

## Artículo de revisión

### ¿Es necesaria la interdisciplinariedad en la atención gerontológica en el nivel primario?

**Autores:** Juan Francisco Castanedo Granda\*, Alina María González Moro\*\*

\*\* Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gerontología y Geriatría. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

\*\*\* Especialista de I Grado Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

**Editorial:** Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

**CP 10400.**

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

---

#### RESUMEN

Se realiza una revisión de algunos aspectos en el contexto cubano para la atención de las personas mayores en la Atención Primaria de Salud (APS), donde se hace necesario un enfoque interdisciplinario.

**Palabras clave:** anciano, atención primaria de salud (APS).

---

#### ABSTRACT

This it is a revision of some aspects in the Cuban context for the attention of elderly in the Primary Care of Health, where it becomes necessary an interdisciplinary focus.

**Keywords:** elderly, primary care.

---

#### INTRODUCCIÓN

Ya es una tangible realidad el hecho del envejecimiento poblacional por el que atraviesa Cuba, donde un 19 % de la población alcanza los 60 años de edad, esta constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual, claras también son las proyecciones demográficas que reflejan cifras de 22 % para el año 2025 de manera que alrededor de 1 de cada 4 cubanos, será una persona mayor.<sup>1,2,3,4</sup> Estos guarismos más que números significan retos y son además estímulo para lograr que esta población envejecida alcancen dichos niveles con la mejor calidad de vida posible y recibiendo ante todo el más esmerado cuidado en cuanto atención médica se refiere.

La calidad de la atención ha sido definida de disímiles maneras entre ellas una que la describe como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales", incluido en las múltiples definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en Cuba que consisten en el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizando el mínimo de daños, y logrando la satisfacción del paciente y sus familiares.<sup>5</sup>

---

## **DESARROLLO**

Los Adultos Mayores tienen una serie de peculiaridades que hace que sea más compleja su atención, dentro de esta tenemos las presentaciones "atípicas" de las enfermedades, llamadas así por muchos autores, pero más bien que constituyen la forma típica en esta etapa de la vida, la frecuente confusión entre enfermedad y envejecimiento, menor reserva funcional, mayor tendencia a disfunción y discapacidad, aumento del consumo de fármacos, incidencia elevada de complicaciones, deterioro acelerado en ausencia de tratamiento, todo lo cual va a llevar entre otras cosas a una mayor dificultad diagnóstica. En opinión de muchos expertos, los elementos antes mencionados, unido a la multiplicidad de condiciones patológicas, y concomitancia de trastornos funcionales, biomédicos, psicológicos y sociales hace muy difícil que un solo profesional como tradicionalmente sucedía, sea capaz de manejar eficazmente las disímiles problemáticas de los pacientes ancianos debido a la necesidad de requerir aptitudes, habilidades y conocimientos para un adecuado desempeño.<sup>6,7,8,9</sup>

Son los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) en la APS, en las condiciones actuales los que deben asumir la atención de los ancianos frágiles y de los que se encuentran en estado de necesidad de cuidados a largo plazo.

La metodología del trabajo en equipo ha sido la opción por la que hoy se rigen muchos modelos de atención gerontológica,<sup>10-16</sup> pues se ha demostrado que los equipos aportan diversidad en conocimientos, actitudes, habilidades y experiencias permitiendo con su integración respuestas rápidas e innovadoras a los problemas y retos planteados, promoviendo el rendimiento lo cual se ha dado en conocer como "sabiduría de los colectivos",<sup>17,18</sup> de hecho constantemente se planifican por diversas sociedades científicas

dedicadas a la Gerontología y la Geriátría, cursos y talleres promocionando la importancia del enfoque interdisciplinario.<sup>19,20,21,22,23</sup>

Se han llevado a cabo múltiples estudios sobre eficacia de Equipos de Trabajo (24, 25 26, 27), en la mayoría de ellos el análisis se ha venido realizando a partir del modelo *Input-Procesos-Output*, este modelo, no exento de críticas debido a la existencia de modelos alternativos, identifica la composición, la estructura y los procesos de los equipos como los puntos claves de la eficacia, donde input significa el conjunto de recursos del equipo, tanto internos (la composición del equipo, fundamentalmente los conocimientos y habilidades de sus miembros, así como la estructura del grupo y el diseño de la tarea) como externos (ej. las recompensas de la organización, la cultura organizacional), los procesos conjunto de mecanismos **psicosociales** que permiten a los miembros de un equipo combinar los recursos disponibles para realizar el trabajo asignado por la organización, superando las posibles limitaciones y los outputs resultados alcanzados por el equipo.

