

"Mejoramiento del comportamiento humano del profesional del Equipo Básico en la atención del adulto mayor"

1. Rubio Olivares, MSc. Dra. Doris Yisell¹.
2. Añorga Morales, MSc. Dra. C. Julia Aurora².
3. Borges Oquendo, MSc. Dra C. Lourdes de la Caridad³.
4. Rivera Martínez, MSc. Dra. Lilliam⁴.

¹ Facultad de Ciencias Médicas: "General Calixto García", Jefe Departamento de Postgrado. Sociedad Cubana de Geriátría y Gerontología. Sociedad Cubana de Bioestadística. La Habana, Cuba, doris.rubio@infomed.sld.cu.

² Universidad de Ciencias Pedagógicas: "Enrique José Varona". Cátedra de Educación Avanzada, Asociación de Pedagogos de Cuba, La Habana, Cuba.

³ Facultad de Ciencias Médicas: "General Calixto García", Jefe Departamento de Investigaciones, Asociación de Pedagogos de Cuba, La Habana, Cuba.

⁴ Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED), Vicedirección de Docencia e Investigaciones, Sociedad Cubana de Geriátría y Gerontología, La Habana, Cuba.

Resumen: Introducción: El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta a los adultos mayores, a sus familias y al conjunto de la sociedad. Se evidencian limitaciones en la planificación, ejecución y control de actividades dirigidas a la integración de factores socioeconómicos y culturales para la promoción de salud y prevención de enfermedades en la población adulta mayor. **Objetivo:** Diseñar una Estrategia Interventiva, dirigida al comportamiento humano del profesional del equipo básico de salud, que contribuya a favorecer la calidad de vida del adulto mayor. **Materiales y métodos:** Indagaciones teóricas, empíricas y estadísticas. **Resultados:** Los hombres y las mujeres experimentan la vejez de manera diferente. Calidad de vida es un proceso multifactorial que tiene un carácter primario individual y subjetivo y tiene como resultante el estado de salud de cada individuo en particular, más el estado de satisfacción de su vida, que él percibe y desea. El envejecimiento de la población plantea desafíos a los gobiernos y las sociedades, y no debe ser considerado como una crisis. **Conclusiones:** Las consecuencias del envejecimiento requieren de estudios que incluyan la valoración del enfoque de género y de la calidad de vida. El adulto mayor es el único autorizado para opinar sobre la calidad de su vida, y el respeto por su autonomía nos obliga como médicos, a tratarlo de acuerdo a la valoración que éste hace de calidad de su vida.

Palabras Claves: Adulto Mayor, Anciano, Calidad de Vida, Género, Estrategias.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Constituye un triunfo del desarrollo; y el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad, pero también ofrece desafíos económicos, sociales y culturales a las personas, las familias, las sociedades y la comunidad mundial. Una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia 2050¹.

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a los adultos mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Este concepto está adquiriendo nueva vigencia en relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. De hecho, si conseguimos que los adultos mayores lleven una vida más larga y sana, si logramos prolongar la vida en la parte central y no solo al final, esos años extra pueden ser tan productivos como los de la juventud y la madurez.

Las sociedades que se adaptan a este cambio en la edad de la población obtendrán unos «dividendos de la longevidad» considerables y tendrán una ventaja competitiva sobre las que no logren hacerlo².

La intervención está dirigida al Profesional del Equipo Básico de Salud (Médico y Enfermero de la Familia), que en la comunidad tienen el encargo de lograr la estabilidad del adulto mayor, mediante un conjunto de acciones que prepare a este para un envejecimiento saludable, pero la eficacia de estas acciones va a estar en correspondencia con el comportamiento humano de ese profesional, que consolida a través de su desempeño profesional, en correspondencia con la Responsabilidad y el compromiso social adquirido, para ofrecer una respuesta oportuna y adecuada a las demandas sociales de salud.

