- Palacios Ceña D, Salvadores Fuentes P. Asistencia geriátrica y equipo interdisciplinar. En Palacios Ceña D, Salvadores Fuentes P (coord.). Manual docente de enfermería geriátrica y gerontológica (I) Limitación funcional en las personas mayores. Intervención multidisciplinar. Madrid: Edita Servicio de Publicaciones Universidad Rey Juan Carlos, 2010; 25-40. ISBN: 978-84-9772-585-9. Depósito legal: SE-6582-2010.

Capitulo 2.

ASISTENCIA GERIÁTRICA Y EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

Domingo Palacios Ceña y Paloma Salvadores Fuentes.

2.1. Introducción.

La limitación funcional y el declinar de las actividades de la vida diaria son elementos claves en la calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad o institucionalizadas. Se ha descrito la pérdida y deterioro funcional como un potente predictor de mortalidad, morbimortalidad, de institucionalización y pérdida de contactos sociales y aislamiento del anciano. Beswick, Rees, Dieppe et al (2008) muestran la complejidad de las intervenciones a la hora de mantener la independencia en ancianos.

Dentro de los diferentes entornos asistenciales y de atención al anciano, sanitario y socio sanitario, las enfermeras y las terapeutas ocupaciones participan y forman parte de equipos interdisciplinares junto a médicos, psicólogos, trabajadores sociales y gerocultoras que se encargan de evitar, mantener y potenciar las capacidades funcionales del anciano para evitar complicaciones.

El objeto principal del equipo interdisciplinar es al anciano frágil. Persona mayor que cumple una serie de características que le hacen ser más vulnerable y le predispone a sufrir más alteraciones y lesiones que un anciano en condiciones normales afectado por el proceso normal de envejecimiento (Rolland, Abellan van Kan, Bénétos et al, 2008; Phan, Alpert y Fain, 2008). Entre estas características se encuentran: Edad superior a 75 años, presencia de 2 o mas síndromes geriátricos, enviudado recientemente, poli farmacología, pluripatología, con problemas económicos y signos de desnutrición y déficit vitamínico (Topinková, 2008).
Debido a las múltiples manifestaciones de la fragilidad, la alta variabilidad y heterogeneidad de los problemas de esta población de mayores es preciso integrar una visión interdisciplinar y multidisciplinaria para potenciar la atención desde distintos aspectos y disciplinas del anciano.

Como objetivos en el presente trabajo se encuentran:

- Enumerar cada uno de los niveles asistenciales de atención sanitaria de la persona mayor en el que realizan su trabajo la enfermera y la terapeuta ocupacional.

- Mostrar la interdisciplinariedad como clave en la asistencia del anciano frágil.

2.2. Asistencia geriátrica.

La asistencia geriátrica esta dividida en una serie de niveles de atención cuyo fin último es dar al anciano la asistencia adecuada en función de sus necesidades y problemas específicos. Guillén Llera (2008) la define como:"…conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, destinados a prestar atención interdisciplinaria, integrada, integral y especializada, a las personas mayores…"
De esta manera se puede observar como los elementos sanitarios y sociales están íntimamente ligados y forman dos elementos esenciales en la atención de la persona mayor.

Dentro de estos niveles de atención existirán diversos ámbitos de actuación como se observa en la siguiente tabla. (Modificada de Guillen Llera, 2008.p.85)

NIVELES DE ASISTENCIA GERIÁTRICA

Atención sanitaria	Asistencia primaria. Asistencia hospitalaria. Unidades de hospitalización. ▪ Unidad de agudos. ▪ Unidad de media estancia o de recuperación funcional. ▪ Unidad de larga estancia. ▪ Unidades específicas (Ictus, Alzheimer) Hospitales de Día. Programas de atención domiciliaria.
Atención social	Cuidados en la comunidad. Cuidados domiciliarios. Cuidados residenciales. Cuidados intermedios.
Atención sociosanitaria	Centros sociosanitarios. ▪ Centros de cuidados continuados (CCC). o Unidad agudos. o Unidad Psicogeriatría. o Unidad de Agudos. ▪ CCC con centros de día. ▪ Centros de día.

