



“DESAFÍOS ACTUALES EN EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES: FORMACIÓN DE EQUIPOS”

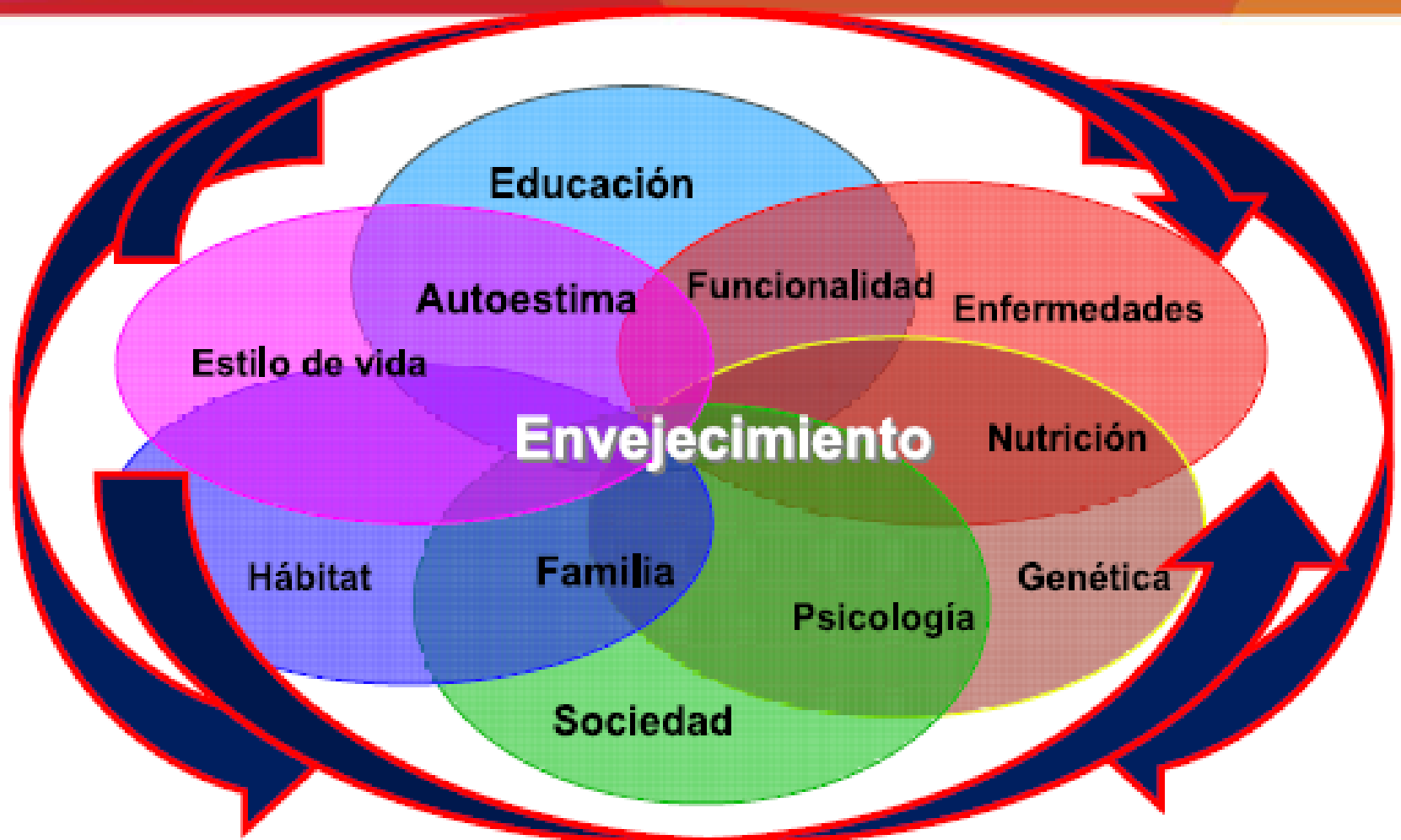


Dr. José A. López Trigo.
Geriatra



Sociedad Española
de Geriátria y Gerontología

El proceso del envejecimiento es multifactorial



Envejecimiento EXITOSO



El proceso del envejecimiento es multifactorial



Envejecimiento EXITOSO



La **complejidad** de manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que **no suelen estar al alcance de un único profesional**.