El Proyecto forma parte de una Estrategia Doctoral que se desarrolla entre la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y la Cátedra de Educación Avanzada de la Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona, como parte de la labor desplegada por esta cátedra en el logro de su objeto de estudio, consistente en el Mejoramiento Profesional y Humano, y cuyo intercambio tiene su sede en la Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, en la cual me desempeño como Jefe de Departamento del Postgrado.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Situaciones Problemáticas

1. **Escaso desarrollo de los conocimientos, habilidades y valores del personal de salud para el manejo biopsicosocial** de los adultos mayores en la comunidad.
2. Inadecuada actividad promocional, salubrista y participación social, para garantizar los componentes de salud y la calidad de vida.
3. **Desempeño profesional limitado, mayormente, al trabajo en la esfera biológica y no influye suficientemente desde el punto de vista psicológico y social.**
4. La superación no satisface la **dinámica y complejidad de las transformaciones**, debido al **predominio de tradicionalismo**, y no siempre tiene en cuenta el **carácter interdisciplinario e intersectorial de la atención primaria**

CONTRADICCIÓN:

Exigencias sociales y envejecimiento poblacional cada vez más crecientes

El comportamiento humano del profesional del Equipo Básico del nivel primario de salud, no satisface las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

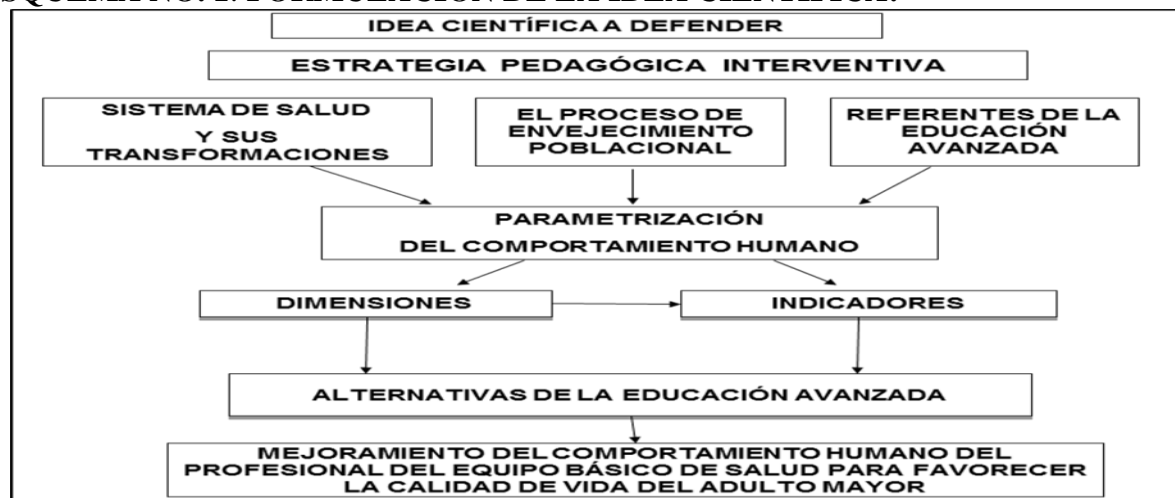
Problema Científico: *¿Cómo contribuir al mejoramiento del comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud para favorecer la calidad de vida del adulto mayor?.*

Objeto de la investigación: El comportamiento humano del profesional de la salud

Campo de acción: El componente humano del profesional del Equipo Básico de Salud del nivel primario, para la atención a la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivo de la investigación: *Diseñar una Estrategia Pedagógica Interventiva, dirigida al comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud, del nivel primario, que contribuya a favorecer la calidad de vida del adulto mayor.*

ESQUEMA NO. 1: FORMULACIÓN DE LA IDEA CIENTÍFICA:



PREGUNTA CIENTÍFICA 1: *¿Cuáles son los referentes que sustentan el comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud, del Nivel Primario para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor?.*

TAREA CIENTÍFICA 1: Determinación de los fundamentos que caracterizan el comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud, del Nivel Primario, para el favorecimiento de la calidad de vida del adulto mayor.

INDAGACIONES TEÓRICAS: histórico-lógico, análisis documental, sistematización, enfoque sistémico.

