

## Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba

Lic. Rosa Morfi Samper<sup>1</sup>

### RESUMEN

En el siglo XXI, existe una situación peculiar, las personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que convierte al envejecimiento poblacional en, quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas. De manera que la importancia alcanzada por este sector poblacional demanda un compromiso moral cada vez mayor de los profesionales de la salud y en particular, de la enfermera como mediadora social de salud. El propósito del trabajo es explicar la aplicación del Programa del Adulto Mayor en la Atención Primaria de Salud, así como la atención del personal de enfermería en sus intervenciones de salud con este sector poblacional. Se realizó una revisión bibliográfica, en el período comprendido de octubre del 2006 a enero del 2007. Para la realización de este trabajo se revisaron bibliografías (nacionales e internacionales), con un intervalo de publicación de 10 años para los libros y de 5 años para las revistas. Llegamos a la conclusión que el Programa del Adulto Mayor de Cuba incluye los nuevos conceptos gerontológicos los cuales exigen gran participación de la familia, la comunidad, las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor. La vejez puede ser una etapa activa y vital, no hay que pensar en ella como pasiva y dependiente. De todos nosotros depende que la imagen social de los adultos mayores no sea distorsionada.

*Palabras clave:* Adulto Mayor, Atención primaria de Salud, Envejecimiento poblacional.

El envejecimiento, o proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida dentro de la propia estructura social. La ancianidad es la fase final de la vida.

Al analizar etimológicamente el término GERONTOLOGÍA, este proviene del griego *gerón* = *viejo* y *logos* = *estudio*, por tanto es la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos. Parece que el término Gerontocracia, con el que se describía en la Grecia Antigua al Gobierno, controlado por los ancianos, pudiera haber sido el término precursor.<sup>1</sup>

Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos; los gerontes, eran un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y que controlaban el gobierno de la ciudad- estado. E. Freeman en su obra "*El envejecimiento su historia y literatura*", describe 9 períodos en el conocimiento científico de la vejez durante los 5 000 años que nos antecedieron, mostrando cómo la preocupación por la muerte precede a la preocupación por el envejecimiento.<sup>2</sup>

El término "geriátrica" es derivado del griego *geron* = *viejo* e *iatrikos* = tratamiento médico, el cual fue publicado en la obra de Ignatz Leo Nascher publicada en 1909 en la

Academia de Ciencias de Nueva York, titulada “*Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento*”.<sup>2</sup>

El comité para la Historia de la Gerontología, creado en 1960 por la Asociación Internacional de Gerontología, conserva trabajos sobre el envejecimiento. Una de las primeras publicaciones que sobre esta materia se reconoce, fue editada en 1236 por Roger Bacon, con el título “*La cura de la vejez y la preservación de la juventud.*”<sup>2</sup>

El estudio académico de las personas ancianas y del envejecimiento comienza con los trabajos biométricos de *Adolphe Quetelet* (1796-1874), el cual es considerado el primer gerontólogo de la historia.<sup>2</sup>

A partir de las décadas del treinta y cuarenta, se desarrollan los estudios más sistemáticos que han continuado hasta nuestros días y quedó patente en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas celebrada en Viena en 1982.<sup>2</sup>

La geriatría es por tanto una rama de la gerontología y la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos en la enfermedad de los ancianos, lo que la hace una ciencia aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.

Se calcula que en los próximos 40 años, ocho de los países más envejecidos del mundo pertenecen a los países en vías de desarrollo.<sup>2</sup>

El desarrollo de la especialidad y la preocupación sobre el tema ha sido muy importante en los últimos años en el tercer mundo y con un énfasis especial en la Gerontología y Geriatría de América Latina.<sup>2</sup> La especialidad en nuestros países comienza a desarrollarse a finales de los años cincuenta el cual se ha intensificado, sin duda, del resultado del interés por el fenómeno de envejecimiento en nuestra región. Colofón de este desarrollo ha sido, sin duda la creación de la Federación de Sociedades de Gerontología y Geriatría de América Latina y del Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología.<sup>2</sup>

