
MULTIMED 2018; 22 (2)

MARZO-ABRIL

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA

Propuesta de intervención para mejorar la atención integral al adulto mayor

Intervention proposal to improve comprehensive care for the elderly

MsC Long. Satisf. Sheila Virgen Pons Delgado, ^I Lic. Enferm. Veneranda Elsa Delgado Labrada, ^{II} Lic. Enferm. Silvia Oliva Reyes, ^{III} Lic. Enferm. Alcibiades Piña Delgado, ^{IV} Lic. Educ. Maydolis Guerrero Viltres, ^{IV} Lic. Enferm. Gloria Manuela Pacheco González. ^{IV}

^I Policlínico Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma. Cuba.

^{II} Hospital Ginecobstétrico Fé del Valle Ramos. Manzanillo. Granma. Cuba.

^{III} Hospital Psiquiátrico Manuel Fajardo Rivero Manzanillo. Granma. Cuba.

^{IV} Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal donde se recoge la problemática que existe en el Consejo Popular del área de salud Consultorio Médico de Familia No. 9 de la Policlínica 1 docente universitaria Francisca Rivero Arocha del municipio Manzanillo, provincia Granma en cuanto a la atención integral del adulto mayor por el equipo multidisciplinario de atención gerontológico y a partir de ahí se propone una estrategia que permite perfeccionar la atención y seguimiento de este grupo de edad desde el contexto institucional y familiar. El problema de la investigación está determinado

en: ¿cómo perfeccionar la atención integral al adulto mayor en el Consejo Popular No. 6 por el equipo multidisciplinario de atención gerontológica? Para lograr los objetivos propuestos se analizaron las estadísticas del área de salud del programa del adulto mayor. Los datos obtenidos se procesaron de forma computarizada y se presentaron en tablas para su mejor comprensión, se trabajó con número y porcentaje como medida resumen. El programa del adulto mayor evidenciará sin dudas mejores resultados a partir de la efectividad de las acciones de la estrategia propuesta, lo cual se materializa en el perfeccionamiento del funcionamiento del equipo multidisciplinario de atención gerontológica.

Palabras clave: adulto mayor, propuesta de intervención, atención integral.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out to collect the problems that exist in the popular council of the health area of the doctor's medical clinic no. 9 of the 1 university teaching clinic Francisca Rivero Arocha, Manzanillo municipality, Granma province. Comprehensive care for the elderly by the multidisciplinary team of gerontological care and from there a strategy is proposed that allows improving the care and monitoring of this age group from the institutional and family context. The problem of the investigation is determined in: how to perfect the integral attention to the greater adult in the popular council no. 6 by the multidisciplinary team of gerontological attention? To achieve the proposed objectives, the health area statistics of the elderly program were analyzed. The data obtained were processed in a computerized way and presented in tables for better understanding, we worked with number and percentage as a summary measure. The program of the older adult will undoubtedly show better results from the effectiveness of the actions of the proposed strategy, which is materialized in the improvement of the operation of the multidisciplinary team of gerontological care.

Key words: aged, interdisciplinary research, comprehensive health care.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifra que alcanza 18,3 % de la población con 60 años y más, se espera que para el 2025 este grupo alcance más del 25 % de la población total, siendo uno de los países más envejecidos de América Latina, también se estima que en 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años se duplicará, se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo periodo.¹

La atención primaria constituye el medio sanitario principal y mayoritariamente de primera referencia para la población; por tanto, debe ser tenido en cuenta en las estrategias y decisiones enfocadas a abordar el progresivo envejecimiento de ésta. Las actividades básicas que habría que desarrollar deberían ser la formación en el campo geriátrico de manera adecuada y práctica, facilitar la expansión de las actividades sistemática con efectividad suficientemente probada y fomentarla investigación para seguir adecuando nuestras intervenciones.