PREGUNTA CIENTÍFICA 2: *¿Cuál es el comportamiento humano actual del profesional del Equipo Básico de Salud del Nivel Primario, para el favorecimiento de la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta el efecto del creciente envejecimiento poblacional, en el policlínico “Reina”?.*

TAREA CIENTÍFICA 2: Caracterización del comportamiento humano actual del profesional del Equipo Básico de Salud del Nivel Primario, para el favorecimiento de la calidad de vida del adulto mayor, en el policlínico “Reina”.

INDAGACIONES TEÓRICAS: histórico-lógico, análisis documental, sistematización, enfoque sistémico.

INDAGACIONES EMPÍRICAS: Observación al comportamiento humano, Encuesta al profesional del Equipo Básico, Encuesta a Directivos, Encuestas de satisfacción a la población adulta mayor.

PREGUNTA CIENTÍFICA 3: ¿Cómo elaborar una Estrategia Pedagógica Interventiva para modificar el comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud del nivel primario, que contribuya al favorecimiento de la calidad de vida del adulto mayor, en el policlínico “Reina”?

TAREA CIENTÍFICA 3: Elaborar una Estrategia Pedagógica Interventiva para modificar el comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud del nivel primario, que contribuya a favorecer la calidad de vida del adulto mayor, en el policlínico “Reina”.

TAREA CIENTÍFICA 4: Constatación de la viabilidad de la Estrategia Pedagógica Interventiva aplicada al profesional del Equipo Básico de Salud del nivel primario. Transformaciones necesarias al Sistema Nacional de Salud como resultado de la aplicación de la Estrategia Pedagógica Interventiva.

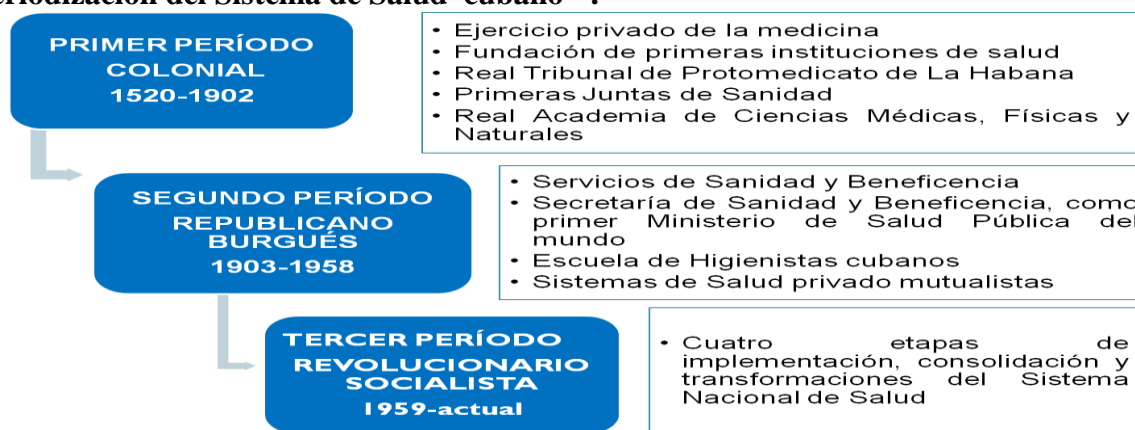
III. RESULTADOS

CAPÍTULO I. El comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de salud del nivel primario, para favorecer la calidad de vida del adulto mayor.

1.1 Sistema de Salud cubano y sus transformaciones.

En Cuba, a partir del año 1959, se comenzó un trabajo muy serio desde el punto de vista social, legislativo, como de asistencia médica, que garantizará la salud y la asistencia social para los adultos mayores y el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida. Las grandes transformaciones ocurridas en el campo de la salud constituyen uno de los logros indiscutibles de la Revolución.

1.1.1 Periodización del Sistema de Salud cubano^{3,4}.



PRIMERA ETAPA: 1959-1969. Integración del Sistema Nacional de Salud Único, Servicio Médico Rural, Creación del Ministerio de Salud Pública.

SEGUNDA ETAPA: 1970-1979. Accesibilidad a los servicios de salud, Énfasis en la prevención, Participación de la comunidad organizada, Internacionalismo

TERCERA ETAPA: 1979-1989. Incorporación y desarrollo de alta tecnología médica, Impulso a las investigaciones, Modelo de Atención Primaria de Salud.