Según datos de las Naciones Unidas, en 1950, existían en el mundo 200 000 000 de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350 000 000. Las proyecciones demográficas indicaron que en el año 2000 hubo alrededor de 600 000 000 de ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el 2025.<sup>3</sup>

En 1978, tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), impulsada por el objetivo de sus países miembros de lograr la salud para todos en el año 2000, definió en el llamado “*Principio de la Igualdad de los Derechos de Alma Atá*”, lo siguiente: La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, en especial entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y por tanto motivo de preocupación para todos los países”.<sup>3</sup>

La estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia. No ha habido un único modo de comportamiento hacia el anciano. Las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas y sólo son inteligibles dentro de la propia estructura social.<sup>4</sup>

La definición de la ancianidad varía según el marco de referencia que se emplee. Los hijos consideran ancianos a sus progenitores de 32 años de edad, en tanto que para los padres de estos son aún jóvenes. El individuo activo y saludable de 65 años suele juzgar que la vejez se inicia a los 75 años.<sup>4</sup>

Se ha definido el envejecimiento poblacional como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada, en una población determinada. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, si no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

El envejecimiento individual ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina de todas las épocas.<sup>4</sup>

El envejecimiento es un fenómeno universal deletéreo y endógeno, que comprende una reducción de la capacidad funcional, aumento de la morbilidad y la mortalidad.<sup>5</sup>

En el siglo XXI, existe una situación peculiar, las personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que convierte al envejecimiento poblacional en, quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas. De manera que la importancia alcanzada por este sector poblacional demanda un compromiso moral cada vez mayor de los profesionales de la salud y en particular, de la enfermera.<sup>5</sup>

El envejecimiento de las poblaciones que durante años fuera problema exclusivo del mundo desarrollado, y que todavía para muchos, es un fenómeno ajeno al tercer mundo, en realidad hace ya más de un decenio se reconoce como uno de los problemas al que nuestros países deben enfrentar. De manera que la importancia alcanzada por este sector poblacional demanda un compromiso moral cada vez mayor de parte de los profesionales de la salud.

Los ancianos son parte integrante e indivisible de la sociedad moderna. Las personas de edad deben desarrollar su vida activamente, recibiendo y aportando de y a la sociedad, de manera que contribuyan al desarrollo armonioso de la misma.

Del trabajo de todos los que de una manera u otra nos relacionamos con el tema, depende desarrollar iniciativas capaces de permitir que nuestros ancianos tengan una vejez decorosa.

La enfermería es, sin dudas, el área profesional del equipo de salud, que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada, en su papel activo como mediadora social de salud en su trabajo en la comunidad con este sector poblacional.

Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en “aplicar medidas especiales para prevenir o enlentecer las enfermedades crónicas no transmisibles”, para que el anciano se mantenga como una fuerza activa y productiva en nuestra sociedad.<sup>6</sup>

Esta comunicación, tiene el propósito, de explicar el trabajo que realiza nuestro país en la aplicación del programa del adulto mayor en la Atención Primaria de Salud y la atención que brinda el personal de enfermería a este grupo poblacional.

## **MÉTODOS**

Se realizó una revisión bibliográfica, en el período comprendido de octubre del 2006 a enero del 2007, relacionada con el trabajo de Atención Primaria de Salud en el adulto mayor y en particular la labor que realiza la enfermera en sus intervenciones de salud con este sector poblacional. Para la realización de este trabajo se revisaron bibliografías, con un intervalo de publicación de 10 años para los libros y de 5 años para las revistas. Se utilizaron los métodos de comparación y análisis de lo planteado por diferentes autores nacionales e internacionales con el propósito de unificar criterios relacionados con la actuación del profesional en los servicios de salud.

### **Análisis de algunos indicadores**

- Evaluación del envejecimiento en la población cubana.

