



**REPÚBLICA DE CUBA**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA**

**DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL  
INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL**

**Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica**

**Rita María Mesa Valiente**

**La Habana**

**2024**



**REPÚBLICA DE CUBA**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA**

**DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA**

**GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL**

**Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica**

**Autora. Dra. Rita María Mesa Valiente**

**Tutores: Dr. C. Laura Caridad Hurtado Gascón. PT**

**Dr. C. German del Río Caballero. PT**

**La Habana**

**2024**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis tutores Laura Hurtado y German Del Rio que dedicaron su tiempo y pusieron sus conocimientos con amor, en cada momento, en función de este empeño.**

**Para todos lo que han contribuido en mi formación de manera integral y han permitido mi desarrollo profesional.**

## **DEDICATORIA**

**A la memoria de mis padres y Dr. Luis Mesa Cedeño que me inculcaron el amor al Estudio.**

**A mi esposo, hijos, hermanos y sobrinos que dieron impulso y aliento para lograr este empeño.**

**A profesores, colegas y otros profesionales que contribuyeron en el desarrollo y culminación de esta obra que eleva mi nivel profesional.**

**A todos los que de manera material o espiritual colaboraron.**

## **SÍNTESIS**

El proceso fisiológico del envejecimiento conlleva a situaciones de riesgo, al deterioro acelerado de la salud y la fragilidad, las vivencias de la autora permitieron identificar como situación problemática: insuficiencias del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil; la investigación establece como problema científico: ¿Cómo contribuir al mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil?. El objetivo del estudio consistió en diseñar una estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño de estos especialistas. El empleo del método histórico-lógico posibilitó determinar los fundamentos teóricos que sustentan la superación y el desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral para la atención del adulto mayor frágil; ello sumado a otros métodos teóricos y empíricos facilitaron la construcción e implementación de la estrategia. Los resultados de los instrumentos utilizados permitieron la caracterización del estado actual del desempeño de estos profesionales. A través de triangulación metodológica se establecieron potencialidades y problemas tales como: poco dominio del criterio de fragilidad y síntomas y signos, deficiente enfoque terapéutico, baja frecuencia de realización de actividades de promoción de salud e insuficiente empleo de la evaluación multidimensional de los adultos mayores. La implementación de la estrategia de superación para mejorar el desempeño del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil; incrementó la satisfacción percibida de los adultos mayores.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA SUPERACIÓN Y EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL</b>	
1.1 Antecedentes históricos sobre la fragilidad en el adulto mayor y la necesidad de su inclusión en el proceso de superación del especialista en Medicina General Integral	11
1.1 El proceso de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba	18
1.2 El proceso de superación del especialista en Medicina General Integral	30
1.3 El desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral en la identificación de la fragilidad y factores de riesgo asociado	35
<b>CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN ACTUAL DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL EN EL POLICLÍNICO MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CUBA</b>	
2.1 Parametrización del proceso de desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.	43
2.2 Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados.	52

2.3 Inventario de los principales problemas y potencialidades del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil	68
<b>CAPÍTULO III. ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL</b>	
3.1 Fundamentos de la estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil	71
3.2 Modelación del diseño de la estrategia	80
3.3 Análisis comparativo de los resultados de la prueba del desempeño a los especialistas en Medicina General Integral a la entrada y salida de la implementación de la estrategia	88
3.4 Valoración de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción.	89
3.5 Análisis de los resultados de la consulta a especialistas	91
<b>CONCLUSIONES</b>	92
<b>RECOMENDACIONES</b>	94
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

# INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

El estudio de la problemática en la atención del adulto mayor constituye hoy un elemento de primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. En correspondencia, los intereses investigativos se concentran en el proceso fisiológico del envejecimiento y las situaciones de riesgo que incluyen problemas psicológicos y sociales, que pueden provocar o que se agraven las enfermedades y un deterioro acelerado de la salud.

El envejecimiento es un proceso multidimensional, fisiológico que incluye una serie de modificaciones morfológicas, psicosociales, funcionales y bioquímicas caracterizadas por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación ante los cambios; con deterioro de las funciones, incremento de la morbilidad y disminución de la fertilidad con el paso de la edad. <sup>(1)</sup>

En la actualidad existen alrededor de 747 millones de adultos mayores; cifra que se duplicará para el año 2025 y alcanzará los 2000 millones en el año 2050. En América Latina y el Caribe, la población de 60 años y más aumenta sostenidamente en todos los países, por lo cual se tendrá que enfrentar el reto que plantea el acelerado envejecimiento poblacional. <sup>(2)</sup>

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifras que alcanzaron el 22,3% de la población con 60 años y más en el año 2022, que podría incrementarse a un 25% en el año 2025 y a un 34% de la población total en el año 2050, según los informes de la Oficina Nacional de Estadística de Información

(ONEI) Cuba se considera uno de los países más envejecidos de América Latina, lo cual tiene una connotación significativa. <sup>(2)</sup>

Santiago de Cuba es en la actualidad una de las provincias más envejecidas del país; al término del año 2022 el territorio tenía una tasa de 20,9% de envejecimiento poblacional y se prevé que para el año 2025, el 29 % de la población se encuentre en la tercera edad. <sup>(3)</sup>

Este proceso demográfico y los cambios individuales propios de la ancianidad han determinado que en los sistemas de salud a diferentes niveles, los adultos mayores ocupen un lugar preponderante. Este grupo poblacional es el principal consumidor de medicamentos; el que genera más costos de atención. <sup>(4)</sup> En este sentido, el país realiza notables esfuerzos para desarrollar estrategias con vista a mejorar las condiciones y calidad de vida del adulto mayor, así como la atención diferenciada y sistemática, que incorpora las investigaciones en el campo de la geriatría según corresponde a los actuales lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución, sección salud. <sup>(2,4)</sup>

Existen varios programas y subprogramas para el logro de este empeño, entre los que se encuentran las casas y círculos de abuelos, programas académicos pertenecientes a la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de Oriente, además de que se agiliza el proceso de geriatrización de los servicios médicos, entre otros. <sup>(5)</sup>

El estudio de la población geriátrica frágil comenzó en la década de los años 70. En 1990 el “*Journal of American Geriatrics Society*” publica los siguientes sinónimos:

vulnerable, débil, anciano dependiente, entre otros <sup>(6-10)</sup> para referirse al síndrome de fragilidad, está presente en personas de edad muy avanzada, por lo que es incluido dentro de los síndromes geriátricos y se considera un predictor de eventos adversos de salud y discapacidad. <sup>(11)</sup>

En la década de los años 80 del siglo pasado comienza el desarrollo del programa del médico de familia en la comunidad y, junto con ello, la formación de postgrado en la especialidad rectora: Medicina General Integral (MGI). Cabe significar, que el programa para la formación de ese especialista, se implementó por primera vez en el año 1985.

En los años 1990, 2000, 2004 y 2014 se realizaron distintas modificaciones; no obstante, en esas opciones curriculares los contenidos relacionados con la atención al adulto mayor son insuficientes en cada una de las versiones, a pesar de haberse priorizado ese programa a escala nacional, desde enero del 1959. De esta manera, resulta oportuno ahondar en la superación profesional del especialista en MGI sobre ese programa, por el aumento de la población adulta, en los distintos niveles de la Atención Primaria de Salud (APS). <sup>(12, 13,14)</sup>

La Gerontología y Geriátrica como especialidad médica, tiene como objetivo principal los cuidados de salud, de alta calidad, centrado en las necesidades del paciente adulto mayor, así como el estudio de los llamados grandes síndromes geriátricos, que permite agrupar el conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en los adultos mayores resultantes de múltiples enfermedades y factores de riesgo. Pero el especialista en MGI, que labora en la comunidad presenta insuficiencias en la identificación de los

grandes síndromes geriátricos, pues no tiene en cuenta aspectos sociales, psicológicos, funcionales, todos necesarios para lograr una valoración integral como instrumento clave para el diagnóstico del anciano frágil. <sup>(15-20)</sup>

La experiencia de la investigadora de más de cinco años en la especialidad en MGI, y 19 años como especialista en Gerontología y Geriatría, responsable del grupo provincial de dicha especialidad por más de 10 años y jefa del servicio docente en el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, le permitieron constatar las siguientes situaciones problemáticas

- ✓ Identificación insuficiente de los factores de riesgo y las primeras manifestaciones clínicas del adulto mayor frágil por el especialista en Medicina General Integral.
- ✓ Limitado conocimiento del especialista en MGI en la realización de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en el adulto mayor frágil.

Se considera que las situaciones enunciadas están relacionadas con la preparación del especialista en MGI que impide identificar con claridad elementos claves para la atención al adulto mayor y su fragilidad.

La valoración de las situaciones problemáticas, posibilita a la autora revelar como contradicción que el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con el Programa de Atención al Adulto Mayor (PAAM) que crea las condiciones para propiciar la atención al frágil, sin embargo, el desempeño profesional del especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil es insuficiente en el contexto actual.

Se identifica como problema científico: ¿Cómo contribuir al mejoramiento del desempeño profesional del especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba?

Como objeto de investigación: el desempeño profesional del especialista en MGI. El campo de acción se reconoce como el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil.

El compromiso de la autora con el proceso investigativo se manifiesta en el siguiente objetivo: diseñar una estrategia de superación profesional para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba. A partir de lo antes expuesto, se realizan las siguientes preguntas científicas. (Ver anexo 1)

1. ¿Qué referentes teóricos sustentan la superación y el desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil?
2. ¿Cuál es el estado actual del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba?
3. ¿Cómo estructurar una estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil?
4. ¿Qué resultados se obtienen en el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en

el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba con la aplicación de la estrategia de superación?

Derivadas del objetivo y para dar solución a los cuestionamientos anteriores, se desarrollaron las siguientes tareas de investigación:

1. Identificación de los referentes teóricos que sustentan la superación y el desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.
2. Determinación del estado actual del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba.
3. Estructuración de una estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.
4. Valoración de los resultados que se obtienen en el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba, con la aplicación de la estrategia de superación.

La lógica de la investigación se desarrolló a partir de la perspectiva filosófica dialéctico materialista. Para la obtención de los datos y el procesamiento de la información se emplearon las indagaciones en los niveles teóricos, empíricos y en ese nivel lo procedimental estadístico.

En el nivel teórico se emplearon los siguientes métodos:

**Histórico-lógico:** permitió el análisis de la evolución histórica del desempeño profesional de los especialistas en MGI y considerar la trayectoria del PAAM, así como distinguir las tendencias en la atención de la fragilidad.

**Sistematización:** permitió establecer las regularidades en relación con el proceso, organizar los conocimientos relacionados con el mejoramiento del desempeño profesional, superación profesional y estrategias de superación estudiados por diferentes autores, más la experiencia acumulada por la autora, lo que posibilitó la formación de juicios de valor y una posterior toma de decisión, así como el establecimiento de relaciones.

**Modelación:** permitió lograr los niveles de abstracción y la representación gráfica de los elementos contentivos en el diseño de la estrategia de superación para médicos especialistas de MGI, que logra ilustrar sus componentes y relaciones dialécticas.

**Análisis y síntesis:** benefició el establecimiento de las características y relaciones que se producen en cada una de las etapas de la estrategia de superación profesional.

**Sistémico estructural funcional:** posibilitó los análisis con una concepción sistémica del objeto de estudio, en el proceso de parametrización, así como en el propio diseño de la propuesta.

**Inductivo y deductivo:** permitió pasar del conocimiento particular al general y con los datos obtenidos, valorar las características específicas relacionadas con el campo de acción e inferir generalizaciones.

**Revisión documental:** se utilizó en la obtención de información sobre el objeto de investigación, los documentos normativos, y materiales relacionados con el diagnóstico del síndrome de fragilidad, así como el comportamiento en Cuba y en el mundo. Además, permitió encontrar evidencias documentales sobre el desempeño profesional del especialista de MGI en el diagnóstico temprano del síndrome de fragilidad.

En el nivel empírico se emplearon los siguientes métodos:

**Observación del desempeño:** permitió la identificación de los principales problemas y potencialidades que se manifiestan en el desempeño profesional para la atención al adulto mayor frágil, por el especialista de MGI que labora en el área de salud correspondiente al policlínico Municipal.

**Encuesta a especialistas en MGI:** con la finalidad de constatar el nivel de conocimiento para la atención que puedan ofrecer a personas vulnerables de padecer el síndrome de fragilidad, y su opinión sobre el cumplimiento de funciones asistenciales, gerenciales investigativas y docentes.

**Entrevista al adulto mayor con síndrome de fragilidad y encuesta al adulto mayor con riesgo:** se aplicó para conocer el nivel de conocimiento acerca del síndrome de fragilidad y el grado de satisfacción ante la atención del especialista de MGI durante el seguimiento al paciente y orientación a la familia.

**Entrevista a directivos de los grupos básicos de trabajo (GBT) del Policlínico Municipal:** con el objetivo de valorar conocimientos ante un paciente con este síndrome, así como determinar la necesidad de superación profesional del especialista en MGI en relación al síndrome de fragilidad.



Para constatar viabilidad de la estrategia se realizó la comparación de los resultados de la prueba del desempeño inicial y final, consulta a especialistas y encuesta de satisfacción.

**Prueba de desempeño:** permitió conocer el estado inicial y final en que se encuentra el desempeño profesional de los especialistas en MGI para la atención integral al adulto mayor frágil.

**Encuesta de Satisfacción:** se aplicó a los especialistas de MGI que participaron en las acciones de superación para conocer su nivel de satisfacción con la aplicación de la estrategia de superación.

**Encuestas a especialistas (Test de Moriyama):** la aplicación de los criterios de especialistas estuvo dada por la necesidad de determinar la viabilidad de la estrategia de superación profesional para la integración de conocimientos del especialista de MGI y la validación de los instrumentos.

Para el procesamiento de la información recogida se creó una base de datos en *Excel* y *Statistical Packate for Social Sciences* (SPSS) para Windows para cada uno de los procedimientos ejecutados. Se utilizaron métodos estadísticos, tales como: la estadística descriptiva, para realizar la tabulación de los datos, mediante tablas de distribución de las frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se muestran en cuadros y gráficos para mejor comprensión y las valoraciones cualitativas se expresan en forma de texto. Se utilizó además el procedimiento de triangulación metodológica para los resultados en

la caracterización del estado actual del desempeño profesional del especialista en MGI del área de salud Policlínico Municipal.

Para analizar los resultados de la prueba del desempeño se utilizó el método de cambio relativo que se emplea la siguiente fórmula cambio relativo de la entrada a la salida:

$$\text{Cambio relativo} = \frac{\text{Puntuación media despues} - \text{puntuación antes}}{\text{Puntuación antes}} \times 100$$

**Contribución a la teoría:** Tributa a las Ciencias de la Educación Médica, específicamente al área del posgrado, desde los fundamentos que aporta al proceso de superación permanente y continuada para mejorar el desempeño profesional de los especialistas en MGI en la atención al adulto mayor frágil, a partir de la educación en el trabajo como principio rector. En el orden conceptual aporta una nueva definición del desempeño profesional y de estrategia de superación para los especialistas de MGI para la atención al adulto mayor frágil, lo que contribuye al cuerpo teórico y el campo que se investiga. Por otra parte, desde el punto de vista metodológico el diseño integrado y escalonado de las formas organizativas de la superación profesional logra mayor pertinencia en el ámbito educativo; todo ello facilita el cumplimiento de los preceptos establecidos en la Constitución de la República de Cuba, la nueva Ley de Salud Pública y el Código de la familia

En el orden epistemológico se revelan nuevas relaciones esenciales y sistémicas entre la superación profesional, el desempeño profesional para la atención integral a adultos con fragilidad y los contenidos inter y transdisciplinarios de las formas organizativas de la superación declaradas en la estrategia. Estas relaciones muestran una coherencia

interna propia de la educación médica como ciencia. La modelación de la estrategia diseñada fundamenta además nuevas relaciones teóricas que vinculan los contenidos inter y transdisciplinario para la atención integral al adulto mayor frágil, el método clínico y epidemiológico y la forma de superación en el contexto de la educación en el trabajo.

A la Ciencias Médicas mediante el método clínico y epidemiológico cuando se jerarquiza la evaluación multidimensional a los adultos mayores, y a las Ciencia de la Salud al enriquecer la prevención y promoción desde el modo de integración del equipo básico de trabajo en la atención directa del individuo, familia y comunidad. También a las Ciencias de la Enfermería cuando se enriquecen las pautas de los cuidados al adulto mayor frágil.

**La novedad científica** de la investigación radica en que la estrategia propuesta constituye una alternativa para la educación médica que podría mejorar el desempeño profesional de los especialistas en MGI para la atención integral al adulto mayor frágil en la comunidad, que tendrá como características ser flexible y aplicable al recurso humano.

**Aporte práctico:** radica en la estrategia de superación para mejorar el desempeño profesional del especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil.

La tesis está estructurada en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones. En la introducción se identifican los núcleos esenciales de la investigación y se establece el camino a seguir; el capítulo I contiene los referentes teóricos y la sistematización de acuerdo al objeto de investigación, el capítulo II, describe el análisis que llevó a la identificación de la variable, dimensiones e indicadores, así como la valoración de la aplicación de instrumentos en el momento inicial, el proceso de

parametrización y triangulación metodológica; el capítulo III dirigido al proceso de modelación y valoración de la implementación, además las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografías y un cuerpo de anexos que contribuyen a la interpretación lógica de la investigación.

## **CAPÍTULO I**

# **REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA SUPERACIÓN Y EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL**



## **CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA SUPERACIÓN Y EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL**

En este capítulo, se presentan los resultados fundamentales de la sistematización realizada. Se parte de considerar los antecedentes históricos que demuestran las carencias de opciones de superación sobre la problemática del adulto mayor y la fragilidad. Después, se fundamentan el objeto de investigación y el campo de acción. Se destaca y enfatiza en la necesidad de preparación permanente y continuada para el mejoramiento del desempeño profesional de estos, con énfasis en los supuestos referidos al adulto mayor frágil.

### **1.1 Antecedentes históricos sobre la fragilidad en el adulto mayor y la necesidad de su inclusión en el proceso de superación del MGI**

Los servicios de salud en Cuba se han cualificado paulatinamente con el impacto que causó el triunfo de la Revolución Cubana, el 1 de enero del año 1959. En correspondencia, ese impacto significó, entre otros aspectos, paliar la situación de salud heredada del abandono del sistema capitalista a los problemas sanitarios existentes. En los primeros años de la década de los años 60, se desarrolla en Cuba el Servicio Médico Social Rural (SMSR), cuyo respaldo jurídico lo constituye la ley 723. En el

contexto urbano se conciben las Unidades Sanitarias, que sustituyeron las caducas Jefaturas Locales de Salubridad <sup>(11, 15)</sup>.

Los saldos sobre la introducción del SMSR se manifestaron en la definición de las funciones de la APS en ese contexto, en la creación de los consultorios de los médicos en zona rural. Para ese propósito, se concibió la asistencia médica dirigida a la vigilancia epidemiológica para atender el paludismo, la vacunación, la educación sanitaria y actuaciones médicos legales. En el caso de las Unidades Sanitarias se ocuparon en la atención primaria ambulatoria a pacientes con tuberculosis, lepra y enfermedades venéreas; también, atención a embarazada y niños desnutridos, entre otras funciones de valor para completar los servicios de salud <sup>(12, 15)</sup>

Por otro lado, a partir del año 1959 se inscriben las primeras manifestaciones en Cuba de la asistencia médica para adultos mayores. Se insistió, en principio, en una atención de salud y de asistencia social, que puede calificarse como antecedente del Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, creado en el año 1996 <sup>(20, 21, 22)</sup>.

En este orden, resulta válido aclarar que en el año 1964 se instituyeron los policlínicos integrales. Esos contextos de salud se constituyeron durante 10 años para la atención de las acciones curativas. Los fines y las esencias que distinguieron ese servicio de salud marcaron hito en la atención a las necesidades sanitarias poblacionales.

Las ideas expuestas, en apretada síntesis, en los párrafos anteriores muestran las bases del surgimiento de la APS y, con ellas, las primeras manifestaciones de medicina familiar en Cuba. Además, el interés de tipo social en la atención al



adulto mayor. Se destaca que las actividades de superación en salud, desarrolladas en los primeros años del triunfo revolucionario, si bien se concibieron para satisfacer todo el movimiento fundacional descrito, por su carácter centralizado y cerrado, no tuvieron la trascendencia deseada. Por demás, hasta donde se indagó no existe evidencia sobre una superación en esa época destinada a la atención médica rural o urbana al adulto mayor; mucho menos sobre su fragilidad.

Este epígrafe posibilita abundar en los antecedentes históricos sobre la fragilidad, el adulto mayor y el proceso de superación profesional del MGI. Se distinguen cuatro etapas:

Etapa 1, años 1970 -1989. Período fundacional de estudio de la población geriátrica.

Etapa 2, años 1990 - 2000. Comunidad de criterios acerca de la definición de fragilidad.

Etapa 3, años 2001-2012. Asunción de la fragilidad como la adición de varias condiciones de salud.

Etapa 4, años 2013 - hasta la actualidad. Definición del síndrome geriátrico de fragilidad física como síndrome médico de causas y contribuyentes múltiples.

Para el análisis histórico-lógico se observan los siguientes indicadores: aspectos o evento que suponen un salto cualitativo en la atención médica a la fragilidad; supuestos que distinguen el Programa de Atención al Adulto Mayor (PAAM) y supuestos que dan cuenta del sentido de la superación destinada al especialista en MGI. Lo primero

permite demostrar la importancia de la atención a la fragilidad, así mismo, la evolución de ese síndrome. Lo segundo, comprobar las prioridades para la atención a ese grupo poblacional y lo tercero: supone distinguir las distintas aristas de la superación del citado especialista para demostrar la carencia de capacitación sobre la fragilidad de la población envejecida.

Etapa I. Años 1970-1989: Periodo fundacional de estudio de la población geriátrica. El estudio de la población geriátrica frágil comenzó en la década de los años 70, época en la que *Monsignor* Charles F. Fanhey y la *Federal Council of Aging* (FCA) definieron una parte de la población como ancianos frágiles. En 1990 el "*Journal of American Geriatrics Society*" publica un listado en el que aparece el término fragilidad, el que se relacionó con los siguientes sinónimos: débil, anciano dependiente entre otras denominaciones <sup>(6,10,11)</sup>

Por otro lado, se precisa que el primer Programa de Atención al Adulto Mayor (PAAM) se elabora en el año 1974 y en el año 1985 se asume la variante del seguimiento del médico de la familia y su equipo. La observación a ese grupo poblacional resultó limitada por la evidente necesidad de superación en ese sentido; el hecho de que se concentrara precisamente en carencias y solicitudes de salud constituyó un aspecto que marcó pautas para lo que después se instituyó como atención integral. <sup>(22)</sup>

La creación en el año 1976 del Ministerio de Educación Superior (MES) impulsó el sistema de superación profesional como proceso de formación continuada. En la Atención Primaria de Salud se desarrollaron ofertas u opciones para capacitación que

no respondieron a la lógica de las limitaciones y carencias en el desempeño;<sup>(24,25)</sup> más bien a un conocimiento generado en los Institutos Superiores de Ciencias Médicas.

En 1984, se crea la especialidad de Medicina General Integral, que asumió como objeto de estudio la atención primaria de salud. En 1987 se produjo la primera graduación.

Etapas II. Años 1990-2000: comunidad de criterios acerca de la definición de fragilidad.

Las investigaciones desarrolladas en la década de los años 90 sobre la fragilidad del adulto mayor evidencian puntos comunes; particularmente, la relación del deterioro orgánico, funcional, social y psicológico de ese sector poblacional, con un elevado riesgo de discapacidad y mortalidad. Campbell y Buchner et al en 1997, suscriben el término de «fragilidad» como un síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y de la resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos.<sup>(26-30)</sup>

En el año 1997 comienza a implementarse el PAAM con el objetivo de mejorar la salud de la población de más de 60 años de edad, para garantizar su calidad de vida con un tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador; asimismo se crea una modalidad gerontológica comunitaria.

El período especial que se inscribe a inicios de los años 90 significó carencias socioeconómicas de impacto que afectaron el país. Las resoluciones ministeriales de ese período promovieron formas de implementación para la educación posgraduada;

tales formas no se ejecutaron, toda vez que no alcanzaron la participación deseada por parte de los profesionales de la salud, ya sea por falta de motivación o decisiones que limitaron la continuidad de esta.

La comisión nacional de evaluación de la competencia y el desempeño para los profesionales de la salud emitió un reglamento en 1991 de acuerdo con resolución ministerial 97 que refrenda la legalidad de la superación; no obstante, no se tomaron las consabidas medidas para su desarrollo. Se incorporan otras figuras de superación, entre los años 1993 y 1999 mediante el establecimiento de planes anuales; se ejecutaron talleres nacionales para el análisis de carencias de aprendizaje y la ejecución de cursos sobre aspectos de salud familiar.<sup>(18)</sup>

Etapas III. Años 2001 - 2012: asunción de la fragilidad como discapacidad o adición de varias condiciones de salud.

Los dos principales marcos teóricos sobre los que se ha elaborado el constructo de la fragilidad son el creado por Linda Fried en el año 2001 sobre la base de los datos del *Cardiovascular Health Study* (CHS), en el que desarrolla un fenotipo como situación de riesgo para discapacidad. Además, el defendido por Kenneth Rockwood de acuerdo con los datos del *Canadian Study of Health and Aging* (CSHA), que establece que la fragilidad consiste en la adición de varias condiciones de salud que incluyen, entre otras, comorbilidad y discapacidad.<sup>(31-34)</sup>

Ambas aproximaciones divergen tanto en su marco conceptual como en el abordaje operativo de la fragilidad. En correspondencia cada una tiene utilidad clínica en ámbitos

distintos. Vale advertir que conforme se avanza en el conocimiento sobre ese síndrome se coincide en que es un estado de riesgo, que antecede a la discapacidad, cuyo vínculo tiene una relación directa con el fenómeno biológico del envejecimiento. (35-36)

En esta etapa continua el desarrollo del PAAM. Se insiste en la atención periódica y sistemática del adulto mayor en el consultorio, en el hogar, en el círculo y casa de abuelos.<sup>(37)</sup> Además se promueve la atención a la aparición de discapacidades y enfermedades. Se perfeccionan los centros de adultos mayores con un creciente conocimiento no formal a los ancianos del área.