El sistema de salud cubano tiene como elemento fundamental en su estructura al médico y a la enfermera de la familia, que constituyen el primer nivel de atención médica, capaz de atender los aspectos médicos, la vigilancia continua y ambulatoria, el ingreso domiciliario y el desarrollo de amplios planes de promoción, prevención y asistencia médico-social en las personas, incluidas las de la tercera edad.²

El respeto al adulto mayor es un problema político, cultural y ético. Garanticemos la realización de un ambiente humano, social y espiritual en cuyo seno todas las personas, pero particularmente los de más edad, puedan vivir de forma plena y digna, puedan gozar del derecho a amar y ser amados.³

En el municipio Manzanillo la atención al Programa del Adulto Mayor abarca varias áreas de salud donde se prioriza a los pacientes con necesidad de ayuda social, así como a los adultos mayores solos que no tengan familiares que encargados de su cuidado. Se les brinda atención y control con el cumplimiento del Programa del Adulto Mayor, en las instituciones como Casa de Abuelos y Hogar de Ancianos. Aún, se pudo constatar que existen insuficiencias que desfavorecen una óptima atención a estas personas debido a la gran población en esta edad en relación con el déficit de instituciones destinadas para ingreso de este grupo de edades.

En el Consejo Popular No. 6 existe también una atención integral al adulto mayor a través de un equipo multidisciplinario gerontológico en los consultorios de médico de la familia y Casas de Abuelos, detectándose la insuficiente capacidad y déficit en las instituciones especializadas para esto, en el caso de un Hogar de Ancianos. Es insuficiente la frecuencia de consulta a los adultos mayores por parte del equipo gerontológico. No reciben la atención de especialistas que no existen en el área y que pertenecen a la atención secundaria,

dificultándose los traslados de estas personas hasta el hospital por su avanzada edad.

El adulto mayor es un paciente que ha experimentado cambios tanto físicos como psicológicos en todo el trayecto de su vida por lo que, ha sufrido pérdidas de familiares allegados o han sido objetos de abandono familiar. Es un grupo vulnerable a muchos problemas por lo que se requiere de una atención por un grupo de especialistas para lograr una vejez feliz.

En el Consejo Popular No. 6 en el área de salud se ha venido trabajando para lograr perfeccionar una atención integral al adulto mayor y se ha comprobado en las visitas del terreno que aún existen dificultades en este grupo de edades, particularmente en el CMF No.9, de ahí la necesidad de realizar una investigación donde se plantea como problema científico, ¿cómo mejorar la atención integral al adulto mayor en el Consultorio del Médico de la Familia No. 9 perteneciente al Consejo Popular No. 6 por el equipo multidisciplinario de gerontología, el cual se enmarca en la atención al adulto mayor que constituye el objeto de la investigación.

La siguiente idea científica al constituir el presupuesto hipotético guía el accionar investigativo y consiste en que el perfeccionamiento de la atención integral al adulto mayor a través de una estrategia por parte el equipo multidisciplinario y el equipo básico de la Policlínica 1 de Manzanillo en el CMF No.9 fortalecerá la calidad de la atención y prolonga la vida de estas personas.

Objetivo: elaborar una estrategia de intervención para mejorar la atención integral que le brinda el equipo multidisciplinario a los adultos mayores del CMF No. 9 del Policlínico 1 de Manzanillo.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para caracterizar la atención que le brinda el equipo multidisciplinario a los adultos mayores del CMF No.9 del Policlínico 1 de Manzanillo, durante el período marzo - julio 2016 y proponer una estrategia de intervención para mejorar la atención integral a estos gerontes.

El universo está constituido por 250 adultos mayores de 60 años del CMF No.9 y la muestra de tipo intencional la conforman 150 gerontes lo que representa el 60 % entre los métodos

de investigación utilizados están los teóricos y los empíricos, entre los teóricos se utilizaron, el analítico sintético y el inductivo deductivo, que permitieron el proceso de revisión bibliográfica, el estudio de los documentos para la obtención de la información, en las conclusiones y recomendaciones, el de la modelación, que permitió diseñar la estrategia de intervención, en todas sus dimensiones, desde su estructura hasta sus particularidades, sistémico estructural funcional, que permitió la interrelación de los componentes del programa.