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un importante envejecimiento de su población, es uno de los tres países más envejecidos de Latinoamérica. En Cuba, la primera etapa del proceso de envejecimiento se ubica en los inicios de la década del 70, exactamente en 1972, pero no es hasta 1978 que la población de 60 años y más rebasa el 10 % respecto a la población total. En la actualidad la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 75 años. A los 60 años es más de 20 y a los 80 años es más de 7,6 años.<sup>3</sup>

Los ancianos mayores de 75 años entran en la categoría de adultos mayores “frágiles o vulnerables”, y requieren una atención de salud mucho mayor.<sup>7</sup>

Especialmente es marcada la expectativa de vida geriátrica de los hombres cubanos, la cual excede los 19,5 años, por 21,1 para las mujeres.

Las estadísticas arrojan que, al concluir el año 1999, el 13,9 % de la población (algo más de 1,5 millones de personas) estaba comprendida en el grupo de 60 años y más, en el año 2000 el 14 % de la población era mayor de 60 años, para el año 2010 será de 16,7 % y según las proyecciones de población, se espera que en el 2025, el 24 % de la población esté incluida en este grupo, se estima que 1 de cada cuatro cubanos tendrá 60 años o más.<sup>3,5</sup> El crecimiento de la población anciana no ha sido homogéneo, con un crecimiento relativo mayor en las zonas rurales y con una mayor proporción de ancianos en las provincias occidentales y centrales, que en las orientales.

La provincia más envejecida de la república de Cuba es Villa Clara ubicada en la región central de nuestro país.

La provincia de Villa Clara, la más envejecida del país, alcanzó en el año 2000 un índice del 16,3 %, y se proyecta para el 2010 el 19,92 %<sup>5</sup>.

- Morbilidad

En comparación con los jóvenes, las personas mayores sufren proporcionalmente más enfermedades crónicas, y menos de las agudas y breves. Utilizan más de los servicios sociales de salud, pero la proporción resulta afectada, más que para cualquier otro grupo, por su discapacidad, asequibilidad y accesibilidad a esos servicios.

En la encuesta nacional sobre personas de 60 años o más, realizada en Cuba, se obtuvo que el 69,6 % de los encuestados padecía al menos de una enfermedad crónica y el 13,9 % alguna alteración de los sentidos. El estado de la audición, con audífonos y sin ellos, varió de 1 % como muy mala, al 6,9 % como buena. La mayoría de los ancianos clasificaron su audición como buena o regular. La visión con lentes o sin ellos fue regular o buena para el 80,9 %.

- El adulto mayor en Cuba.

En Cuba, a partir del año 1959, se comenzó un trabajo muy serio, desde el punto de vista social, legislativo, de asistencia médica, que garantiza la salud y la asistencia social para los adultos mayores y el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida.

A partir de 1963 en Cuba se comenzaron a desarrollar Programas de Salud para la atención a las personas, específicamente a la mujer y al niño, así como para diferentes enfermedades. Nuestro primer programa surge en 1974 y en 1985 con la introducción del médico y la enfermera de la familia en la comunidad, se producen cambios en la estructura organizativa de la atención primaria de salud y se elabora un nuevo programa que integra todos los aspectos.

Los nuevos conceptos gerontológicos exhiben gran participación de la familia y la comunidad y se dejan fuera los antiguos patrones de institucionalización para ser usada cuando sea necesario. Incluye la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor.

Dentro de los cuatro programas priorizados del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) se encuentra el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, lo cual hace evidente el interés del estado cubano en brindar una atención óptima a las personas de 60 años y más.<sup>7</sup>

Este programa además de ofrecer aglutinación a favor del adulto mayor es aplicable en todos los niveles de atención, que incluye no sólo salud, sino seguridad deportes, cultura, legislación y otros.<sup>7</sup>

Este programa, en implementación y perfeccionamiento, contiene en sí tres subprogramas que a continuación relacionamos:

- SUB-PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA AL ADULTO MAYOR.
- SUB-PROGRAMA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL AL ADULTO MAYOR.
- SUB-PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL ADULTO MAYOR.

El Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, como piedra angular del Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor tiene como propósitos:

Contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.<sup>7</sup>

Como objetivos generales plantea:

1. Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitado de este grupo.
2. Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio-económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

Como objetivos específicos:

1. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
2. Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que estas pudieran conllevar en su evolución.
3. Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.
4. Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.
5. Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
6. Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.
7. Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

Este programa comenzó a desarrollarse en todo el país en el primer semestre de 1997, fue aplicado a todas las unidades sociales de atención primaria que brindan atención gerontogerátrica. Se le efectúan reajustes anuales. El universo de trabajo es la población mayor de 60 años residentes en la comunidad. Para cumplimentar cada uno de los objetivos se llevan a cabo disímiles actividades.

El control y evaluación del programa se realiza según lo reglamentado por el MINSAP en cuanto a las variables, su organización a nivel del consultorio y del policlínico y el impacto en la salud del adulto mayor en los períodos establecidos.

Por supuesto que para lograr el efecto de dichas acciones, la atención al adulto mayor, toma un carácter progresivo.<sup>7</sup>

El subprograma comunitario de atención al adulto mayor cuenta con dos niveles de atención:

- El primario propiamente dicho con el médico y enfermera /o de la familia.
- El nivel primario especializado. Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG).<sup>8</sup>

### **Consultorio del médico y la enfermera de la familia**

Por la permanencia de este equipo en la comunidad, es capaz de abordar aspectos de salud de las personas de la tercera edad, lograr su vigilancia continua ambulatoria e incluso, el ingreso domiciliario. Permite además, mantener el anciano el mayor tiempo posible en su comunidad, para garantizar su bienestar y seguridad.

Realizará el diagnóstico de salud del estado del adulto mayor, dirigidos a la morbilidad, validismo (nivel funcional) y mortalidad que comprende a la población total de mayores de 60 años.

Dispensarización por grados:

Grado I. Anciano que se considera presuntamente sano o sea que no se le descarten enfermedades u otros problemas.

Grado II. Anciano que presente factores de riesgo.

Grado III. Anciano portador de alguna o algunas patologías

Grado IV. Ancianos con secuelas

- Ancianos impedidos: Físico, Mental, Sensorial.
- Ancianos frágiles. Deben tenerse controlados por cada casa y se debe conocer:
  - Número de ancianos que viven solos.
  - Número de ancianos sin amparo filial
  - Número de ancianos mayores de 80 años
  - Número de ancianos viudos recientes (6 meses)
  - Discapacitados
  - Los portadores de varias patologías
- Ingreso domiciliario. Se le realizará al anciano que presente una enfermedad crónica descompensada (hipertensión, crisis de asma, etc.) y enfermedades agudas (neumonía, bronconeumonía, etc.), o sea, aquel anciano que se considere pueda dar seguimiento en el hogar. Se hacen las indicaciones en la historia clínica donde la enfermera acentúa el horario en que realizará las intervenciones de enfermería, acorde al Proceso de Atención de Enfermería previamente confeccionado. De acuerdo a la evolución del anciano el equipo médico y enfermera realizan intercambios con el EMAG e interconsultas con los especialistas necesarios.
- Valoración nutricional. Es valorado por peso y talla aplicando percentil.

- Desnutrido si su percentil está por debajo de tres
- Delgado entre 3 y 10 percenti
- Sobrepeso; entre 90 y 97.
- Obeso: Más de 97 percentil.

- Familia (disfunción familiar). Las familias disfuncionales se controlan, se les realizan visitas y se trazan acciones para resolverlo, se le da seguimiento en el hogar para conocer si los problemas desaparecen, se mantienen o aumentan.

La enfermera aplica el Proceso de Atención de Enfermería a la Familia , trazando expectativas a corto, mediano y largo plazo, quedando registradas en la Historia clínica.