En este periodo se diversifica a partir del año 2003 la superación dirigida al médico general integral mediante cursos y diplomados para perfeccionar competencias para la atención a las familias, pero no a la atención al adulto mayor frágil. Se ofertan maestrías que aluden a distintas carencias de especialización<sup>(37,38)</sup> y se inicia la especialidad de enfermería comunitaria. Se convierte la atención primaria de salud en un espacio que promueve y garantiza la superación profesional del médico general integral.

Etapa IV. Años 2013- hasta la actualidad: definición del síndrome geriátrico de fragilidad física como síndrome médico de causas y contribuyentes múltiples.

El último documento de consenso sobre fragilidad se gestó en Orlando (EE.UU.) en junio de 2013, en una conferencia auspiciada por la Asociación Internacional de Geriatria y Gerontología, también por asociaciones internacionales relacionadas con el envejecimiento y lideradas por J.E. Morley. Ese consenso definió el síndrome geriátrico

de fragilidad física como un síndrome médico de causas y contribuyentes múltiples, caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia, disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer. <sup>(2)</sup>

En este periodo de actualización permanente del PAAM se observa que entre el año 2020 y el año 2030 el porcentaje de adultos mayores del planeta aumentará en un 34%. Se comprende que las afecciones más comunes de la vejez aumentan conforme aparecen estados de salud complejos que dan cuenta de los síndromes geriátricos. Esos estados son consecuencia de factores tales como la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión <sup>(11)</sup>

La superación del MGI en esta etapa se diversifica, cualifica y amplía. Se ofrecen oportunidades para cursar las figuras de superación y posgrado que distinguen la etapa anterior (diplomado, maestría y especialidad); de igual manera, se ofrece la oportunidad de alcanzar el grado científico de doctor en ciencias. Aparecen figuras de superación destinadas a profundizar en los distintos síndromes o enfermedades que distinguen el envejecimiento humano, con énfasis en la diabetes, la osteoartritis, la neumonía entre otras <sup>(38)</sup>. Pero no con enfoque geronto- geriátrico a criterio de la autora.

El análisis histórico-lógico realizado muestra las tendencias históricas de los referentes de la fragilidad y el PAAM, se distingue la fragilidad en el adulto mayor como un estado de necesidad hacia su redimensionamiento, fundamentado en la concepción de síndrome geriátrico. Considerar al programa de atención al adulto mayor desde una atención incipiente dirigida a lo biológico hasta el desarrollo de un programa multi e interdisciplinario.

La autora revela la necesidad de una intervención multifactorial para garantizar el enfoque integral e interdisciplinario de este síndrome geriátrico desde la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud <sup>(37, 39)</sup>

La superación desde un proceso de formación continua limitada a la atención de los aspectos biológicos desvinculados de los aspectos psicológicos y sociales hacia un programa de superación postgraduado diversificado.

## **1.2. El proceso de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba**

El proceso de universalización en la formación del profesional de salud, constituye una de las más novedosas vías para garantizar la formación del médico, además de que responde a las condiciones históricas.

Es por ello que, para comprender la trascendencia de este proceso, los sistemas y programas aplicados: deben escudriñarse antecedentes; los planes de formación tienen un contexto socio-histórico que determina la dinámica de los cambios y transformaciones ocurridos en cada uno de esos procesos. Se dice que las condiciones económicas, políticas y sociales influyen significativamente en la manera de concebir las profesiones y la certificación de los conocimientos asociados a ellas; esta regularidad se cumple también en el caso de la Medicina tanto para el pregrado como el posgrado. <sup>(40,41)</sup>

La historiografía indica tres grandes períodos históricos: colonia, neocolonia y revolución, como referentes socio-históricos donde se ubican los hechos en relación

con las características de la época y las especificidades de los procesos que se estudian.<sup>(42)</sup>

La medicina familiar según apuntes históricos de Ramírez López sobre del proceso de formación del médico general: tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del XX; es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la necesidad de atender imperiosos problemas sociales, tanto de las comunidades como del Estado.<sup>(43)</sup>

El médico general desde la época colonial era el responsable de las familias, es decir, un profesional de alta calificación, con conocimientos sobre medicina, que se ocupaba de la salud en la comunidad y lo distinguían como el "médico de cabecera"; también se desempeñaba como consejero sobre problemas educacionales y matrimoniales, entre otros.

En la década de los años 60 del siglo XIX surge la especialidad de medicina familiar, para llenar la función del generalista en la medicina, pues se reconocen los defectos de un sistema de salud fragmentado y el potencial de un especialista integral<sup>(26)</sup> De esta manera, la formación de posgrado en medicina familiar se inició en América en el año 1966 por el colegio de médicos de familia de Canadá; en los Estados Unidos de Norteamérica se constituyó como especialidad en el año 1969 y luego se asumió en otras naciones de este continente, Europa, Asia, África y Oceanía.

En Cuba, el diseño y puesta en funcionamiento del Policlínico Integral Preventivo Curativo en el año 1964, constituyó el primer modelo de Atención Primaria de Salud, al



que sustituirían como sucesivos eslabones históricos los modelos del Policlínico Comunitario (año 1974) y del Médico y enfermera de familia (año 1984).<sup>(44)</sup>

La creación de la especialidad Medicina General Integral en el año 1985 y posteriormente del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia fue una decisión política del estado cubano, a partir de la idea del comandante en jefe Fidel Castro Ruz que proyecta una concepción integral de la formación de pregrado y de posgrado, con un perfil de salida dirigido a la atención primaria de salud. La propuesta de esta especialidad, como no tenía antecedentes en el país, constituyó el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, que es la premisa básica del SNS desde su creación.  
(22)

Así, la formación de este especialista se rige por el programa de formación de la especialidad, que se implementó por primera vez en el año 1985, modificado en varias ocasiones, y una última versión en el año 2018.

En los primeros seis años de existencia del modelo, la cifra de médicos se elevó a casi 12 000, lo cual garantizó una cobertura con equidad a más de siete millones de habitantes (65% de la población del país). Desde entonces y en pocos años, se construyeron miles de consultorios equipados adecuadamente para facilitar el desarrollo de las acciones propias de la especialidad en función de la población y confortables viviendas para los Médicos y Enfermeras de la Familia, quienes mejoraron su calidad de vida y comenzaron a formar parte activa de la comunidad atendida por ellos.<sup>(45)</sup>

El proceso de formación de posgrado constituye una continuación natural del pregrado. Según Ramírez López,<sup>(43)</sup> es imposible concebir un desarrollo sostenible del capital

humano y de los procesos donde estos intervienen, sin que medie en los galenos la superación desde la actualización, la sistematización, la consolidación y la difusión de los saberes. Por tanto, el surgimiento y evolución del proceso de formación de posgrado se relaciona con el precedente curricular y el inicio del programa de la especialidad, lo que conllevó a una transformación de los planes de estudio de pregrado.

El paradigma vigente en la formación de posgrado antes del año 1984 se caracterizaba por ser eminentemente hospitalaria, con un enfoque predominantemente clínico para enfrentar problemas médicos bien diferenciados y en etapas de evolución que requieren atención curativa. Iniciaba una formación en el hospital y la comunidad, con enfoque clínico-epidemiológico y social, que incluye acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

Referente a la investigación el paradigma transitaba desde una investigación fundamentalmente biomédica, generalmente costosa, a una investigación orientada a resolver problemas de salud de la población para prevenirlos y tratarlos. En relación con el médico como comunicador desde una relación médico-paciente individual a una relación médico-paciente que trasciende la relación individual y se abre al equipo médico y a la familia. <sup>(22)</sup>

En la atención médica el paradigma vigente antes del inicio del programa del médico y la enfermera de la familia se caracterizaba por una práctica médica centrada en la enfermedad del individuo, con predominio de la utilización de la tecnología, enfoque etiopatogénico fundamentalmente biologicista, con atención por especialidades, generalmente sin análisis integral del individuo.

Se proponía con el médico general básico integral y el especialista en medicina general integral una atención médica centrada en la salud del individuo, la familia y la comunidad, con atención sociopsicológica sin abandonar la tecnología, con enfoque etiopatogénico sociobiológico y una atención médica integral que valore las características del individuo y el medio circundante. Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>(46)</sup> ha publicado la estructura operacional de la APS para transitar de una visión global a la acción basada en tres elementos:

1. Política multisectorial y acción.
2. Empoderamiento de la comunidad y la población en general
3. Integración de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria y su función esencial

La práctica médica está vinculada con el pensamiento médico sobre la causalidad de los problemas de salud, implica un pensamiento biopsicosocial no exclusivamente biologicista.<sup>(46-50)</sup> El perfil del egresado de este especialista contempla, además: el perfil político ideológico que tiene una dimensión social e incluye cualidades político-ideológicas, ético-morales, científico-técnicas y estético-culturales, amplia concepción del mundo, una comprensión dialéctico- materialista de los fenómenos de la naturaleza, de la sociedad y del pensamiento. Estas acciones deben responder a las exigencias de la moral socialista y al código de ética médica.

El perfil profesional del modelo de la especialidad en Medicina General Integral se conforma por las funciones: atención médica integral, educativa, investigativa, administrativa y especiales. A la universidad le corresponde identificar las debilidades del

proceso de formación. El análisis de la pertinencia de las tareas de la formación en función de las necesidades de salud de la sociedad. A partir de este diagnóstico la universidad define nuevos objetivos y realiza la propuesta de estrategias innovadoras y transformadoras.

La formación de los profesionales de Medicina General Integral en Cuba se desarrolla en la propia área de salud donde ejercen la profesión: policlínico o consultorio médico, en interacción con el resto de los integrantes del grupo básico de trabajo (GBT) y equipo básico de salud. El objeto de estudio es el propio objeto del trabajo profesional y sus métodos de aprendizaje son los del trabajo profesional: el método clínico y el método epidemiológico.<sup>(51)</sup>

La educación en el trabajo en la especialidad de MGI constituye la principal forma de organización de la enseñanza. Esta conlleva a un real aprendizaje pues posibilita consolidar lo que se aprende, dándole funcionabilidad práctica y social y se emplea para dar solución a problemas del entorno educacional y laboral. Esto hace que los currículos sean cada vez más pertinentes con las necesidades de la población, por tanto, orienta hacia un aprendizaje activo vinculado al trabajo con el consecuente desarrollo de habilidades, destrezas, valores y actitudes.

El residente se apropia de los conocimientos y habilidades inherentes a la especialidad mediante las siguientes actividades docente- asistenciales: consultas, interconsultas, visitas de terreno, guardias médicas, visita a los pacientes con ingreso en el hogar, discusión de problemas de salud, análisis de la situación de salud, reuniones clínico-

radiológicas y clínico-epidemiológicas, discusión de fallecidos, seminarios de actualización, entre otras.

El aporte de la creación del especialista de Medicina General Integral ha permitido solidificar la base de atención a la población y de conjunto a la participación de la comunidad e intersectorial. Durante el llamado “período especial”, cuando los recursos económicos eran muy escasos, el consultorio del médico de la familia significó una fortaleza para el diagnóstico temprano de las enfermedades, la promoción, la prevención y el mantenimiento del estado de salud de la población. <sup>(22)</sup>

Algunos autores en el contexto de la educación médica nacional, han analizado las diferentes versiones del programa de formación del médico general integral y concluyen que cada uno de estos programas ha tenido elementos significativos que lo caracterizan. De acuerdo con lo anterior, la primera versión contemplaba tres años de formación, después de uno o dos de familiarización en la atención primaria de salud, al considerar que durante la etapa de estudiante solo se realizaban algunas rotaciones por escasos servicios en los policlínicos, de ahí que la mayoría de ellos nunca había desarrollado actividades académicas en un consultorio del médico de la familia. <sup>(22,24)</sup>

En el plan temático solo se incluía la denominación del tema, en la forma de organización de la enseñanza; predominaban los seminarios, conferencias, con gran número de horas en forma de cursos complementarios y un listado de procedimientos donde se incluía la atención al individuo, pero carecía de integralidad. <sup>(24)</sup>

Tal como se ha visto, en este programa quedaron atrás los esquemas clásicos de la residencia, pues el proceso formativo del especialista se centraba en la atención de la

salud y la enfermedad, de ahí que dicho proceso se basó en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, apoyado en la independencia cognoscitiva y en el desarrollo de la creatividad, con énfasis en la atención ambulatoria y en la dispensarización.

En efecto, en el modelo del especialista se plantearon tres dimensiones: la social, la ocupacional y la profesional. En la social se establecieron los componentes de la personalidad que debe desarrollar este especialista; en la ocupacional se reflejaba su lugar en el universo de trabajo del SNS, por lo que se definían así las actividades profesionales (cargos) para los que se calificaba al educando en el proceso de formación.

Las funciones que podían desarrollar y el universo de conocimientos, habilidades y valores que determinaban la competencia, caracterizaron la dimensión profesional. Para el cumplimiento de estas dimensiones se plantearon tres perfiles: la formación comunista, la calificación ocupacional y la formación profesional.

Una debilidad del primer programa formativo fue no establecer los procedimientos que servirían a los profesores para desarrollar estas cualidades en los futuros especialistas, así como no analizar los problemas de salud donde se integrara lo individual, lo familiar y lo social.

En el año 1990 se estableció la segunda versión del programa, con un enfoque integral y multidisciplinario, el cual posibilitó eliminar los cursos especiales complementarios, aunque se mantuvo el tiempo de formación y se adoptó un sistema modular, con especificaciones de los objetivos, habilidades y conocimientos integrados.

En ese sentido, se modificó el modelo del egresado, de ahí que se determinaron dos perfiles: el político-ideológico y el profesional.

El perfil político-ideológico agrupaba los indicadores definidos en el perfil de la formación comunista, establecida en el programa precedente, donde se consideran las cualidades y actitudes descritas con anterioridad. Se eliminó el perfil ocupacional y se introdujo la relación de obligaciones funcionales. <sup>(22,24)</sup>

También se definieron las funciones de los componentes personales del proceso de enseñanza y aprendizaje, incluida la responsabilidad de los profesores en la formación de este especialista. Por otra parte, las formas de organización de la enseñanza incorporaron tres actividades académicas: la discusión de problemas de salud, el intercambio semanal y el taller. En este programa se introdujo la atención tutelar de los profesores, se inició la formación tanto en centros laborales como educacionales, la estancia hospitalaria se redujo a cuatro semanas a tiempo completo y se implementaron las rotaciones por centros de la comunidad <sup>(22)</sup>

Durante la etapa formativa se enfatizó en los métodos productivos de enseñanza-aprendizaje, en la solución de problemas clínicos, en el estudio individual, así como en aquellos relacionados con la educación en el trabajo, acompañados de la aplicación del método científico, de los aspectos clínicos- epidemiológicos y del diagnóstico de salud.

En el período desde el año 1999-2000 se editó la tercera versión del programa, que mantuvo la formación en tres años, el sistema modular con los objetivos

correspondientes y se eliminó el sistema de habilidades, de modo que se reorganizó el contenido y se integraron todos los módulos relacionados entre sí en el área correspondiente, donde se incluyeron las acciones de promoción, prevención y rehabilitación específicas de cada enfermedad.<sup>(22)</sup>

Cabe destacar que se introdujeron y actualizaron los módulos y contenidos esenciales, a la vez que se eliminaron otros y se incluyeron los módulos de metodología de la investigación, de urgencias médicas y de medicina natural y tradicional. Se eliminó la actividad de intercambio semanal y la formación en los centros de la comunidad; mientras que la estructura y el contenido del modelo del egresado se mantuvo igual al declarado en el programa del año 1990.

La cuarta versión del programa de formación surgió en el año 2004, como respuesta a necesidades establecidas por el sistema de salud. En esta se redujo el tiempo de formación a dos años, lo que prescinde del año de familiarización. Inició a partir de un médico general, con seis años de formación de pregrado y un perfil profesional orientado a la atención primaria de salud. Tiene como principal escenario de formación la propia comunidad en la que el residente se desempeña como médico de familia. Se mantiene la misma estructura modular y los principios de la estrategia docente; pero en el diseño no se declaran las habilidades y conocimientos como en el formato del programa del año 1990, aunque se mantienen los valores identificados.

En tanto, el perfil de formación actual de los profesionales de APS del año 2018 contiene las obligaciones funcionales e incluye las funciones de atención médica integral, docente, educativa, investigativa, administrativa y se adicionan las funciones



especiales referidas a la actuación en las situaciones excepcionales, como los desastres. El perfil político- ideológico está relacionado con la filosofía que conforma una concepción científica del mundo y el sistema de actitudes y valores de este profesional.

Además, se reorganiza el contenido de los módulos de nutrición, del adulto mayor, además de los cursos de electrocardiografía y genética médica. Se especifican los conocimientos, se definen 61 habilidades y, como formas de organización de la enseñanza, se implementan las reuniones clínico- radiológicas, clínico- epidemiológicas y el análisis de los fallecimientos.

La Medicina Familiar en Cuba constituye actualmente la especialidad más importante del país y ha facilitado el perfeccionamiento que se ha producido paulatinamente en la Atención Primaria de Salud.

El modelo de Medicina Familiar de Cuba desarrollado a partir de la concepción del líder eterno Fidel Castro Ruz, ha sido reconocido en Latinoamérica y a nivel mundial como una de las estrategias de salud más efectivas en la modificación del cuadro de salud de la nación, por lo que a 37 años de esta experiencia, el médico de familia está llamado a ofrecer un servicio de calidad, continuo e íntegro que garantice alcanzar los estándares de salud acordes con las actuales exigencias sociales.<sup>(24)</sup>

Puede resumirse que: el programa de formación del especialista de medicina general integral ha tenido transformaciones que obedecen a las necesidades nacionales e internacionales, con el propósito de convertir al médico general integral en un

especialista de perfil amplio, que logre la transformación del estado de salud según las demandas sociales existentes.

El modelo del especialista en Medicina General Integral parte del vínculo existente entre el método clínico epidemiológico y el paradigma médico social que constituye un resultado en la práctica médica, del vínculo indisoluble que existe entre las políticas estatales y las políticas de salud de la población. Este modelo constituye un elemento fundamental para distribuir los recursos económicos equitativamente en función del respeto al derecho humano de la salud y al alcance de niveles superiores de desarrollo social.

Al considerar el estado del arte, las tendencias internacionales y el contexto nacional, en el rediseño actual se decide el cambio de nombre de la especialidad de Medicina General Integral a Medicina Familiar <sup>(52)</sup> que mantiene la esencia para la que fue creada por el comandante en jefe Fidel Castro Ruz.

En este contexto la educación continuada y permanente caracterizada por normas, pautas o preceptos encaminados a elevar la calidad de la competencia y el desempeño de los prestadores de los servicios de salud se convierte en un pilar imprescindible cuyo contenido debe estar directamente relacionado con los problemas de la práctica profesional tal es el caso del síndrome de fragilidad. Para ello se impone adoptar novedosas estrategias pedagógicas transformadoras, activas, dinámicas, flexibles, realistas, vinculadas al mundo del trabajo y de la profesión, integradas a los servicios de salud y a la investigación científica como señalan prestigiosos investigadores. <sup>(53-58)</sup>

Llama la atención que los contenidos de medicina geriátrica en los programas de la

residencia de MGI, son escasos, y que tienen asignado un fondo de tiempo insuficiente para la extensión del contenido que incluyen y es impartido por médicos no geriatras

### **1.3. El proceso de superación del especialista en Medicina General Integral**

El diccionario de la real academia de la lengua española define a la superación como la "sucesión en el desarrollo, relación de algún fenómeno inferior respecto a otro "superior" un interesante proceso de crecimiento desde todas las esferas de la vida de una persona. Las sociedades modernas las expresan desde nuevos y renovados puntos de vistas, que consideran las relaciones complejas que establecen, dependiente de la globalización <sup>(59)</sup>

La superación profesional es un proceso de crecimiento multidimensional que abarca diferentes áreas de la vida de los sujetos (personal, laboral, familiar, profesional y social). Ello implica esfuerzo, disciplina, voluntad, dedicación y responsabilidad, para lograr el impacto deseado de manera consciente y auto determinado de cada sujeto y del área donde se desarrolla la vida laboral. Tienen un carácter permanente y continuado, pues todo egresado necesita profundizar algunos elementos que no reciben en su formación, ello hace posible el perfeccionamiento de los conocimientos y habilidades para la mejora del trabajo que desempeña. <sup>(60)</sup>

Desde el inicio del proceso revolucionario hasta la actualidad, el Estado ha desarrollado un papel fundamental en la superación profesional en salud, muestra de ello es el Reglamento de Educación de Postgrado del MES, donde son reflejadas las direcciones

principales de la Educación Superior en Cuba, dirigido a la promoción de la educación permanente de los graduados universitarios.

Encaminado a la adquisición de habilidades y asimilación de nuevas técnicas de trabajo, la superación profesional posee varias formas organizativas, entre las que se encuentran, cursos, talleres, entrenamientos, conferencias especializadas y diplomados.

En la actualidad está vigente el Decreto Ley 372/2019.<sup>(61)</sup> y la resolución 140/2019.<sup>(62)</sup>, normas que tienen como objeto establecer regularidades para la gestión de la educación de postgrado. En la resolución se expresa que la educación de postgrado, el trabajo colectivo y la integración en redes, a la par que atiende de modo personalizado la necesidad de formación de los estudiantes de este nivel; también promueve la superación continua de los graduados universitarios, el desarrollo de la investigación, la tecnología, la cultura y el arte. Para cumplir esta variedad de funciones se estructura la superación profesional y la formación académica; de esta última forma parte el sistema nacional de grado científico.

El proceso de superación profesional de posgrado posee potencialidades que se resumen en:

- Contribuir al desarrollo social mediante los modos de actuación profesional e integración del equipo multidisciplinario.

- Promover la calidad de los servicios y la productividad laboral
- Atender las necesidades de aprendizaje que emergen de una formación permanente en los contextos social y laboral.
- Generar la capacidad creativa, innovadora y transformadora de los procesos profesionales al desarrollar conocimientos integrados a la práctica a través de intervenciones educativas, ello convierte a los profesionales de la salud en agentes dinamizadores que intervienen en la mejora de la calidad de vida de la población.

La autora sistematiza varios autores que abordan la superación profesional entre ellos:

Feriz Otano y otros exponen la superación profesional como un proceso de aprendizaje y actualización permanente para el desempeño profesional, Además, disciernen que la superación profesional y la formación académica son procesos fundamentales que sostienen la educación de posgrado.<sup>(63)</sup>

Falcon Torres y otros asumen la superación como una actividad educativa que contribuye a formar hombres de ciencias con determinados valores, puesto que no solo se transmiten conocimientos y desarrollan habilidades si no que se enriquece la conducta del hombre para que identifique, analice y solucione sus propios problemas, con la adopción de decisiones y la interacción con el medio y con la sociedad.<sup>(64)</sup>

Huguet Blanco y otros, desde la ciencia de la educación médica plantea que, para lograr la preparación adecuada de los profesionales, la superación profesional debe

tener un carácter flexible, que se manifieste en el ordenamiento y secuencia del contenido seleccionado, sobre la base de una concepción curricular instituida a partir de las necesidades y de las características del aprendizaje, que contribuye a determinar las formas de organización de la superación. <sup>(65)</sup>

Otros investigadores del área de la educación médica ofrecen diferentes definiciones operativas relativas al proceso de superación profesional <sup>(66-69)</sup> :

El proceso de informatización en salud demanda del uso de las TIC. <sup>(70)</sup> como parte incorporada a cada proceso que se desarrolla en la educación superior. El uso adecuado de los medios tecnológicos proporciona la aparición de cambios positivos en el desempeño profesional. Estos medios en el proceso de enseñanza aprendizaje se conforman a partir de procesos y productos derivados de hardware y software; las cuales actúan como soporte en el almacenamiento, procesamiento y transmisión digitalizada de la información. Integrar las TIC al proceso de superación, se considera un elemento clave para el desarrollo al proporcionar instrumentos de comunicación, formación, aprendizaje, entre otros.

En el análisis de las diferentes definiciones acerca de la superación, la autora identificó algunos nodos conectores con la estrategia que propone, donde se destaca el carácter flexible, actualidad y el desarrollo de habilidades, lo que enriquece la cultura del hombre y potencia las capacidades para dar solución a problemas de salud en el quehacer cotidiano, todo ello en virtud de mejorar los servicios de salud que se ofrecen a la sociedad.

Regularidades encontradas en el proceso de superación profesional:

- Proceso que permite la actualización de conocimientos y habilidades.
- Flexible y contextualizado
- Permanente y continuado
- Sistema de acción planificada
- Selección de contenidos a partir de las necesidades identificadas
- Aplicación de conocimientos para potenciar la calidad de los servicios de salud
- Visión interdisciplinaria
- Auto preparación como forma valiosa
- Proceso permanente continuado, sistemático integrador
- Organizado y evaluable
- Desarrollo de valores
- Incorporación de las TIC

Al particularizar en la actualización de los especialistas en MGI en relación con la atención al adulto mayor frágil se revela la necesidad de transformaciones para el logro de una asistencia basada en el mejoramiento de la calidad de vida. La superación deviene como vía ideal de solución a esta problemática, que a la vez presenta implicaciones directas en la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del paciente, la familia y la sociedad.

La Educación Médica brinda alternativas de superación profesional, que tienen como sustento teórico el sistema de principios los cuales avalan el desarrollo del proceso de crecimiento profesional, personal y humano, con el propósito de elevar la participación científica, investigativa y asistencial del personal sanitario.

La superación profesional para mejorar el desempeño profesional del médico de familia específicamente para la detección precoz del síndrome del anciano frágil es una actualización necesaria, pues no forma parte del programa docente del pregrado ni la

formación del especialista de MGI; estas deficiencias cognitivas pueden ser resueltas con alternativas de este tipo, que ayuden desde la educación de posgrado a la superación de estos profesionales en el tema en cuestión.

El análisis realizado permite considerar en esta investigación, la superación profesional de los especialistas de MGI para la atención integral al adulto mayor frágil, como el proceso de desarrollo de conocimientos, habilidades para la atención de los pacientes desde el punto de vista psicosocial, funcional y rehabilitador. Este proceso parte como principio de reconocer generalidades que caracterizan el desempeño del MGI como miembro del equipo multidisciplinario de la atención integral al adulto mayor desarrollado por el MINSAP.