Entre los empíricos se utilizaron la observación, que permitió detectar el problema, el cuestionario a través del que se obtuvo la información, el análisis de documento, que permitió a través de las fichas familiares el estudio de las hojas de cargo y las estrategia de atención al adulto mayor, también se utilizó la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF), con el objetivo de determinar una evaluación funcional del adulto mayor, el índice de KATZ, escala cualitativa: con el objetivo de medir la capacidad funcional en el adulto mayor, con el objetivo de proporcionar al equipo multidisciplinario una descripción cualitativa y cuantitativa de la capacidad funcional del paciente, además el instrumento para evaluar al adulto mayor según funcionamiento familiar.

Criterio de expertos: para obtener juicios valorativos acerca de la concepción teórica manejada en la elaboración del programa de capacitación, estructura, relaciones y funciones que esta debe cumplir y su posible efectividad, de aplicarse en la práctica educativa. Los instrumentos utilizados se elaboraron por la autora principal, para la confección y aprobación de este se tuvieron en cuenta el criterio de 10 expertos entre especialistas de medicina general integral, enfermería y psicología.

El procesamiento estadístico de la información se realizó empleando números absolutos, porcentuales e índices, además se utilizaron técnicas descriptivas para tabular y valorar los resultados.

Para la evaluación de la concepción de la estrategia y su posible efectividad una vez puesta en práctica se utilizó el método de criterio de experto y la estadística descriptiva.

Para la utilización de este método se realizó la selección de los expertos, para ellos de un total de 13 candidatos a expertos se seleccionaron 10, elegidos a partir de la actividad profesional que realizaban y su experticia, se utilizó la metodología de la preferencia con el

fin de precisar el grado de concordancia, en las valoraciones dadas por los expertos, se calculó el coeficiente de concordancia de Kendall, así como su significatividad.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que el grupo de edad más representativo fue de 65 y más años (52 %), incidió el sexo masculino (55,8 %).

Tabla 1. Estructura de la población adulta mayor según edad y sexo.

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64 años	30	44.1	42	51.2	72	8
65 y más	38	55.8	40	48.7	78	52
Total	68	45.3	82	54.6	150	100

En cuanto a la dispensarización, tabla 2, se puede observar que el grupo III con 74 pacientes (49,3 %) que presentaron enfermedades asociadas.

Tabla 2. Dispensarización de la población adulta mayor en el consultorio No. 9.

Grupo dispensarial	Pacientes	%
Grupo I	0	0
Grupo II	48	32
Grupo III	74	49.3
Grupo IV	28	18.6
Total	150	100

Relacionado con la convivencia, se encontró, tabla 3, que la mayoría de los gerontes viven solos, lo que representó el 15,3 %; el 12,6 % con otros adultos mayores y el 10 % con personas que consumen alcohol u otras sustancias. Es importante destacar que el número de senescentes con necesidad de incorporarse a las casas de abuelos son 87 (58 %).

Tabla 3. Adultos Mayores según convivencia.

Gerontes según convivencia	No.	%
Viven solos	23	15.3
Con otros adultos mayores	19	12.6
Con una persona discapacitada	3	2
Con una persona enferma mental	3	2
Con un alcohólico o drogadicto	15	10
Con necesidad de ir a las casa de abuelos	87	58
Total	150	42

En la evaluación geriátrica el mayor número correspondió al adulto mayor frágil con 95 gerontes (62 %). (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según su evaluación geriátrica.