Dentro de los niveles asistenciales utilizados para atender a las personas mayores con limitación funcional destacan a nivel sanitario la presencia en los servicios de geriatría hospitalarios las unidades geriátricas de agudos (UGA), las unidades de media estancia (UME), el hospital de Día (HD), los programas de atención sanitaria en domicilio desde los equipos de atención primaria y en el medio socio sanitario, los centros de cuidados continuados (IMSERSO, 2004).

Unidades Geriátricas de Agudos (UGA).

El ingreso en UGA se debe a problemas agudos, reagudización de enfermedades crónicas o declinar funcional agudo y progresivo acompañado de sintomatología incapacitante. Los criterios son variados para el ingreso en UGA pero se caracteriza sobre todo por contemplar una amplia variedad de posibilidades incluso los problemas sociales.

Criterios de ingreso en Unidades Geriátricas de Agudos. Modificada de Llera Guillén y del Valle Operé, 2008.

Pacientes mayores de 80 años con:	• Enfermedad aguda que no precisa hospitalización en UCI o en unidades específicas de hospitalización como cardiología, neumología, etc.
Pacientes entre 70 y 80 años con:	• Enfermedades agudas potencialmente incapacitantes. • Pluripatología. • Polifarmacología. • Estado funcional previo deteriorado con un Barthel <60. • Estado cognitivo previo deteriorado con un Pfeiffer de > 3 errores, Mini mental <24. • Condicionantes sociales previos o esperados al alta.

El papel de la enfermera varía en función del ámbito asistencial en el que se encuentre, así en el caso de ingreso en UGA predomina como prioridad estabilizar el estado vital del anciano, control de complicaciones, administración del tratamiento, aplicación de los cuidados, control de reagudización de enfermedades crónicas, el aspecto funcional queda relegado en un primer momento. Se intenta realizar movilizaciones pasivas de articulaciones y extremidades, cambios posturales, alineamiento corporal e instaurar la sedestación

precoz si es bien tolerada por el paciente, para evitar fundamentalmente complicaciones por inmovilidad, pero el control y potenciación de la capacidad funcional es demorada en el tiempo.

Unidades de Media Estancia (UME) o de recuperación funcional.

La UME, es una unidad en la que ingresan o son trasladados los pacientes mayores que tras estabilizarse y resolver su problema agudo precisan de control del tratamiento médico, curas, evitar complicaciones junto a necesidad de recuperación funcional por tener el deterioro de sus capacidades durante el ingreso o potenciar las residuales para que su regreso al medio comunitario (domicilio) se realice en unas condiciones adecuadas.
En el momento de pasar a la UME, la orientación de la atención cambia, la prioridad es el control de complicaciones, seguir con la administración del tratamiento crónico y sobre todo revertir los efectos de la inmovilidad y de la perdida funcional, potenciando capacidades residuales e intentando recuperar las perdidas. En este momento el papel de la recuperación funcional es vital para el anciano ya que es en este momento donde se comienza a instaurar medidas de recuperación funcional que apoyen al alta del anciano y faciliten la adaptación del anciano en el momento de volver a su domicilio.

Hospital de Día (HD).

En el HD se realizan terapia física y entrenamiento funcional y potenciación de las actividades de la vida diaria (AVD). Van destinadas a ancianos que estando ya en su medio habitual, domicilio, precisan de mantenimiento o potenciación de su capacidad funcional por recuperación de intervenciones médicas o por declinar tras su ingreso.
En el HD el papel de la recuperación funcional sigue siendo la clave, potenciando y manteniendo las capacidades del anciano y facilitando su adaptación al entorno y evitar complicaciones a través del mantenimiento funcional como caídas y fracturas (Beswick, Rees, Dieppe et al, 2008; Rolland, Abellan van Kan, Bénétos et al, 2008).