- Morbilidad

Se llevará control de los ancianos portadores de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, entre ellas:

- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
  - Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA).
  - Accidentes.
  - Suicidio o intento suicidio.
  - Hipertensión Arterial.
  - Cardiopatías isquémicas.
  - Demencias seniles.
  - Accidentes vasculares (AVE).
  - Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).
- Rehabilitación. Se realizará en el policlínico, pero el caso que lo requiera se coordinará para que se realice en el hogar. El equipo médico y enfermera de la familia se le da seguimiento y control a los ancianos que reciben rehabilitación.
  - Rehabilitación social. El equipo trabajará para incorporar al adulto mayor en actividades recreativas socio-culturales, círculos de abuelos, en el propio hogar y la propia agrupación de ancianos de su comunidad.
  - Participación de organismos y organizaciones de masas en la atención al adulto mayor. El equipo de la familia plantea a las organizaciones de masa y organizaciones del Poder Popular, la ayuda que pueda necesitar el anciano, como es higiene del hogar, lavado de ropa, adquisición de alimentos como planes cantina, sobre todo aquellos que viven solos y se encuentran limitados para resolverlos.
  - Círculos de abuelos. Agrupaciones de ancianos en la comunidad con el objetivo de desarrollar diferentes actividades como son de promoción de salud, deportivas, culturales, recreativas entre otras. Su objetivo fundamental es mantenerlos activos física y socialmente, garantizando la salud mental; incluye además la realización de ejercicios bajo orientación de un profesional de cultura física, se seleccionan los adultos mayores más activos para que en ausencia del profesor lidereen la actividad, participen en encuentros deportivos y culturales y otras actividades de recreación. El equipo de salud participa activamente con ellos, ofertando las actividades de promoción de salud como charlas educativas.
  - Otros controles:



- Vacunación.
  - Control de enfermedades (crónicas no transmisibles, sintomático respiratorio de más de 14 días, entre otras)
  - Salud bucal.
- Realizar el Examen Periódico de Salud (EPS) con una frecuencia anual a todas las personas mayores de 60 años.

El EPS incluye en sí mismo una historia clínica completa de la persona adulta mayor más la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF). Con el EPS el binomio médico y enfermera(o) de la familia puede lograr identificar el adulto mayor frágil que remitirá a la consulta de evaluación y selección del equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG). Con relación a los adultos mayores no frágiles lo seguirán atendiendo a nivel del consultorio médico.

Anciano frágil: Personas que por condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad.

Los criterios de remisión para el equipo multidisciplinario de atención gerontológica de un anciano frágil son:

- Doble incontinencia.
- Alteraciones de la movilidad y el equilibrio menor que 4 según EGEF.
- Polifarmacia (uso de menos de tres medicamentos).
- Alteraciones de todos los ítems de la EGEF en 4 o menos.
- Antecedentes patológicos de personales (APP) de síndrome demencial con:
  - Alteraciones del estado emocional.
  - Alteraciones del sueño.
  - Alteraciones de la movilidad.
  - Alteraciones del uso de medicamentos.
  - Deficiente apoyo familiar.
  - Deficiente apoyo social.
  - Mala situación económica.
- Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menor que 4 según EGEF.
- Anciano solo con alguna alteración de la EGEF.
- Anciano mayor de 80 años con alguna alteración de la EGEF.
- Alteración de la memoria menor que 4 según EGEF.
- Alteraciones del estado funcional global menor que 4 según EGEF.

Una vez realizada la evaluación periódica de salud y detectados los pacientes que tengan criterios de fragilidad o aquellos que por la complejidad y magnitud de sus problemas biomédicos, necesitan una evaluación más especializada para mantenerse en el medio familiar o comunitario y deban recibir un manejo más complejo, el médico y enfermera de la familia cuentan con un segundo escalón de apoyo en la atención comunitaria. El equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG).<sup>7</sup>

## **EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA (EMAG)**

Grupo multidisciplinario dedicado a la atención comunitaria integral al adulto mayor, acción que realiza brindando apoyo al equipo de medicina familiar y fomentando otras modalidades formales y no formales de atención comunitaria dirigidas a elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Garantiza la atención integral al anciano con riesgo, brinda asistencia médica especializada a través de un sistema de evaluación geriátrica, coordina las respuestas que solucionen las necesidades de los ancianos por él atendidos, dirigido a mantener su permanencia en la comunidad. Apoya al médico de la familia en el Sistema de Atención Primaria de Salud y a la comunidad en el desarrollo de un envejecimiento y vejez saludable.