La autora asume a Ramos Suárez y Cols. que define el proceso de superación profesional en Imagenología; el cual tiene como rasgos fundamentales ser contextualizados, flexibles e intencionados para dar respuesta al encargo social que hoy demandan los servicios de salud en Cuba. Plantea que el proceso de superación profesional como un sistema de acciones planificado, que consoliden el saber ser, saber hacer y lograr la interacción de los conocimientos científicos-investigativos, para el desarrollo de habilidades, valores y conocimientos de manera actualizada, flexible, según el contexto histórico-social en aras de potencial los servicios de salud, para el beneficio social. <sup>(66)</sup>

#### **1.4 El desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral en la identificación de la fragilidad y factores de riesgo asociados**

El desempeño, tal y como expresa el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: <sup>(71)</sup> “es la acción y efecto de desempeñar o desempeñarse,” mientras que



desempeñarse significa: “cumplir con una responsabilidad, realizar una acción que ha sido aceptada como una obligación. Como un servicio por el cual se obtiene una satisfacción (...) conjunto de acciones que se realizan para lograr un objetivo.”

El desempeño profesional se ha investigado por diferentes autores tanto de las Ciencias Pedagógicas, las Ciencias de la Educación Médica y la Ciencia de la Enfermería, entre otras, como variable importante que no solo permite resolver los problemas de la práctica profesional, sino que asume posiciones creativas novedosas e innovadoras, que facilita a los profesionales afrontar las problemáticas de una sociedad cambiante. En el caso particular de los profesionales de la salud, el desempeño está enfocado en las respuestas **certeras al proceso salud enfermedad**, donde de forma prioritaria se busca la satisfacción de las necesidades **de la triada del paciente, familia y comunidad** <sup>(72)</sup>

En esencia el desempeño profesional está relacionado con la capacidad, conducta, habilidad, idoneidad, comportamiento, competencia de los profesionales para la praxis asistencial. En relación con el proceso de superación profesional conlleva posiciones cooperativas, solidarias, humanistas y de ciencia e innovación tecnológica, así mismo, implica procesos competitivos, flexibles y abiertos donde se demuestra el “saber, el saber hacer y el ser”, condición indispensable de todo profesional para constituirse como fuerza socialmente activa. En las Ciencias de la Educación Médica se encuentran autores que coinciden en las ideas abordadas anteriormente. <sup>(73-76)</sup>

En función de la presente investigación, la autora plantea la necesidad de potenciar la superación profesional del especialista en MGI para la atención integral al adulto mayor

frágil, a partir de redimensionar los indicadores que posibilitan el mejoramiento del desempeño profesional. Garantizar un diagnóstico y seguimiento adecuado del adulto mayor frágil a partir de los conocimientos y habilidades para actuar desde lo cognitivo, lo científico investigativo, lo asistencial y lo bioético.

El proceso de superación va aparejado a la eficiencia del desempeño profesional, viene dado por la respuesta que ofrece el especialista en Medicina General Integral a las problemáticas que presenta el adulto mayor frágil. La profundización teórica realizada permitió sugerir, que existe cierta relación entre el proceso de superación profesional, el mejoramiento del desempeño profesional y la calidad de la atención integral al adulto mayor frágil.

Justamente la relación anterior puede potenciarse con especialistas en Medicina General Integral actualizados y comprometidos con el desarrollo profesional en el cual se logre la integración de saberes a tono con el desarrollo científico tecnológico, económico, sociocultural y ecológico; de esta forma la ciencia se convierte en una fuerza social activa, en beneficio de la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las necesidades del adulto mayor frágil, la familia y la comunidad.

En este sentido la investigadora reafirma la concepción del programa del médico de la familia en el que se plantea que el desempeño profesional de estos especialistas tiene como finalidad mejorar el estado de salud del adulto mayor mediante acciones integrales para con el mismo, la familia y la comunidad.

Los especialistas en Medicina General Integral que se desempeñan en la atención primaria, deben asumir actividades relacionadas con el manejo del adulto mayor frágil,

definidos según la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) la cual permite adoptar las acciones del personal de la salud relacionado con esta entidad nosológica, ello incluye la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la disminución de la discapacidad.

El especialista en Medicina General Integral deberá reconocer de forma precoz los síntomas y signos, pues el consultorio médico es la puerta de entrada al sistema de salud, por ende, asegurará: realizar actividades de promoción y prevención de salud con el objetivo de conocer los criterios de fragilidad; realizar pesquisa de ancianos de riesgo y evaluarse al anciano frágil.

Dentro de los factores de riesgo asociados <sup>(77)</sup> al síndrome de fragilidad se encuentran:

- Edad: con el incremento de los años de vida comienza una disminución en la reserva funcional de los sistemas y vulnerabilidad aumentada; la edad motiva que determinadas enfermedades sean frecuentes, tiendan a la cronicidad, discapacidad y generen dependencias.
- Estado civil: el adulto mayor soltero o viudo tiene mayor posibilidad de afectación psicológica, tendencia a la depresión y desarrollo de fragilidad
- Depresión: se caracteriza por tristeza, pérdida del apetito, del interés, sentimiento de culpa, ello genera un estado de ánimo pobre, anorexia, inactividad, pérdida de peso que conllevan a un agotamiento de las reservas y aparición de la fragilidad
- Sexo: la mujer tiene menor fuerza y masa muscular que el hombre por lo que son más vulnerables

- La polifarmacia: la aparición de varias comorbilidades o dolencias lleva a la prescripción excesiva de fármacos o automedicación
- La pluripatología: hace al adulto mayor más vulnerable y con peor pronóstico debido a la declinación de varios sistemas de órganos. Entre las enfermedades más frecuentes están la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Los ingresos hospitalarios en los últimos meses: los internamientos hospitalarios juegan un doble papel, por un lado, incrementan el riesgo de desarrollar fragilidad y a su vez la fragilidad aumenta el riesgo de ingreso

Lo argumentos expresados anteriormente permiten inferir que en ocasiones producto del desconocimiento, la no identificación de este síndrome y sus factores de riesgo de manera temprana, provocan un mayor índice de discapacidad y mortalidad en los enfermos y por consiguiente una repercusión negativa en las familias y la sociedad.

En opinión de la autora estas acciones sustentan la responsabilidad que ha de tener el médico de la familia, amparada en un desempeño profesional clínico, epidemiológico, ético y humanista. Coincide con otros autores consultados que han investigado sobre mejoramiento profesional y humano, los cuales realizaron análisis encaminados a demostrar la necesidad del crecimiento profesional.

Desde los sustentos descritos, se manifiesta la necesidad del abordaje teórico del proceso de superación, que permita un mejor desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención integral al adulto mayor frágil. El desempeño profesional manifiesta el comportamiento real del trabajador en relación a otras tareas a

cumplir durante el ejercicio de la profesión, lo que en realidad hace y no solo lo que sabe hacer.

La superación como vía para el desempeño profesional es otro de los elementos teóricos utilizados y sistematizada desde los fundamentos aportados a partir de diferentes ramas de la ciencia por investigadores como Alonso González y Carranza Esteban, quienes evidencian en lo resultados alcanzados mejoras en el desempeño profesional al desarrollar estrategias efectivas de acuerdo al contexto en que se desenvuelve el hombre.<sup>(77,78)</sup>

Ramos Suárez <sup>(66)</sup> define desempeño profesional del tecnólogo en la Técnica de Ultrasonido Diagnóstico, como “(...) sus potencialidades para manifestar modos de actuación que expresen la interrelación dialéctica entre su saber, saber hacer y saber ser, correspondiente a su contexto profesional y que se manifiestan en las relaciones interpersonales que establece en la ejecución del proceso tecnológico, mediante la aplicación del algoritmo técnico de trabajo en los procedimientos ultrasonográficos a partir de los diferentes niveles de atención en salud (...).”

Guerra Suárez define en su obra de forma operativa “desempeño profesional del Licenciado, como “la capacidad (entiéndase como la inteligencia, talento, preparación, suficiencia), que tiene este profesional para identificar, evaluar y contribuir a solucionar los problemas higiénicos-epidemiológicos, al aplicar las funciones pedagógicas, científicas-investigativas, gerenciales y asistenciales, en estrecha relación con el equipo de salud, lo que garantiza la obtención de resultados de calidad en los servicios de salud.” <sup>(79)</sup>

Delgado Rifa plantea que el desempeño profesional de médicos, enfermeros de la familia, como “un proceso vinculado con los objetos de las Ciencias de la Educación Médica se expresa mediante los modos de actuación y comportamiento de estos profesionales de la salud para cumplir los objetivos y métodos propios de su contenido de trabajo en la dirección del proceso de atención en salud para la identificación de los factores de riesgo de la población acerca de la tuberculosis, que les permita el diagnóstico, intervención, educación, promoción y prevención de esta enfermedad. <sup>(80)</sup>”

Hurtado Gascón LC, en el 2018 en postula desempeño profesional del médico de familia en la detección temprana de la Lepra como: “el conocimiento y la habilidad al desarrollar los procedimientos clínicos, epidemiológicos desde posiciones educativas, que le permiten identificar, evaluar y diagnosticar, llegar a un juicio de valor para la toma de decisión con el objetivo de orientar un tratamiento en correspondencia con los signos y síntomas de la enfermedad Lepra, con un comportamiento ético, humanista, responsable, solidario e inclusivo, desde posiciones de ciencia en vínculo estrecho con el equipo de trabajo. <sup>(81)</sup>”

Vidal Borrás E. declara el desempeño profesional comunicativo del médico general integral referido “al intercambio de ideas, conocimientos y sentimientos con el paciente, la familia y la comunidad en un ambiente de respeto mutuo, donde el profesional utiliza el método clínico y el método epidemiológico para la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, a partir de su suficiencia cognitiva-comunicativa, educativa, gerencial-asistencial, científico-investigativa, axiológica e

ideológica, y al anteponer las necesidades del paciente para resaltar el carácter humanista y social de la atención médica.”<sup>(82)</sup>

Hernández, Sosa y Cols. definen el desempeño profesional como “proceso donde se manifiesta la idoneidad del sujeto para ejecutar las acciones propias de sus funciones, donde se refleje su dominio técnico profesional, el comportamiento político y sus cualidades humanas, que le permitan un saber ser acorde con las prioridades del trabajo en el sector, según las exigencias actuales, demostrándolo en la evaluación de los resultados concretos de su centro”.<sup>(83)</sup> Mejías Sánchez y Cols. definen el desempeño profesional en diferentes campos de investigación, los mismos relacionan el desempeño profesional, con modos de actuación, competencias, habilidades, capacidades y saber hacer.<sup>(84)</sup>

La autora coincide con Ramos Suárez V. en que el desempeño profesional se demuestra en el cumplimiento de las funciones predeterminadas<sup>(85)</sup> Lo define entonces como proceso, pues en un proceso actúan fuerzas internas y externas que facilitan la aplicación de un conjunto o sistema de fases o acciones sucesivas, dirigidos al logro de los objetivos propuestos. Está relacionado no solo con la aplicación de las habilidades específicas para realizar sus funciones, sino que también se observan los efectos en el medio con que interactúan los profesionales.

Céspedes Moncada define el desempeño profesional del especialista en Coloproctología en el diagnóstico temprano de pacientes con cáncer anal; como un proceso que se manifiesta en la expresión práctica de la pertenencia del especialista en Coloproctología en las acciones para el diagnóstico temprano del cáncer anal, con la utilización de los

métodos clínico, epidemiológico y procedimientos tecnológicos biomédicos, que revela el desarrollo y uso dinámico de conocimientos, habilidades y competencias adquiridas, conjugadas en la praxis asistencial, con una visión salubrista e interdisciplinaria.<sup>86</sup>

A partir de la sistematización realizada referente a desempeño profesional se identifican las siguientes regularidades:

- Capacidad, idoneidad, suficiencia para ejecutar acciones, deberes u obligaciones propias de las funciones encomendadas.
- Está relacionado con la formación y desarrollo del profesional para cumplir funciones docentes- asistenciales- investigativas y gerenciales.
- Está sustentado en la adquisición y consolidación de nuevos conocimientos propios de la profesión, acorde con la necesaria actualización científica, tecnológica, clínicos y epidemiológicos.
- Abarca la educación permanente que se expresa en la continuidad del pregrado al postgrado.
- Expresión en la interrelación dialéctica entre el saber, saber hacer, y el saber ser en el contexto profesional.
- Asumir posiciones creativas novedosas e innovadoras.

La autora define desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil como un proceso que permita la evaluación integral y multidisciplinaria al adulto mayor frágil por el especialista en Medicina General Integral a través de la ejecución de acciones y funciones específicas de su profesión, que demuestren el “saber, saber hacer, saber ser”, con la utilización del método clínico



epidemiológico y social, con carácter ético y humanista, que le permita saber transformarse y transformar el medio que lo rodea.

En consonancia con lo anterior, cuando se aborda el mejoramiento del desempeño profesional es necesario destacar que se trata de un proceso activo, que logra a través del incremento de las habilidades, conocimientos y competencias de los recursos humanos involucrados un impacto en la calidad del servicio prestado y por tanto de la satisfacción percibida por la población. Autores como Hurtado Gascón.<sup>(81)</sup> y Hernández Muñiz.<sup>(87)</sup> entre otros coinciden con estos criterios.

### **Conclusiones del capítulo I**

Mediante el estudio histórico-lógico y la sistematización sobre desempeño profesional se establece la relación directa entre la educación permanente y continuada y la superación profesional como vía para el mejoramiento del desempeño profesional de los especialistas en Medicina General Integral para la atención integral al adulto mayor frágil. La sistematización realizada condujo a la autora al descubrimiento de un grupo de regularidades que le permitieron elaborar y contextualizar la definición del desempeño profesional del especialista de MGI para la atención al adulto mayor frágil.

## **CAPITULO II**

### **CARACTERIZACIÓN ACTUAL DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL EN EL POLICLINICO MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CUBA**

## **CAPITULO II: CARACTERIZACIÓN ACTUAL DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL EN EL POLICLINICO MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CUBA**

En este capítulo se presenta el procedimiento para la caracterización del estado actual del desempeño del especialista de medicina general integral en la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba.

Se presentó la parametrización a partir de la única variable identificada, desempeño profesional del especialista de MGI en la atención al adulto mayor frágil con las respectivas dimensiones e indicadores. Lo que posibilitó identificar los problemas y potencialidades, punto de partida para encontrar una solución por la vía científica del problema en estudio.

### **2.1 Parametrización del proceso de desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.**

La parametrización surge como un instrumento de tecnología educativa avanzada, muestra resultados muy satisfactorios y permite seguir con facilidad la lógica de las investigaciones en diferentes contextos de salud y otras ciencias de la educación;

por otra parte, permite efectuar con objetividad una valoración u evaluación del objeto de estudio y campo de acción, al derivarlos en variable, dimensiones e indicadores.

La autora emplea este procedimiento en la investigación para la caracterización del estado actual del desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil, además, posibilita la comprobación, demostración y constatación parcial o total existencia del problema y la propuesta de solución.

Según Añorga Morales JA, la parametrización se utiliza de preferencia en la realización de las indagaciones empíricas, para el análisis del objeto de investigación y campo de acción, al determinar la variable, las dimensiones e indicadores para el análisis de las particularidades y lograr la mayor veracidad en los resultados. <sup>(88)</sup>

El término variable se identifica como: “características de un objeto o proceso que puede variar y formarse con cierto número de elementos”. En cuanto a las dimensiones se consideran: “aquellos rasgos que facilitarán una primera división dentro del concepto. Es decir, son diferentes partes o atributos a analizar en un objeto, proceso o fenómeno expresado en un concepto, o simplemente diferentes direcciones del análisis”

El análisis de las definiciones expuestas, concernientes a la parametrización por los investigadores, referentes a postulados teóricos de la Educación Avanzada, se asumen por la autora como sustento para determinar la variable, dimensiones e indicadores a evaluar en la investigación.

La sistematización realizada permitió identificar como variable única el desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil ya definido en el capítulo anterior.

Este proceso de parametrización de la variable: desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral en la atención al adulto mayor frágil, deriva en cuatro dimensiones y dieciocho indicadores, en concordancia con la definición planteada para dar respuesta al problema científico. (Ver anexo 2)

**Cognitiva:** Abarca los conocimientos y habilidades requerido por el médico de la familia para el adecuado desempeño profesional para la atención al adulto mayor frágil lo que permite evaluar la preparación para la atención al adulto mayor desde una actitud de superación. Contiene cuatro indicadores seleccionados con el conocimiento acerca de síntomas y signos, definición del síndrome de fragilidad y criterios diagnósticos, así como las medidas de prevención, seguimiento y pronóstico.

**Asistencial:** Capacidad de demostrar el dominio y las habilidades del especialista de MGI para la atención al adulto mayor frágil que representa el desempeño profesional relacionado con la función asistencial. Se descompone en: el estado de la confección correcta de la historia clínica del caso diagnosticado como adulto mayor frágil, grado en que se tuvo en cuenta los aspectos biológicos psicológicos, sociales y funcionales , nivel de certeza con que se remite para interconsulta con el especialista, frecuencia con que participa en la evaluación al adulto mayor frágil, grado de satisfacción del adulto mayor frágil y familia, grado de participación en las actividades educativas de promoción y prevención de salud sobre los síntomas de la fragilidad .

**Bioética:** Se refiere al comportamiento del MGI para mantener principios éticos, valores para la vida y el cumplimiento de su labor dentro de la sociedad .Se descompone en cuatro indicadores: grado en que proporciona entorno afectivo y trato personalizado, el

cumplimiento de los principios éticos de la profesión, grado en que se aplica la solidaridad y elevada sensibilidad humana con el adulto mayor y familia, además, el nivel en que se manifiesta el respeto a la dignidad de las personas y la capacidad para mantener discreción .

**Científica-Investigativa:** permite consolidar la investigación y se expresa en el nivel de actualización constante la participación en cursos y eventos científico y desarrollo de investigaciones que impactan en el estado de salud de la población. Se fundamenta en cuatro indicadores: frecuencia con que participan en cursos de superación sobre fragilidad, publicaciones, participación en jornadas científicas y el nivel de conocimientos de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).

Como se aprecia en la definición, los núcleos cognitivos de la misma están relacionadas con los modos de actuación, comportamiento y métodos propios para lograr el desempeño deseado, aspectos tomados en cuenta por la autora, que garantizaron el proceso de derivación hacia las dimensiones que caracterizan la variable (cognitiva, bioética, asistencial y científica-investigativa).

La variable, dimensiones e indicadores, reúnen los rasgos fundamentales, que caracterizan el objeto de estudio y campo de acción de la investigación. Los instrumentos que se aplicaron responden a la parametrización de la variable, que se elaboró sobre la base de principios científicos pedagógicos, se valoró además como satisfactorios los resultados de la implementación.

#### **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS**

La autora expone la validez y confiabilidad de los instrumentos para la recogida de la información.

Por confiabilidad, se entiende la capacidad que tiene el instrumento de arrojar siempre los mismos resultados, cada vez que se aplica a la misma unidad de observación. Fue indagada por la técnica de la repetición del test (test-retest). Se fundamenta en la aplicación del instrumento en dos ocasiones a la misma unidad de observación y en el análisis del grado de correspondencia entre los resultados de las dos aplicaciones.

Para ello se seleccionaron tres expertos que previo entrenamiento por la investigadora principal, aplicaron los instrumentos diseñados en una primera versión a 10 especialistas de MGI del policlínico “30 de noviembre” que no formaban parte del universo de la investigación. Se realizaron las dos aplicaciones del instrumento con dos semanas de diferencia entre ellas.

Para determinar el grado de concordancia (fiabilidad o precisión) en los resultados entre la primera y segunda aplicación (Test-Retest) <sup>(89)</sup> se determinó el coeficiente Kappa de Cohen para cada uno de los ítems de cada instrumento. Este índice relaciona el acuerdo que exhiben los observadores más allá del debido al azar, con el acuerdo potencial también más allá del azar. Se valoró como aceptable si el índice fue mayor de 0,40 y excelente mayor de 0,75.

Según resultados obtenidos (ver tabla 1), excepto el ítem relacionado con la satisfacción por el tema en la encuesta a médicos que tuvo un coeficiente aceptable (0,435), todos los demás fueron excelentes; de ahí que los instrumentos analizados se consideren con alta precisión y fiabilidad.

Tabla 1 COEFICIENTES KAPPA DE INSTRUMENTOS

Encuesta a médicos			Guía de Observación			Prueba de desempeño		
Ítems	Kappa	P	Ítems	Kappa	P	Ítems	Kappa	P
1	0,890	0,000	1	0,890	0,000	1	1,000	0,000
2	0,865	0,000	2	1,000	0,000	2	1,000	0,000
3	0,866	0,000	3	0,890	0,000	3	0,890	0,000
4	1,000	0,000	4	0,865	0,000	4	1,000	0,000
5	0,890	0,000	5	1,000	0,000	5	1,000	0,000
6	1,000	0,000	6	1,000	0,000	6	1,000	0,000
7	1,000	0,000	7	1,000	0,000			
8	0,865	0,000	8	1,000	0,000			
9	1,000	0,000	9	1,000	0,000			
10	1,000	0,000	10	1,000	0,000			
11	1,000	0,000	11	0,890	0,000			
12	1,000	0,000	12	1,000	0,000			



13	0,435	0,000	13	1,000	0,000	
14	0,854	0,000	14	1,000	0,000	
15	1,000	0,000	15	1,000	0,000	
16	1,000	0,000	16	1,000	0,000	
17	1,000	0,000				
18	1,000	0,000				
19	1,000	0,000				
20	1,000	0,000				
21	1,000	0,000				

La validez es la capacidad del test para medir lo que en realidad se pretende medir. Esto se traduce en que los resultados que aporta el instrumento reflejan el comportamiento real de la situación que se pretende estudiar. Para abordar la validez, se distinguieron la de apariencia y la de contenido.

La validez de apariencia consiste en determinar si los ítems que componen el instrumento han sido contruidos de forma correcta. Se refiere a reconocer si las preguntas han sido bien contruidas y si no inducen respuestas en el sujeto, entre otros elementos.

La validez de contenido consiste en evaluar si los indicadores que conforman la forma preliminar del test recorren todo el dominio de características de la situación que se pretende estudiar. Los aspectos de evaluación fueron presentados a los especialistas, mediante los Criterios de Moriyama, que se refieren a los elementos siguientes:

1. Comprensible: se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. Sensible a variaciones en el fenómeno que mide: si el ítem es capaz de distinguir variaciones de la calidad del proceso.
3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. Componentes claramente definidos: o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. Si deriva de datos factibles de obtener: si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

El especialista debía asignar a cada ítem del instrumento el dígito que identifica el siguiente puntaje evaluativo: Mucho = 3; Moderado = 2; Poco = 1; Nada = 0.

El resultado se presenta en las tablas 2 a la 11 (Anexo 2), donde se puede apreciar que todos los ítems propuestos alcanzaron el 100 % de los puntos en cada uno de los criterios evaluados por los especialistas. La aplicación fue realizada por la investigadora. Los resultados obtenidos tuvieron utilidad por la riqueza de la información recogida, lo que permitió la comprobación el estado del desempeño de los MGI para la atención integral al adulto mayor frágil.

Los instrumentos previa validación (ver anexos 3 al 9) fueron aplicados, en el contexto de la atención primaria de salud, por lo que se desarrolló en el marco natural donde ocurre habitualmente el campo de acción. Se trabajó con una muestra intencional que refleja el fenómeno estudiado con toda la diversidad, complejidad e integridad posible.

El estudio estuvo constituido por: 28 especialistas en Medicina General Integral del Policlínico Municipal del municipio Santiago de Cuba.

Variable: Desempeño profesional del médico de familia en la atención al adulto mayor frágil.

Dimensiones	Indicadores
Cognitiva	1.1. Nivel de conocimiento acerca de los síntomas y signos de la fragilidad.
	1.2. Nivel de conocimiento de las medidas de promoción y prevención de discapacidad del adulto mayor frágil.
	1.3. Nivel de conocimiento acerca de la terapéutica en el adulto mayor frágil.
	1.4. Nivel de conocimiento acerca del seguimiento adulto mayor frágil.
Bioética	2.1. Grado en que proporciona entorno afectivo y trato personalizado
	2.2. Nivel de cumplimiento de los principios éticos de la profesión
	2.3. Grado en que aplica la solidaridad y elevada sensibilidad humana con el paciente y familia.
	2.4. Nivel en que manifiesta el respeto a la dignidad de las personas y capacidad para mantener discreción.
Asistencial	3.1-Estado de la confección correcta de la historia clínica del caso diagnosticado como adulto mayor frágil
	3.2-Grado en que tuvo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos sociales, funcionales y rehabilitador.
	3.3- Nivel de certeza con que remite para interconsulta con el especialista.
	3.4- Frecuencia en que participa en la evaluación del adulto mayor frágil.
	3.5-Grado de satisfacción del adulto mayor frágil y familia.
	3.6 Grado de participación en las actividades educativas de promoción y prevención de salud sobre los síntomas de la fragilidad.
Científico e Investigativa	4.1 Frecuencia con que participa en los cursos de superación sobre fragilidad.
	4.2 Frecuencia con que realiza publicaciones
	4:3 Frecuencia con que participa en jornadas científicas
	4.4 Nivel de conocimientos de las TIC

### **Procedimiento para evaluar los indicadores y dimensiones:**

Para calificar cada ítem (según las preguntas de las encuestas, la entrevista, elementos de la guía de observación y la prueba del desempeño) se evaluó la respuesta de los encuestados u observados: si fue correcta se le asignó un punto y si fue incorrecta cero, al final se realiza la sumatoria de los puntos obtenidos por cada participante y se estima el promedio al dividir el total de puntos obtenidos entre el total de encuestados. Este valor promedio se multiplica por 100 para llevarlo a una escala de 100 puntos. Cuando el indicador tiene más de un ítem se determina su calificación por el valor promedio de los ítems en la escala de 100 puntos. Para el caso de las dimensiones se califican por el valor promedio obtenido en sus indicadores.

Una vez obtenida la calificación en puntos en base a 100, se estableció una regla de decisión que resume la valoración de los indicadores y de las dimensiones, tanto de forma individual como colectiva, para así establecer un juicio de valor, sobre el diagnóstico del estado actual.

### **Escala para la valoración de los indicadores**

Adecuado	El indicador está entre 67-100 %
Poco adecuado	El indicador está entre 34 - 66 %
Inadecuado	El indicador está entre 0 - 33 %

**Para la triangulación metodológica**, se estableció la regla de decisión, que resume la valoración de los indicadores dentro de las dimensiones tanto de forma individual como colectiva, para así establecer un juicio de valor sobre el diagnóstico del estado actual del desempeño profesional del especialista de MGI en la atención al adulto mayor frágil:

- Si el indicador analizado obtiene resultados entre 71 y 100 %, se considera como una potencialidad.
- Si el indicador analizado obtiene resultados entre 41 y 70 %, se considera como un aspecto en desarrollo.
- Si el indicador analizado obtiene resultados entre 0 y 40 %, se considera como un problema.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 23 y se empleó como medida de resumen para los datos cuantitativos las frecuencias absolutas y relativas, así como la media (promedio).