Trabajar en equipo permite un abordaje completo dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el enfermo.

Guillén Llera F. La asistencia geriátrica. Una respuesta estructurada a los problemas de salud del anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1998.

Planificación y organización de los servicios geriátricos. En: Informe del Comité de Expertos de la OMS.

GRUPO DE TRABAJO vs EQUIPO DE TRABAJO

GRUPO DE TRABAJO : conjunto de personas que realizan dentro de una organización **una labor similar**. Suelen estar próximas físicamente, tienen un mismo jefe, realizan el mismo tipo de trabajo pero son autónomos y no dependen del trabajo de sus compañeros: cada uno realiza su trabajo y responde individualmente del mismo.

EQUIPO DE TRABAJO responde en su conjunto del trabajo del **colectivo** y cada miembro domina una faceta determinada y realiza una parte concreta del proyecto. Es necesaria una coordinación, que va a exigir establecer unos estándares comunes de actuación. Por ello, en el equipo de trabajo es fundamental la cohesión, hay una estrecha colaboración entre sus miembros.

El todo es más que la suma de las partes; su resultado es sustancialmente distinto a la simple sumatoria del aporte de cada miembro.

TRABAJAR EN EQUIPO. Bases conceptuales.



TRABAJAR EN EQUIPO

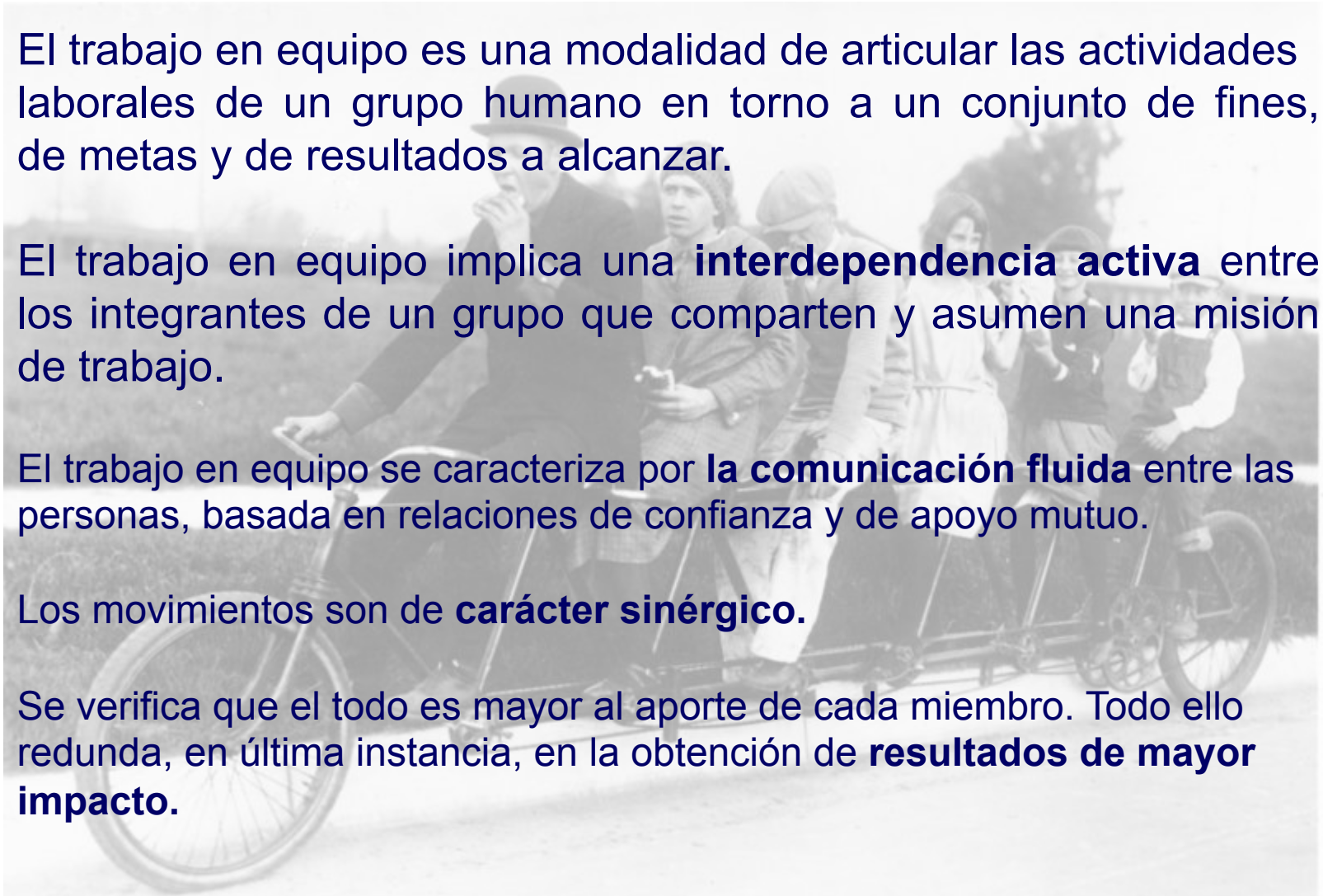
El trabajo en equipo es una modalidad de articular las actividades laborales de un grupo humano en torno a un conjunto de fines, de metas y de resultados a alcanzar.