CUARTA ETAPA: 1989-actualidad. Batalla de ideas, Transformaciones Necesarias del Sistema Nacional de Salud, Lineamientos de la política Económica y Social del Partido y la Revolución.

1.1.2 Periodización de la atención al adulto mayor.

En la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades, básicamente degenerativas, en las que la edad avanzada es, un importante factor de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad. La vejez implica necesariamente el apoyo social y

familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. La consecuencia inevitable de todos estos hechos es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada en una verdadera «Geriatrización de la Medicina», que se traduce en los siguientes puntos concretos⁵.

- Mayor incidencia de enfermedad, coincidencia de varias patologías en un mismo individuo.
- Mayor tendencia a la cronicidad de las mismas.
- Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.
- Mayor utilización de la Atención Primaria de Salud.
- Mayor consumo de fármacos.
- Mayor ocupación de camas hospitalarias.
- Mayor necesidad de cuidados continuados.
- Mayor utilización de recursos sociales.

ETAPAS:

1ra Etapa Antes de 1959: el Reino Unido crea oficialmente la especialidad de Geriatria en 1946.

2da Etapa (1959-1969): Modelo de Atención Primaria de Salud (1960). Se instaura el *modelo del Policlínico Integral*. Se aplicaban programas básicos de salud personal y ambiental, con atención médica por médicos generales, sin formación académica de postgrado y especialistas provenientes de hospitales, que ofrecían consultas externas en el Policlínico.

3ra Etapa (1970- 1979): se desarrolla el *modelo de la Medicina en la Comunidad*, que se inicia en el Policlínico Docente Alamar (1974). En 1974 surge el primer Programa de Atención al Adulto Mayor. En 1978 aparece el primer programa de atención al anciano conocido por "Modelo de Atención Comunitaria"

4ta Etapa (1980-1989): En la década de los 80 se pone en vigor la Ley 24 de Seguridad Social y se amplían los Servicios de Geriatria del Sistema Nacional de Salud en hospitales y áreas de salud comunitarias, toma un papel importante el médico de la familia (1983), surgen movimientos como los círculos y las casas de abuelos. El primer plan de estudios de la especialidad en el año 1983, y comienza un proceso de crecimiento en el número de residentes que se formaban en Gerontología y Geriatria y en el número de lugares de formación, hasta generalizarlo a todo el país. En 1985 se incorpora la variante de atención del médico de familia y su equipo. En 1987 surgen diferentes servicios de Geriatria muy especializados, con profesionales de alto nivel científico y con recursos de la más alta tecnología. Ejemplos de ello son el Hospital Clínico- quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" y el CIMEQ.

5ta Etapa (1990- Actualidad): En 1992 se inaugura en La Habana el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, con objetivos de carácter asistencial y evaluativo e investigativo-epidemiológico. Creación del **Club de los 120 años**. En febrero del año 2000 se **Crea la Cátedra del Adulto Mayor**.

1.2 Acercamiento al proceso de envejecimiento.

El envejecimiento de la población, es decir, el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos, es un hecho irreversible y un fenómeno que ya no puede ser ignorado. Tiene repercusiones importantes y de vastos alcances en todos los aspectos de la sociedad. A escala mundial, cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas que llegan a los 60 años⁶.

1.2.1 Envejecimiento poblacional.

La vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad. El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

1.2.2 Calidad de vida y bienestar en la vejez.

El envejecimiento de la población plantea desafíos a los gobiernos a las sociedades, por lo que debemos transformar los desafíos en oportunidades y preparar a los gobiernos, entidades de la sociedad civil y del sector privado, comunidades y familias, para lograr un envejecimiento saludable. En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales.

La **calidad de vida en la vejez** tiene que ver con la **seguridad económica y con la inclusión social** que se asegura por medio de **infraestructuras de apoyo y redes sociales**.

1.2.3 Desigualdad, dependencia y vulnerabilidad en la vejez. Reflexiones teóricas sobre las diferencias atribuibles género.