Propósito:

- Mejorar la calidad de la atención al adulto mayor
- Apoyar al equipo de medicina familiar en el cumplimiento del programa comunitario de atención al adulto mayor.

Acciones y metodologías para su implementación:

- Se establecen las funciones del EMAG a partir del manual de organización que constituye una guía y que debe ser enriquecido y adaptado a las características de cada territorio.
- Se facilitan los recursos materiales para estas estructuras en los policlínicos.
- Se selecciona el personal para conformar el EMAG, la dirección del área de salud decidirá en cada caso si los miembros permanecerán a tiempo completo o parcial en esta actividad.
- Se capacitan y entrenan a los miembros del EMAG según el programa establecido al efecto.

**Control**

- Se realizará periódicamente, trimestral, semestral y anualmente.

Atribuciones y funciones:

- Organiza y liderea el funcionamiento del Programa Comunitario de Atención al Adulto Mayor.
- Realiza acciones de promoción, prevención que favorezcan una mejoría en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Participa en las acciones de diagnóstico y tratamiento que propician en el ámbito local la solución de los problemas sociales y de salud de los adultos mayores.
- Contribuye a que la rehabilitación de base comunitaria considere las peculiaridades de los adultos mayores con el mantenimiento de su validismo funcional y de su autonomía.
- Participa en la educación comunitaria y la formación y capacitación de los recursos humanos necesarios para mejorar la atención.
- Desarrolla y participa en investigaciones que propongan soluciones a las necesidades y problemas de los adultos mayores de la comunidad.<sup>7</sup>

## **Miembros del EMAG**

- Médico
- Enfermera
- Psicólogo
- Trabajadora social

### **Médico**

Naturaleza de su trabajo:

Trabajo de ejecución profesional que consiste en actuar como coordinador de un equipo de salud y realización de procedimientos médicos a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento así como la rehabilitación dirigidas a los adultos mayores.

Tareas:

- Planificar, organizar, ejecutar y evaluar el cumplimiento de las funciones del equipo.
- Organiza, dirige y participa en la caracterización sociodemográfica del área de salud.
- Participa en evaluación y/o interconsulta de pacientes adultos mayores.
- Visita semanalmente al servicio diurno de rehabilitación.
- Brinda asesoría y docencia al médico y enfermera de la familia.

### **Enfermera**

Naturaleza de su trabajo:

Trabajo de ejecución profesional que consiste en ejercer actividades de planeamientos, coordinación, orientación y ejecución de procedimientos selectivos y continuos de enfermería con el fin de promover, preservar y rehabilitar la salud individual y colectiva a los adultos mayores.

Tareas:

- Observa y ejecuta con sistematicidad el trabajo planeado por el equipo.
- Participa en la caracterización sociodemográfica del área de salud.
- Apoya al médico y enfermera de la familia para estimular y/o desarrollar la participación del adulto mayor en el círculo de abuelos del consultorio.
- Recepciona al paciente en la consulta de evaluación y participa con el resto del equipo de salud en la evaluación multidisciplinaria del anciano participando activamente en el diagnóstico del anciano frágil o discapacitado.
- Planifica la secuencia de consulta o visita de evaluación comunicando a las personas interesadas.
- Realiza actividades educativas destinadas a fomentar estilos de vida más sanos.
- Realiza anualmente la evaluación funcional anual con el fin de revisar los factores que motivaron su ingreso en la casa de abuelos.
- Responde frente al equipo por el buen funcionamiento y cumplimiento de las actividades del servicio diurno de rehabilitación.<sup>7</sup>

## **Psicólogo**

Naturaleza de su trabajo:

Trabajo de ejecución profesional consistente en realizar actividades que posibiliten la intervención psicológica y comunitaria para favorecer al adulto mayor.

Tareas:

- Observar y ejecutar la sistematicidad del trabajo planificado por el equipo
- Realizar en equipo la caracterización sociodemográfica del área de salud.
- Apoyar individualmente a los médicos de familia en la elaboración práctica del examen periódico de salud.
- Identificar las necesidades de aprendizaje que se realiza en equipo para desarrollar un aula de la Tercera Edad en forma de talleres, conferencias, dinámicas grupales dirigidas al anciano y su familia.<sup>8</sup>

## **Trabajador social**

Naturaleza de su trabajo:

Funciona dentro del equipo como experto en materia de servicios y derechos del anciano, por lo que es el profesional que más puede aportar a la hora de realizar la toma de decisiones.