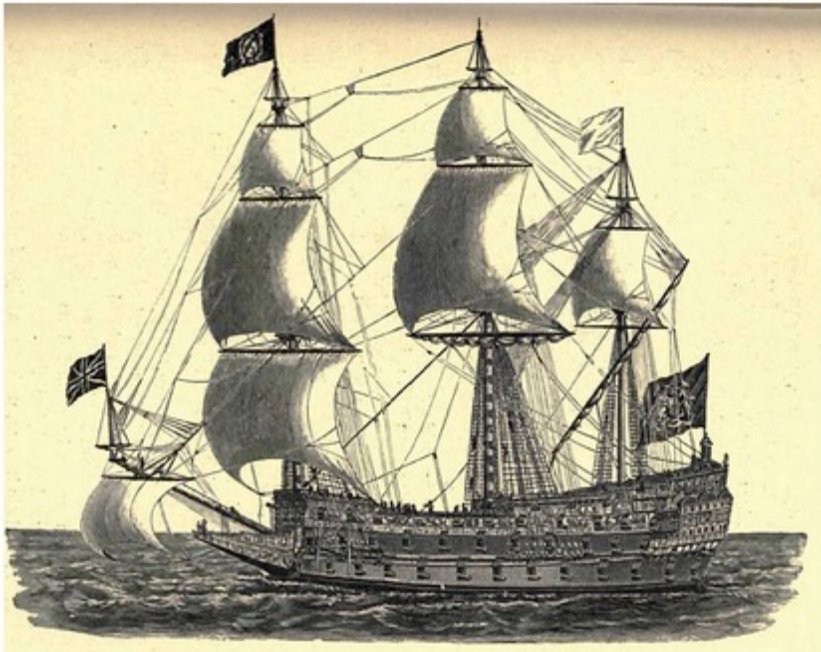
El trabajo en equipo implica una **interdependencia activa** entre los integrantes de un grupo que comparten y asumen una misión de trabajo.

El trabajo en equipo se caracteriza por **la comunicación fluida** entre las personas, basada en relaciones de confianza y de apoyo mutuo.

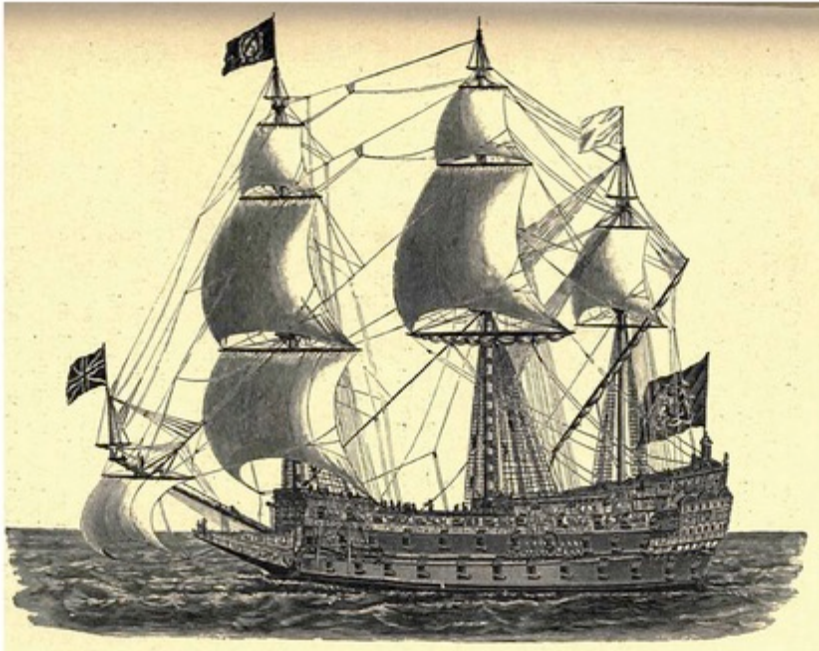
Los movimientos son de **carácter sinérgico**.