Los hombres y las mujeres experimentan la vejez de manera diferente. Las consecuencias del envejecimiento requieren cada vez más, de estudios que incluyan la valoración del enfoque de género, pues las diferencias entre hombres y mujeres constituyen un problema relacionado con: la organización social, las políticas en general y las de salud en particular, la comunidad, la familia y el individuo⁷.

Para evaluar la salud durante el envejecimiento es necesario tomar en cuenta el género, porque ello nos permite reconocer las dificultades y desigualdades en este grupo.

1.3 Surgimiento y desarrollo del Equipo Básico de Salud del nivel primario.

En 1984 con la incorporación del médico y la enfermera de la familia.

El Equipo Básico de Salud (EBS) estará conformado por un médico y una enfermera/o de la familia, los que constituyen la célula básica para el desarrollo del trabajo planificado del consultorio. Están responsabilizados con la labor que realizan, siendo el médico el jefe del equipo. Es el máximo responsable de la salud de su población y su misión es brindar atención médica integral y dispensarizada al individuo, familia, comunidad y ambiente.

1.4 La Teoría de la Educación Avanzada y su relación con los comportamientos humanos y con la calidad de vida del adulto mayor.

La Educación Avanzada fue definida por el doctor Víctor Morles Sánchez en el 1996.

La teoría de la Educación Avanzada propicia con sus procedimientos justamente sobre todo, la satisfacción personal, la solución de un problema social y el mejoramiento profesional y humano, precisando cuales son los rasgos del comportamiento humano que pueden ser efectivamente mejorados⁸.

1.4.1 Referentes acerca de las Estrategias Pedagógicas.

Estrategia Pedagógica es el conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas que partiendo de un estado inicial y considerando los objetivos propuestos permite dirigir y organizar de forma consciente e intencionada (escolarizada o no) la formación integral de las nuevas generaciones⁹. Valle Lima, A (2012)

Para el diseño de las estrategias desde la concepción de la Educación Avanzada, la autora tiene en cuenta los criterios expresados por Valcárcel Izquierdo en el año 1998¹⁰, las cuales deben caracterizarse por:

- Modelarse sobre presupuestos teóricos de la Educación Avanzada.
- Ir a la búsqueda de nuevas vías, a partir de la sistematización de lo mejor de la práctica educativa.

- Desarrollarse mediante un estilo participativo, que comprometa a los gestores y actores del proceso, en su pensamiento y actuación, y los estimule y beneficie el clima socio psicológico y la comunicación.
- Ser precisa, flexible, dinámica y con posibilidades de ajustarse al cambio.

CAPÍTULO II: Caracterización actual del comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de salud del nivel primario, para favorecer la calidad de vida del adulto mayor.

2.1. Caracterización del comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud del Policlínico Reina.

2.2 Características de la población Adulta Mayor del Policlínico Reina.

MUESTREO POR CONGLOMERADOS TRIETÁPICO:

1ra etapa: los 3 municipios de la facultad: Municipio Centro Habana

2da Etapa: de los 5 policlínicos del municipio: Policlínico Reina

3ra Etapa: Policlínico Reina 28 consultorios se eligen 6

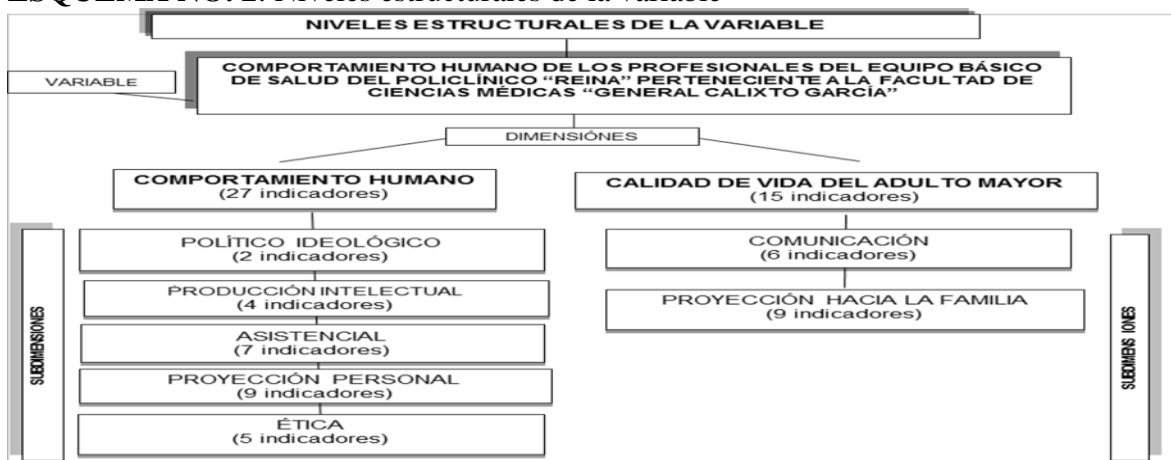
De los 6 consultorios elegidos, por muestreo aleatorio estratificado se elige la población adulta mayor para aplicar la encuesta de satisfacción, para un total de 120 adultos mayores.