Programas de Atención Domiciliaria (desde atención primaria o desde unidades hospitalarias de apoyo).

Desde atención primaria se intenta valorar al anciano en su medio habitual, comprobar los posibles riesgos que puede tener, control de enfermedades, seguimiento del tratamiento y realización de actividades programadas en los distintos planes en los que esta incluida la persona mayor. Además previenen y posponen la mortalidad y la perdida funcional como muestra Sahlen, Dahlgren, Hellner et al (2006).
Dentro de los problemas que se desarrollan en relación a las personas mayores desde Atención Primaria (AP) destacan los enumerados en la siguiente tabla por López Martín y Petidier Torregrossa.

Síndromes geriátricos que precisan mayor desarrollo en Atención Primaria. Modificado de López Martín y Petidier Torregrossa (2008).

SÍNDROMES GERIÁTRICOS	INTERVENCIONES
Polimedicación	Objetivos: • Revisión periódica. • Presencia efectos adversos. Intervención: • Conocer farmacología de la medicación. • Control de la pauta, dosis inicial y efectos. • Detección de iatrogenia y/o efectos secundarios.
Riesgo de caídas	Objetivos: • Identificar barreras • Adaptación vivienda Intervención: • Evitar escaleras, usar material antideslizante, evitar encerados. • Adaptar alturas y accesos a muebles. • Iluminación clara e indirecta, interruptores accesibles. • Retirar alfombras o moquetas.

	• Barandillas en zonas de paso.
Malnutrición: Obesidad y desnutrición	Objetivos: • Obesidad reducir el peso y promover actividad. • Control de presencia de desnutrición. Intervención: • Vigilancia del peso y del IMC. • Control del estado nutricional en ancianos con fragilidad física y pérdida de peso detectada. • Educación sanitaria por la enfermera.
Deterioro cognitivo	Objetivos: • Identificar causas de pérdida de memoria. • Detección precoz del deterioro cognitivo. Intervención: • Valoración del estado cognitivo. • Terapias de rehabilitación de las capacidades cognitivas. • Adaptación del entorno a las necesidades de la persona mayor. • Ejercicios de estimulación cognitiva.
Riesgo de soledad y aislamiento social	Objetivos: • Captación de ancianos que viven solos: Visita domiciliaria. Intervención: • Potenciación de la socialización mediante inclusión en actividades, eventos, etc. • Terapias de entretenimiento, juegos. • Modificación de la conducta en habilidades sociales.
Incontinencia urinaria	Objetivos: • Detectar, diagnosticar y tratar. Intervención: • Detectar presencia de escapes involuntarios, usar diario miccional, identificar tipo de incontinencia y posibles factores de riesgo y causas. • Aplicar cuidados en función del tipo de incontinencia; reentrenamiento del suelo pélvico, reentrenamiento vesical, programación miccional, etc.
Síndrome del estrés de traslado en ancianos itinerantes	Objetivos: • Minimizar los efectos de los traslados. Intervención: • Información mínima que debe acompañar al anciano itinerante: Valoración geriátrica actual, alergias, vacunas, problemas de salud, medicación crónica, estado funcional, cognitiva y emocional. • Apoyo a la familia y seguimiento en atención domiciliaria.

En el ámbito domiciliario la recuperación funcional no se ha potenciado en el ámbito español a pesar de la efectividad de la recuperación funcional en la comunidad como muestran los trabajos de Steultjens, Dekker, Bouter et al (2004), Fisher, Atler y Potts (2007) y Gitlin, Hauck,
Winter et al (2006). En el caso de la enfermera destaca las actuaciones para valorar la independencia de la persona mayor en su domicilio, la detección de barreras arquitectónicas, control de enfermedades crónicas, detección precoz de alteraciones agudas o reagudización de problemas crónicos y la visita a domicilio programada.

Centros de cuidados continuados.