Evaluación geriátrica	No.	%
Adulto mayor frágil	93	62
Adulto mayor vulnerable	57	38
Adulto mayor en estado de necesidad	0	0
Total	150	100

DISCUSIÓN

En el mundo las personas mayores de 60 años aumentaron en el siglo XX, desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en la de los años 90 del propio siglo; estimándose que para el 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos, concomitantemente se incrementa el grupo de los "muy viejos", o sea aquellos mayores de 80 años, quienes en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % para los de menor desarrollo; por ejemplo, en Italia se estima que habrá más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el 2024 y en China en el 2050, 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años.⁴

El nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente

relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente, como se espera de los que ejercen en una profesión determinada, es así que de la competencia profesional del personal de salud depende la selección y ejecución de las acciones más efectivas y eficientes que conviene al problema de salud afrontado, aún con las limitaciones de los recursos existentes, la conceptualización prevalente parece ser la que propuso Shortell, que plantea que hay calidad en la medida que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.⁵

En el proceso establecido para la atención al adulto mayor, el paciente acude al consultorio, es dispensarizado y se le realiza la pesquisa primaria de salud o evaluación gerontológica, y una vez realizado este procedimiento se puede remitir al EMAG, donde se le efectúa una evaluación psicológica, social y clínica más profunda, es allí donde se decide si el paciente se remite a un centro hospitalario, si se comienzan los trámites de expediente para una institución social, o si el problema del adulto mayor se resuelve en el área con el equipo de salud.

No siempre la soledad es percibida como un grave problema entre las personas mayores, Havinghurst⁶ encontró que menos de la quinta parte de las personas mayores de 60 años afirmaban que no tener amigos suficientes era un problema serio por el contrario en Cuba, los últimos sondeos realizados sitúan al sentimiento de soledad entre los primeros temores de las personas adultas mayores.

Muchos autores, entre ellos Liang⁷ se refieren en cuanto a las diferencias entre soledad y aislamiento, en este cuadro se analiza la presencia de adultos mayores solos, o con un acompañamiento que lejos de darle seguridad y apoyo le puede provocar entre muchos otros trastornos de depresión, además de un inadecuado manejo y cuidado.

De ellos 23 viven completamente solos, que representa un 15.3 %, y 15 viven mal acompañados que representa un 10 %, esto demuestra la necesidad de intensificar las acciones del equipo multidisciplinario en cuanto al seguimiento y apoyo a estos adultos, incluso a sus familiares o acompañantes.

El resultado de la tabla se corresponde con el fenotipo de fragilidad en el que se expresa con la presencia de al menos tres de los criterios que se declaran. En la variable, estos marcadores ya cuentan con una evidencia importante y se han incluido en la investigación

para evidenciar su comportamiento en la población adulta mayor, los estudios que han desarrollado instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos de marcadores de fragilidad son múltiples, lo que permite el diagnóstico temprano y la aplicación de un plan intervencionista oportuno.

El reconocimiento, análisis e intervención es lo más importante en el enfoque de la fragilidad, debiéndose concebirla como el modelo actual de la práctica cotidiana en la atención al adulto mayor, las investigaciones en este sentido se tornan prometedoras y dinámicas.

En Cuba con la implementación de los equipos multidisciplinarios de atención gerontológico (EMAG), enmarcados en la atención primaria, se dieron los pasos iniciales más importantes en esta atención, implementándose en el pesquisaje primario de salud al adulto mayor, algunos de los indicadores en la detección al "adulto mayor frágil" que meritaba remisión a este servicio (EMAG) por parte de los médicos de familia, y de ahí a la atención secundaria de ser preciso.

A estos indicadores iniciales (actualmente muchos modificables), hay que sumarles ahora todo el nuevo conocimiento que se va desarrollando de una manera vertiginosa, independientemente de estos logros, consideramos aún insuficiente este abordaje, dado entre otras por el escaso crecimiento de recursos humanos en estas temáticas.