Tareas:

Es el responsable de coordinar los servicios sociales, de apoyo junto con el trabajador social del policlínico y del órgano del trabajo:

- Plan cantina.
- Comedores sociales
- Servicios domiciliarios

El EMAG después de la consulta de evaluación y selección derivará al adulto mayor al servicio que requiera dicha persona. Según la cascada en el Esquema No. 1 se pueden apreciar opciones de solución comunitaria como son:

- La posibilidad de dar orientaciones al médico y enfermera/(o) de la Familia para continuar su atención en el consultorio médico o incluso lograr su incorporación al Círculo de Abuelos.
- El seguimiento por los especialistas del Grupo Básico de Trabajo del policlínico (ginecólogo, pediatra, internista y psicólogo) u otros especialistas.
- La atención en las consultas de seguimiento que ofrece el EMAG.

## **La incorporación a los Grupos de Orientación y Recreación**

Son agrupaciones de Círculos de Abuelos y otros adultos mayores de la comunidad no vinculados a los mismos que permiten el desarrollo de posibilidades existentes (habilidades y capacidades) y la participación activa de los adultos mayores, en la solución de sus problemas y necesidades, tanto sociales como médicas, manteniéndose

en el seno de la comunidad en que viven, el propósito es mejorar la calidad de vida, el rol social y aliviar en unión de las estructuras locales existentes en la Comunidad, la sobrecarga que presentan los Sistemas de Asistencia y Seguridad Social del país.<sup>7</sup>

- El ingreso en el Centro de Rehabilitación Diurno.
- La incorporación a las Casas de Abuelos.

Concepto de Casa de Abuelos: La casa de abuelos es una institución social que brinda atención integral diurna a los ancianos carentes de amparo filial en absoluto o de familiares que puedan atenderlos durante el día, teniendo como características desde el punto de vista funcional que se les dificulta la realización de las actividades de la vida diaria instrumentadas y que mantengan las capacidades funcionales básicas para realizar las actividades de la vida diaria.

En cuanto a otras opciones se encuentra:

- El ingreso hospitalario cuando el paciente lo requiera.
- La institucionalización en los Hogares de Ancianos.

Como se puede apreciar de esta forma se establece la relación entre los diferentes subprogramas (comunitario, hospitalario e institucional), sin dejar de percatarnos que el adulto mayor no frágil y el adulto mayor frágil podrán contar con el servicio hospitalario cuando le sea necesario a partir de su visita al médico y enfermera/(o) de la familia.

De hecho cabe plantear que en la medida que se logre adecuada atención gerontogerátrica desde el nivel primario, sobre la base del conocimiento del proceso de envejecimiento y las políticas de salud vigentes, obtendremos buenos beneficios con respecto a la atención al adulto mayor, los cuales redundarán en beneficio de nuestra sociedad.

Nuestro sueño es mantener a los adultos mayores con la mejor funcionalidad posible en el seno de su familia.<sup>7</sup>

### **Formación de recursos humanos de enfermería en la especialidad de gerontología en la comunidad**

Enfermería de la atención comunitaria de salud (se incluye el programa de atención al adulto mayor).

Nuestro país cuenta con un potencial de enfermeras(os) en la comunidad lo que ha permitido llevar a cabo un modelo de atención basado en desarrollar en el individuo y las familias la responsabilidad de velar por su salud, por lo que en relación con la atención al anciano en la comunidad la enfermera de la familia se ha visto en la necesidad de superarse para su mejor competencia y desempeño.