Se verifica que el todo es mayor al aporte de cada miembro. Todo ello redundará, en última instancia, en la obtención de **resultados de mayor impacto**.





¡EQUIPO!



“skip”, término escandinavo que significa “barco”



“équipage”, término francés que designa a la tripulación, en el sentido de un equipo de personas bien organizadas para el trabajo de navegación, embarcar o de dotar a una nave de todo lo que se necesitara para emprender un viaje. No es más que el trabajo entre personas coordinadas para un mismo fin

¿ QUÉ IMPLICA TRABAJAR EN EQUIPO ?



- Compartir un objetivo, una finalidad o una meta común
- Interactuar con un grupo de personas comprometidas con esa convocatoria

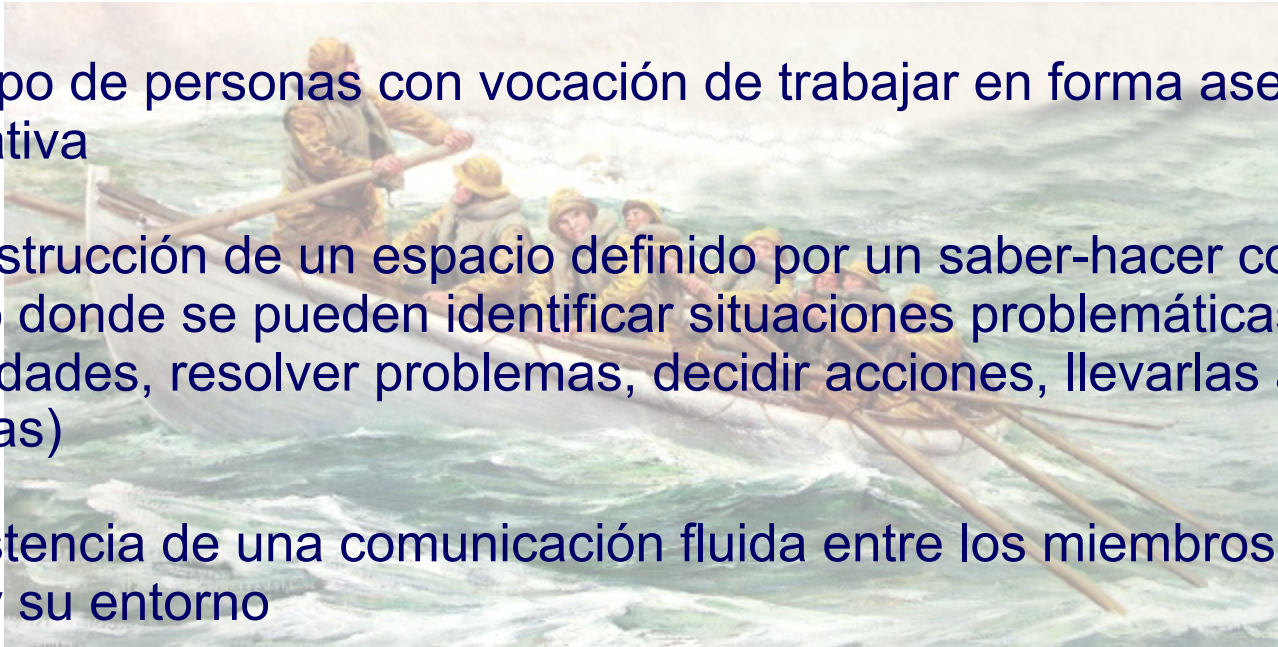
- Un grupo de personas con vocación de trabajar en forma asertiva y colaborativa