Los profesionales vinculados a este tipo de atención deben estar actualizados y motivados en el conocimiento y desarrollo de las investigaciones en estos temas, el bienestar de nuestros adultos mayores dependerá de ello, el buen manejo de adultas/os mayores frágiles y su intervención oportuna es lo que permitirá elevar la esperanza de vida con calidad y lograr una longevidad satisfactoria, propósito fundamental de nuestro sistema de salud.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en la comunidad, por lo que no existe evidencia que estos sean los marcadores que han de tenerse en cuenta en la atención secundaria; en el marco comunitario se debe diagnosticar la fragilidad, siendo la prevención de la pérdida funcional, discapacidad y mortalidad el papel clave del médicos de familia, en el marco asistencial hospitalario el adulto mayor enfrenta una problemática distinta, por ello las investigaciones deben desarrollarse en este sentido y

ampliarse los estudios en la atención primaria de salud, ya que no existen en Cuba caracterizaciones de esta población que nos permitan establecer nuestros propios marcadores, sobre todo cuantitativos.

Se refleja el número de adulto mayores con necesidad de incorporarse a instituciones de atención al anciano, este resultado responde y está en correspondencia con resultados anteriores en torno a la cantidad de adultos mayores que se encuentran solos y con una inadecuada compañía, unido a la gran cantidad de adultos que se evalúan como frágiles esto es un problema que está generalizado en todas las áreas de salud de la policlínica 1 y de las demás policlínicas del municipio, pues solo se cuentan en todo el municipio 5 casa de abuelos y 6 hogares de ancianos para una población general de adultos mayores de 126124, distribuidos de la siguiente forma:

- ✓ Policlínica 1----- 50104 adultos mayores
- ✓ Policlínica 2 ----- 31276 adultos mayores
- ✓ Policlínica 3 ----- 20142 adultos mayores
- ✓ Policlínica 4 ----- 17287 adultos mayores
- ✓ Policlínica 5 ----- 7315 adultos mayores

Para la evaluación geriátrica que se le realiza al adulto mayor, se revisaron las historias clínicas, en 51 de ellas estaban bien elaboradas cumpliendo con el programa de evaluación a partir de las tres etapas, no siendo así en 99 de las historias clínicas revisadas, que representa el 66 -%, lo que demuestra que existen insuficiencias al respecto.

Si se tiene en cuenta los beneficios de la evaluación geriátrica los facultativos serán capaces de comprender la necesidad de realizar adecuadamente la misma, pues es prioridad del programa de atención al adulto mayor, identificar a los adultos mayores con riesgos de enfermar y morir, así como garantizarles todas las atenciones y servicios necesarios para garantizarle una vejez satisfactoria.

Si es importante destacar que de manera psico-perceptual en el área de salud que se realiza la investigación de un total de 150 adultos mayores, existe un grupo insatisfecho con las acciones recibidas lo que indica que el equipo multidisciplinario debe de reforzar sus acciones preventivas y de promoción en función de garantizar una mejor calidad de vida de

los gerontes.

En cuanto al cumplimiento del programa de atención al adulto mayor en el área de salud donde se realiza la investigación se evaluó de insatisfactorio a partir de que no tiene establecido adecuadamente las estrategias dirigidas a dar respuesta a las necesidades bio-sociales del adulto mayor, al no realizar adecuadamente una evaluación multidisciplinaria y multidimensional de todos los adultos mayores residentes en la comunidad.

Lo anterior indica que se están violando los objetivos y propósitos de este programa, que es contribuir a lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el sistema nacional de salud, en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado involucradas en esta atención, y donde debe tener en cuenta como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas además los resultados anteriores demuestran que no se está cumpliendo adecuadamente con las indicaciones de este programa.

Los indicadores evaluados del programa nos permitieron crear y proponer un programa o una estrategia de capacitación que elevará el nivel de competencias de los profesionales de la atención primaria que deben trabajar con el adulto mayor, lo cual elevará sus conocimientos y mejorará la atención integral brindada.

PROGRAMA INTERVENCIÓN

En su estructura se distinguen tres momentos, (Proyecciones, propuestas preventivas, acciones destinadas a promover salud individual, familiar y de la comunidad). Lo antes expuesto permite proponer un conjunto de **proyecciones** necesarias para enriquecer y dar seguimiento a las acciones que a continuación se proponen en la estrategia.