Son centros donde se cuidan a las personas mayores con enfermedades crónicas, con o sin incapacidad, presencia de comorbilidad, deterioro funcional de diferente grado y en ocasiones con problemas sociales. A veces el ingreso es involuntario.

Estos centros son lugares complejos donde se intenta integrar varios elementos:

- La asistencia sanitaria y el control de enfermedades y problemas de salud.
- La recuperación y mantenimiento funcional.
- La integración en un medio social e institucionalizado.
- Habitabilidad y lugar de residencia permanente o temporal.

Dentro de los centros catalogados como residencias pueden y de hecho existen varios tipos y modelos en la actualidad, entre otros puede existir centros de cuidados continuados (CCC) denominados como:

- Residencias.
- CCC con orientación no médica (Nursing Homes inglesas)
- CCC con orientación médica geriátrica y psicogeriátrica.
- Hospital de media-larga estancia.

Es en las residencias donde se mezclan dos actitudes y orientaciones distintas por un lado el medio social caracterizado por el medio de contacto del anciano, su relación con el entorno, profesionales, familiares y amigos y conocidos, junto con el sanitario, la presencia del medico, enfermera, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, psicólogos, hacen que el medio del anciano tengan contacto directo con numerosos profesionales de la salud (Spillman y Lubitz, 2000). De la misma manera ocurre en el centro de día, la diferencia fundamental es que en las residencias pueden ser estancias temporales u permanentes pero que duermen en la propia residencia y los centros de día son estancias diurnas, por una serie de horas al día, sigue siendo un ambiente algo ajeno.

Dentro de los objetivos de los cuidados de larga estancia se encuentran (Kane, Ouslander y Abrass, 1994):

- Proporcionar ambiente funcional y de apoyo que promueva su autonomía, seguridad y bienestar.
- Ofrecer un entorno lo más familiar y doméstico posible.
- Promover las relaciones entre residentes y con el mundo exterior.
- Promover, mantener y recuperar el mayor nivel posible de autonomía funcional.
- Respetar, conservar y promover la autonomía personal en toma de decisiones.
- Alcanzar el máximo grado de calidad de vida, bienestar percibido y satisfacción.
- Prevenir, detectar y tratar de inmediato enfermedades agudas e iatrogénicas.
- Estabilizar y retrasar en lo posible el avance de enfermedades crónicas.
- Proporcionar comodidad y dignidad a personas con enfermedad terminal y a sus familiares.
- Facilitar una adecuada asistencia y atención psicológica a la persona y a su familia en el momento de la muerte.

Además de la atención descrita en estos centros puede tener servicios o unidades especializadas adicionales como unidades de agudos o psicogeriátricas.
En el caso de las unidades de agudos, son unidades o espacios reservados para llevar un control más continuado y cercano de la persona mayor que presenta una enfermedad aguda o reagudización de una crónica. No se pretende sustituir a la hospitalización, sólo mantener en un medio conocido y cercano a la persona mayor que presenta alteraciones y en el que puede permanecer la familia de manera continua. En el caso de las unidades psicogeriátricas, son unidades centradas en trastornos conductuales, alteraciones de la memoria, en patologías específicas como la demencia, etc. En las que se realizan programas específicos de estimulación cognitiva.

En las residencias la frontera entre un profesional y otro dentro del equipo es menos nítida y las actuaciones son más rápidas y eficaces al detectarse e instaurarse medidas de manera más precoz, al estar en un mismo

entorno los medios. Así en caso de declinar funcional agudo con o sin síntomas un médico valora y puede comenzar el tratamiento, la enfermera puede evaluar la presencia de complicaciones, efectos adversos, iatrogenia, detectar alteración en las actividades de la vida diaria de manera precoz, la terapeuta y la fisioterapeuta pueden instaurar la evaluación programada de la capacidad funcional, inclusión en el programa especifico a las necesidades de la persona, adaptarse a sus características por ejemplo en presencia de demencia, etc.