Si unimos las 3 variables y seleccionamos los principales indicadores de los mismos podremos observar que existen varios de estos que son de inevitable importancia a la hora de nosotros valorar la eficacia del conjunto, y que debemos tener en cuenta a la hora de percibir si nuestros equipos desempeñarán el trabajo con calidad en aras de brindar mejores servicios de salud, estos serán:

- Composición del Equipo
- Estabilidad/variabilidad
- Diseño de tareas (autonomía)
- Interdependencia
- Modelos Mentales de equipo y memoria transactiva
- Aprendizaje global
- Clima del equipo
- Confianza
- Liderazgo

Antes de abordar estos aspectos, debemos señalar que con frecuencia se usa indistintamente y de manera errónea las definiciones de equipo interdisciplinario y de equipo multidisciplinario, pero entre ellos existen características diferentes, por ejemplo:

- Equipo multidisciplinario es un grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran al enfermo por separado e interactúan entre ellos de manera informal o sea el enfoque asistencial es en paralelo sin integrar la asistencia en un plan global ni establecer prioridades.
- Equipo interdisciplinario es el constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y laboran juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Esta última modalidad es la utilizada generalmente por los equipos asistenciales en geriatría, la cual ha reflejado sus beneficios debido a la demostrada disminución de la mortalidad, mejoría en la funcionabilidad de quienes reciben el servicio, disminución de la posibilidad de ingresos y reingresos hospitalarios, así como una mejor satisfacción de los cuidadores, todo lo anterior plasmado fehacientemente en investigaciones efectuadas en Reino Unido y España.<sup>28-29</sup>

La composición del equipo y estructura depende de las funciones y objetivos para lo que está diseñado, describiéndose como un mínimo efectivo, el conformado por (Médico, Enfermera y Trabajador Social),<sup>4</sup> en nuestro modelo asistencial tenemos incluido además un Psicólogo pero siempre actuando desde la óptica de grupo interdisciplinario, si prescindimos de este esquema, entonces el GBT deberá auxiliarse del Trabajador Social y Psicólogo, del GBT que no necesariamente están entrenados en este tipo de disciplina, además, podrían obviar el enfoque de interdisciplinariedad o sea no atenderlos como áreas, metodologías e intereses comunes, tampoco consideramos que la mayoría de los equipos básicos tengan la capacitación necesaria en cuidados y atención gerontológica, por ejemplo: en el área de salud correspondiente al Policlínico Universitario "José Martí Pérez", de Santiago de Cuba, entre el año 2010 y 2011, se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud para evaluar la calidad de la ejecución del Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor donde se evaluaron los elementos estructura (recursos humanos, materiales), proceso (competencia profesional) y resultados

(satisfacción de los proveedores y usuarios e indicadores del programa) concluyéndose que la calidad de la ejecución del subprograma fue inadecuada, debido a la insuficiente competencia e insatisfacción de los profesionales de la salud evaluados, de modo que se evidenciaron dificultades tanto en el proceso como en los resultados,<sup>(30)</sup> esto apoya otra investigación realizada en el año 2007 donde un sondeo evaluativo en la población de 60 años y más perteneciente al policlínico "5 de Septiembre", arrojó que la estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presentaba insuficiencias en lo relativo a recursos humanos, materiales y en la satisfacción de los usuarios, lo cual influyó negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de más de 60 años por tanto de mantenerse en el presente esta necesidad de adiestramiento y sin la presencia de los equipos de atención gerontológica, el GBT podría necesitar de una interconsulta del especialista en Geriatria u otro profesional entrenado lo cual pondría en peligro la visión interdisciplinar por la multidisciplinar.