Cuadro 1: Población y Muestra

Categoría	Población	Muestra	%
Consultorios	28	6	21.43
MGI	41	6	14.63
Lic. Enfermería	35	6	17.14
Adultos Mayores	1107	120	10.84

2.3. Proceso de Parametrización.

ESQUEMA NO. 2: Niveles estructurales de la variable



NOVEDAD CIENTÍFICA: La relación del comportamiento humano del profesional del Equipo Básico de Salud, en un proceso de alta complejidad e importancia nacional: El Envejecimiento Poblacional.

ACTUALIDAD: Se expresa en su correspondencia con el proceso de contribución al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, mediante el mejoramiento del comportamiento humano, acorde con el Lineamiento número 144 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución.

CONTRIBUCIÓN A LA TEORÍA: Relaciones esenciales que se manifiestan entre:

1. **Jerarquización:** Entre las exigencias del Sistema de Salud, el Comportamiento Humano y la Calidad de vida del; adulto mayor.
2. **Complementación:** Entre Inventario de problemas, la Estrategia Pedagógica y la Calidad de Vida.

IV. CONCLUSIONES

1. Las consecuencias del envejecimiento requieren de estudios que incluyan la valoración del enfoque de género y de la calidad de vida.
2. El adulto mayor es el único autorizado para opinar sobre la calidad de su vida, y el respeto por su autonomía nos obliga como médicos, a tratarlo de acuerdo a la valoración que éste hace de calidad de su vida.

REFERENCIAS

1. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío [internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Resume Ejecutivo. Ginebra 2012 [citado 18 Dic. 2012]. Disponible en internet: www.helpagela.org
2. Día Mundial de la Salud 2012 - La buena salud añade vida a los años [Internet] Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Suiza: 2012 [citado 12 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
3. Borges Oquendo, L. de la C, Añorga Morales, J., Varcárcel izquierdo, N. Modelo de Evaluación de Impacto del posgrado académico en los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”. En soporte digital. Cátedra de Educación Avanzada. Centro de Posgrado. ISPEJV. C. Habana. Cuba. 2014.
4. Pichs García, L. A., Varcárcel izquierdo, N., Quintana López, L. A., Añorga Morales, J. Estrategia Pedagógica Interventiva para la formación en Urgencias Médicas del Médico General. En soporte digital. Cátedra de Educación Avanzada. Centro de Posgrado. ISPEJV. C. Habana. Cuba. 2014.
5. Geriatria. Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por resolución de fecha 25 de Abril de 1996. <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Geriatria.pdf>
6. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío [internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Resume Ejecutivo. Ginebra 2012 [citado 18 Dic. 2012]. Disponible en internet: www.helpagela.org
7. Villavicencio H. Componente físico del Mejoramiento profesional y Humano. [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 2013.
8. Añorga Morales J. La Educación Avanzada y el mejoramiento profesional y humano. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias. Segundo doctorado. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”. 2012.
9. Valle A. La investigación pedagógica otra mirada. Editorial Pueblo y Educación. La Habana; 2012.
10. Valcárcel Izquierdo N. Estrategia de Superación Interdisciplinaria para profesores de ciencias de las secundarias básicas. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. ISPEJV. Ciudad de La Habana. Cuba. 1998