las disciplinas, pero reduce el potencial del primer concepto, la cual comprende una serie de métodos para relacionar los conocimientos científicos, la experiencia extracientífica y la práctica de la resolución de problemas⁹.

Y, por supuesto, me gustaría añadir: "No debemos valorar a las personas por sus opiniones, si no por lo que sus opiniones hacen de ellas", Georg C. Lichtenberg, *Aforismos* (1790).

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bolívar M. Valores en la práctica de Enfermería. Ética, Bioética. Ética médica. Ética en Enfermería. Enfermería. 2009
2. Escarrabill J, Soler Cataluña JJ, Hernández C, Servera E. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2009; 45:297-303.
3. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Sullana J, Macián V, Lloris A, Belloch A. Percepción de la disnea y el cumplimiento terapéutico en pacientes con asma. Arch Bronconeumol. 2008;44:459-63.
4. Alfageme I. Terapias respiratorias. Arch Bronconeumol. 2009;45(Supl 2):2-28.
5. Sánchez Gómez E. Horizonte de los cuidados respiratorios. Arch Bronconeumol. 2009;45(Supl 1):49-51.
6. Fernández-Alvarez R, Rubinos-Cuadrado G, Cabrera-Lacalzada C, Galindo-Morales R, Gullón-Blanco JA, González-Martín I. Ventilación mecánica domiciliaria: dependencia y carga de cuidados en el domicilio. Arch Bronconeumol. 2009;45: 383-6.
7. Díaz Lobato S, Mayorals Alises S. Mapa de los tratamientos respiratorios domiciliarios en España. Arch Bronconeumol. 2008;44:507-8.
8. Jiménez Ruiz CA, Mayayo Ulibarri M, Cicero Guerrero A, Amor Besada N, Ruiz Martín JJ, Cristóbal Fernández M, et al. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2009;45:540-4.
9. Plaza V, Bolívar I, Giner J, Llauger MA, López-Viña A, Quintano JA, et al. Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TEST. Arch Bronconeumol. 2008;44:245-51.