Elementos de abordaje dentro de un centro de cuidado continuados	
• Control del momento del ingreso. • Altas y traslados. • Situación funcional. • Estado Físico • Accidentes • Estado cognitivo • Conducta. • Ánimo	• Sueño • Alimentación y nutrición. • Continencia. • Estreñimiento. • Estado sensorial y comunicación. • Ambiente. • Ocupación y relación. • Abordaje clínico • Integridad de la piel.

Modificada de Pérez del Molino Martín y Sanz-Aranguez Ávila, 2008.

Centros de día.

En este nivel de atención se caracteriza por tener las siguientes finalidades (IMSERSO, 2005):

- Mantener al individuo en su medio, evitando la institucionalización en centros de cuidados continuados.
- Cubrir las necesidades producidas por la dependencia, potenciando las capacidades residuales y evitando problemas de tipo físico, funcional y social.
- Descargas a los familiares y cuidadores principales.
- Se proporcionará una atención integral, interdisciplinar englobando todas las dimensiones de la persona. Se valorarán y se actuarán en el estado físico, funcional, cognitivo, emocional y social.

Dentro de este equipo interdisciplinar, es preciso que el centro de día cuente con:

- Trabajadora social.
- Fisioterapeuta.
- Terapeuta ocupacional.
- Enfermería.
- Auxiliares de enfermería.
- Médico.
- Psicólogo.
- Conductor.

Cada profesional estará integrado en programas específicos y desarrollarán una actividad conjunta destinada a cubrir las necesidades de la persona mayor y de la familia. Las ventajas es el contacto continuo de la familia con su familiar, el cuidado durante una serie de horas y descarga familiar. Así como la inclusión en programas específicos a sus necesidades. Así habrá ancianos que precisen de estimulación cognitiva, otros funcional mediante programas de terapia ocupacional o de rehabilitación con una fisioterapeuta. En el caso de enfermería destacan una serie de actividades.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
• Presencia de enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos. • Medicación y alergias. • Efectos secundarios, adversos o paradójicos de la medicación.

- Antecedentes de hábitos tóxicos.
- Necesidades de respiración, alimentación, eliminación, movimiento, descanso y sueño, vestir adecuadamente, realización y estado de la higiene corporal, mantenimiento de la termorregulación, capacidad de evitar peligros del entorno, ser capaz de comunicarse, expresar emociones y necesidades, realizar actividades que permitan realizarse, tener actividades de ocio y recreo y ser capaz de seguir culto acorde a su religión.
- Antecedentes de caídas y riesgo de sufrir accidentes.
- Valoración funcional y mental previa.
- Uso de ayudas técnicas.
- Evolución de las actividades de la vida diaria y autonomía personal.

2.3. Equipo interdisciplinar.

Los beneficios que los equipos interdisciplinares en geriatría aportan son múltiples. Existen estudios como los de Keough, Field y Gurwitz (2002), Caplan, Williams, Daly y Abraham (2004) y los de Melis, van Eijken, Teerenstra et al (2008) en los que avalan la intervención multidisciplinar como un elemento clave en la atención del anciano, sobre todo en situaciones de vulnerabilidad.
Es preciso destacar que la interdisciplinariedad en geriatría, mas que un ideal o utopía a conseguir es una realidad que se manifiesta por el desarrollo de programas comunes entre los diferentes ámbitos de la atención al anciano, ya sea en hospitales, como en atención primaria y en servicios sociales.

Dentro de la relación interdisciplinar de la enfermería con los diferentes profesionales, a nivel funcional y de las actividades de la vida diaria, destaca la relación con los terapeutas ocupacionales. Es preciso desarrollar la relación entre estos profesionales por el poco desarrollo en conjunto que han tenido hasta la fecha.

- Interdisciplinariedad de la enfermería y la Terapia Ocupacional.