## **2.2. Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados.**

- Dimensión cognitiva

### **Cuestionario a especialistas en Medicina General Integral**

Se observa bajo nivel de conocimiento de la definición del síndrome de fragilidad, síntomas y signos, así como los criterios diagnósticos de fragilidad con las calificaciones de 30, 12 y 23 puntos respectivamente, que los clasifica como inadecuados según la escala para la valoración de los indicadores.

Es llamativo que la mayoría de los especialistas en Medicina General Integral (78,5 %) desconozcan los síntomas y signos de fragilidad, y criterios diagnósticos a pesar de los años de graduados (ver tabla12)

**Tabla 12 Médicos según conocimiento de criterios diagnósticos de fragilidad y años de graduados**

Conocimiento de criterios diagnósticos		Años de graduado			Total
		≤1	2 – 4	≥5	
Si	No	1	2	3	6
	%	10,0 %	20,0 %	50,0 %	28,6 %
No	No	9	9	4	22
	%	90,0 %	81,8 %	57,0 %	78,5 %
Total	No	10	11	7	28
	%	100 %	100 %	100 %	100 %

En cuanto al nivel de conocimiento de las medidas de promoción de salud y prevención de discapacidad del adulto mayor frágil (indicador 1.2) resalta (tabla 13) el adecuado nivel de conocimiento de las consecuencias del síndrome de fragilidad en relación a la discapacidad y muerte (ítem 12) (85,7 %), sin embargo, es deficiente la orientación que se ofrece a los adultos mayores y sus cuidadores (ítem 14), en este caso solo un 14,3

% de los encuestados. Estos elementos no tienen relación con los años de graduado de especialista en MGI.

**Tabla 13 Médicos según conocimiento de probabilidad de discapacidad y muerte a causa de fragilidad y años de graduados.**

Conocimiento de probabilidad de discapacidad y muerte		Años de graduado			Total
		≤1	2 - 4	≥5	
Si	No	8	10	6	24
	%	80,0%	90,9	85,7	85,7
No	No	1	1	1	3
	%	10,0%	9,0	14,2	10,7
No se	No	1	0	0	1
	%	10,0%	0,0%	0,0%	3,6
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos encontrados en los cuestionarios a los especialistas en MGI coincide con los resultados de la entrevista al adulto mayor con síndrome de fragilidad, donde el 71,4 %

no recibió orientación acerca de las medidas preventivas y el 57,1 % tampoco fue informado respecto al pronóstico.

En la tabla 14 se puede observar el nivel de conocimiento de los médicos especialistas en MGI acerca de la terapéutica del adulto mayor frágil (AM frágil).

**Tabla 14. Médicos según conocimiento sobre la terapéutica del adulto mayor frágil y años de graduados**

Conocimiento sobre la terapéutica	Años de graduado			
	≤1	2 - 4	≥5	Total
Remite al especialista No	8	5	3	16
%	80,0%	45,4	42,9	57,1%
Indica complementarios No	2	5	2	9
%	20,0%	45,4	28,6	34,6%
Combina conductas terapéuticas No	0	1	2	3
%	0,0%	9,1	28,6	10,7
Total No	10	11	7	28
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Se encontró un mayor porcentaje de médicos que remite los pacientes al especialista (57,1 %), en especial los graduados hasta 1 año, que adoptan esta conducta en el 80% de los casos según el cuestionario.



En referencia al nivel de conocimiento acerca del seguimiento del AM frágil (indicador 1.4): en la encuesta al personal médico se evidencia que es poco adecuado el nivel de conocimientos de cómo se realiza el seguimiento de los pacientes y emitir pronósticos (ítem 4 y 8)

Guía de observación:

Los resultados indican que es inadecuado el nivel de conocimiento demostrado, pues las puntuaciones obtenidas son bajas en ítems 1, 4, 5, 6 y 14 todos inferiores a los 33 % necesarios para rebasar dicha categoría.

Prueba de desempeño:

Con este instrumento se verifica que todos los ítems relacionados con la dimensión cognitiva (1 al 3) resultan inadecuados, con calificaciones iguales o inferiores a 33 %.

Otros instrumentos aplicados:

Cuestionario al adulto mayor con riesgo de fragilidad

En el cuestionario al adulto mayor con síndrome de fragilidad se observó que el 57,1 % de los enfermos no recibieron orientación sobre el pronóstico y el 71,4 % tampoco recibió medidas preventivas sobre discapacidad lo que corroboró hallazgos anteriores, en relación al indicador 1.2 evaluado como poco adecuado.

**Tabla 15. Adulto mayor con riesgo según conocimiento del síndrome de fragilidad y grupo de edad.**

Conocimiento del Síndrome de fragilidad		Grupo de edad			Total
		60 - 70	71 - 80	≥ 81	
Si	No	2	0	0	2
	%	22,2%	0,0%	0,0%	15,4%
No	No	6	1	2	9
	%	66,7%	50,0%	100,0%	69,2%
No se	No	1	1	0	2
	%	11,1%	50,0%	0,0%	15,4%
Total	No	9	2	2	13
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La mayoría de las personas con riesgo no conocen el síndrome de fragilidad para el 84,6 % (Tabla 15), ni los síntomas (tabla 16), de ahí la importancia de la superación de los especialistas de MGI para la atención integral y diferenciada de su población. Solo el 7,7 % de los adultos mayores encuestados recibieron información al respecto por alguna vía.

**Tabla 16 Adulto mayor con riesgo según conocimientos de los síntomas de fragilidad y grupo de edades**

Conocimientos de los síntomas de fragilidad		Grupo de edad			Total
		60 - 70	71 - 80	≥ 81	
Si	No	1	0	0	1
	%	11,1%	0,0%	0,0%	7,7%
No	No	5	1	2	8
	%	55,6%	50,0%	100,0%	61,5%
no se	No	3	1	0	4
	%	33,3%	50,0%	0,0%	30,8%
Total	No	9	2	2	13
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

– Dimensión bioética

Cuestionario a médicos:

En la tabla 17 se aprecia el cumplimiento de los principios éticos por los especialistas de MGI. Se destaca que el 75 % tuvo una respuesta positiva lo cual indica un nivel adecuado de esta dimensión. Existe una buena disposición del personal médico a participar en cursos sobre fragilidad.

**Tabla 17 Médicos según nivel de cumplimiento de principios éticos y años de graduados**

Cumplimiento de principios éticos		Años de graduado			Total
		≤1	2 - 4	≥5	
Si	No	8	8	5	21
	%	80,0	72,7	71,4	75,0
No	No	0	1	0	1
	%	0	9,0	0	3,6
no se	No	2	2	2	6
	%	20,0	18,1	28,6	21,4
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 18. Médicos según disposición para recibir curso sobre el tema y años de graduados**

Disposición del tema en curso		Años de graduado			Total
		≤ 1	2 - 4	≥ 5	
Si	No	9	10	7	26
	%	90,0%	90,9	100	92,7
no interesa	No	1	1	0	2

	%	10,0%	9,1	0,0	7,1
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Con un 92,7 % que resulta muy adecuado (Tabla 18) y refleja una postura ética consecuente para afrontar la atención de los enfermos. El indicador 2.1 con una calificación de 96 (ítem 10), se evalúa como adecuado. Por otra parte, se observó que el 60,7 % de los médicos no logran un entorno afectivo y trato personalizado con sus pacientes (Tabla 19).

**Tabla 19. Médicos según capacidad para lograr entorno afectivo, trato personalizado y años de graduados**

Entorno afectivo trato personalizado		Años de graduado			Total
		≤ 1	2 – 4	≥ 5	
Si	No	1	2	4	7
	%	10%	92,9	57,1	25,0
No	No	8	8	1	17
	%	80%	7,1	14,3	60.7
Nunca	No	1	1	2	4
	%	10,0%	9,0	28,6	14,5
Total	No	10	11	7	2
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Guía de observación y prueba de desempeño:

El análisis de los ítems 15 y 16 relacionados con la aplicación de los principios éticos y morales, así como el respeto a la dignidad de los pacientes y el cuidado de la autoestima y pudor de los mismos, refleja que son adecuado en el 100 % de las observaciones; la prueba de desempeño refleja, no obstante, que debe mejorarse la profesionalidad para garantizar el cumplimiento de estos preceptos.

- Dimensión asistencial

Cuestionario a médicos:

En relación a la calidad del examen físico y el diagnóstico de la fragilidad en el consultorio (ítem 3, 5, 6 y 13) las calificaciones son totalmente inadecuadas, por tal motivo el indicador 3.1 se considera inadecuado con este instrumento.

En cuanto a la conducta a tomar ante un paciente propenso a presentar el síndrome de fragilidad (tabla 20) la mayoría de los especialistas en Medicina General Integral (64,2 %) opta por remitirlo al especialista en Geriátrica, no obstante, se considera poco adecuado según la escala de valoración de los indicadores.

**Tabla 20 Médicos según conocimiento sobre la terapéutica del adulto mayor frágil y años de graduados**

Conocimiento sobre la terapéutica del adulto mayor frágil	Años de graduado			Total
	≤1	2 - 4	≥5	
Remite al especialista No	8	6	4	18

	%	80,0%	54,6	57,1	64,2
Indica complementarios	No	2	5	2	9
	%	20,0%	45,4	28,6	32,2
Combina conductas	No	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0	14,3	3,6
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El indicador 3.4 se valora como inadecuado pues solo alcanza un 23 %, la realización de la evaluación multidimensional de adultos mayores frágiles, el resto de indicadores relacionados con aspectos asistenciales también son inadecuados (ítems 15, 20 y 21)

**Tabla 21 Médicos según conocimiento sobre seguimiento y pronóstico del adulto mayor frágil y años de graduados**

Conocimientos sobre el seguimiento y pronóstico de ancianos frágiles		Años de graduado			Total
		≤1	2 – 4	≥5	
Sí	No	2	6	2	10
	%	20,0 %	54,6 %	28,6 %	35,7 %

No	No	8	5	5	18
	%	80,0 %	45,4 %	71,4 %	64,2 %
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Resulta significativo que sólo 35,7 % de los encuestados se autovalorarán con conocimientos suficientes para la realización del seguimiento y evaluar el pronóstico de estos enfermos (Tabla 21), de ahí de que se justifiquen plenamente las actividades de superación profesional para este grupo de especialistas.

Guía de observación:

Este instrumento reveló un desempeño inadecuado por los médicos evaluados en relación a la confección de historias clínicas y de la evaluación multidimensional (ítem 11 con calificación de 24 puntos).

Prueba de desempeño:

La prueba de desempeño permite corroborar que todos los indicadores asistenciales alcanzan calificaciones que oscilan entre 28 y 33 %, resultan inadecuadas.

Otros instrumentos aplicados

Cuestionario a personas con riesgo:

En la tabla 22 se puede observar que el 53.8 % de las personas con riesgo, afirma que no fue evaluado por el especialista y 38,5 % no recuerda. Estas cifras son



significativas, incluso en el orden estadístico y tributan al indicador 3.4 ,3.5 y 3.6 de la encuesta.

**Tabla 22 Adulto mayor con riesgo según criterio sobre la evaluación realizada por el médico de familia y grupo de edades**

Evaluación por MGI		Grupo de edades			Total
		60 - 70	71 - 80	≥ 81	
Si	No	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	50,0%	7,7%
No	No	7	0	0	7
	%	77,8%	0,0%	0,0%	53,8%
no recuerda	No	2	2	1	5
	%	22,2%	100,0%	50,0%	38,5%
Total	No	9	2	2	13
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El análisis de la Tabla 23 muestra, por demás que el 30,8 % de los pacientes percibió el trato como poco satisfactorio y 46,2 % como insatisfactorio, de ahí que el nivel de satisfacción percibido fue realmente bajo para el 23 %.

**Tabla 23. Pacientes según nivel de satisfacción percibida**

Nivel de satisfacción percibida		
Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Mucha	3	23,0 %
Poca	4	30,8 %
Ninguna	6	46,2 %
Total	13	100,0 %

La percepción de la comunicación con el médico en pacientes con riesgo se presenta en la tabla 24.

**Tabla 24. Adulto mayor con riesgo según percepción de la comunicación con el médico y grupo de edades**

Percepción de la comunicación con el médico de la familia		Grupo de edades			Total
		60 – 70	71 - 80	≥ 81	
Buena	No	2	1	1	4
	%	22,2%	50,0%	50,0%	30,8%
Regular	No	5	1	1	7
	%	55,6%	50,0%	50,0%	53,8%

Mala	No	2	0	0	2
	%	22,2%	0,0%	0,0%	15,4%
Total	No	9	2	2	13
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 24 se muestra que 53.8 % de los pacientes perciben la comunicación como regular y un 15.4 % de mala, por tanto, debe trabajarse estrechamente en estos parámetros para mejorar la calidad de la atención médica a los adultos mayores frágiles.

- Dimensión científica-investigativa

Cuestionario a médicos

**Tabla 25. Médicos según preparación metodológica para la investigación científica y años de graduados**

Preparación para investigar		Años de graduado			Total
		≤1	2 - 4	≥5	
Si	No	2	1	1	4
	%	20,0%	9,0	14,2	14,2
No	No	3	5	4	12
	%	30,0%	45,5	42,9	42,9
Más o menos	No	5	5	2	12

	%	50,0%	45,5	42,9	42,9
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 25 se recoge que sólo 14,2 % de facultativos encuestados se consideran preparados metodológicamente para investigar y 42,9 % con poca o ninguna capacidad lo que dificulta sobremanera el cumplimiento de indicadores 4.2 y 4.3. Este resultado está en consonancia con el hecho de que solo dos de los médicos encuestados habían participado en jornadas científicas y publicados trabajos (7.7 %), cifra extremadamente baja que sitúa el indicador 4.2 también en un rango inadecuado.

Es fácil percatarse en análisis de tabla 26 que la mayoría del personal emplea la combinación de medios para actualización científica (46,4 %), el papel del Internet incluso como única vía (17,9 %) es relevante. En general de acuerdo a la encuesta a médico el indicador 4.3 se evalúa como inadecuado, lo que contrasta con la calificación del nivel de conocimiento de las TIC (indicador 4.4).

**Tabla 26. Médicos según recursos utilizados para actualización científica y años de graduados**

Recursos para actualizarse		Años de graduado			Total
		≤ 1	2 - 4	≥ 5	
BVS- Cuba	No	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	28,8 %	7,1 %

INTERNET	No	1	3	1	5
	%	10,0%	27,2 %	14,2 %	17,9 %
Jornadas científicas	No	0	1	0	1
	%	0,0%	9,0 %	0	3,6 %
Congresos	No	3	3	1	7
	%	30,0%	27,2 %	14,2 %	25,0 %
Combinados	N	6	4	3	13
	%	60,0%	36,4 %	42,8%	46,4 %
Total	No	10	11	7	28
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Guía de observación y prueba de desempeño

Relacionado con la prueba del desempeño resultan inadecuados los indicadores que responden al nivel de conocimientos y actualización en metodología de la investigación, capacidad para publicar en revista científicas y el nivel de participación en formas organizativas de superación profesional

En ambos instrumentos se confirma un dominio adecuado en el uso de las TIC pues alcanzaron una calificación de 100 y 80 puntos respectivamente.

#### Triangulación metodológica

Obsérvese en la tabla 27 (anexo 10) la calificación de cada indicador por instrumento. Su representación gráfica y triangulación se anexan (gráficos 1 al 5).

Se detectan un mayor número de potencialidades con la guía de observación y más problemas con el cuestionario a médicos y prueba de desempeño, finalmente en el promedio el mayor porcentaje relativo corresponde a los problemas, seguido por en desarrollo y potencialidades.

Al valorar el promedio de calificaciones obtenidas por cada indicador en los tres instrumentos con los que se efectúa la triangulación, los peores resultados aparecen en los indicadores 4.2, 4.5, 3.2, y 1.3 todos inferiores a 30 puntos (Anexo 15, Gráfico 5).

La dimensión cognitiva aparece con los peores resultados, seguida de la asistencial y científica-investigativa y la más favorecida fue la bioética.

#### Análisis de resultados de la revisión documental

Con el objetivo de valorar el uso de la metodología establecida para la confección de la documentación relacionada con la atención del anciano frágil y la implementación del programa al respecto, se aplicó una guía para la revisión documental (ver anexo 7). Se buscaron evidencias relacionadas con:

- La correcta confección de la historia clínica de los adultos mayores.
- La correcta identificación en las historias clínicas de los elementos y criterios para evaluar la fragilidad.
- Declaración expresa de los casos con criterio de fragilidad y adopción de medidas terapéuticas encaminadas a contrarrestar sus efectos.
- Hoja de actividades de medicina familiar.

- Existencia de documentos que avalen control de ancianos con fragilidad a nivel del área de salud.
- Registros de las actividades de Promoción y Educación de salud con la población de la tercera edad de la comunidad.
- Historia de salud familiar.
- Registro de actividades de superación sobre el tema de la fragilidad en el anciano.

Se concluye de esta revisión que no se encuentra implementado ningún programa específico en relación a la fragilidad; ni existe documentación al respecto. Sólo se pudo constatar el control numérico en 28 consultorios a los que pertenecen los 878 ancianos que viven solos; así como, la realización de 483 atenciones domiciliarias al universo de 1864 adultos mayores.

### **2.3. Inventario de los principales problemas y potencialidades del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil**

#### **PROBLEMAS**

- Dominio del criterio de fragilidad.
- Conocimiento de los síntomas y signos de la fragilidad y de experticia en la realización del examen físico a los AM portadores de síndrome de fragilidad.
- Conocimiento acerca de la terapéutica en adulto mayor frágil.
- Dominio y utilización de los instrumentos para evaluación multidimensional del adulto mayor frágil.
- Bajo nivel de satisfacción de la población encuestada por la atención recibida.

- Frecuencia de realización de actividades de promoción y prevención de salud sobre fragilidad, así como poca efectividad para elevar la motivación de la población en esta temática.
- Evaluación y orientación insuficiente de los adultos mayores frágiles acerca de factores de riesgo y medidas preventivas.
- Preparación metodológica para investigar sobre el tema por lo especialistas de MGI de la APS encuestada, lo que se traduce en una escasa preparación en actividades científicas y publicaciones.
- Se requiere mejorar el nivel de información sobre fragilidad a personas con riesgo de la misma.

## **POTENCIALIDADES**

- Existe una buena disposición del personal médico a participar en cursos sobre fragilidad.
- Los especialistas proporcionan un entorno afectivo y trato personalizado a los adultos mayores frágiles que atienden.

## **Conclusiones del capítulo II**

La parametrización del proceso de desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil con su variable, dimensiones e indicadores condicionó la confección de los instrumentos para caracterizar el estado actual de este proceso. Mediante el análisis de los resultados obtenidos, con la aplicación de los instrumentos se confeccionó el inventario de problemas y potencialidades que demuestran la necesidad de elaborar la estrategia de superación



para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.

**CAPÍTULO III. ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN PARA EL  
MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL  
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA  
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL**

### **Capítulo III. ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR FRÁGIL**

En este capítulo se presentan los fundamentos y principios que permitieron la modelación de la estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil. Se realiza el análisis de los resultados obtenidos a partir de la valoración del modelo teórico de evaluación y se esboza la estructura del mismo.

#### **3.1. Fundamentos de la estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.**

La estrategia (del gr. *stratégos*) es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente durante un período de tiempo definido, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin u objetivo. Este concepto se ha utilizado en diferentes esferas de la sociedad, en principio en el campo militar, después en el resto de las esferas de la vida. Pueden existir estrategias militares, empresariales, metodológicas, pedagógicas, didácticas, docentes, educativas, de superación y otras, pero el que una estrategia sea de uno u otro tipo

depende del contexto concreto sobre el cual se pretende incidir y de la especificidad del objeto de transformación.<sup>(90)</sup>

Para determinar la naturaleza de la estrategia de superación, para el mejoramiento del desempeño de la atención integral al adulto mayor frágil, la autora sistematizó la obra de investigadores como: Martínez G y Tamayo J.<sup>(91)</sup> que consideran que la estrategia educativa “es la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación de los modos de actuación de los escolares para alcanzar en un tiempo concreto los objetivos comprometidos con la formación, desarrollo y perfeccionamiento de las facultades morales e intelectuales”.

Desde las ciencias pedagógicas García Céspedes ME y cols<sup>(92)</sup> definen que: "la estrategia establece la dirección inteligente, desde una perspectiva amplia y global, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en un determinado segmento de la actividad humana. (...) Su diseño implica la articulación dialéctica entre los objetivos o metas perseguidas y la metodológica dadas por las vías instrumentadas para alcanzarlas".

Sixto Pérez.<sup>(93)</sup> plantea además que: "las estrategias están dirigidas a ser operacionalizadas en la práctica, involucran de forma activa a los sujetos que participan en su ejecución, se estructura mediante fases, etapas, o momentos o que agrupan las acciones a realizar desde las funciones de la dirección (planificación, organización, ejecución y control), y en su implementación debe de revelar un cambio o transformación en el desempeño de los sujetos que participan".

Por otra parte, Cobi Riumbau y cols<sup>(94)</sup> consideran que la estrategia de superación profesional debe interrelacionarse en estructura y función de las necesidades entre el claustro, los egresados de la escuela con las necesidades de los servicios y los avances en el sistema de Salud, en el objetivo de consolidar las estrategias de formación, capacitación e investigación, los procesos de formación académica y la superación.

La autora además se encuentra en línea con las consideraciones de Mesa B<sup>(95)</sup>. Esta define su estructura de superación como “una estrategia donde deben de estar implícitos los procesos científicos e investigativos, transformador, con la aplicación de las leyes de la ortopodología y la ejecución de procedimientos ortopodológicos en la confección de plantillas personalizadas. “

López Espinosa G <sup>(96)</sup> considera la estrategia de superación: como un sistema de acciones personalizadas, que permiten implementar en la práctica pedagógica la utilización de métodos procedimientos que posibilitan la transformación de la conducta de los sujetos, vista en el desempeño de quienes participan, llevándolos al mejoramiento profesional y la elevación de la calidad de vida de los seres humanos que se desarrollan en un contexto sociocultural determinado.

Suárez Ocegüera J <sup>(97)</sup>, hace referencia a Vela J en el año 2004 cuando define como superación el proceso formativo de postgrado en el sector de la salud, desempeña un papel determinante en la formación de los recursos humanos desde concepciones salubristas que redimensionen el papel de los profesionales en el abordaje de los problemas de forma integral e integrada y en función de los principios propios de la nueva universidad científica, tecnológica y humanista.

En el año 2007 Lazo M. A <sup>(98)</sup> plantea que la estrategia establece la dirección inteligente con una perspectiva amplia y global, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en un determinado segmento de la actividad humana. Por otra parte, Torres Y.A, en el año 2009 define estrategia de superación para el desarrollo de la competencia comunicativa profesional pedagógica como un sistema de acciones a corto mediano y largo plazo que facilitara la transformación de la actuación de los directores para alcanzar en un tiempo concreto los conocimientos, habilidades, capacidades y convicciones que le permitirán el perfeccionamiento de las competencias comunicativas en función de la actividad de dirección. <sup>(99)</sup>

En el año 2010 Valle, define estrategia como un conjunto de acciones secuenciales interrelacionadas que parten de un estado inicial (dado por el diagnóstico) y permiten dirigir el paso a un estado ideal, consecuencia de la planeación en el proceso de superación la estrategia posibilita alcanzar escalones más altos en el pensamiento científico e investigativo, de formas individuales y colectivas, cuyos resultados benefician a mayor cantidad de individuos, cada objetivo alcanzado logra ser en disímiles ocasiones un nuevo paradigma en la ciencia e investigación. <sup>(100)</sup>. Al decir González T.R, en el año 2017 plantea como estrategia de superación es un proceso; donde se identifican fortalezas y debilidades en el desempeño profesional, pedagógico y humano y las necesidades de superación o expectativas que se plantean los involucrados, desde las exigencias de la educación en el trabajo y de la introducción de la tecnología de punta. <sup>(101)</sup>.

Hurtado L, en el año 2018 define estrategia educativa como: los propios componentes de la estrategia aplicada a las problemáticas que surgen en el marco del proceso de superación profesional de manera permanente y sistemática, concebida desde las características puntuales de los profesionales de la salud, los cuales deben de estar a tono con los avances científicos, tecnológicos y socioeconómico, sin perder de vista la situación epidemiológica como condicionante del problema de salud de la población.  
(102).

Para Sarmiento <sup>(103)</sup> la estrategia es comunicativa, participativa, un conjunto de acciones secuenciales como alternativa para desarrollar y perfeccionar conocimientos, como habilidades comunicativas y valores de formas participativas e interaccionar con el fin de mejorar el desempeño profesional comunicativo del médico general integral, potenciar la utilización del método clínico, del método epidemiológico que se exprese en las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en función del paciente, la familia y la comunidad.

Julieth <sup>(104)</sup> define estrategia de superación como vía que permite transformar el desempeño profesional en modo de actuación, mediante un proceso sistémico, planificado en etapa de carácter científico integrado, a partir de ideas rectoras que conducen a la actualización, el perfeccionamiento de conocimientos y de habilidades en el cumplimiento de las funciones básicas.

La sistematización de autores como Hurtado <sup>(102)</sup>, Suárez <sup>(97)</sup> Sarmiento <sup>(103)</sup>, Hechavarria.  
<sup>(105)</sup> entre otros, permitió identificar regularidades de la estrategia tales como:

- Debe cumplir un objetivo definido.

- Parten de la contradicción para dar salida con fin determinado.
- Se diseñan a partir de etapas relacionadas con acciones.
- Con enfoque sistémico planificado en etapas.
- Proceso de derivación de objetivos que siguen una secuencia de lo general a lo particular.
- Conjunto de acciones secuenciales que contribuyen a mejorar el desempeño profesional.
- Proceso de carácter científico que trata de lograr un fin.
- Carácter transformador de la realidad que propicia actuación de los participantes.
- Facilita la interacción del equipo multidisciplinario.
- Sistema de acciones personalizadas.
- Proceso de carácter científico.
- Facilita el mejoramiento del desempeño profesional.
- Contribuye al cumplimiento de las funciones básicas: asistencial, docente, investigativo y gerencial.