- ✓ Identificar en el grupo etáreo de 65 y más, los ancianos con riesgos a fragilidad, se evaluó el 100% de por el equipo básico de salud y enviarlos a valoración por el EMAG. Proyecciones
- ✓ Que los adultos mayores tengan mejor accesibilidad a las consultas de especialistas que no tenemos en el área de salud.

- ✓ Que exista preparación de profesionales que sean capaces de brindar una atención integral al adulto mayor diariamente.
- ✓ Por la cantidad de adultos mayores que están solos se hace necesario abran institución de este tipo además la población continua en el envejecimiento y serán mayores los ancianos con aspiraciones de asistir a un centro de este tipo.
- ✓ Continuar el desarrollo de este programa de atención integral al adulto mayor y realizar estudios posteriores que demuestren la necesidad de incrementar el número de instituciones de salud que se dediquen a su atención. Propósitos.
- ✓ Transformar las estrategias dirigidas a dar respuesta a las necesidades biosociales del adulto mayor para promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud del adulto mayor. Así como garantizarles a estos la búsqueda de solución a sus problemas en todos los contextos y servicios de salud.

PROPUESTA PREVENTIVA

Sobre la base de lo antes expuesto, la propuesta preventiva se sustenta en acciones destinadas a promover salud individual, familiar y de la comunidad. Prevenir la aparición de las enfermedades, al proteger al individuo, conociendo las causas y los factores de riesgo (prevención primaria); garantizar una mejor calidad en la asistencia médica, para tratar de identificar en el período presintomático, la enfermedad establecida para de forma temprana prevenirla (prevención secundaria) y por ultimo propiciar una atención cada vez más integral, continua y accesible a reducir o eliminar las deficiencias, discapacidades y minusvalía a través de la rehabilitación física, mental y social del individuo (prevención terciaria).

A continuación se exponen algunas consideraciones generales para el manejo al paciente adulto mayor en cada atención y que forman parte de la estrategia.

PREVENCIÓN PRIMARIA

(Destinada a la población adulta mayor en general).

- ✓ Atención integral a las personas mayores de 60 años, dispensarizadas en el Grupo II, a través de consultas especializadas y por su área de salud
- ✓ Crear círculos de abuelos donde se traten temas como estrés, adicción, hábitos alimentarios, etc. a través de charlas educativas, cara – cara, en consulta, videos debates.
- ✓ Charlas educativas, haciendo énfasis sobre los factores de riesgos que favorecen la

aparición de las enfermedades crónicas, así como sus complicaciones.

- ✓ Lograr el desarrollo de capacidades y actitudes, mediante un adiestramiento para incorporar al trabajo socialmente útil
- ✓ Lograr la creación de la universidad del Adulto mayor en el área de salud.
- ✓ Detectar la presencia de factores predispones a la depresión.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

(Destinada a la población de riesgo)

- ✓ Dispensarización del 100% de la población adulta mayor.
- ✓ Evaluación del 100% de la población adulta mayor.
- ✓ Divulgación de forma sistemática a través de medios de difusión masiva como radio, televisión, aspectos sobre atención al adulto mayor.
- ✓ Realizar actividades con el núcleo familiar tales como charlas educativas dinámicas de grupo familiar, utilizando técnicas participativas que contribuyan a mejorar la funcionabilidad de sus integrantes.
- ✓ Ofrecer seguimiento sistemático a adultos mayores en riesgo de fragilidad para que adopten una actitud responsable, promoviendo cambios en el estilo de vida, (fomentar la participación en actividades recreativas, pasatiempos, actividades culturales, deportivas, etc.

PREVENCIÓN TERCIARIA

(Destinada a los enfermos)

- ✓ Identificar el grado de invalidez o minusvalía en el paciente adulto mayor ,
- ✓ Crear equipo multidisciplinario en cada consejo de poblado para la adecuada atención de los adultos mayores
- ✓ Seguimiento y control de todos los pacientes dispensarizados.
- ✓ Garantizar la atención especializada de esta población tanto de médicos como tecnólogos de la salud en labores de terreno o consultas.