- La construcción de un espacio definido por un saber-hacer colectivo (espacio donde se pueden identificar situaciones problemáticas, juzgar oportunidades, resolver problemas, decidir acciones, llevarlas a cabo y evaluarlas)

- La existencia de una comunicación fluida entre los miembros del equipo y su entorno

- Una instancia efectiva para la toma de decisiones

- Una red de conversaciones, comunicaciones e intercambios que contribuyen a concretar una tarea

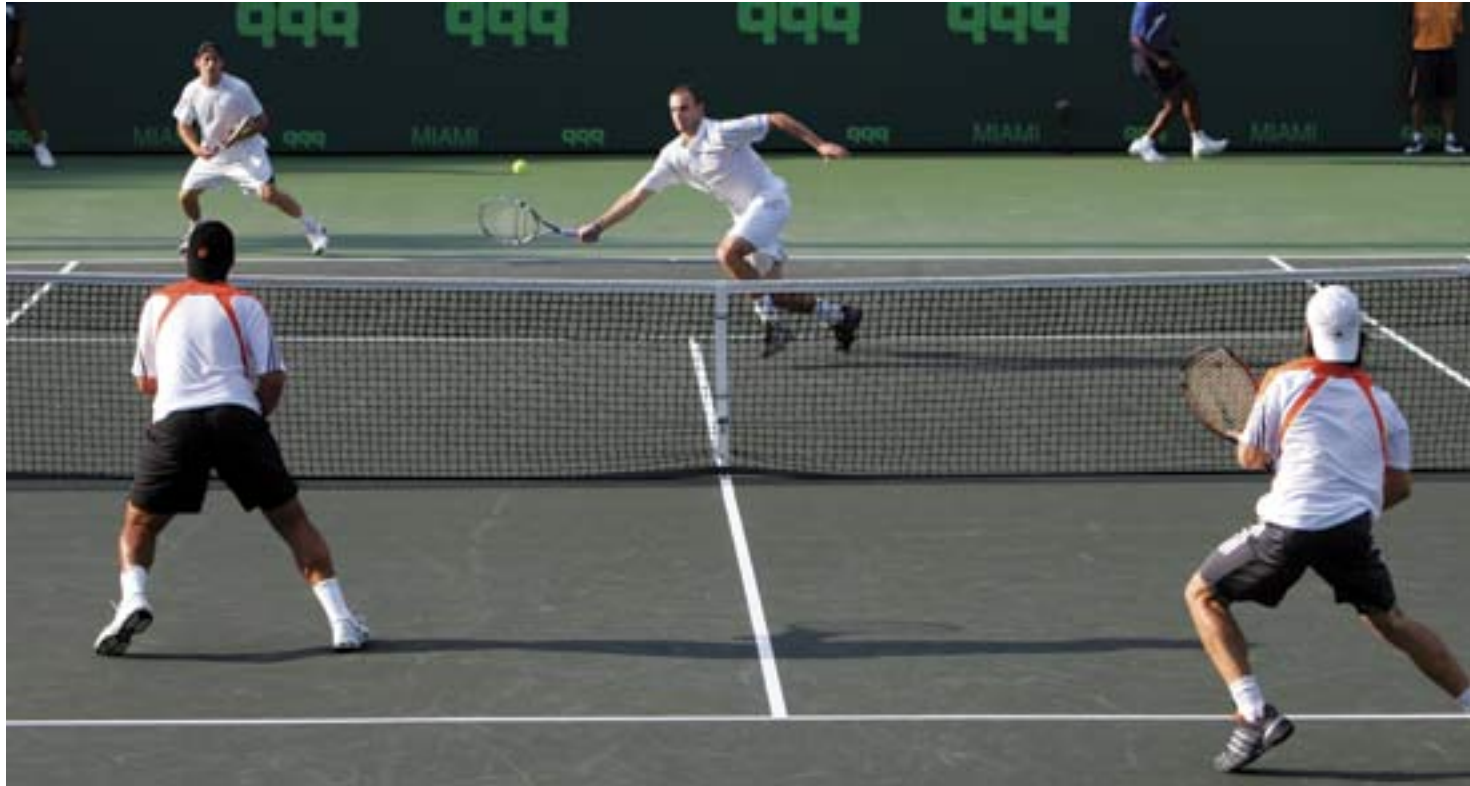


¿TODOS LOS EQUIPOS SON IGUALES ?