Dentro del medio hospitalario la enfermera debe encargarse de administrar el tratamiento prescrito, evaluar posibles efectos adversos del tratamiento, detección de complicaciones de manera precoz y aplicar cuidados para cubrir las necesidades de la personas mayor en todos sus aspectos, no solo físicos, también funcionales, emocionales, cognitivos y sociales. En el momento de estabilización del anciano enfermo y de su traslado por ejemplo a UME, la relación con la TO es vital ya que la TO precisa conocer como se encuentra la persona mayor para poder incluirla en un programa de actividades, que tratamiento se le ha administrado, si existe presencia o no de dolor, capacidad de traslado, horarios, si ha comido o no y como se desenvuelve a nivel de las actividades básicas de la vida diaria para poder evaluar la efectividad de las medidas instauradas. Por otro lado la enfermera debe conocer que programa esta aplicando la TO, que ejercicios o actividades predominan, para poder realizar el seguimiento del paciente y ver si existe una mejora o no, además debe coordinarse con la TO para administrar la pauta del tratamiento prescrito de manera adecuada para que no tengan efectos negativos sobre las actividades que se realicen durante la sesión de terapia ocupacional:
Como ejemplos tenemos la administración de hipnóticos y analgésicos antes de las sesiones, el hipnótico provocaría somnolencia y perdida de esa sesión, mientras que el analgésico daría un margen antiálgico para poder realizar las actividades de manera correcta sin limitación por el dolor.
Así mismo es fundamental la comunicación continua entre la enfermera y la TO para poder informar de manera correcta y con la misma información a las familias. Una buena comunicación y una concordancia entre los aspectos de cuidados y terapia ocupacional dan confianza al mostrar una coordinación entre los profesionales que cuidan y tratan a sus familiares.

De igual modo en el medio residencial esta relación e interdisciplinariedad se debe mantener. Al ser la residencia un medio en el que integra los aspectos sociales con los sanitarios, la estructura y dinámica de la organización no están rígida o severa con las pautas y actividades de las personas mayores, la residencia es su casa, su medio social en el que duermen, conviven, se relacionan, se les trata y se les cuida, por lo que se debe ser flexible y adaptarse a las particularidades de este medio. De este modo la enfermera puede detectar de manera precoz a determinados residentes que tras su ingreso hospitalario o tras una estancia con la familia ha perdido capacidad funcional y derivarlos a la TO para una valoración más exhaustiva y de esta manera integrarla en un programa lo más pronto posible en función de la pérdida y de su capacidad de autonomía en

las AVD. Por otro lado al ser la residencia un medio común para todos, en el que continuamente profesionales y residentes se encuentran, conviven y se relacionan la presencia de limitación funcional, uso de ayudas técnicas (AATT) y otros aspectos relacionados con su estado físico y funcional son habituales la detección no reglada y convencional de problemas o por la propia demanda de la persona mayor o por la detección no programada de problemas al observar como deambula un residente por la residencia o como usa los cubiertos al comer o por la manera de vestir y de colocarse el calzado.

Tabla 4. Medidas de intervención interdisciplinar de la enfermería y la terapia ocupacional en algunos problemas de centros de larga estancia.

PROBLEMAS	**INTERVENCIÓN ENFERMERÍA**	**INTERVENCIÓN DE TO**
Depresión	• Control de pauta farmacológica, efectos y presencia de iatrogenia. • Relaciones sociales, cambio de conducta y comportamiento. • Afectación de las actividades de la vida diaria básicas.	• Valoración de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria básica e instrumental. • Realización de actividades recreativas. • Adaptar el ambiente y el entorno habitual. • Control del manejo de AATT.
Dificultad para las AVD y deterioro funcional	Con presencia de inmovilidad • Valoración de las AVD básicas. • Estado de la piel, higiene. • Detección precoz de complicaciones derivadas de la inmovilidad y deterioro funcional progresivo de tipo cardiovascular, respiratorias, cutáneas, digestivas, osteomusculares, etc. • Realización de medidas para evitar presencia de úlceras por presión. • Control nutricional y estado físico. • Medidas durante el encamamiento, potenciar la sedestación precoz y medidas de bipedestación progresiva.	Sin presencia de inmovilidad • Valoración de las AVD básicas e instrumentales. • Capacidad de manejo de AATT. • Riesgo de caída o lesión. • Medidas específicas para potenciar actividades residuales o recuperar las pérdidas respecto a comer, vestirse, realizar el aseo, lavarse, andar, subir y bajar escaleras y calzarse. • Medidas específicas para potenciar su autonomía e independencia en el entorno habitual; domicilio, pasillos de residencia, salón, comedor, parque… • Programas de ocio y recreo que potencien las anteriores.
Caídas	• Realizar valoración geriátrica en aspectos funcionales y mentales. • Valoración de antecedentes de caídas previas, factores de riesgo por enfermedades, entorno, etc. • Detección precoz de síndrome poscaída en caso de caídas previas.	• Desarrollar programas específicos en caso de debilidad muscular, alteración de la marcha, sentarse- levantarse, subir y bajar escaleras y tendencia progresiva a la inmovilidad. • Educación y formación de cuidadores, gerocultoras, auxiliares en el manejo de