El Instituto Superior de Ciencias Médicas de Cuba y el Ministerio de Salud Pública han llevado a cabo en esta etapa varios programas docentes con el propósito de desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados que garanticen la

competencia y desempeño de nuestros profesionales, y con ello, la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad donde vive y trabaja:

- La especialidad de Gerontología
- Post-gradados.
- Diplomados.
- El Centro Iberoamericano de la Tercera Edad ofertó dos cursos con la Maestría de Gerontología médica y social.

Actualmente se trabaja intensamente en la municipalización de la docencia universitaria llevando a la Atención Primaria de Salud diferentes programas de superación incluidos los de Gerontología y Geriátrica para médicos y enfermeras.<sup>7</sup>

Es importante desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras:

- Desarrollar investigaciones que estén vinculadas a las líneas de investigación de las estrategias del MINSAP que respondan a las necesidades de los ancianos.
- Vincular los temas de terminación de residencia a las líneas de investigación señaladas.
- Participar en la asimilación e introducción de los logros de la Ciencia y la Técnica.
- Desarrollar investigaciones de costo-beneficio y costo eficacia del programa.
- Desarrollar investigaciones que evalúen el impacto social del programa.<sup>7</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Los nuevos conceptos gerontológicos exigen gran participación de la familia y la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor. Este programa, además de ofrecer aglutinación en favor del adulto mayor es aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen no sólo salud, sino la seguridad social, deportes, cultura, legislación y otros. Se destaca en todos los subprogramas la labor activa de la enfermera como mediadora social de salud en sus intervenciones de promoción y prevención de salud.

La vejez puede ser una etapa activa y vital, no hay que pensar en ella como pasiva y dependiente. De todos nosotros depende que la imagen social de los adultos mayores no sea distorsionada.

## **SUMMARY**

### **Nursing personnel care in community gerontology in Cuba**

In the XXI century, there is a peculiar situation, persons exceed the chronological barriers that man has set as the aging stage, which turns the population aging in perhaps one of the most important challenges for modern societies. That is why the importance achieved by this population sector demands an increasing moral commitment on the part of the health professionals and, particularly, of the nurses as health social mediators. The aim of this paper is to explain the work done by our country in the implementation of the Program of the Older Adult in Primary Health Care, as well as the participation of

the nursing staff in its health interventions with this sector. A bibliographic review was made from October 2006 to January 2007. 16 bibliographies (national and international) were reviewed for this paper with a publication interval of 10 years for books, and 5 years for journals. It was concluded that the Program of the Older Adult in Cuba includes the new gerontological concepts, which demand a greater involvement of the family, the community, the political organizations and the non-governmental institutions in a collective work, where the protagonist is the older adult. Aging may be an active and vital stage, we should not think about it as passive and dependent. It depends on all of us that the social image of the older adult not be distorted.

*Key words:* Older adult, primary health care, population aging.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Colección clínicas geriátricas; 1996.
2. Prieto Ramos O, Vega Garca E. Temas de Gerontología. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1996.
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: Ed. OPS; 2000.
4. Amaro MC. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer. 1996;(1):32-9.
5. Morfi Samper R. Aspectos éticos de la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enfermer. 2003;19 (1).
6. Galisky D. Educación Médica en Geriátrica. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1999;23(2): 109-12.
7. MINSAP. Programa del Adulto Mayor en Cuba. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1997.

### Bibliografía consultada

Fenton Tait. Temas de Enfermería Médico- Quirúrgica Segunda Parte. Capítulo V Enfermería Geriátrica. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2005. p. 300-60.

Rocabruno Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriátrica Clínica. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1999.

Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer. 2005; 21(3).

Rocabruno Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2005.

Fenton Tait MC. Temas de Enfermería médico quirúrgica. II parte. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2005.

Barreras Enrich A, Dujarric Pullés R, Llorens Figueroa J. Filosofía y ciencia de la salud. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1999.

Álvarez Sintés. Temas de gerontología. Volumen I. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2001.

Recibido: 7 de febrero de 2007 Aprobado: 22 de febrero de 2007

*Lic. Rosa Morfi Samper* Facultad “General Calixto García”.

**<sup>1</sup>Máster en Ciencias en Gerontología Médica y Social. Profesora Auxiliar. Miembro Titular de la SOCUENF.**