Las diferentes definiciones sobre estrategias de superación demuestran las potencialidades de estas de un enfoque sistémico y acciones planificadas para la transformación del objeto investigado en función de un objetivo determinado. En tal sentido la autora define como estrategia de superación para el mejoramiento del



desempeño profesional del especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil como el proceso de carácter científico con enfoque sistémico de acciones por etapas para mejorar conocimientos, habilidades y valores del especialista de MGI en función a la atención integral del adulto mayor frágil con una concepción salubrista, multidisciplinaria e intersectorial.

La autora asume como sustento de la investigación los fundamentos teóricos siguientes:

Filosófico.

Sociológico

Psicológico

Comunicacional

De la ciencia de la educación médica

Fundamento filosófico:

Parte de la teoría del materialismo dialéctico, con una visión de síntesis críticas de la realidad social como totalidad, que se considera intrínsecamente contradictoria y por tanto de índole dialéctico, busca unidad entre el análisis simple del conocimiento sobre la atención del adulto mayor frágil.

Los cambios que se proponen para marcar la diferencia en la cualidad transformadora del MGI, indisoluble conexión de la teoría y la práctica, coincide con una visión del ser humano como un todo formado y desarrollado histórico y socialmente. La teoría general del desarrollo, la lógica dialéctica y la teoría del conocimiento condicionaron el camino a reconocer en la elaboración y aplicación de la estrategia propuesta, al identificar debilidades y fortalezas en el desempeño profesional del especialista de MGI en

atención integral al adulto mayor frágil y abordar acciones que influyan en su transformación.

Al concebir la práctica como criterio de la verdad y asumir aspectos positivos de la actuación de estos profesionales de la educación médica, las posiciones éticas y epistemológicas de la estrategia propuesta, así como, el mejoramiento del desempeño profesional como especialista de MGI, dependen de la preparación, tanto en el área de las ciencias médicas, contenidos que conforman valores, habilidades y conocimientos, como de la educación médica que le ofrece fundamentos teóricos, metodológicos para el proceso de formación, desde el escenario laboral. Esto supone que en la estrategia se distinguen acciones dirigidas al plan de superación individual relacionado con el mejoramiento del desempeño profesional.

#### Fundamento sociológico

En tal sentido se concibe la superación profesional del especialista de MGI en atención integral al adulto mayor frágil, como una necesidad tanto individual como social, con el fin de alcanzar la transformación en los modos de actuación y responder a la exigencia actual de la sociedad. Lo dicho repercute en el nivel de calidad de la educación médica y en particular en la preparación del especialista de MGI con un impacto positivo en los servicios de salud

La estrategia de superación propuesta sitúa al especialista en MGI como componente básico para ejecutar las acciones necesarias que causen transformaciones futuras en cuanto a la atención al adulto mayor en el orden social y familiar. Para lograrlo debe

desarrollarse un proceso de superación con la calidad necesaria, que involucre especialistas expertos en el tema, con la finalidad de promover una atención integral y multidisciplinaria.

#### Fundamento Psicológico

La autora asume el enfoque histórico-cultural de Vigotsky <sup>(106)</sup>, que plantea el desarrollo como "un proceso dialéctico complejo, que se caracteriza por una preciosidad múltiple, (...) por la estrecha relación entre factores internos, por el intrincado proceso de superación de las dificultades y de la adaptación". Mediante la utilización del enfoque histórico-cultural, se le brinda particular importancia a la unidad de la actividad y la comunicación a partir del tratamiento diferenciado que tiene en cuenta las características de cada médico y el medio en que interactúan y su experiencia.

Este enfoque presume que, a través de la ayuda de los otros y las experiencias personales de los miembros del colectivo, como manifestación de la relación actividad-comunicación, se posibilita y facilita los procesos de interiorización y exteriorización, que garantizan el aprendizaje, la asimilación de forma activa y se socializan los saberes.

La concepción del ser humano como unidad biopsicosocial y espiritual determina la necesidad de formar médicos que promuevan acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del hombre sano o enfermo, que posean además una forma peculiar de interpretar la realidad ajustada al contexto socio cultural. La calidad de la atención médica depende, además de los conocimientos en la materia, de las habilidades que en el plano psicológico sea capaz de desarrollar el profesional. Particularmente en la evaluación

multidimensional que debe efectuarse a los adultos mayores frágiles, estos elementos cobran una gran relevancia.

#### Fundamento Comunicacional

La comunicación es un proceso social que involucra intercambio de información entre dos o más personas, donde intervienen diversos factores. Como resultados de dichos procesos se producen modificaciones en los componentes del sistema estudiado y en todo el sistema.

Es la primera competencia a lograr por el profesional de salud, conocer y poner en práctica las habilidades necesarias para una buena comunicación, aprender a escuchar, exponer las ideas propias con claridad, ser paciente, respetuoso, permite establecer una comunicación basada en el modelo sujeto-sujeto, en la que se fundamenta la medicina preventiva y promocional, con la máxima efectividad, el desarrollo multilateral de los individuos y de las organizaciones humanas.

De ahí la importancia que se le atribuye a la relación médico paciente pues permite que fluya una adecuada aplicación del método clínico epidemiológico a través de un buen interrogatorio además del examen físico exhaustivo, que considera los aspectos epidemiológico y psicosocial.

Se manifiesta también el proceso de comunicación con el uso de la nueva tecnología, de la información y las comunicaciones. Es un nuevo espacio para la interrelación del especialista a distancia mediante el cual se desarrollan actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades y discapacidades, que permite actuar sobre el

adulto mayor, la familia, comunidad y la sociedad, acompañado de un intercambio activo de información científica de forma constante.

#### Fundamento la educación médica

Desde la sistematización de obras de autores como Hurtado <sup>(102)</sup> y Céspedes <sup>(92)</sup> entre otros, permitió identificar a la autora algunos principios que sustentan la educación médica y posibilitan la fundamentación de la estrategia propuesta.

Céspedes <sup>(86)</sup> reafirma que: las Ciencias de la Educación Médica se nutre de otras ciencias y teorías, como la de educación avanzada, para enriquecer los fundamentos o incorporar nuevos, que contribuyan a el fortalecimiento de la misma. Brinda las bases teóricas desde los principios, al reconocer la necesidad de que los profesionales participen en el proceso de superación, desde posiciones críticas, actualizadas, creativas e innovadoras, con un enfoque permanente y continuado. Con el propósito de crear alternativas para el desarrollo de acciones preventivas en el contexto en que se desenvuelven. Dentro de los principios rectores de la educación médica <sup>(86, 102)</sup> que se tuvieron en cuenta tenemos:

Vínculo entre el estudio y el trabajo.

La educación en el trabajo.

La continuidad de la formación del pregrado y el posgrado.

La educación permanente y continuada para la vida

El carácter científico de la educación

Satisfacer con calidad la necesidad de salud de la población.

### **3.2. Modelación del diseño de la estrategia**

La modelación constituye un proceso mediante el cual se representa el objeto de estudio, se parte de lo positivo de los modelos anteriores y se proponen alternativas para brindar solución a los nuevos problemas identificados en contextos nuevos, lo que da la posibilidad de enriquecimiento del modelo que se propone con acciones que contribuyen al logro del objetivo trazado.

El carácter científico del proceso de modelación brinda la posibilidad de que, en la medida que avanza la investigación del objeto que se estudia, se transforma, perfecciona y se ajusta hasta acercarse con la mayor exactitud posible a la realidad. Es esencial entonces, reconocer la relación existente entre el objeto de estudio y el objeto modelado, a su vez el cumplimiento de esta relación será la culminación satisfactoria de la modelación.

El modelo, constituye una representación simplificada de la realidad, lo que permite el descubrimiento y estudio de nuevas relaciones y cualidades del objeto estudiado, revela al mismo tiempo, la naturaleza del objeto que se modela y las posiciones teóricas y metodológicas que faciliten la instrumentación.

Al decir de Añorga J, en el 2012 y Valcárcel N en el año 2013: el modelo es una representación que esquematiza la realidad, al permitir adentrarnos en su estudio; deben ser operativos y más fácil de estudiar que el propio fenómeno en sí, pueden agrupar varios fenómenos en un modelo y viceversa, las variables implicadas, relaciones y constantes se interpretan a partir de una teoría científica <sup>(88, 107)</sup> o

determinados referentes teóricos, en este caso: la Educación Avanzada, la Pedagogía, la Psicología, la Filosofía, la Sociología, entre otras.

Bringas en el año 1999, plantea algunos principios, los cuales se asumen para el diseño del modelo de la estrategia de superación. <sup>(108)</sup>

Principio del enfoque sistémico: permite visualizar las relaciones que se establecen entre los componentes del modelo y expresa las cualidades que se instauran en el objeto estudiado. Así como, en el eje vertical y horizontal, al establecer relaciones de jerarquización, subordinación y coordinación.

- a. Principio de la simplicidad y asequibilidad: permite que el modelo resulte comprensible, fácil de entender, funcional y operativo.
- b. Principio de la consistencia lógica del modelo: este garantiza la estabilidad, solidez y fundamentación científica de los elementos que sustentan la estrategia.
- c. Principio de deducción por analogía: posibilita establecer las semejanzas, cualidades y componentes entre el objeto real y el modelado.

La estrategia de superación profesional modelada tiene como objetivo, mejorar el desempeño del especialista de MGI para la atención al adulto mayor frágil.

Como parte de la estrategia: el uso eficaz de las TIC, garantiza una amplia difusión y asimilación de la información científica disponible por los especialistas en MGI. Ello permite, además, estimular el proceso de aprendizaje y la interrelación con otras ciencias médicas y un enfoque multidisciplinar e intersectorial. La estrategia de superación propuesta posee características peculiares en relación a la participación

de los facultativos, se demuestra por tanto el carácter sistémico, flexible e integrador, personalizado e interdisciplinario.

Características de la estrategia de superación diseñada:

Flexibilidad: a partir del diagnóstico inicial y con el desarrollo del pensamiento científico e investigativo de los participantes es susceptible de cambios, con posibilidad de remodelación en relación con los logros que se alcancen durante la implementación de las acciones de cada etapa y las necesidades que se susciten. Permite, además, ser aplicado en una multiplicidad de temas que se identifican como problemas de salud del adulto mayor frágil, con necesidad de ser investigados y actualizados dentro del gremio médico.

Integralidad: desde la interacción de los aspectos biopsicosocial, los fundamentos científicos, principios, valores humanos y conocimientos utilizados en la constitución de la estructura elevada calidad e integralidad de atención al adulto mayor frágil.

Dinámica: se evidencia en el proceso de transformación que ocurre durante el desarrollo de las actividades propuestas en la estrategia, desde el incremento de la calidad de atención brindada al adulto mayor frágil, el conocimiento adquirido por el especialista de MGI y el intercambio activo de información científica

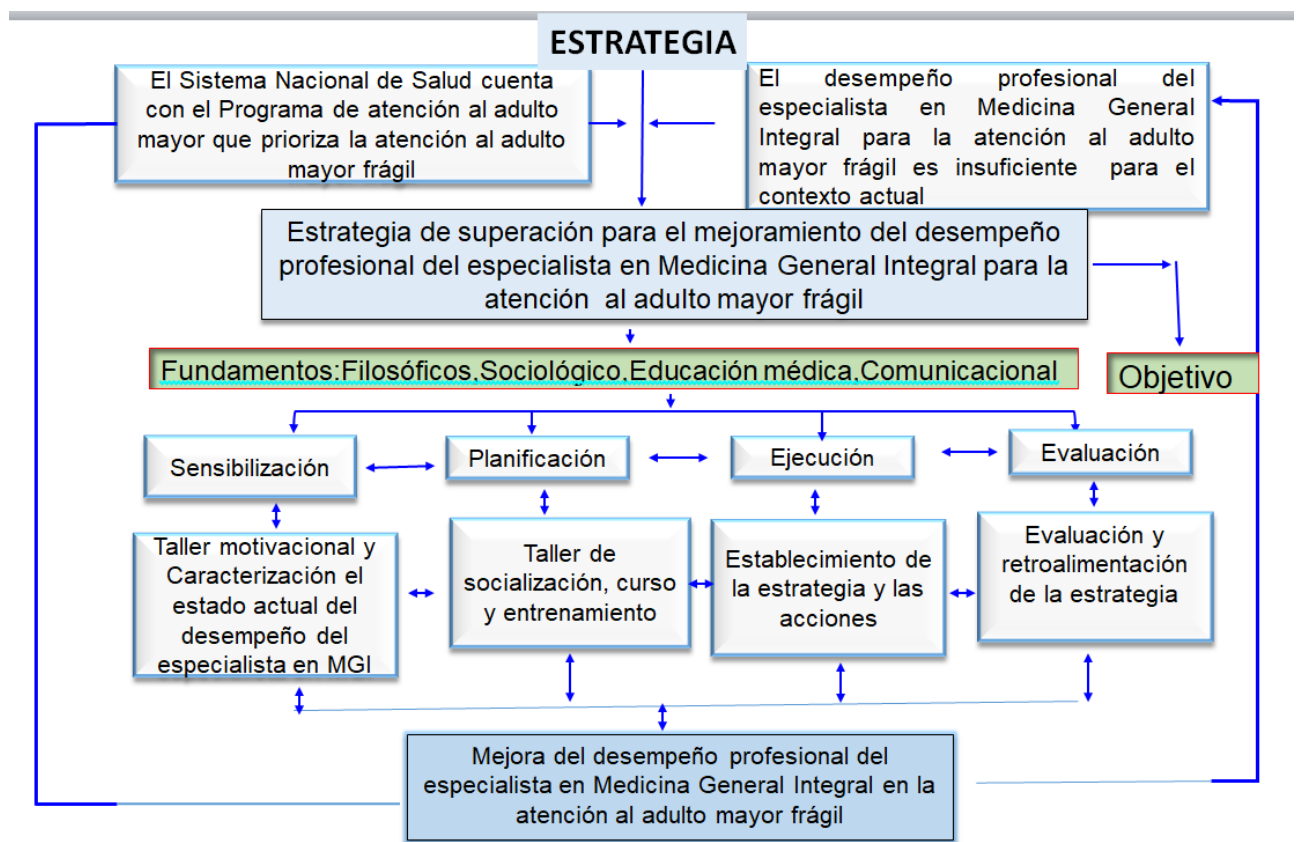
Personalizada: ya que la atención, está dirigida a mejorar el desempeño profesional del especialista de MGI, en un contexto específico, en función de contribuir con conocimientos y habilidades a la solución de los problemas de salud, al incentivar las potencialidades de cada uno de ellos.



Interdisciplinaria: en su desarrollo se integran los saberes clínicos, epidemiológicos y humanos para, desde el “saber, saber hacer y saber ser”, en función de un comportamiento exitoso, de saber actuar con eficiencia en el contexto real, al enfrentar la complejidad de problemas profesionales en la atención al adulto mayor.

Contextualizada: en este sentido la estrategia que se propone se sustenta en las características particulares, pero se contextualiza para dar respuesta a la situación problemática identificada, lo que conlleva a que las actividades de la estrategia de superación puedan ser perfeccionadas y/o adaptadas a las condiciones concretas del contexto donde se aplique, con diferentes formas de control y discusión individual o colectiva, que permiten hacer ajustes, correcciones al proceso y adecuarlo a cada escenario hospitalario.

La estrategia de superación según esquema se diseña con cuatro etapas, a cada una se le determina el objetivo específico y acciones a desarrollar, en conexión con el objetivo general de la estrategia para el logro del compromiso asumido por la autora se determinaron objetivos y acciones específicas en cada etapa.



ETAPAS.

### Estrategia.

Objetivo: Contribuir al mejoramiento del desempeño profesional del especialista de

MGI en la atención al adulto mayor frágil.

Misión: Mejorar el desempeño profesional del especialista de MGI desde la superación

Visión: Lograr acciones de promoción de salud mediante la aplicación adecuada del método clínico, epidemiológico y social.

### Etapas de la estrategia.

**Sensibilización:** para despertar el interés para la profundización de los conocimientos y habilidades necesarias en la atención integral al adulto mayor frágil.

Objetivos:

- Acordar con los directivos de salud, organizaciones de masa y gubernamentales el tiempo y el espacio para la realización de las acciones de la estrategia.
- Despertar interés a la participación activa y voluntaria de los MGI y decisores en las acciones de la estrategia, para el mejoramiento del desempeño profesional en la atención al adulto mayor frágil.
- Concientizar a los participantes acerca de la importancia de la estrategia para mejorar el desempeño profesional en la atención integral al adulto mayor frágil.

En esta etapa se tiene en cuenta el diagnóstico realizado durante la investigación y la necesidad de superación del médico de la familia a participar. Por otra parte, se utilizaría también el intercambio de ideas y experiencias de trabajo sobre la promoción, prevención desde la atención integral al adulto mayor frágil.

Acciones:

- Taller de socialización con directivos, MGI, educadores, lideres formales e informales
- Análisis del diagnóstico inicial y los resultados obtenidos para direccionar la superación a través de las indagaciones: encuesta a especialistas, observación del desempeño, y prueba del desempeño.

- Toma de decisiones para la solución de las deficiencias identificadas y necesidades de aprendizaje.
- Taller motivacional donde se debaten aspectos significativos relacionados con el envejecimiento poblacional, las problemáticas existentes y la necesidad de superación del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil
- Caracterización del estado actual.

## **Planificación**

### **Objetivo:**

Organizar las actividades a realizar para la superación de los especialistas de MGI para la atención integral al adulto mayor frágil, según las diferentes formas organizativas de la educación en el posgrado.

### **Acciones:**

- Diseño del curso, planificación de los talleres, definición de los materiales y las formas de organización de las enseñanzas. Se anexan (Anexo 20).
- Determinación de los objetivos, contenidos, métodos y medios que se van a desarrollar a punto de partida de los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial.
- Identificación de los recursos materiales y humanos que se van a utilizar para la ejecución de la estrategia de superación, donde se destacan las TIC.

- Elaboración del cronograma de trabajo para la ejecución de las acciones educativas.
- Convenio de cooperación científico técnico con los escenarios docentes.

### **3. Ejecución.**

Objetivo:

Ejecutar las actividades programadas de superación profesional seleccionadas para la atención integral al adulto mayor frágil.

Acciones:

- Realización del curso de posgrado y talleres.
- Indicar el banco de acervo bibliográfico que potencie el estudio independiente y que enriquezca las posibilidades de aprendizaje de los MGI en la atención integral al adulto mayor frágil.
- Desarrollo de un entrenamiento en la educación en el trabajo sobre la atención integral al adulto mayor frágil.
- Realizar taller que permita integrar contenidos desarrollados en las diferentes formas organizativas de superación profesional, las cuales en su desarrollo se propone evaluar los resultados, con presentaciones de casos, donde los cursistas demuestren el nivel de asimilación de los contenidos impartidos y las habilidades desarrolladas.
- Ejecución del sistema de evaluación sistemática por cada forma de

organización.

#### **4. Evaluación.**

Objetivo:

Evaluar el desempeño profesional del especialista de MGI en la atención integral al adulto mayor frágil luego de la superación.

Realizar valoraciones de los resultados obtenidos.

Acciones:

- Evaluación de las actividades realizadas.
- Evaluación del desempeño profesional en la atención integral al adulto mayor frágil mediante la observación del desempeño con una guía elaborada para este fin.
- Realizar valoraciones y establecer relaciones según los resultados obtenidos. Valoración continuada del nivel de desempeño profesional en la atención al adulto mayor frágil alcanzado en cada etapa.
- Retroalimentación permanente.
- Realizar ponencias donde se aborden aspectos novedosos de la fragilidad en el adulto mayor.

### **3.3 Análisis comparativo de los resultados de la prueba del desempeño a los especialistas en Medicina General Integral a la entrada y salida de la implementación de la estrategia.**

En la dimensión cognitiva el indicador 1.1 relacionado con el conocimiento de síntomas, signos y criterios diagnóstico de fragilidad se evidencio un cambio relativo de 158 %, en el indicador 1.2 relacionado con las medidas de promoción y prevención de discapacidades se obtuvo un 142 % de cambio relativo, mientras que en el 1.3 referente a la conducta terapéutica se alcanzó 175 %, por último, en el 1.4 relacionado con el seguimiento mostro un 193 %.

Al analizar la dimensión bioética se encuentra que el indicador 2.2 asociado con el cumplimiento de los principios éticos de la profesión alcanza 331 % mientras que el indicador 2.3 referente al grado en que se aplica la solidaridad y la elevada sensibilidad humana obtuvo 242 %, así mismo el indicador 2.4 vinculado al nivel en que se manifiesta el respeto a la dignidad de la persona alcanzó 257 %.

En la dimensión asistencial se demostró en el indicador 3.1 concerniente a la confección correcta de historia clínica del caso diagnosticado como frágil presento un cambio de 221 % ;los resultados del indicador 3.2 grado en que se tiene en cuenta los aspectos biológicos psicológicos sociales funcionales y rehabilitador señala un cambio 239 %;en el indicador 3.3 se obtuvo 235 % articulado con el nivel de certeza con que se remite a consulta especializada ;el indicador 3.4 que refleja la frecuencia de participación del especialista de MGI evaluación del adulto mayor frágil se alcanzó 234 %; por último se significa en cuanto al indicador 3.6 grado de participación en actividades educativas de

promoción y prevención de salud sobre los síntomas de fragilidad el logro de 187 % de cambio relativo

Cuando se valora la dimensión científica investigativa el indicador 4.1 conectado con la frecuencia con que participa en los cursos de superación sobre fragilidad alcanza un 150 % de cambio relativo, en el indicador 4.2 afín con la frecuencia con que realiza publicaciones se observó un cambio relativo de 360 %, tocante al indicador 4.3 referente a la frecuencia con que participa en jornadas científicas el cambio relativo es de 102 % y el indicador 4.4 engranado con el uso de la TIC muestra solo un 23 % de cambio relativo .**3.4 Valoración de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción.**

Después de implementada la estrategia se aplicó a los 28 especialistas en MGI un cuestionario con cinco preguntas para recoger algunas experiencias y opiniones en aras del mejoramiento de la propuesta. También se calculó el índice de satisfacción grupal. <sup>(110)</sup> respecto a la estrategia de superación.

Respecto a las preguntas: 22 especialistas opinaron estar muy satisfechos con el aporte de nuevos conocimientos para un 78.57 % y satisfechos seis para un 21.43 %. Sobre la utilidad de la estrategia 24 especialistas se sintieron muy satisfechos y cuatro satisfechos para un 85.71 % y 14.28 % respectivamente. En cuanto a la utilidad de los métodos empleados se encontraron 21 especialistas muy satisfechos que representa el 75% y seis satisfechos para el 21.43 %; en la valoración de los métodos para la planificación y ejecución 24 especialistas estuvieron muy satisfechos para un 14.28 % En referencia a la aplicación de los contenidos 20 especialistas muy



satisfechos para un 71.42 % y ocho especialistas satisfechos que representa el 28.57 %.

Para evaluar el índice de satisfacción grupal se empleó la siguiente expresión:

$$ISG = \frac{A(+1) + B(+0.5) + C(0) + D(-0.5) + E(-1)}{N}$$

Donde A, B, C, D y E son los números de respuesta con la categoría 1, 2, 3, 4 y 5 de satisfacción personal, N la cantidad total de posibles respuestas de los 28 encuestados.

Para determinar la satisfacción de este índice se empleó la escala: Muy satisfecho (1), Satisfecho (0.5), No satisfecho (0), Poco satisfecho (-0.5), No respuesta (0), Poco satisfecho (-0.5) e Insatisfecho (-1).

El cálculo del índice de satisfacción grupal (ISG), con la estrategia de superación aplicada fue de 0.89 que se considera como máxima satisfacción.

Los resultados arrojan que los especialistas consolidan los conocimientos adquiridos y se sienten satisfechos con la estrategia para la mejora del desempeño profesional.

## Sugerencias

Promover actividades de superación con la participación de especialistas afines.

Incluir cursos y talleres relacionados con el tema.

## Encuesta de satisfacción (Técnica ladov)

INDICADORES		Muy Satisfecho.		Satisfecho		No responde		Poco satisfecho		Insatisfecho	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	Aporte de nuevos conocimientos	22	78.57	6	21.43	—	—	—	—	—	—
2	Utilidad de la estrategia	24	85.71	4	14.28	-	-	-	-	-	-
3	Utilidad de los métodos utilizados	21	75	6	21.43	-	-	1	3.57	-	-
4	Métodos para la planificación y ejecución	24	85.71	4	14.28	-	-	-	-	-	-

### **3.5 Análisis de los resultados de la consulta a especialistas**

Se presentó la estrategia propuesta en un taller de socialización con especialistas. Después de socializar los aspectos generales de la investigación, y exponer la misión, la visión, el objetivo y la fundamentación teórica de la estrategia propuesta, se aplicó una encuesta al grupo de los especialistas en la cual se evaluaron algunos aspectos y temáticas del estudio donde se apreciaban diferentes elementos y características de la estrategia propuesta, las cuales fueron enriquecidas con la valoración de cada uno de los especialistas y el criterio de la investigadora.

La estrategia fue valorada por el 100 % de los especialistas que la consideraron aceptable y aplicable al contexto para el que fue concebida, a partir de la fundamentación teórica expuesta por la investigadora y las potencialidades de la estrategia para cumplir sus objetivos en pos de mejorar el desempeño profesional de los especialistas de MGI para la atención al adulto mayor frágil.

### **Conclusiones del capítulo III.**

El proceso de modelación realizado al objeto de estudio posibilitó la fundamentación y estructuración de la estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional para la atención al adulto mayor frágil. Los resultados comparativos de las observaciones realizadas en el desempeño y en la encuesta de satisfacción aplicada al espacalitas de MGI, posibilitaron reconocer la validez de la estrategia de superación propuesta.

## **CONCLUSIONES**

## Conclusiones

- La consulta a especialistas refleja el consenso de los mismos en relación a la viabilidad de la estrategia propuesta, lo cual se corrobora en la práctica con los resultados del mejoramiento global del desempeño, al aplicar los instrumentos evaluativos (prueba de desempeño) posterior a la implementación de la estrategia en el grupo de estudio.
- En la caracterización del estado actual del desempeño del especialista de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil se revelan como principales problemas: poco dominio del criterio de fragilidad, de los síntomas y signos, así como de los principios terapéuticos; hubo por demás una baja frecuencia de realización de actividades de promoción de salud.
- Se detectaron potencialidades; tales como la existencia de una buena disposición del personal médico a participar en curso sobre fragilidad y adecuado dominio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- El proceso de abstracción logrado desde la modelación de la estrategia de superación posibilitó la identificación de los componentes estructurales y relaciones para el mejoramiento del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil, que garantice la satisfacción percibida de este grupo poblacional y de los cuidadores
- La valoración de la estrategia a partir de la implementación en el policlínico Municipal de Santiago de Cuba permitió constatar la pertinencia y viabilidad para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista de Medicina General

Integral para la atención integral al adulto mayor frágil al observarse la transformación en el mejoramiento profesional en estos profesionales.