ACCIONES DESTINADAS A PROMOVER SALUD INDIVIDUAL, FAMILIAR Y DE LA COMUNIDAD

- ✓ Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Para ello se deben de utilizar técnicas propias de la de promoción de salud, donde todo el equipo tiene su función determinada, pero el trabajador social y el psicólogo/a le corresponde un papel determinante.

- ✓ Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución. Aquí el seguimiento y cumplimiento de las consultas y visitas al hogar son fundamentales, donde el facultativo y su equipo de enfermería juegan el rol fundamental.
- ✓ Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad. Se debe tener en cuenta las diferentes patologías y los niveles de fragilidad de los pacientes adultos mayores, así como el grupo dispensarial al que corresponden. Aquí todo el equipo básico juega su rol determinado, pero el facultativo o médico es el principal miembro en la garantía de la atención.
- ✓ Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria. Aquí es importante el seguimiento de los adultos mayores a partir de las patologías que presentan, además el trabajo con la familia de estos es muy importante, a partir de que estos son los principales cuidadores de estos, aquí el equipo completo debe estar involucrado, y debe planificarse las visitas a la comunidad y a la familia de acuerdo a las prioridades que presenten los adultos mayores.
- ✓ Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor. Aquí a través de las técnicas de promoción de salud se debe trabajar con la comunidad y particularmente con las familias de los adultos mayores fundamentalmente en torno al cuidado y comunicación con estos. El trabajador social y el psicólogo/a deben ser los principales protagonistas de estas acciones.
- ✓ Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de la atención y la integración activa de estas a la comunidad.

CONCLUSIONES

A través del estudio se constató que las frecuencias del funcionamiento del equipo multidisciplinario para la atención integral al adulto mayor son insuficientes, corroborando la necesidad de implementar acciones que conlleven a fortalecer éstas en los diferentes contextos (institucional, familiar y comunitario)

La estrategia que se propone sin duda una vez aplicada elevará la calidad en el

accionar del equipo multidisciplinario en la atención al adulto mayor, lo que permitirá elevar la calidad de vida de estos gerontes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Dic [citado 01 Mar 2017]; 17(3): [aprox. 9p.]. Disponible en:
http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/830/pdf_77.
2. Quintana Mugica R, Torres Martínez BL, Cruz Peña A. Envejecimiento poblacional, un desafío para la atención primaria de salud. Acta Médica [Internet]. 2015 [citado 01 Mar 2017]; 9(4): [aprox. 3p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec154a.pdf>.
3. Monografía.com Argentina: Ushuaia, Tierra del Fuego; c1997-. Font Landa J. Participación del adulto mayor en las actividades físico-recreativas [Internet]. [aprox. 2 pantallas]. [citado 01 Mar 2017]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos98/participacion-del-adulto-mayor-actividades-fisico-recreativas/participacion-del-adulto-mayor-actividades-fisico-recreativas.shtml>.
4. Llanes Torres HM, Roque Martínez D, Álvarez N, Ruíz Álvarez J. Adulto mayor: algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre. MediMay [Internet]. 2015 [citado 01 Mar 2017]; 21(suplementario): [aprox. 10p.]. Disponible en:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748/1201>.
5. Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Jul-Sep [citado 01 Mar 2017]; 25(3): [aprox. 13p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003.
6. Havighurst RJ, Neugarten BL, Tobin SS. Measures of Physical Functioning in LongTerm Care. In: Kane RA, Kane RL Assessing the elderly: A practical guide to measurement. Michigan: Lexington Books; 1981.

7. Krause N, Liang J, Gu S. Financial strain, received support, anticipated support, and depressive symptoms in the People's Republic of China. *Psychol Aging*. 1998 Mar; 13(1): 58-68.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 15 de diciembre de 2017.

Aprobado: 27 de enero de 2018.

Sheila Virgen Pons Delgado. Policlínico Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba. Email: sheilapons@infomed.sld.cu