Otro elemento señalado es el de la estabilidad/variabilidad cuya modificación en la composición influye negativamente en la eficacia, esto definitivamente debería tomarse en cuenta debido a los múltiples compromisos internacionales que se cumplen por parte del personal médico, y el paso a la segunda especialidad opción por la que optan muchos de estos profesionales una vez culminada la especialidad de Medicina General Integral. La interdependencia que es el grado en que los miembros de un equipo dependen unos de otros e interactúan entre sí para lograr la meta común, y que estimula la relación y la confianza entre los miembros se ve directamente afectada por la estabilidad y permanencia en el grupo, lo mismo sucede con los modelos mentales de equipo y la memoria transactiva, los primeros son estructuras mentales más o menos compartidas entre los miembros de un conjunto y que incluyen conocimiento relativo de diferentes aspectos de dicho equipo, la tarea y el contexto organizacional, la evidencia demuestra los efectos positivos de los modelos mentales compartidos sobre la eficacia en el trabajo, pues permiten a los miembros anticipar las acciones de los compañeros y coordinarse eficientemente para completar las tareas, mientras que la memoria transactiva consiste en los conocimientos y las habilidades que brindan los diferentes miembros del *team*, el conocimiento que éstos tienen sobre cómo se comparten las ideas y habilidades entre ellos o sea ¿qué sabe cada cual o que ha aprendido cada cual del otro?, para esto los

miembros necesitan interactuar y actualizar constantemente la información sobre la destreza de sus colegas.

El clima del equipo, depende entre otras cosas de la interacción y del liderazgo y entre estos dos últimos elementos, el liderazgo es fundamental, en nuestros modelos de atención primaria el liderazgo le corresponde habitualmente al médico del equipo pero esto no tiene que ser necesariamente así, el líder cambia dependiendo de las necesidades del paciente, tipología del mismo y prioridad del problema a resolver y no de la conveniencia de los restantes miembros o del sistema de atención sanitaria.

En un artículo de revisión "Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en medicina general integral" llevado a cabo por la máster en Educación Médica Superior, Adianez Alfonso,<sup>31</sup> se concluyó que los planes de formación del personal médico en el área de atención al adulto mayor son adecuados en cuanto a sus contenidos pero en su ejecución se presentan dificultades que impiden una adecuada preparación integral del profesional considerando que la vinculación de estos contenidos a otras disciplinas y la poca interrelación de todos los contenidos teóricos con el cumplimiento de los programas en la práctica, no se tienen en cuenta durante el proceso enseñanza aprendizaje en la formación del profesional por lo que recomienda que estos aspectos sean retomados como objeto de la educación continuada, de modo que por el momento y así lo indican las tendencias mundiales, lo ideal desde el punto de vista asistencial en la atención a adultos mayores en condiciones de fragilidad y con necesidad de cuidados a largo plazo en el área de atención primaria es el enfoque interdisciplinario apoyando a los GBT.

---

## **CONCLUSIONES**

Para concluir reiteramos que el aumento de la población adulta mayor requiere de la ampliación y mejora constante de los programas y los servicios de salud, cuestión esta priorizada por nuestro Ministerio de Salud en los escenarios actuales, sobre todo lo relacionado a la capacitación del personal en la Atención Primaria de Salud, desarrollándose en estos momentos múltiples acciones para priorizar la calidad en la atención a este grupo y hacer eficaz el trabajo del Grupo Básico, donde la interdisciplinariedad es imprescindible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González E, Fernández J. Escenarios de la Población en Cuba para el periodo 2007-2035. Cuadernos de Estudio Población y Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2008.
2. Berrío Valencia MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública Rev Colomb Anestesiología. 2012;40(3):192-4
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2014. La Habana: MINSAP, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/04/anuario-2014-e-sin-graficos1.pdf>
4. Collazo Ramos MI, Rodríguez Cabrera AL, Calero Ricardo JL. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde la mirada de los directivos del sector salud. [citado 4 May 2010]. Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/El%20envejecimiento%20poblacional%20en%20Cuba,%20desde%20la%20mirada%20de%20los.pdf>
5. Miranda A, Hernandez L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009.
6. Verdejo Bravo C. El equipo interdisciplinario como metodología de trabajo.
7. Ribera Casado JM, Gil Gregorio P.. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1998. p. 39-43.
8. Planificación y organización de los servicios geriátricos. En: Informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra;1974.
9. Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Disponible : en [www.segg.es](http://www.segg.es)
10. Comprehensive Primary Care for Older Patients With Multiple Chronic Conditions. JAMA, November 3, 2010—Vol 304, No. 17
11. Counsell SR, Callahan CM, Tu W, Stump TE, Arling GW. Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(8):1420-1426.
12. Pimentel BM, Morales JA, Nava G, Cariño R, Moreno E. Gerontología: Un Enfoque Interdisciplinario. México (Pachuca de Soto): Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.

13. Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia: el desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa MT Bazo - 2012  
books.google.com.Disponible:[http://scholar.google.com/cu/scholar?as\\_ylo=2009&q=Equipo+de+Atenci%C3%B3n+Gerontol](http://scholar.google.com/cu/scholar?as_ylo=2009&q=Equipo+de+Atenci%C3%B3n+Gerontol).
14. Ramirez Riquelme N, Implementación del programa de atención al adulto mayor en el centro de salud de Zapotillo, periodo Abril-Septiembre 2010.  
dspace.utpl.edu.ec.Disponible:[http://scholar.google.com/cu/scholar?q=Equipo+de+Atenci%C3%B3n+Gerontol%C3%B3gica+en+Per%C3%BA&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo](http://scholar.google.com/cu/scholar?q=Equipo+de+Atenci%C3%B3n+Gerontol%C3%B3gica+en+Per%C3%BA&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo)
15. El Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) de la Universidad Nacional (UNA), Heredia, Costa Rica
16. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia  
D Cardona Arango, ÁM Segura Cardona - ... de Geriatría y Gerontología, 2011 – Elsevier. Disponible  
en:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X10002490?via=sd>
17. Kozlowski, S.W.J. y Bell, B. (2003). Work groups and teams in organizations. En W. C. Borman, D.R. Ilgen y R.J. Klimoski (Eds.), Industrial and Organizational Psychology (pp. 333-375). Chichester: John Wiley & sons.
18. Kozlowski, S.W.J e Ilgen, D.R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. Psychological Science in the Public Interest, 7(3), 77-124.
19. La Perspectiva Multidisciplinaria para la Atención al Adulto Mayor. Curso-Taller [www.geriatria.salud.gob.mx.\(23/5/11\)](http://www.geriatria.salud.gob.mx.(23/5/11))
20. Mirada integral e interdisciplinaria para la atención del adulto mayor desde la atención primaria XVI Congreso Chileno de Geriatra y Gerontología 2009.
21. La Perspectiva Multidisciplinaria para la atención del Adulto Mayor retos en la atención en Salud.San Jose. Costa Rica. Jul.2013.
22. La Perspectiva Multidisciplinaria para la atención del Adulto Mayor retos en la atención en Salud Universidad Santa Paula San José. Costa Rica.Jul. 2013.
23. Los Servicios de Salud de Cara al Envejecimiento. Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatría.OMS/OPS.Sept.2013.



24. Ilgen, D.R., Hollenbeck, J.R., Johnson, M. y Jundt, D. (2005). Teams in organizations: From input-process-output models to IMOI models. *Annual Review of Psychology*, 56, 518-543.
25. Salas, E., Stagl, K.C. y Burke, C.S. (2004). 25 years of team effectiveness in organizations Research themes and emerging needs. C.L. Cooper y I. T Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 19 (pp. 47-91). Chichester: John Wiley & sons.
26. Gil, F., Alcover, C. M<sup>a</sup> y Peiró, J, M<sup>a</sup> (2005). Work team effectiveness organizational contexts: Recent research and applications in Spain and Portugal, *Journal of Managerial Psychology*, 20, 193-218.
27. Gil F, Rico R, Sánchez Manzanares M. Eficacia de Equipos de Trabajo. Madrid *Papeles del Psicólogo*, 2008. Vol. 29(1), pp. 25-31 Disponible en:<http://www.cop.es/papeles>
28. Timothy L. Kauffman *Geriatric Rehabilitation Manual*. 1st ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1999.
29. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recursos sanitarios. En: Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000. p. 209-67.
30. Rivera G, Infante I, Hernandez T. Calidad de la ejecución del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor del Policlínico Universitario "José Martí" medisan. vol.17 no.5 .Santiago de Cuba mayo 2013 *versión* ISSN 1029-3019
31. Alfonso Garcia A. Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en medicina general integral. *Educ Med Super* v.24 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010. *versión* ISSN 0864-2141