	• Minimizar uso de restricciones físicas. • Control farmacológico. • Proporcionar un ambiente seguro, confortable y orientador.	ayudas técnicas para la deambulación. • Proporcionar un ambiente seguro, confortable y orientador

De la misma manera tanto la enfermera como la TO deben adaptarse a las circunstancias y necesidades de los pacientes y adquirir habilidades y conocimientos de una u otra disciplina para poder ensamblar todas las disciplinas que componen el equipo interdisciplinar en beneficio del anciano, no es realizar acciones o funciones de otro profesional sino integrar dentro del marco conceptual de cada miembro que existen mas disciplinas que pueden aportar otro punto de vista y manejar otro tipo de problemas que tal vez por nuestra formación no podemos o no sabemos identificar. Un ejemplo es el trabajo de Inventor, Henricks, Rodman et al (2005) respecto a la interdisciplinariedad y cambio de roles de los miembros de su equipo en al manejo de pacientes psiquiátricos ancianos.

La presencia de equipo interdisciplinar confluyendo en un mismo medio de manera continua y simultáneamente permiten detectar de manera precoz complicaciones, facilitar la comunicación y la visión desde distintos puntos de vista disciplinares y realizar actividades en conjunto que ayudan a evitar y minimizar los riesgos y problemas de la persona mayor con limitación funcional.

En estos últimos casos el contacto con la familia y amigos de las personas mayores adquiere otro significado respecto al profesional debido a que tanto la persona mayor como su familia pueden acceder al profesional sin ningún tipo de problema o barrera organizativa. El acceso al profesional y la demanda de información y evolución de su familiar es más directo y continuo. Por otro lado al ser residentes que viven en la residencia el contacto es más cercano y conocido, la rotación de personas mayores en los centros es muy lenta siendo las mismas personas, por lo que confluyen múltiples elementos; los profesionales, las actividades de estos, la vida del anciano, su vivienda y medio habitual de vida, amistades, familiares, la dinámica organizativa del centro, la enfermedad, la presencia de fallecimientos y la pérdida funcional. Todos estos son elementos con los que conviven y desarrollan su trabajo día a día las enfermeras y las TO de estos centros.

2.4. Conclusiones.

El deterioro funcional de las personas mayores es un proceso dinámico, multifactorial y potencialmente reversible. Esta potencialidad se basa en las actuaciones en conjunto de multitud de profesionales que trabajan en los distintos ámbitos donde viven las personas mayores.
La presencia de la interdisciplinariedad como elemento básico de trabajo es más una necesidad para las personas mayores que un objetivo común de aportar una visión más o menos completa de cada uno de los problemas.
Esta interdisciplinariedad de la enfermería y la terapia tienen un beneficio muy tangible, la detección precoz de deterioro funcional y afectación de las AVD en mayor o menor grado, y unido a esta la implantación de medidas destinadas a resolverlas las causas que producen el deterioro, potenciar las capacidades residuales, recuperar las perdidas y sobre todo facilitar la mayor e independencia y autonomía posibles a la persona mayor.
La autonomía es uno de los elementos imprescindibles para promover una vida saludable y prevenir multitud de problemas físicos, funcionales, cognitivos, emocionales y sociales.