¿TODOS LOS EQUIPOS SON IGUALES ?



¿TODOS LOS EQUIPOS SON IGUALES ?



¿TODOS LOS EQUIPOS SON IGUALES ?



¿ MULTI O INTER ?

El **equipo multidisciplinario** es un grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran al mayor por separado e interactúan entre ellos de manera informal. **Es el equivalente a un grupo de trabajo.**

El **equipo interdisciplinario** (es el tipo de equipo asistencial en Geriátría) está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal.

Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática (**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**), comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados. **Es el equivalente a un equipo de trabajo.**

CARACTERÍSTICAS DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR:

- Todos los profesionales tienen objetivos comunes.
- La implicación y profesionalidad de cada uno de sus miembros afecta a un grupo de personas.
- Los componentes deben interaccionar entre sí en un espacio compartido.
- La toma de decisiones y responsabilidades se debe hacer de forma conjunta.
- La interacción de todos los miembros es fundamental.
- Todos deben aportar la experiencia y el conocimiento de cada especialista.



OBJETIVOS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

- ◆ Solución de problemas y respuesta conjunta a determinadas situaciones.
- ◆ Coordinación y transmisión de información entre los miembros del equipo.
- ◆ Elaboración de protocolos y de informes escritos para facilitar el trabajo.
- ◆ Coordinación con otros departamentos para ciertas actividades.
- ◆ Establecimiento de la normativa de funcionamiento del centro de atención sociosanitaria.
- ◆ Delimitar las responsabilidades y funciones de cada profesional que forma el equipo interdisciplinar.



DIFERENCIALES

1. La valoración de forma aislada, por muy exhaustiva que sea, carece de valor sin un desarrollo adecuado posterior de planes de cuidados.
2. Se demuestra la eficiencia de la valoración interdisciplinar frente a valoraciones «monodisciplinares», a nivel de reducción de mortalidad, mejoría de la funcionalidad, disminución de reingresos hospitalarios, disminución de las tasas de institucionalización y de la sobrecarga de los cuidadores.

Ventajas del trabajo en equipo

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores.
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO

- Debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en que trabajemos (UME, Hospital de Día, etc.).
- Generalmente suele existir lo que se denomina núcleo mínimo del equipo, que suele estar formado por el médico geriatra, el personal de enfermería (enfermera y auxiliar) y el trabajador social.
- Otros colaboradores habituales suelen ser el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta, aunque también pueden participar otros profesionales como el médico rehabilitador, el psicogeriatra, el psicólogo, el logopeda, etc.
- El funcionamiento del equipo exige de la participación y la responsabilidad compartida de sus miembros; sin embargo, ningún equipo puede ser operativo sin un coordinador.

COORDINADOR



— Asegurar la aplicación de una metodología de trabajo dirigida al establecimiento de unos objetivos terapéuticos individualizados y realistas y a la monitorización adecuada de resultados.

— Actuar como regulador y moderador en las reuniones de equipo, distribuyendo el tiempo de forma coherente y facilitando un clima de discusión adecuado y operativo.

— Identificar áreas de conflicto real o potencial, prevenirlas y conocer las estrategias necesarias para afrontarlas.

— Responsabilizarse de la completa planificación y ejecución del plan de cuidados.

MÉDICO GERIATRA



- Organiza la valoración del estado clínico, funcional, mental y social básico (incluyendo aproximación diagnóstica y estimación pronóstica) del paciente.
- Realizar un correcto manejo terapéutico.
- Adecuar la transmisión de la información médica esencial al resto de los profesionales para el establecimiento de un plan conjunto.
- Comunicarse con el Equipo de Atención Primaria para informar de la evolución del paciente y asegurar la continuidad de cuidados al alta (Si proviene de hospital o residencia).

ENFERMERA

- Funciones específicas de los tratamientos y cuidados de enfermería.
- Prevención de complicaciones (úlceras por presión, contracturas, etc.).
- Manejo de problemas como la incontinencia, disfagia, etc., que tanto pueden influir en la recuperación funcional.
- Educación sanitaria del paciente y su familia involucrándoles en la colaboración necesaria para la realización de las ABVD y de las AIVD (de este modo la rehabilitación se realiza como un proceso continuo a lo largo del día y no limitado a las sesiones programadas).
- Monitorización de la progresión del paciente y detección de problemas que pueden retrasarla, como dolor, inseguridad y falta de motivación.