## RECOMENDACIONES

*Recomendaciones*

Extender la implementación de la estrategia de superación en otras áreas de salud y municipios

Socializar los resultados de esta investigación mediante ponencias en eventos, artículos científicos y revistas especializadas

Considerar los resultados de esta investigación como referentes teóricos para estudios posteriores sobre el mejoramiento del desempeño a través de la superación del especialista de Medicina General Integral a partir de la contextualización de las dimensiones, indicadores e instrumentos empleados.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Rodríguez R, Cardentey García J, Hernández Díaz DC, Rosales Álvarez G, Jeres Castillo CM. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores .AMC. 2017 [citado 20 May 2022] Ago; 21(4):498-509. Disponible en :[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es)
2. García Quiñones R. Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidados. Rev Nove en P [Internet].2019 [Citado 2023 Dic 14]; 15(29): 129-140. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782019000100129&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782019000100129&script=sci_arttext&lng=en)
3. Sánchez Barrera O, Martínez Abreu J, Florit Serrate PC, Gispert Abreu EA, Vila Viera M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología Rev Med Electrón, 2019 [citado 10 Nov 2022]; 41 (3): [Aprox.17p.].Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000300708](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708)
4. Ponce JP. Envejecimiento demográfico: principal reto para enfermería geriátrica. Cuidarte 2022 [citado 06 Dic 2022];11(21):58-67. Disponible en:<http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/80055>
5. Álvarez Lauzarique ME, Bayarre Vea H, Pérez Piñero J. Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. Rev Cub Med Gen Integr, 2018 [citado 13 Ene 2022]; 34 (2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000200007)
6. Belaunde CA, Lluís RGE, Bestard PLA. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. Rev Cub Med Mil, 2019 [citado 25Dic 2021]; 48(4):723-35. Disponible en:<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/361>

7. Foley KT. Reflections from a geriatric patient. J AM Geriatr Soc, 2021 [citado 25 Ene 2022] 69(11):3324-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34260742>.
8. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Miró Jiménez Y. Prevalencia de discapacidad en adultos mayores hospitalizados. Archiv Hosp Univ Gen Calixto García, 2019 [citado 25 Ene 2022]; 7(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/403/359>
9. Kaur P, Rowland J, Whiting E. The ABCD of the comprehensive geriatric assessment. Med J Aust. 2021 [citado 25 Ene 2022] 215(5):206-7 e1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34365650/>
10. Boccardi V, Marano L. The Geriatric Surgery: The Importance of Frailty Identification Beyond Chronological Age. Geriatrics. 2020 [citado 12 Ene 2022];5(1):12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32121144>
11. Organización Panamericana de la salud. Orígenes y desarrollo del servicio médico rural en Cuba. [Internet] 2022 Feb [citado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-2-2020-llega-su-sexta-decada-servicio-medico-rural-cuba>
12. Álvarez Sintés R. Fundamentos de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2023; 17 [citado 26 febrero 2023]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros/fundamentos\\_medicina\\_general\\_integral/fundamentos\\_med\\_gral\\_integral\\_parte\\_vi\\_cap17.pdf](http://bvs.sld.cu/libros/fundamentos_medicina_general_integral/fundamentos_med_gral_integral_parte_vi_cap17.pdf)
13. Cantillo Bustillo J, Rodríguez Pérez Y, Martínez Cantillo YM, Padilla Martínez F. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Cienc Méd [Internet]. 2019 [citado 2 Mar 2022]; 23(6):876-83. Disponible

en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000600876&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600876&lng=es)

14. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Consuegra Ivars G. Pressure ulcer in frail hospitalized elderly people. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2021[citado 14 Mar 2022]; 9(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/794>
15. Sánchez Rodríguez Y, Labrador Rodríguez O Devenir histórico- revolucionario y caracterización de la superación profesional en el sector cubano de la salud. Edumecentro, 2018 [citado 25 Mar 2022]; 11(3): Disponible en: [https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1263/html\\_494](https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1263/html_494)
16. Fried LP, Bandeen Roche K, Guralnik JM. Women's Health and Aging Studies. In: Gu D., Dupre M. (eds) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer Cham, 2019 [citado 25 Mar 2022] Disponible en: <https://hsr.himmelfarb.gwu.edu/books/138/>
17. Mendoza RNM, Cantero GE, Vázquez NKP, Ramos PM, González NA, Muñoz M SB, et al. Envejecimiento y vejez: apuntes de gerontología, edit Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco. México, 2021 [citado 25 Mar 2022]; 1-20. Disponible en: <https://editorial.udg.mx/gpd-envejecimiento-y-vejez-62b4dee57de32.html>
18. Cardentey García J, González Rodríguez R, Superación pedagógica en profesores de las universidades médicas cubanas. Rev Méd Electr. 2016 [citado 20 Dic 2022]; 38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1677>

19. Mateos NJ, Bermejo BC, Perez PN, Hormigó S AI, Martínez JV. Situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace con residencia de mayores en la comunidad de Madrid. Rev Esp Geriatr Geront, 2022 [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.11.001>
20. López Fábregas LM Factores desencadenantes de la fragilidad en el anciano. PODIUM. Rev Cienc tecnol cult fís, 2011 [citado 25 Mar 2022];6(2):180-8. Disponible en: <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/357>
21. González-Rodríguez R Resultados del examen periódico de salud en adultos mayores. Rev Finlay, 2020 [citado: 11 de diciembre 2020]; 10(2): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/730/1843>
22. Santamaría Peláez M, González Bernal J, González Santos J, Soto Cámara R. La calidad de vida de las personas mayores frágiles institucionalizadas. INFAD Rev Psicol, 2020 [citado 28 Ene 2021]; 1(2):89-100. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/1958>
23. Cuba. Ministerio de Salud Pública. El Programa del Adulto Mayor en Cuba.[Internet] 2022 [citado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/el-programa-nacional-de-atencion-integral-al-adulto-mayor-en-cuba-apuesta-por-vejez-activa-y-saludable/>
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de docencia. Plan de estudio y programa de la especialidad Medicina General Integral. La Habana: MINSAP, 2018. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=350>
25. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Reglamento de trabajo docente y metodológico de la educación superior. Gaceta Oficial de la República de Cuba. La Habana: Resolución 2. 2018 [citado 9 Sep 2022]. Disponible

en:<https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/resolucion-2-de-2018-de-ministerio-de-educación-superior>

26. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor 2022. Madrid; 2022. [Internet] 2022 [citado 10 Nov 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable\\_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc\\_Fragilidad\\_y\\_Caídas\\_persona\\_mayor.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_Fragilidad_y_Caídas_persona_mayor.pdf)
27. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]2022 Oct [citado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
28. Ramos-Vázquez J, Ramírez-Rodríguez M, Rodríguez-López M, Borrego- Ramos V. Superación del médico general integral sobre enfermedad renal crónica agudizada en adultos mayores. Rev Cienc Méd [Internet].2022 Feb [citado 25 febrero 2023];26(1): e5346.  
Disponible:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942022000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942022000100013)
29. Cruz Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019 [citado 08 Sep 2021]; 48(1):16-31. Disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243>
30. Varan HD, Kizilarslanoglu MC, Dogrul RT, Arik G, Esme M, Kara O, et al. Comparative Evaluation of Predictive Ability of Comprehensive Geriatric Assessment Components

- Including Frailty on Long-Term Mortality. *Exp Aging Res.* 2021 [citado 25 Mar 2022]; 47(3):220-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33491575>
31. Nord M, Lyth J, Alwin J, Marcusson J. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. *BMC Geriatr.* 2021 [citado 25 Mar 2022]; 21(1):263. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33882862>
  32. Wanden Berghe C. Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic*, 2021 [citado 15 Dic 2022]; 5(2):115-24. Disponible en: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>
  33. Paz Zúñiga M. Fragilidad y su correlación con calidad de vida y utilización de los servicios de salud en personas mayores que viven en la comunidad. *Rev Méd Chile*, 2019 [citado 15 Dic 2022]; 147 (7): Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000700870&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000700870&script=sci_arttext)
  34. Ivonet Munder MM, Fariñas Vargas M. Envejecimiento demográfico en el municipio Santiago de Cuba. *Noved Pobl.* 2021 [citado 4 Feb 2022]; 17(34): [Aprox. 7p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1817-40782021000200279](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-40782021000200279)
  35. Naranjo Hernández Y. Caracterización de los adultos mayores frágiles desde la perspectiva de la enfermería. *Rev Cub Enferm* [Internet]. 2020 [citado 11 Feb 2022]; 36 (1): 21-9. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2778>
  36. Díaz Rodríguez YL, Vargas Fernández MA, Quintana López LA. Efectividad de una Intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de la COVID-19 en adultos mayores. *Univ Méd Pinareña* [Internet]. 2020 [citado: 21 Febrero 2022]; 16(3): e570. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/570>

37. Mesa Valiente RM, Hurtado Gascón L C, Turro Caró E, Del Río Caballero G Referentes teóricos para la superación profesional sobre el síndrome de fragilidad en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2024 [Citado 2024 may 13]; 28(1) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192024000100016&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192024000100016&script=sci_arttext)
38. Sequeira Flores MM. Nivel de conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguacalientes. [Tesis para obtener el Grado de Especialista en Medicina Familiar]. Aguacalientes: Universidad Autónoma, 2018. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1450/426159.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Ruíz Álvarez J, Santamarina Rodríguez SJ, Llanes Torres HM, Yedra Sánchez M. Intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo en ancianos frágiles. Rev Elect Medimay, 2020Ene-Mar [citado 12 Nov 2022]; 27(1):4-15. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1559/0>
40. García Parodi MM, Gort Hernández M, Cizneros Suárez Y, Hayes Palacios O, Sainz Reinoso H. Estrategia de superación profesoral sobre atención integral al adulto mayor. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2022 Dic [citado 2022 Dic 26];37(4):1-19. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252021000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400011)
41. Véliz Martínez PL, Jorna Calixto AR, Berra Socarrás EM. Consideraciones sobre los enfoques, definiciones y tendencias de las competencias profesionales. Rev Educ Med Super. 2016 [citado 18 Jun 2022]; 30(2): 21-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412016000200018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000200018)



42. Piña Loyola CN, Gonzales Deben MR, López Rodríguez del Rey AM, López Rodríguez del Rey M. La formación del médico en Cuba: una perspectiva crítica de su historia Medisur 2005 [citado 18 Jun 2022]; 3 (3): 32-40. Disponible en: <file:///C:/Users/Wilfredo/Downloads/124-10424-1-PB.pdf>
43. Ramírez López B. Apuntes históricos sobre del proceso de formación del médico general integral en Cuba. Medisan. 2022 [citado 18 Jun 2022]; 26 (2): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3657>
44. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J, Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev Cub Sal Pub, 2020 [citado 18 Jun 2022] 46 (2):[Aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/>
45. Izquierdo Palau S, Almira Cisnero AA, Izquierdo Palau I, Ramírez Wong. D. Antecedentes históricos de la Medicina General Integral en Cuba. EDUMED Holguín 2021 [citado 18 Jun 022]. Disponible en: [https://edumed\\_holguin2021.sld.cu/index.php/edumed\\_holguin/2021/paper/view File /432/194](https://edumed_holguin2021.sld.cu/index.php/edumed_holguin/2021/paper/view/File /432/194)
46. [South African Academy Of Family Physicians](#) · The contribution of familyphysicians to district health services in South Africa: A national position paper by the South African Academy of Family Physicians. S Afric Pharm.2022 [citado 18 Jun 2022]; 64 (1) e1-e7 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35384681/>
47. Martin Lesende I, Acosta Benito MA, Goñi-Ruiz N, Herreros Herreros Y. Visión del manejo de la fragilidad en Atención Primaria (Vision of the management of frailty i Primary Health Care). Rev Esp Sal Pub.2021 [citado 04 Jun 2022]: e 20211. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8201232>

48. Araya Alejandra X, Iriarte E, Padilla O. Reconocimiento de la fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: un desafío pendiente. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 19 Feb 2022]; 30(2): 61-6. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n2/1134-928X-geroko-30-02-61.pdf>
49. Martín Lesende I, Gorroñogoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. detección y tratamiento en AP. Aten Primaria, 2010 [citado 19 Feb 2022]; 42(7):388–93. Disponible en: <https://medes.com/publication/59654>
50. Carrasco Peña KB, Farías Moreno K, Trujillo Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad: factores de riesgo asociados. Rev Es Geriat Geront [Internet]. 2018 [citado 6 Mar 2022]; 53(1):23-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-frecuencia-envejecimiento-exitoso-fragilidad-factores-S0211139X17301361>
51. Prieto Peña I, González Sánchez A, Hernández Rabelo Y. El rol del tutor en la formación del especialista de Medicina General Integral. Rev Cub Med Gener Integ. 2022 [citado 6 Mar 2022]; 38(1): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1642>
52. **PROGRAMA MGI 2023**
53. Cruz-Cabrera L, Cánova- Herrandiz A Vecino-Rondan U. Modelo de dirección para la superación profesional de los profesores universitarios. Cienc Holguín. 2019 [citado 6 Mar 2022]; 25(2): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1815/181559111003/181559111003.pdf>
54. Bouza Plasencia G, Villoch Bonet R, Plasencia Dominguez O, Sosa Tejeda I. Calidad de la atención al anciano en dos policlínicos del municipio de Santiago de Cuba. MEDISAN.

- 2021 [citado 12 Nov 2022]; 25 (1): [aprox. 14 p]. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/30424>
55. Valdés Fernández L, Fernández Concepción M, Valdés Jiménez L, Montes Bermúdez A. Caracterización de los ancianos frágiles del Policlínico Universitario Cerro en el periodo 2017-2018. Medimay. 2019 [citado 14 Feb2023]; 26 (2): [aprox. 13 p.] Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1409/1646>
56. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Valladares Reyes D, Marcheco Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2022 [citado 4 Dic 2022];10 (1): 9-16 Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/837>
57. Menéndez Jiménez J. El Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030), una oportunidad para Cuba. Rev Cub Sal Púb. 2020 [citado 14 Feb2023]; 46 (4): [aprox. 14 p]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2748>
58. Acosta Benito MÁ, Martín Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar [Frailty in primary care: Diagnosis and multidisciplinary management]. Aten Primaria, 2022 Sep [citado 6 Dic 2022];54(9): e102395. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198324/>
59. Diccionario de la Lengua española [versión 23.6 en línea]. Real Academia Española. Madrid; 2022 [acceso: 10/5/2023]. Superación: p 453. Disponible en: <https://dle.rae.es>
60. Laguna Batista JM. Intervención educativa para prevenir la fragilidad en ancianos. Policlínico Dr. Manuel Díaz Legrá. Holguín. Febrero 2021-julio2022. [Tesis en opción al título de especialista en MGI]. Holguín: Policlínico Dr. Manuel Díaz Legrá, 2022.

[citado 12 Nov 2022]. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2875>

61. Consejo de Estado. Decreto-Ley No. 372/2019. Del Sistema Nacional de Grados Científicos. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet] 5 sept 2019 [citado 22/12/2023];65 Ordinaria. Disponible en: Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-65-ordinaria-de-2019>
62. Ministerio de Educación Superior. Resolución 140/2019. Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet] 5 sept 2019 [citado 22/12/2023];65 Ordinaria. Disponible en: Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-65-ordinaria-de-2019>
63. Feriz Otano MM, Rodríguez Rodríguez R, Echeverría ceballos O La superación profesional del docente sobre la prevención educativa del trabajo infantil. Rev Mendive.2022 [citado 14 Feb 2023]; 20 (3): [Aprox. 8 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-76962022000300953](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962022000300953)
64. Falcón Torres LC, Mouré Miró M, Speck Wilson D, Callard Juanes E, Calvo Rojas S. La superación y el desempeño profesional del tecnólogo en Rehabilitación desde la Educación Avanzada. Rev Infom Cient,2019 [citado 14 Feb 2023]; 98 (3): [Aprox. 7 p]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551762957013/html/>

65. Huguet-Blanco Y, Quintana-Gómez F, Franco-Pérez P, Sosa-Fleites I. Preparación de profesores en ciencias médicas: una visión desde las páginas de edumecentro. EDUMECENTRO. 2018 [citado 12 Abr 2022]; 10 (3) [aprox. 19 p.]. Disponible en:[https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1154/html\\_375](https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1154/html_375)
66. Ramos-Suárez V, Lazo-Pérez M, Avila-Sánchez M. Utilidad de la estrategia de superación en mamografía para el desempeño del tecnólogo en Imagenología. Educ Méd Sup. 2017 [citado 12 Abr 2022]; 31 (3): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1030/627>
67. Lima Sarmiento L., García Hernández KC, Pérez Esquivel G de J, Arenas Gutiérrez R, Fernández Rodríguez R. Estrategia de superación profesional para potenciar habilidades pedagógicas profesionales en el tutor de Medicina General Integral. Rev Cub Educ Sup.2022. 2017 [citado 12 Abr2022]; 41(Número Especial2): 1–12. Disponible en:<https://revistas.uh.cu/rces/article/view/25>
68. López-Espinosa G, Lemus-Lago E, Valcárcel-Izquierdo N, Torres-Manresa O. La superación profesional en salud como modalidad de la educación de posgrado. EDUMECENTRO 2019 [citado 14 Abr 2023]; 11 (1): [Aprox. 10 p.]. Disponible en:[https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1180/html\\_415](https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1180/html_415)
69. Vidal Borrás E, Hernández González B, Castillo Piña Y, Marrero Hidalgo M. Impacto del Diplomado en Educación Médica para el desempeño docente del especialista de Medicina General Integral. Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]. 22 de diciembre de 2022 [citado 14 de abril de 2022];2: 168 [Aprox 9 p.] Disponible en:<https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/168>

70. Pavón-de-la-Tejera I, de-la-Tejera-Chillón N, Del-Rio-Caballero G, Cano-Ortiz S, Muradas-Capote S. Análisis tendencial y perspectivas actuales de las tecnologías sanitarias en el sistema de salud cubano. Revista Cubana de Informática Médica [Internet]. 2023 [citado 26 Dic2023];23(2)Disponible en: <https://revinformatica.sld.cu/index.php/rcim/article/view/615>
71. Diccionario de la Lengua española [versión 23.6 en línea]. Real Academia Española. Madrid; 2022 [acceso: 10/5/2023]. Desempeño: p 453. Disponible en: <https://dle.rae.es>
72. Candelaria Brito Julio Cesar, Ferro González Belkys, Gutiérrez Gutiérrez Carlos, Alonso Ayala Osmany. Caracterización del desempeño profesional del médico de familia en nefrogeriatria en Consolación del Sur. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Mayo 02] ; 38( 2 ): e1762. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252022000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000200015&lng=es)
73. Enríquez-Clavero J, González-Hernández G, Cobas-Vilches M, Otero- Martínez J, Santana-Machado A. Implementación de un programa de superación profesional en Didáctica en docentes noveles de Estomatología. EDUMECENTRO 2021 [citado 14 Abr 2022]; 13 (3): [aprox. 10 p.]. [https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1801/html\\_701](https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1801/html_701)
74. Espín-Falcón J, Acosta-Gómez Y. Diseño de curso metodológico para la confección del Análisis de la Situación de Salud. Educ Médi Sup. 2019 [citado 14 Abr 2022]; 33 (3): [Aprox. 8 p.] Disponible en <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2123/888>
75. Martínez-Sariol E, Travieso-Ramos N, Buquet-Borges K, Vergara-Vera I, Viacaba-Palacios M, Martínez-Ramírez I. Estrategia de superación para desarrollar competencias en la atención de enfermería al neonato crítico. Educ Méd Sup. 2020 [citado 14 Abr

2022]; 34 (3): [Aprox. 7 p.] Disponible en:  
<https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1894/1090>

76. Kaçmaz HY, Döner A, Kahraman H, Akin S Prevalencia y factores asociados a la fragilidad en pacientes mayores hospitalizados. *Revista Clínica Española* 2023, 223 (2):67- 76
77. Alonso-González M, Hernández-Barrenechea A, Torres-Hernández A, González-La-Nuez O. Superación pedagógica de los profesores de Histología en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. *Educ MédSup.* 2022 [citado 14 Abr 2022]; 36 (4): [Aprox. 9 p.] Disponible en:<https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/3560>
78. Carranza-Esteban R, Mamani-Benito O. Comentarios al artículo “Validez de contenido y estructura de una escala sobre las limitantes para la elaboración de una tesis universitaria”. *Educ Méd Sup.* 2022 [citado 14 Abr2022]; 36 (1): [Aprox. 8 p.] Disponible en:<https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2517/1328>
79. Guerra Suárez L, Machado Ramírez E., Espíndola Artola A. La superación didáctico-metodológica del docente para el trabajo en equipo en el contexto universitario. *Opunt Brav,* 20222 [citado 14 de abril de 2022]; 13(1): 12-24. Disponible en:<https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1039>
80. Delgado Rifa, E., Martínez Rubio EN, Alonso Hernández E. Estrategia de superación del médico de familia para promover el autocuidado en pacientes con fractura de cadera. *Didáct Educ* 2022 [citado 14 de abril de 2022];13(3), 270–98. Disponible en:<https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/1421>
81. Hurtado Gascón LC. El desempeño profesional del médico de familia en la detección temprana de la Lepra. *Rev Cub Tec Sal* [Internet]. 2018 [citado 14Abr 2023];9(4). Disponible en <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1294/874>

82. Vidal Borrás E, Guerra Román JW, González Peña OM. El Diplomado de Educación Médica en la formación académica de los especialistas en Medicina General Integral Panor Cuba Salud. 2019 [citado 14 de abril de 2022];14(2): 24-8 Disponible en:<https://www.semanticscholar.org/paper/La-superaci%C3%B3n-profesional-en-salud-como-modalidad-Espinosa-Lago/ee4e1aa07ef932b9e74be2a41b0d156a68aa67b2>
83. Hernández-Sosa M, Añorga-Morales J, Sosa-Sánchez T. El mejoramiento del desempeño profesional para las actuaciones medicolegales desde la óptica de la Educación Avanzada / The improvement of professional performance for medicolegal actions from the perspective of Advanced Education. Panor Cuba Sal 2018 [citado 14 Abr 2023]; 13 (2) Disponible en:<https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/91-94>
84. Mejías Sánchez Yoerquis, Borges Oquendo Lourdes de la Caridad, Valcárcel Izquierdo Norberto, Fernández Vidal Aleski. Propuesta de modificaciones a la tecnología para la determinación de problemas y potencialidades. REMS [Internet]. 2023 Jun [citado 2023 Dic 26] ; 37( 2 ): e3673. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412023000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412023000200009&lng=es). Epub 01-Jun-2023.
85. Ramos Suárez V. Estrategia de superación en mamografía para el mejoramiento del desempeño profesional del tecnólogo en imagenología. [Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la educación médica]. La Habana, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Tecnología de la Salud.2017



86. Céspedes Moncada A. Estrategia de superación para los especialistas en coloproctología en el diagnóstico temprano del cáncer anal. [Tesis presentada en Opción al Grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. Santiago de Cuba, Cuba: 2021
87. Hernández-Muñiz VS. Mejoramiento del desempeño profesional del tecnólogo en rehabilitación en neuropatía compresiva distal. [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana: Universidad de ciencias médicas de la Habana. Facultad de Tecnología de la Salud; 2019.
88. Añorga J, Valcárcel N. La relación entre las competencias, la profesionalización y el desempeño. La Habana, Cuba. Revista IPLAC. 2012;34(45):34
89. López Espinosa GJ. Estrategia de superación profesional para la atención médica integral a la salud del trabajador [tesis en opción al Grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018 [citado 2020 Ene 20]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=621>
90. Pérez Morales K. la formación humanista de estudiantes de medicina, una contribución de la Historia de Cuba. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" La Habana, Cuba. 2018
91. Martínez Díaz D, Tamayo García JA. Contribución de la teoría de la educación avanzada a los resultados científicos de la estrategia doctoral. Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2019 [citado 21 Ene 2020]; 14(1):24-26. Disponible en: <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1158>
92. García Céspedes ME, Fuentes González HC .MEDISAN, 2019 -scielo.sld.cu] Aportes de las investigaciones pedagógicas a la educación médica cubana

93. Sixto-Pérez A. Estrategia pedagógica para la preparación de los licenciados en enfermería en las competencias investigativas. [Tesis Doctoral]: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2014
94. Cobí-Riambau O, Salina-Castro F, González MÁ. Técnicas protésicas. Consideraciones generales sobre la incorporación de elementos protésicos actuales en las prótesis de la extremidad inferior y su influencia en la rehabilitación. Amputación y Manejo Protésico. Editorial Paidó. 2020. 32p.
95. Mesa Rosales MB. Mejoramiento del desempeño profesional de los licenciados en tecnología de la salud perfil ortoprótesis con la aplicación de la ortopodología. [Tesis doctoral]: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2021
96. López Espinosa Guillermo José, Lemus Lago Elia Rosa, Valcárcel Izquierdo Norberto, Torres Manresa Olga María. The professional upgrading in health as a modality of postgraduate education. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Dic 26]; 11( 1 ): 202-217. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207728742019000100202&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742019000100202&lng=es)
97. Suárez Ocegüera J. Estrategia de superación dirigida al tecnólogo en imagenología en ultrasonido ginecológico para la cirugía laparoscópica. [Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la educación médica]. La Habana, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Tecnología de la Salud. 2020.
98. Lazo Pérez, M. Estrategia de Superación Interventiva con enfoque interdisciplinario para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico y humano de los Profesores Generales Integrales. [Tesis en Opción al Título de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. ISPEJV. La Habana. Cuba; 2007. p. 3, 85

99. Torres Herrera Y.A. Estrategia de superación para el desarrollo de la competencia comunicativa profesional pedagógica de los directores de secundaria básica del municipio Cerro en el proceso de dirección [Título en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona. Ciudad de La Habana.2009
100. Valle Lima, A. La investigación pedagógica. Otra mirada. ICCP. La Habana.Cuba; 2010. p. 23
101. González García TR. Modelo para el desarrollo de competencia investigativas con enfoque interdisciplinario en tecnología de la salud [Título en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Tecnología de la Salud; 2017
102. Hurtado Gascón L.C. Estrategia educativa para el mejoramiento del desempeño profesional del médico de la familia en la detección temprana de la Lepra [Tesis presentada en Opción al Grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana, Cuba: Facultad de Tecnología de la Salud; 2018.
103. Sarmiento Rodicio Y. Estrategia para el mejoramiento del desempeño profesional comunicativo de los médicos generales integrales. Título en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Tecnología de la Salud; 2021.
104. Suarez OJ, Rodríguez DCR, Alonso AO, et al. Mirada social hacia la superación del licenciado en imagenología para el desempeño en procedimientos ultrasonográficos ginecológicos. Rev Cub de Tec de la Sal. 2020;11(4):112-122.