2.5. Bibliografía.

- Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman- Hill, R., Horwood, J., Ebrahim, S.. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 371(9614),725-735.
- Caplan, G.A., Williams, A.J., Daly, B., Abraham, K. (2004). Randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. J Am Geriatr Soc,52(9),1417-23.
- Fisher, A.G., Atler, K., Potts, A. (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. Scand J Occup Ther, 14(4), 240-9.

- Gitlin, L.N., Hauck, W.W., Winter, L., Dennis, M.P., Schulz, R. (2006). Effect of an in-home occupational and physical therapy intervention on reducing mortality in functionally vulnerable older people: preliminary findings. J Am Geriatr Soc, 54(6), 950-5.
- Gullien Llera, F. (2008). Asistencia geriátrica sectorizada. Esquemas Asistenciales. En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino Martín, R. Petidier Torregrosa, (eds.), Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. (2ª ed). (pp.83- 91). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2004). Guía 2004. Residencias para mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2005). Centros de Día y Dependencia: Modelos y perspectivas en las grandes ciudades. Ayuntamiento de Madrid.
- Inventor, B.R., Henricks, J., Rodman, L., Imel, J., Holemon, L., Hernandez, F. (2005). The impact of medical issues in inpatient geriatric psychiatry. Issues Ment Health Nurs, 26(1), 23-46.
- Kane, R.L., Ouslander, J.G., Abrass, I.B. (1994). Essentials of Clinical Geriatrics. (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Keough, M.E., Field, T.S., Gurwitz, J.H. (2002). A model of community-based interdisciplinary team training in the care of the frail elderly. Acad Med, 77(9), 936.
- LLera Guillén, F. y del Valle Operé, I. (2008). Unidades de hospitalización en geriatría. En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino Martín, R. Petidier Torregrossa, (eds.), Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. (2ªed). (pp.107-115). Barcelona: Elsevier-Masson.
- López Martín, I., Petidier Torregrossa. (2008). Geriatría y atención primaria de salud. En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino Martín, R. Petidier Torregrossa, (eds.), Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. (pp.125-126). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Melis, R.J., van Eijken, M.I., Teerenstra, S., van Achterberg, T., Parker, S.G., Borm, G.F., van de Lisdonk, E.H., Wensing, M., Rikkert, M.G. (2008). A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 63(3), 283-90.
- Pérez del Molino Martín, J. y Sanz-Aranguez, Ávila, M.J. (2008). La asistencia en centros de cuidados continuados (residencias). En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino Martín, R. Petidier Torregrossa, (eds.), Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. (2ªed). (pp.167-191). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Phan, H.M., Alpert, J.S., Fain, M. (2008). Frailty, inflammation, and cardiovascular disease: evidence of a connection. Am J Geriatr Cardiol, 17(2),101-7.
- Rolland, Y., Abellan van Kan, G., Bénétos, A., Blain, H., Bonnefoy, M., Chassagne, P., Jeandel, C., et al. (2008). Frailty, osteoporosis and hip fracture: causes, consequences and therapeutic perspectives. J Nutr Health Aging, 12(5), 335-46.
- Sahlen, K.G., Dahlgren, L., Hellner, B.M., Stenlund, H., Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality- a controlled trial with time-limited results. BMC Public Health, ;6:220.
- Spillman, B.C., Lubitz, J. (2000). New estimates of lifetime nursing homes use: have patterns of use changed? Med Care, 40, 965-75.
- Steultjens, E.M., Dekker, J., Bouter, L.M., Jellema, S., Bakker, E.B., van den Ende, C.H. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. Age Ageing, 33(5),453-60.
- Topinková, E. (2008). Aging, disability and frailty. Ann Nutr Metab, 52 Suppl 1,6-11.