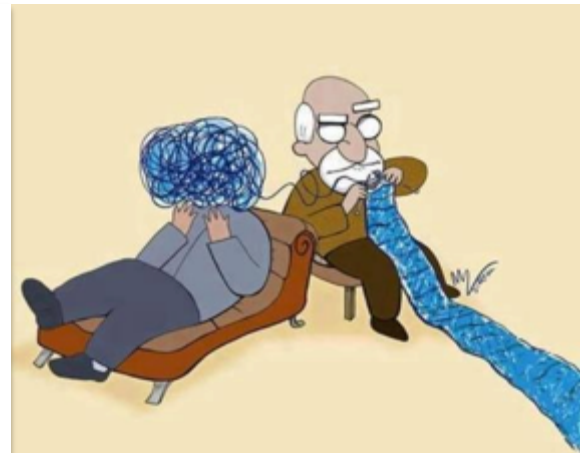
TRABAJADOR SOCIAL

- Evaluar a fondo las necesidades sociales del paciente, sus recursos y red de apoyo.
- Plantear si los cuidados necesarios podrán mantenerse en el futuro.
- Conocer los recursos disponibles, gestionar e informar al paciente y a la familia sobre los mismos, facilitando el acceso a aquellos dispositivos que el paciente requiera tanto en el momento inmediato como a largo plazo.
- Planificación del alta, desarrollando un plan de soporte y gestión de ayuda social, si se requiere



PSICÓLOGO

- Evaluar las necesidades psicológicas del paciente.
- Evaluar la cognición y competencia/capacidad.
- Conocer los recursos disponibles, gestionar e informar al paciente y a la familia sobre los mismos, facilitando el acceso a aquellos dispositivos que el paciente requiera tanto en el momento inmediato como a largo plazo.
- Planificación del programa terapéutico (cognitivo, emocional, conductual...)



TERAPEUTA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPEUTA

- Puesta en marcha del plan terapéutico rehabilitador establecido.
- Valoran y trabajan la movilidad, fuerza, tono de extremidades, rango de movimiento articular, equilibrio, coordinación, posibles apraxias, agnosias, etc., y, lo que es más importante, su traducción en funcionalidad,
- El terapeuta ocupacional, además, identifica problemas o barreras modificables en el domicilio y realiza recomendaciones en cuanto a adaptaciones domiciliarias que resultan de gran valor tanto para el paciente como para el cuidador



© Enfermanía



AUXILIAR DE ENFERMERÍA O GEROCULTOR

- Nos dan la primera impresión de cada día por su proximidad.
- Tareas de aseo e higiene.
- Suministrar los alimentos.
- Tareas de lencería.
- Colaborar en la administración de medicamentos.





DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO

1. Normas internas de funcionamiento: forma de realizar la valoración inicial, criterios de evaluación periódica, regularidad de las sesiones, establecer sistemas de toma de decisiones, y de elaboración del proceso del alta.
2. Determinar qué aspectos van a requerir de la colaboración interdisciplinar del equipo, qué situaciones plantearán la consulta a alguno de los profesionales y en qué otras se actuará siguiendo protocolos previamente establecidos.
3. Desarrollo de sistemas de registro (hojas de recogida de datos) e intercambio de información entre los profesionales.
4. Establecer las competencias de los diferentes profesionales: definir lo que se espera de cada miembro, asignando labores según capacidades y competencias para evitar duplicidad o abandono de tareas, confusiones, sentimientos de desconfianza, rencillas o insatisfacción.

DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO

5. La labor de los distintos profesionales del equipo puede solaparse en algunas áreas de actuación, por lo que es necesario que exista una actitud común de respeto a las diferentes contribuciones, valoraciones y planteamientos, que faciliten la discusión cuando no haya acuerdo.

6. Establecer un liderazgo.



ESTAPAS DEL DESARROLLO

1. Una etapa inicial de *organización* que puede requerir algunos meses.
2. Un período de *alto rendimiento* que puede durar varios años.
3. Etapa de *declinar gradual*, salvo que se realicen intervenciones para mantener la actividad (incorporación de nuevos miembros, nuevas tareas, programas de formación, participación en programas de investigación, etc.).