105. Hechavarria Torres M. Modalidades de medicina natural y tradicional en la formación del residente de medicina interna. [Tesis presentada en Opción al Grado de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana, Cuba;2021.
106. Vigotsky L. Pensamiento y lenguaje. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1968.
107. Valcárcel N, Díaz Díaz AA. Epistemología de las ciencias de la educación médica: sistematización cubana [Internet]-La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021.Disponible en :<http://www.bvscuba.sld.cu/libro/epistemología-de-las-ciencias-de-la-educación-médica-sistematización-cubana-2/>
108. Bringas Linares J. Modelo de planificación estratégica universitaria [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Ciudad Habana: ISPEJV;1999.

#### Otras Referencias Consultadas:

Acosta Benito MA. Dependencia en el anciano frágil: aspectos médico legales y deontológicos. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad complutense, 2017. [citado 11 dic 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/41271/1/T38409.pdf>

[Acosta-Benito](#) MA, [Martín-Lesende](#) I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. [AtenPrimaria](#). 2022 Sep [citado 11 dic 2022]; 54(9): 1023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198324/>

Acta Med Perú. 2019 [citado 11 dic 2022] ;36(4):267-73. Disponible en:

Becerra-Partida, EN, Patraca-Loeza AE. Prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores de 70 años en Primer Nivel de Atención. Rev CONAMED. 2021 [citado 11 dic 2022]; 26 (1): [Aprox 7p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99127>

Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Valladares Reyes D, Marcheco Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. Arch Hosp Calixto Garcia. 2022 [citado 11 dic 2022]; 10 (1): [Aprox 9p.]. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e837/718>

Belaunde Clausell A, Ramos GE, Pavón L. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. Rev Cub Med Mil. 2019 Dic [citado 11 Dic 2022]; 48(4): e361. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572019000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000400004)

AF de Castro Fabre - 2020 - Artículos relacionados proceso de validación mediante la Técnica de ladov en .revistas.unah.edu.cu › index.php › lAgric › article › view(González y López, 2002), disponible en: <https://scholar.google.es/scholar?hl>

Rojas Ochoa F. Fundamentos de la cobertura universal en servicios de salud. Rev Cubana Sal Pública [Internet]. 2022 [citado 10 de enero de 2022];48(1). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2108>

Rojas Ochoa F, Díaz Bernal Z. Cuba 1959-2018: De un modelo de servicios de salud capitalista a un modelo socialista. En: Daniel Godoy. Refundación de sistemas de salud en Latinoamérica y El Caribe: descolonizar las teorías y políticas [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2021 [citado 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/LibroRefundacionSistemasdeSalud> Sintesis) Habla medicina Rural y se pone en pagina 11

Vidal Ledo MJ, Menéndez Bravo JA, Ruíz Hernández JR, Martínez Cruz E. Evolución del sistema de salud cubano. En: Colectivo de autores. Organización panamericana de la Salud: 120 años en Cuba. [Internet]. Portal Miranda JA, Moya Medina J, coordinadores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022[citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/organizacionpanamericana-de-la-salud-120-anos-con-cuba>

Casca Loayza LN, González-Farfán ME. Fragilidad y riesgo de caídas en adultos mayores de bajos ingresos, Lima 2021. Rev Hered Rehab. 2022 [citado 12 Nov 2022]; 51):8-13. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/362981921\\_Fragilidad\\_y\\_riesgo\\_de\\_caídas\\_en\\_adultos\\_mayores\\_de\\_bajos\\_ingresos\\_Lima\\_2021](https://www.researchgate.net/publication/362981921_Fragilidad_y_riesgo_de_caídas_en_adultos_mayores_de_bajos_ingresos_Lima_2021)

de Miguel Barbero C. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano. [Internet].

2021 [citado 11 dic 2022]; 14(2): 32-9. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200009)

Díaz NE, Rodríguez JA, Novo MM, Martín HE, Pérez EA, Morejón MD. Prevalencia y perfil de la persona frágil en la Isla de la Palma. Rev Esp Ger Geront. 2019 [citado 11 Dic 2022]; 54(3):129-35. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-188959>

Facciolo IG. La gimnasia multicomponente en adultos mayores frágiles: Una experiencia en la ciudad de Quilmes. [Tesis]. Universidad de la Plata, 2021 [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1804/te.1804.pdf>

Farfan Balcazar RR. Relación entre fragilidad y dependencia funcional en adultos mayores atendidos en consulta externa de Geriatria del Hospital Salud José Cayetano Heredia. [Tesis]. Perú: Universidad de Pirua, 2018 [citado 11 dic 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1180?locale-attribute=es>

Heras Benito M. Implicaciones de la fragilidad en el tratamiento de la hipertensión arterial en el anciano. Diálisis Trasp. 2021[citado 11 Dic 2022] ;41(2):37-42

Disponible en: [https://www.sedyt.org/revistas/2021\\_42\\_1/implicaciones-fragilidad-tratamiento-hipertension-anciano.pdf](https://www.sedyt.org/revistas/2021_42_1/implicaciones-fragilidad-tratamiento-hipertension-anciano.pdf)

Herrera I, Giraud B. La utilidad de los programas de ejercicios físicos para prevenir la fragilidad en el anciano. Medisur. 2021[citado 11 Dic 2022] ; 19(3): [Aprox 6p.]

Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4505>

Herrera-Perez D, Soriano-Perez A, Rodrigo-Gallardo P, Toro-Huamanchumo C. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. Rev Cub Med Gen Integ. 2020 [citado 11 Dic 2022]; 36 (2): [Aprox 6p]. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1098/338>

Ivonet Munder MM, Fariñas Vargas M. Envejecimiento demográfico en el municipio

Santiago de Cuba. Rev Nov Pob 2021 [citado 11 Dic 022]; 17(34):279-306. Disponible 8 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1817-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-)



[40782021000200279](https://doi.org/10.40782021000200279)

Latta M, Proaño M, Moscoso G, Ortiz P. La marcha del adulto mayor, un factor de alerta ante la fragilidad. *Mediciencias*. 2022 [citado 11 Dic 2022]; 6(4):103-7. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1824/2208>

Leguia Serna JA. Factores asociados a fragilidad en adultos mayores hospitalizados en servicios quirúrgicos de un hospital de Lambayeque. [Tesis]. Perú: Universidad privada Antenor Orrego, 2021. [citado 11 dic 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7896>

Martínez Mayor JM. La soledad existencial en el adulto mayor frágil. [Tesis]. España: Universidad de Almería, 2020 [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/9849/MARTINEZ%20MAYOR%2c%20JOSE%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mateos NJ, Bermejo BC, Perez PN, Hormigó AI, Martínez JV. Situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace con residencia de mayores en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Geriatr Geront* 2022 [citado 11 dic 2022]; 56(5): [Aprox 9p.]

Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-216617>

Miyamura K, Fhon JR, Bueno AA, Fuentes-Neira WL, Silveira RC, Rodrigues RA. Frailty syndrome and cognitive impairment in older adults: systematic review of the

literature. Rev Latin A Enfermagem. 2019 [citado 11 dic 2022]; 27: e3202 Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Dwk4JbntPSDpFyBRkyjkrgr/?lang=es&format=pdf>

Navalón Alcañiz R. Influencia de un Programa de Ejercicio Físico Realizado en el Ámbito Municipal sobre la Fragilidad y Capacidad Funcional del Adulto Mayor no Dependiente. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia, 2020. [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

[https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/98482/1/Roc%C3%ADo%20Naval%](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/98482/1/Roc%C3%ADo%20Naval%20Alca%C3%B1iz%20Tesis%20Doctoral.pdf)

[C3%B3n%20Alca%C3%B1iz%20Tesis%20Doctoral.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/98482/1/Roc%C3%ADo%20Naval%20Alca%C3%B1iz%20Tesis%20Doctoral.pdf)

Negreira Pris L. La fragilidad un síndrome dinámico y reversible [Tesis]. Universidad de Compostela, 2022 [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

[https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/29749/2022\\_tfg\\_enfermaria\\_negreira\\_fragilidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/29749/2022_tfg_enfermaria_negreira_fragilidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Papuico Romero BM. Fragilidad y depresión como predictores de mortalidad en adultos mayores del Centro Médico Naval, 2010 – 2015. [Tesis Doctoral]. Universidad Científica del Sur, 2022. [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

<https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/2293>

Pierina Murga-Bendezú P, Vizcarra-Flores F, Runzer-Colmenares Factores de riesgo para mortalidad en mujeres adultas mayores con síndrome de fragilidad Rev Cub Med Gen Integ. 2022 ; Dic [citado 11 Dic 2022]; 38(4):e2032. Disponible

en: <file:///C:/Users/Wilfredo/Downloads/2032-12407-1-PB.pdf>

Pompeu JE. La fragilidad es un factor de riesgo de resultados negativos en ancianos afectados por el COVID-19. [Internet]. 2021 [citado 12 Nov 2022] Disponible

en: <https://www.scielo.br/jfp/a/ccNddDXTpVdKKr3sdY6dtjB/?format=pdf&lang=es>

Ponce JP. Envejecimiento demográfico: principal reto para enfermería geriátrica. Cuidarte 2022 [citado 11 Dic 2022]; 11(21):58-67. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2022/cui2221f.pdf>

Quispe Unocc Y. Nivel de actividad física y la fragilidad de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor en el Hospital Tingo María. [Tesis].

Universidad de Huanuco Perú, 2019 [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/3989>

Ruiz-Jasso LV, Sifuentes-Leura D, Acevedo-Alemán J, Torres-Obregón R, del Bosque-Moreno J. Fragilidad, polifarmacia y riesgo de caídas en personas adultas mayores. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 11 dic 2022]; 33(2): 95-8. Disponible

en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-)

[928X2022000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200006)

Sánchez Chavez S fragilidad y depresión en el adulto mayor hospitalizado. [Tesis]. Universidad Autónoma de Puebla, 2020. [citado 11 dic 2022]. Disponible

en: [https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3363/html\\_665](https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3363/html_665)

Sánchez-Tocino ML, Miranda-Serrano B, Villoria-González S, Pereira-García M, López-González A, González-Parra E. Clasificación funcional del paciente anciano en hemodiálisis y su influencia en la individualización del tratamiento. Enfer Nefrol. 2022 [citado 11 Dic 2022];25(1):29-38]. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-)

[28842022000100029](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842022000100029)

Sarasola Fernández A. Personas mayores, participación social y calidad de vida:  
El caso de los Bancos del Tiempo. [Tesis Doctoral]. Universidad Pablo de Olavide, 2020  
[citado 11 dic 2022]. Disponible en: <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/720>

Villarreal Álvarez G. Estrategias terapéuticas en la prevención y manejo de la sarcopenia en adultos mayores en el I nivel de atención [Tesis]. Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 2019. [citado 11 dic 2022]. Disponible en:

<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/80223>

Zugasti Murillo A, Casas Herrero A. Síndrome de fragilidad y estado nutricional:

valoración, prevención y tratamiento Nutr Hosp 2019 [citado 11 Di 2022]

;36(2):26-37 Disponible en:

<https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02678/show>

Mejias Sanchez Y, Borges Oquendo L. Consideraciones para la definición de desempeño profesional en el proceso de calidad en salud Rev Hum Med 2021[citado 14 Abr 2023]; 81 (21) Disponible

en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202021000100224](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202021000100224)

## **ANEXOS**



## Anexos

1. Visión Horizontal
2. Validación de Instrumentos
3. Cuestionario de síndrome de fragilidad a Especialista en MGI.
4. Entrevista al adulto mayor con síndrome de fragilidad.
5. Cuestionario al adulto mayor con riesgo.
6. Entrevista al jefe de grupo básico de trabajo.
7. Guía para el análisis documental
8. Guía para la observación al desempeño del Especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil
9. Prueba del desempeño profesional del Especialista en MGI para la atención al adulto mayor frágil
10. Triangulación metodológica por instrumentos
11. Gráfico 1 diagnóstico de la dimensión cognitiva
12. Gráfico 2 diagnóstico de la dimensión bioética
13. Gráfico 3 diagnóstico de la dimensión asistencial
14. Gráfico 4 diagnóstico de la dimensión científico investigativa
15. Gráfico 5 Triangulación metodológica por instrumento
16. Gráfico 6 Dimensión cognitiva prueba del desempeño entrada y salida
17. Gráfico 7 Dimensión bioética prueba del desempeño entrada y salida
18. Gráfico 8 Dimensión asistencial prueba del desempeño entrada y salida

19. Gráfico 9 Dimensión científico investigativa prueba del desempeño entrada y salida.

20. Curso sobre la atención integral al adulto mayor frágil

## **ANEXOS**



## Anexo 1 Visión Horizontal

Preguntas Científicas	Tareas de Investigación	Indagaciones		Capítulo I
		Teóricas	Empíricas.	
1. ¿Qué referentes teóricos sustentan la superación y el desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto	1 identificación de los referentes teóricos que sustentan la superación y el desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la	Histórico-lógico  Análisis documental       Sistémico estructural funcional		Referentes teóricos que sustentan la superación y el desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.
				Epígrafes
				Resultados
				1.1 Antecedentes
				Definición de
				históricos sobre la fragilidad hitos
				históricos en su evolución, criterios
				adulto mayor y la diagnósticos.
				necesidad de su

mayor frágil?	atención al adulto mayor frágil	Sistematiza ción		inclusión en el proceso de superación del especialista en Medicina General Integral.	
				1.2. El proceso de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba	Se describe la evolución del proceso de formación del especialista en Medicina General Integral
				1.3. El proceso de superación del	Sistematización acerca del proceso

				especialista en Medicina General Integral	de superación, identificar las regularidades y asumir autor sistematizado
				1.4 El desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral en la identificación de la fragilidad y los factores de riesgo asociado	Definición del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.
¿Cuál es el estado	2. Diagnóstico del	Sistémico		Capítulo II	

<p>actual del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil del policlínico Municipal de Santiago de Cuba?</p>	<p>estado actual del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil del policlínico Municipal de Santiago de Cuba.</p>	<p>estructural funcional Análisis documental Análisis y Síntesis Inductivo y Deductivo</p>	Encuesta	Caracterización actual del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba	
			Entrevista		
			Observación	Epígrafes	Resultados
			Estadística descriptiva Prueba del desempeño	2.1 Parametrización del proceso de desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.	1 Parametrización del objeto de investigación  2 Inventario de problemas y potencialidades

				2.2. Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados.	
				2.3 Inventario de los principales problemas y potencialidades del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil	
3 ¿Cómo estructurar	3 Estructuración de	Sistémico	Consulta a	Capítulo III	



una estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil?	una estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil.	estructural funcional Análisis documental Análisis síntesis Deductivo inductivo	especialista	Estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil	
				Epígrafes	Resultados
				3.1. Fundamentos de la estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la	Fundamentos y definición de la estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la

				atención al adulto mayor frágil	Integral para la atención al adulto mayor frágil
				3.2. Modelación del diseño de la estrategia	Representación de las relaciones esenciales de los componentes del modelo de la estrategia

4 ¿Qué resultados se obtienen en el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba con la aplicación de la estrategia de superación?	4. Valoración de los resultados que se obtienen en el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil en el Policlínico Municipal de Santiago de Cuba con la aplicación de la estrategia de	Sistémico estructural funcional	Consulta a especialista  Prueba del desempeño      Encuesta de satisfacción	3.3. Análisis comparativo de los resultados de la prueba del desempeño a los especialistas en Medicina General Integral a la entrada y salida de la implementación de la estrategia	Instrumentos de evaluación para el mejoramiento del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención al adulto mayor frágil
--	--	---------------------------------------	---	---	---

	superación.				
			Estadística descriptiva	3.4 Valoración de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción.	Resultados obtenidos con la constatación de la viabilidad de la estrategia a través de la prueba del desempeño, encuesta de satisfacción y consulta a especialista

				3.5 Análisis de los resultados de la consulta a especialistas	
--	--	--	--	--	--

## ANEXO 2. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

**Tabla 2. Procesamiento estadístico de los Criterios de Moriyama para la validación de aspecto y contenido del instrumento: encuesta a especialistas en MGI**

No. de Ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
	Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
1	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
2	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
3	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
4	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
5	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
6	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
7	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
8	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
9	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
10	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
11	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
12	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
13	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
14	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
15	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
16	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
17	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
18	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
19	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

20	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
21	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

Leyenda del puntaje evaluativo: Mucho = 3; Moderadamente = 2; Poco = 1; Nada = 0

**Tabla 3. Porcentaje de especialistas según la valoración de los ítems de las encuestas a especialistas en MGI al tener en cuenta los criterios de Moriyama**

No. de Ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
1	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
2	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
3	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
4	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
5	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
6	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
7	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
8	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
9	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
10	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
11	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
12	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
13	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
14	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
15	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
16	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

17	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
18	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
19	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
20	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
21	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

**Tabla 4. Procesamiento estadístico de los Criterios de Moriyama para la validación de aspecto y contenido del instrumento: encuesta a pacientes con síndrome de fragilidad**

No. de Ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
	Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
1	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
2	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
3	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
4	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
5	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
6	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

Leyenda del puntaje evaluativo: Mucho = 3; Moderadamente = 2; Poco = 1; Nada = 0



**Tabla 5. Porcentaje de especialistas según la valoración de los ítems de las encuestas a pacientes con síndrome de fragilidad al tener en cuenta los criterios de Moriyama**

No. de ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
1	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
2	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
3	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
4	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
5	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
6	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

**Tabla 6. Procesamiento estadístico de los Criterios de Moriyama para la validación de aspecto y contenido del instrumento: guía de observación**

No. de ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
	Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
1	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
2	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
3	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
4	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
5	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
6	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
7	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
8	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

9	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
10	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
11	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
12	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
13	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
14	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
15	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
16	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

**Tabla 7. Porcentaje de especialistas según la valoración de los ítems de guía de observación al tener en cuenta los criterios de Moriyama**

<b>No. de Ítem</b>	<b>Comprensible</b>				<b>Sensible a variaciones en el fenómeno que mide</b>				<b>Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables</b>				<b>Componentes claramente definidos</b>				<b>Si deriva de datos factibles de obtener</b>			
1	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
2	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
3	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
4	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
5	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
6	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
7	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
8	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
9	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
10	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
11	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
12	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

13	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
14	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
15	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
16	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

**Tabla 8. Procesamiento estadístico de los Criterios de Moriyama para la validación de aspecto y contenido del instrumento: prueba de desempeño**

No. de Ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
	Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
1	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
2	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
3	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
4	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
5	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
6	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

Leyenda del puntaje evaluativo: Mucho = 3; Moderadamente = 2; Poco = 1; Nada = 0

**Tabla 9. Porcentaje de especialistas según la valoración de los ítems de prueba del desempeño al tener en cuenta los criterios de Moriyama**

No. de Ítem	Comprensible	Sensible a variaciones en el fenómeno que mide	Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables	Componentes claramente definidos	Si deriva de datos factibles de obtener

1	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
2	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
3	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
4	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
5	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
6	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

**Tabla10. Procesamiento estadístico de los Criterios de Moriyama para la validación de aspecto y contenido de las dimensiones e indicadores**

No. de Ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
	Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo				Puntaje evaluativo			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
1	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
2	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
3	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
4	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
5	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
6	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
7	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
8	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
9	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
10	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
11	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
12	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
13	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

14	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
15	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
16	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
17	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0
18	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0

Leyenda del puntaje evaluativo: Mucho = 3; Moderadamente = 2; Poco = 1; Nada = 0

**Tabla 11. Porcentaje de especialistas según la valoración de los ítems de las dimensiones e indicadores al tener en cuenta los criterios de Moriyama**

No. de ítem	Comprensible				Sensible a variaciones en el fenómeno que mide				Tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables				Componentes claramente definidos				Si deriva de datos factibles de obtener			
1	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
2	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
3	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
4	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
5	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
6	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
7	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
8	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
9	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
10	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
11	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
12	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
13	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
14	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
15	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
16	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
17	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
18	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0

### **Anexo 3.**

#### **Cuestionario de síndrome de fragilidad a especialistas en Medicina General Integral**

Estimado colega, se encuentra en curso una investigación sobre sus conocimientos relacionados con la fragilidad en el anciano con el objetivo de buscar mejoras en su superación profesional y así lograr un desempeño profesional de los médicos de familia acorde a las condiciones actuales. La información que usted nos puede brindar es esencial para esta investigación, por lo que le solicitamos su cooperación. Gracias

#### **Cuestionarios variables socio-demográficos:**

1. Área de Salud \_\_\_\_\_
2. Categoría Especialista MGI\_\_\_\_ R1\_\_\_\_R2 \_\_\_\_\_R3\_\_\_\_\_
3. Años de graduados de médico\_\_\_\_\_
4. Maestría \_\_\_\_\_
5. Categoría Docente \_\_\_\_\_ Instructor\_\_\_\_\_ Asistente\_\_\_\_\_ Auxiliar\_\_\_\_\_

#### **CUESTIONARIO**

##### **1 Cómo defines el síndrome de fragilidad (si o no)**

Vulnerabilidad incrementada .si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

Deterioro funcional mayor .si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

Menor respuesta al riesgo. Si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

Paciente postrado. Si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

Deterioro cognitivo. Si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

##### **2 Factores de riesgo del síndrome de fragilidad. Marque con una cruz**

Edad -----

Sexo -----

Estado civil-----

Depresión -----

Polifarmacia-----

Enfermedades asociadas -----

Pobre actividad física-----

##### **3 ¿Conoce los síntomas y signos tempranos de la fragilidad? Marque con una cruz**

**Decaimiento-----**

**Dificultad para la marcha ---**

**Pérdida de memoria----**

**Pérdida de peso no intencional de un 5% de su peso corporal----**

**Lenta velocidad al caminar---**

**Debilidad muscular---**

**4 ¿Qué conducta tomaría ante un paciente propenso a presentar el síndrome de fragilidad?**

\_\_\_ Remite al Geriatra \_\_\_ Le indica complementarios \_\_\_ Combina conductas

**5 ¿Qué examen físico le realiza al paciente portador del síndrome de fragilidad?**

**6 Criterio de fragilidad enuncie 5.**

**7 Tiene usted dominio del seguimiento y pronóstico de este síndrome \_\_\_ Si \_\_\_ No**

**Si dice si ¿Cuáles?**

**8 ¿Con qué frecuencia se realizan las actividades de promoción de salud sobre el síndrome en la comunidad donde radica?**

\_\_\_ Diario \_\_\_ Semanal \_\_\_ Mensual \_\_\_ Anual \_\_\_ Nunca

**9 ¿Ha logrado con las actividades educativas a la población que esta se motive, y pidan asistencia médica ante el síndrome de fragilidad?**

\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_ Nunca

**10 Si en algún momento, mediante un curso impartieran el tema de fragilidad en el anciano**

**¿Se sentiría dispuesto a participar en el mismo?**

\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_ No me interesa

**11 ¿Cuáles de estos medios ha utilizado para la búsqueda y actualización sobre el tema fragilidad**

\_\_\_ Búsquedas por INFOMED \_\_\_ Medios audiovisuales (TV, Radio)

\_\_\_ INTERNET \_\_\_ Jornadas Científicas y Congresos \_\_\_ Talleres

\_\_\_ Nunca me he actualizado

**12 ¿Conoce usted que el síndrome de fragilidad conlleva a discapacidad y a la muerte?**

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No sé

**13 ¿Se han diagnosticado muchos casos de fragilidad en su consultorio**

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**14 ¿Qué orientaciones le daría al adulto mayor y su cuidador para evitar las discapacidades? Marque con una x**

\_\_evitar accidentes dentro y fuera del hogar

-evitar el encamamiento prolongado

-realizar ejercicios físicos

**15- ¿Cuáles serían los principios para el tratamiento del adulto mayor frágil? marca con una cruz: preventivo \_\_\_\_\_ Curativo \_\_\_\_\_ Rehabilitador \_\_\_\_\_**

**16 ¿Utilización de instrumentos para la evaluación de los pacientes con fragilidad en la comunidad?**

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**17 ¿Metodológicamente se siente preparado para realizar investigaciones sobre el tema fragilidad? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Mas o menos**

**18 ¿Cuántos trabajos investigativos ha realizado sobre el tema de fragilidad?**

\_\_\_\_ 1 trabajo \_\_\_\_ 2 trabajos \_\_\_\_ Mas de 3 trabajos \_\_\_\_ Ninguno

**19 Si ha realizado algún trabajo investigativo relacionado con el tema fragilidad. ¿Dónde ha compartido su investigación? lo ha publicado?**

\_\_\_\_ Jornadas científicas \_\_\_\_ Congresos \_\_\_\_ Talleres \_\_\_\_ Cursos \_\_\_\_ No he querido compartirlo.