LLEVAR EL TRABAJO EN EQUIPO A LA PRÁCTICA.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI).

Dinámica de funcionamiento de los equipos de trabajo interdisciplinares.

DINÁMICA DE TRABAJO DEL EQUIPO

1. FASE INICIAL O DE VALORACIÓN

- Cada miembro del equipo realiza una valoración del paciente. Se valorará la situación previa (lo que ayudará a conocer el impacto de la enfermedad y a establecer unos objetivos realistas), y su situación actual, perfilando un plan individual de tratamiento que servirá para diseñar el plan de actuación conjunta.
- Lenguaje común y unos instrumentos de medida que permitan la monitorización y sean interpretables por todos los miembros del grupo (escalas de valoración de uso habitual en los servicios de Geriátría).



DINÁMICA DE TRABAJO DEL EQUIPO

2. ELABORACIÓN DE UNA LISTA DE PROBLEMAS POR LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL EQUIPO

- Puesta en común de las diferentes valoraciones realizadas (clínica, funcional, mental y social) con el fin de destacar los principales problemas activos del paciente.
- La elaboración de una lista de problemas es la forma más adecuada de reflejar y documentar el trabajo del equipo y de dirigir con eficacia los esfuerzos de los distintos profesionales.



DINÁMICA DE TRABAJO DEL EQUIPO

3. PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS

- Es la piedra angular para programar el tratamiento de los diferentes profesionales y para determinar los planes a seguir con cada paciente.
- Es de gran utilidad que la valoración de cada profesional se acompañe, cuando sea posible, de una aproximación pronóstica.
- Requiere diálogo entre los profesionales (que conocen qué podría hacerse) con el paciente (que decide qué se debería hacer).
- Deben trasladarse hacia la ejecución de un plan realista y factible.
- Los objetivos deben ser individualizados, **específicos**, realistas, concretos y secuenciados, es decir establecidos a un plazo determinado (corto, medio y largo plazo) .



DINÁMICA DE TRABAJO DEL EQUIPO

4. ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INTEGRAL DE ACTUACIÓN

- Cada profesional debe exponer cómo plantea llevar a cabo los objetivos.
- El plan de tratamiento para cada objetivo debe especificar los cuidados a realizar y por quién, así como las expectativas de en cuánto tiempo serían realizables.
- Existen muchos formatos para registrar esta información (listado de problemas, objetivos, plan), y cada grupo debe diseñar el que más se adapte a sus necesidades.



DINÁMICA DE TRABAJO DEL EQUIPO



5. FASE DE EVALUACIÓN

- Sesión interdisciplinaria programada.
- Con una periodicidad habitualmente semanal, el equipo se reúne para monitorizar la progresión del paciente, los cambios en su situación clínica, funcional, mental y perspectiva social.
- Se revisan los objetivos propuestos para esa fecha y se analiza su cumplimiento, y los factores que han podido influir si éstos no se han alcanzado.
- Se actualiza la lista de problemas y se acuerdan los objetivos para la siguiente semana, planificando las altas si procede.
- El alta debe plantearse con tiempo, cuando se estime que el paciente deja de beneficiarse del nivel asistencial en el que se encuentra (por mejoría, estabilización o aparición de problemas agudos).

¿ CÓMO DEBE SER EL ALTA ?



Temprana, no precipitada.

Programada: decidida en equipo.

Comunicada: informada con tiempo al paciente y a su familia.

Preparada: con informe, plan de seguimiento y necesidades.

Lo ideal es garantizar una visita post alta para afianzar que los planes diseñados hayan sido realistas, que todos los cuidados planteados se han puesto en marcha y las necesidades se han cubierto.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo interdisciplinar es un arma más y una característica asistencial específica de la Geriátrica que surge de la complejidad de abordaje y tratamiento de todos los factores que influyen e interaccionan en el proceso de enfermar en el anciano.

Esta forma de trabajo ha demostrado su eficacia frente a otros tipos de abordaje en términos de funcionalidad, mejora de la calidad de atención percibida y disminución de la institucionalización.



“Yo hago lo que tú no puedes, y tú haces lo que yo no puedo. Juntos podemos hacer grandes cosas”

Madre Teresa de Calcuta.