**20 En su consulta trabaja con el equipo multidisciplinario Si – No ---**

**21 usted realiza la evaluación multidimensional cuando evalúa al adulto frágil. Si – No ---**



#### **Anexo 4.**

##### **Entrevista al adulto mayor con síndrome de fragilidad**

Estimado compañero/a, como parte de un proyecto de investigación, Estrategia formativa para la preparación del desempeño profesional del médico de familia en la atención al anciano frágil, se realiza esta entrevista que no tiene carácter obligatorio y el no responder, no implica ningún tipo de dificultad para Ud. pero estaríamos muy agradecidos, si nos brindara su opinión sobre el tema que se estudia, con el fin de mejorar la atención médica de los ancianos con el síndrome de fragilidad y planificar las acciones de salud, que eleven la calidad de vida

**1. ¿Cómo considera que ha sido el trato recibido por parte del equipo de trabajo en la evolución de su enfermedad?**

Adecuado\_\_\_\_ Poco adecuado\_\_\_\_ Inadecuado\_\_\_\_

**2. ¿Ha recibido usted y su familia orientaciones acerca del pronóstico de la entidad?**

Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_ No responde \_\_\_\_

**3. ¿Se realizaron actividades educativas en su comunidad después que se le diagnóstico la enfermedad?**

Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_ No sabe\_\_\_\_

**4. ¿Se siente satisfecho con la consulta del equipo de salud en el área de salud?**

\_\_\_\_ Mucha satisfacción \_\_\_\_ Poca satisfacción \_\_\_\_ Ninguna satisfacción\_\_\_\_

**5. ¿Usted o su familia recibieron por parte del personal médico que lo atiende orientaciones acerca de las medidas para prevenir discapacidad por la enfermedad?**

Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_ No responde \_\_\_\_

**Si la respuesta es sí: ¿cuáles?** \_\_\_\_\_

**6 ¿Ha sido evaluado usted en la consulta por otros especialistas a parte de su médico de familia?**

Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_ No responde \_\_\_\_

(EXCLUIR LOS PACIENTES CON TRASNORNOS NEUROCOGNTIVOS MEDIANTE UN TEST QUE PUEDE SER EL MINI MENTAL)

## **Anexo 5.**

### **Cuestionario al adulto mayor con riesgo**

Estimado compañero/a, como parte del proyecto de investigación: Estrategia formativa para el mejoramiento del desempeño profesional del médico de familia en la atención del anciano frágil, se le solicita su colaboración con el fin de mejorar la atención médica de la población y planificar acciones de salud, que redunden en bienestar para todos. A continuación, se presentan preguntas, que le agradeceríamos respondiera sinceramente.

Muchas Gracias.

### **Datos demográficos**

#### **A Edad**

#### **B Estado civil**

#### **C Ocupación**

a. \_\_\_\_ ama de casa \_\_\_\_ jubilado \_\_\_\_ trabajador

D Número de personas en el núcleo familiar

b. \_\_\_\_ dos \_\_\_\_ tres \_\_\_\_ cuatro \_\_\_\_ cinco \_\_\_\_ más

### **Cuestionario**

1. ¿conoce el síndrome de fragilidad en el anciano? \_\_Sí \_\_ No \_\_No sé\_\_

2. ¿Conoce usted algunos factores de riesgo relacionado con este síndrome? \_\_Sí  
\_\_No \_\_No sé

3. ¿Conoce usted cuáles son los síntomas del síndrome de fragilidad? \_\_ Si \_\_No  
\_\_No sé

4. Si es afirmativo la respuesta anterior ¿Cuáles son los síntomas que Ud. conoce?

---

5. ¿Usted ha recibido información sobre el síndrome de fragilidad?

☐ Médico de la familia ☐ Medios audiovisuales (TV, Radio) ☐ prensa escrita ☐ escuela  
☐ familia ☐ Infomed ☐ internet

6. **¿Con qué frecuencia se realizan charlas, sobre fragilidad en la comunidad donde vive?**

☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Nunca

7. **¿El médico de la familia y el resto del equipo lo han evaluado?**

☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo

**Si afirmativo**

8. **¿Con que frecuencia lo han chequeado?**

☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ anual ☐ nunca

9. **¿Recibió orientación para prevenir las complicaciones entre ella las discapacidades en algún momento del chequeo?**

☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo

10 **¿Cómo usted considera la comunicación del médico de familia con su paciente?**

Buena ☐ mala ☐ regular ☐

## **Anexo 6.**

### **Entrevista a jefe de Grupo Básico de Trabajo**

Estimado médico, como parte de un proyecto de investigación, Estrategia formativa para la preparación del desempeño profesional del médico de familia en el síndrome de fragilidad, le solicita su colaboración para que brinde una valoración sobre los médicos de su área en este tema. A continuación, se presentan preguntas, que le agradeceríamos respondiera sinceramente.

**Especialidad** \_\_\_\_\_ **Años de Experiencia** \_\_\_\_\_

Tiempo de permanencia en el cargo \_\_\_\_\_

### **Cuestionario**

1. **Como jefe de grupo básico de trabajo ¿conoce Usted. Los síntomas y signos del adulto mayor frágil** Sí ☐ No ☐
2. **¿Demuestran conocimiento los médicos y enfermeras de los síntomas y signos de la fragilidad?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**3 ¿Con qué frecuencia se realizan las actividades de promoción de salud sobre el síndrome en la comunidad donde usted radica?**

\_\_\_\_\_Diario \_\_\_\_\_Semanal \_\_\_\_\_Mensual \_\_\_\_\_Anual \_\_\_\_\_Nunca

**4 ¿Tiene el médico dominio de cómo prevenir las discapacidades?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**5 ¿Utiliza los instrumentos para la evaluación de los pacientes con fragilidad en la comunidad?**

\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_

**6. ¿Se realizan actividades educativas y de promoción de salud sobre el tema en la comunidad?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa:

**7. ¿Los médicos tienen conocimientos de los factores de riesgo del síndrome de fragilidad?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**8. ¿Cumplen con los principios éticos?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa:

**9. ¿Existe la disposición por el médico de participar en las capacitaciones planificadas en el área sobre el síndrome de fragilidad?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**10. ¿Participa el médico en la evaluación de los adultos mayores propenso a padecer el síndrome de fragilidad?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**11. ¿Existe dominio por los médicos de la metodología de la investigación y el uso de las tecnologías de la información y comunicación?**

**12. ¿Socializa el médico los resultados de trabajo en jornadas, eventos, fórum?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa:

**13 ¿Ha realizado el médico publicaciones relacionado con el tema de fragilidad?**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**14 ¿Realiza el médico general integral la consulta con el equipo multidisciplinario?**

Si----NO-----

**15 ¿Realiza el médico de la familia la evaluación multidimensional al adulto mayor frágil de su comunidad?**

Si –No

## **Anexo 7.**

### **GUÍA PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL**

Documentación relacionada con atención del anciano frágil

Objetivo No. 1 Valorar el uso de la metodología establecida para la confección de la documentación relacionada con la atención del anciano frágil

Se buscarán evidencias relacionadas con

- La correcta confección de la historia clínica del adulto mayor.
- La correcta identificación en las historias clínicas de los elementos y criterios para evaluar la fragilidad.
- Declaración expresa de los casos con criterio de fragilidad y adopción de medidas terapéuticas encaminadas a contrarrestar sus efectos

Objetivo No. 2 Identificar la actividad de prevención y control de la fragilidad en el anciano

Se buscarán evidencias de la implementación de Programa al respecto. Para ello se analizarán documentalmente

- Hoja de actividades de medicina familiar
- Existencia de documentos que avalen control de ancianos con fragilidad a nivel del área de salud
- Registros de las actividades de Promoción y Educación de salud con la población de la tercera edad de la comunidad
- Historia de salud familiar
- Registro de actividades de superación sobre el tema de la fragilidad en el anciano

## Anexo 8.

### Guía para la observación al desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención integral del adulto mayor frágil

Objetivo: Valorar el estado actual del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención integral del adulto mayor frágil

No	Criterio de observación	(SO)	(SOP)	(NSO)
1	Demuestra habilidades para el diagnóstico de los signos y síntomas del síndrome de fragilidad			
.2	Muestra habilidades para elaborar la escala de realización de la evaluación multidimensional de AM frágil.			
.3	Demuestra dominio del examen físico.			
4	Muestra habilidades en el seguimiento de caso con factores de riesgo de fragilidad.			
.5	<b>Domina la conducta ante el Adulto Mayor frágil</b>			
.6	<b>Orienta al paciente sobre las medidas de prevención de discapacidades</b>			
7	Realización sistemática de actividades de educación y promoción sobre fragilidad			
8	Demuestra sensibilidad en cuanto la atención de la población de alto riesgo de fragilidad			
9	Demuestra un dominio profundo del trabajo en equipo para la adecuada conducción del proceso, hace respetar las funciones y criterios de los subordinados.			
10	Demuestra profesionalidad en la atención médica con relación al anciano frágil			
11	Muestra dominio acerca de la confección de historia clínica y evaluación multidimensional Adulto Mayor frágil.			
12	Demuestra seguridad al remitir un caso a la consulta especializada			
13	Muestra dominio acerca del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación			

14	Refleja destreza en cuanto a la conducta investigativa y terapéutica			
15	Aplica los principios éticos, morales, políticos e ideológicos con sus pacientes, su colectivo en general, sobre la base de la honestidad y el patriotismo			
16	Muestra respeto a la dignidad de los pacientes, cuida la autoestima y pudor del paciente			

Se considerará desempeño adecuado (SO) cuando no existan errores ni imprecisiones en el desempeño, imprecisiones en el desempeño (SOP) cuando exista algún error o imprecisión que no repercuta en el desempeño y desempeño inadecuado (NSO) cuando no se observa un desempeño adecuado.



## **Anexo 9.**

### **Prueba de desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención integral del adulto mayor frágil**

Objetivo: Valorar el nivel del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral para la atención integral del adulto mayor frágil

<b>No</b>	<b>Criterio de observación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1	Muestra habilidades para elaborar la escala de realización de la evaluación multidimensional del adulto mayor frágil		
2	Domina la conducta a seguir ante el adulto mayor frágil		
3	Informa al paciente sobre las medidas para prevenir discapacidades		
4	Demuestra profesionalidad en la atención médica		
5	Proporciona seguridad al remitir un caso a la consulta especializada		
6	Muestra dominio acerca del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación		
7	Nivel de conocimiento de la actualización de la metodología de la investigación.		
8	Capacidad para publicar los resultados de la investigación en revista científicas.		
9	Nivel de participación en las formas organizativas de superación profesional.		

---

**Evaluator**

---

**Evaluated**

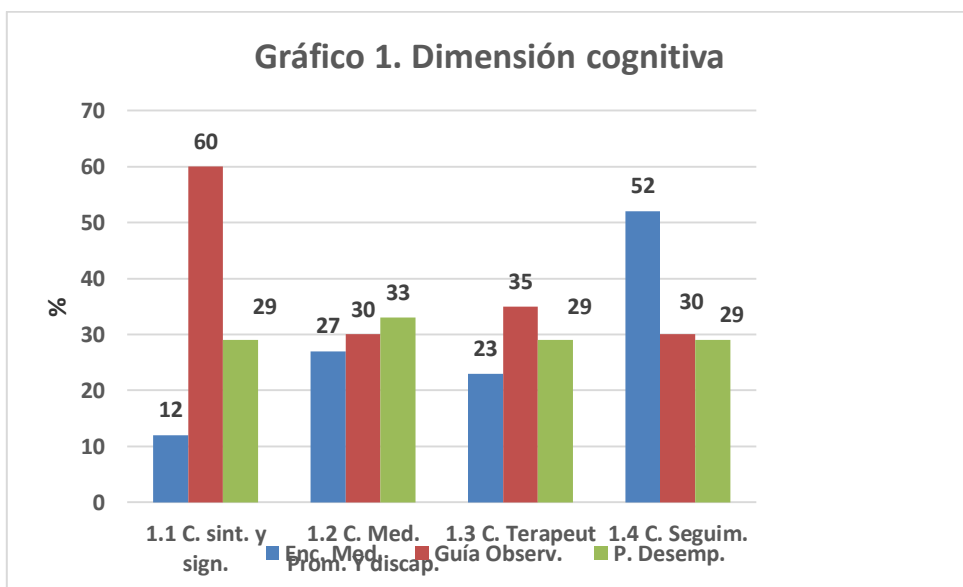
**Fecha de realización:** \_\_\_\_\_

## Anexo 10

Tabla 27. Triangulación metodológica por instrumentos

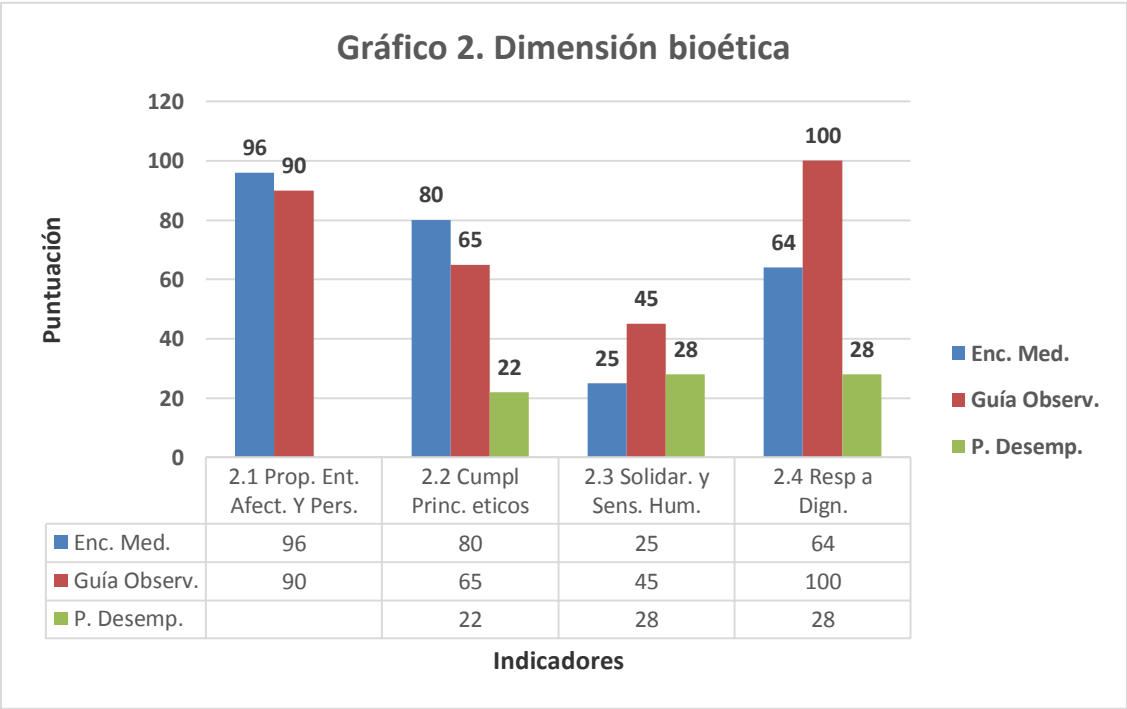
Indicador	Instrumentos utilizados			Promedio obtenido
	Cuestionario a Medicos	Guía de Observación del desempeño	Prueba del Desempeño	
1.1	12	60	29	34
1.2	27	30	33	30
1.3	23	35	29	29
1.4	52	30	29	37
2.1	96	90	-	93
2.2	80	65	22	56
2.3	25	45	28	33
2.4	64	100	28	64
3.1	18	32	28	26
3.2	24	27	28	26
3.3	65	60	28	51
3.4	25	50	29	35
3.5	0	40	-	40
3.6	30	27	33	30
4.1	88	20	32	47
4.2	7	7	9	8
4.3	24	18	42	28
4.4	80	100	80	87

## Anexo11

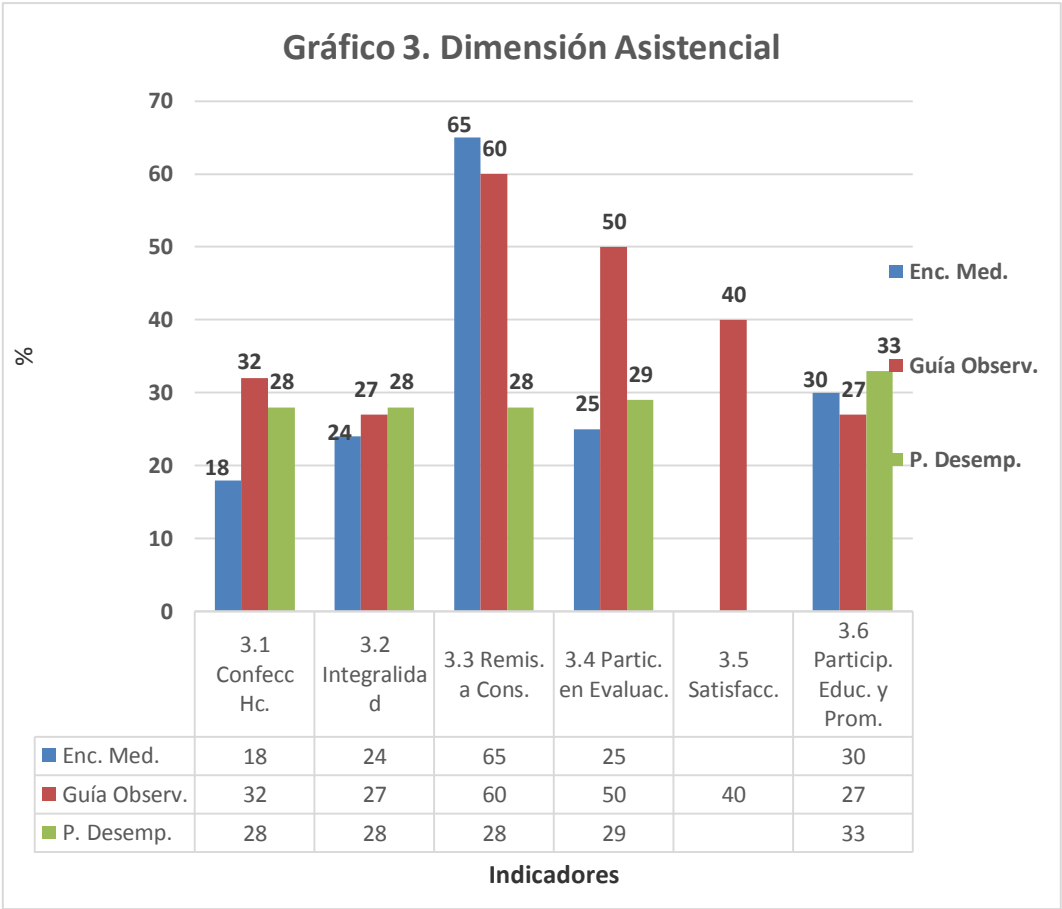


Indicador	Enc. Med.	Guía Observ.	P. Desemp.
1.1	12	60	29
1.2	27	30	33
1.3	23	35	29
1.4	52	30	29

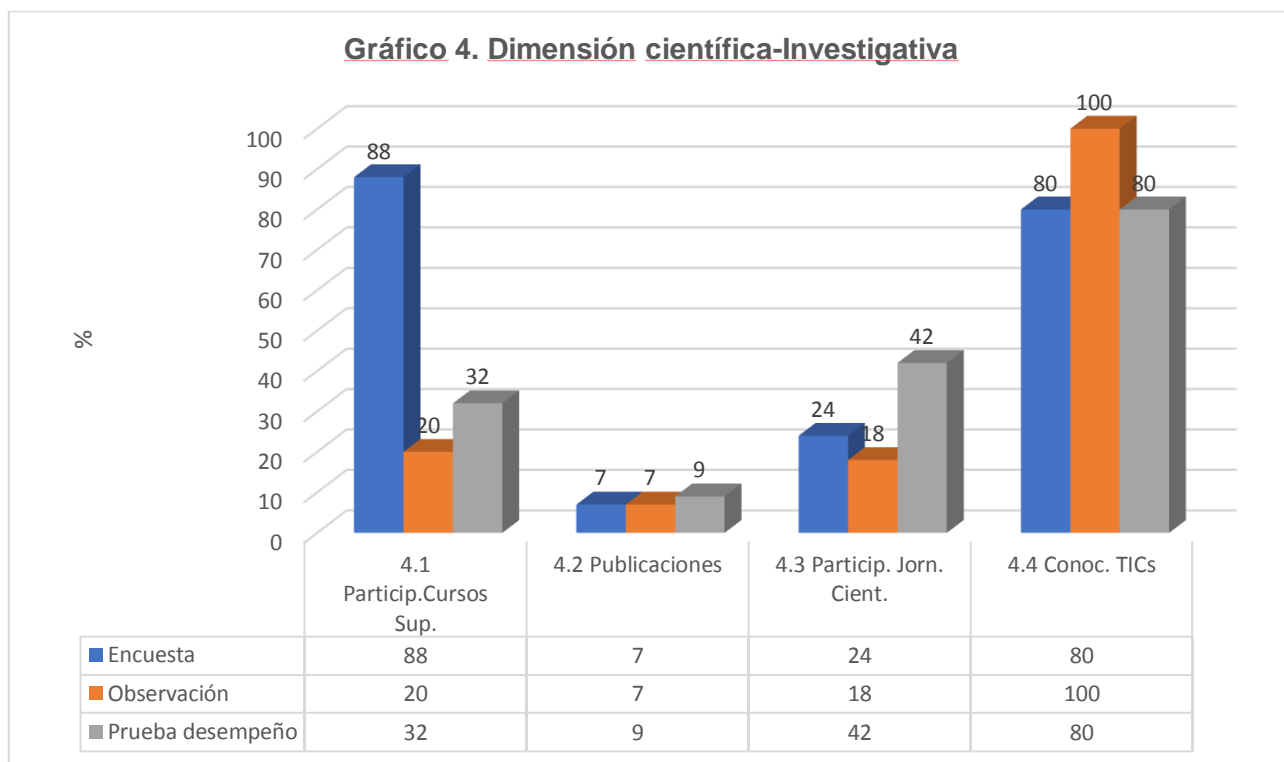
Anexo 12



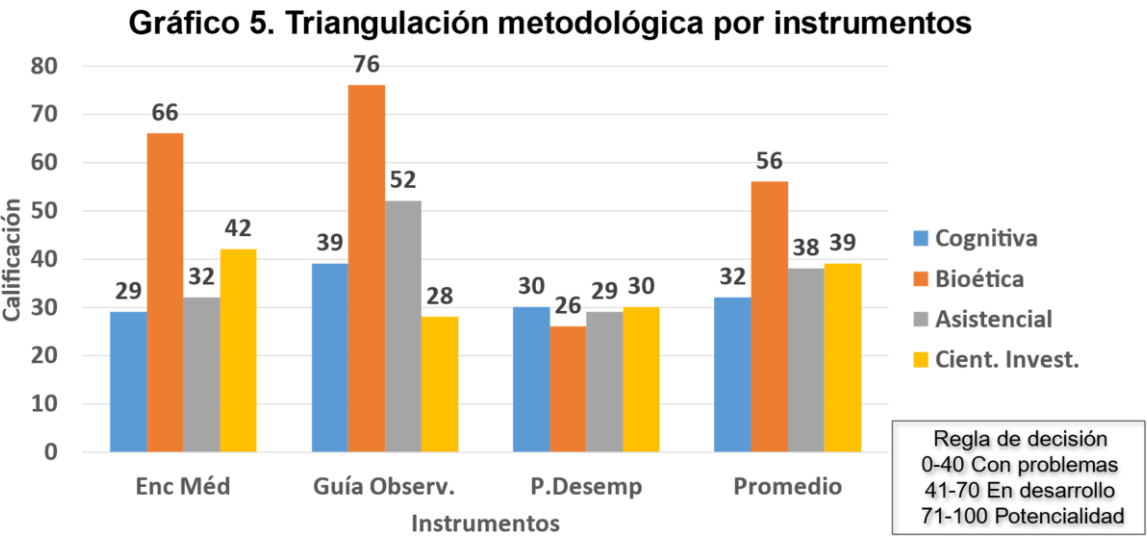
Anexo 13



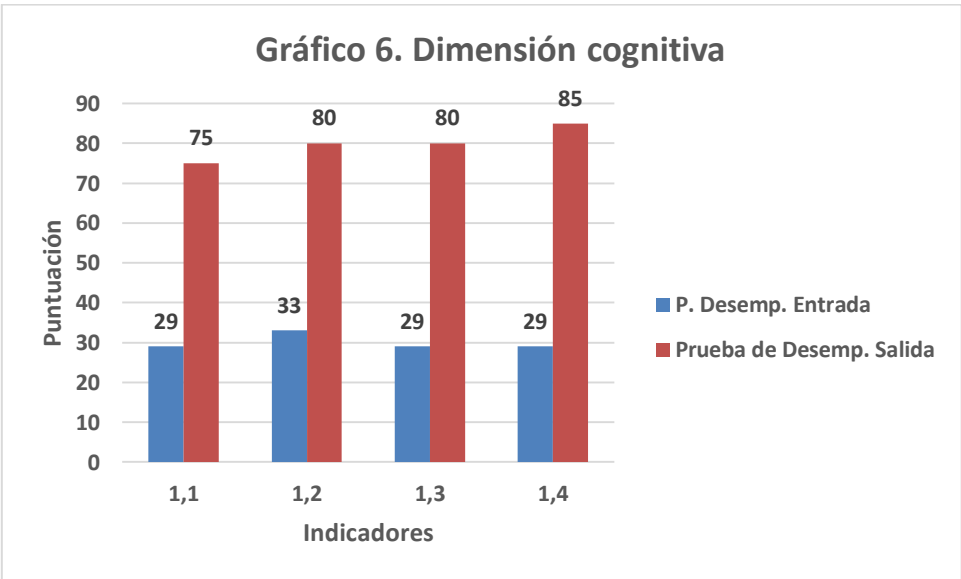
## Anexo: 14



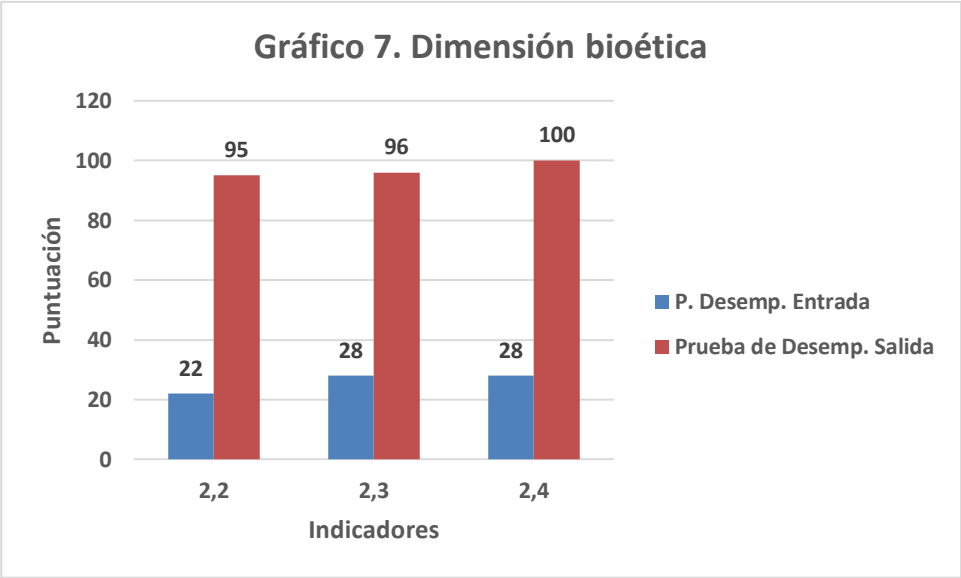
ANEXO 15



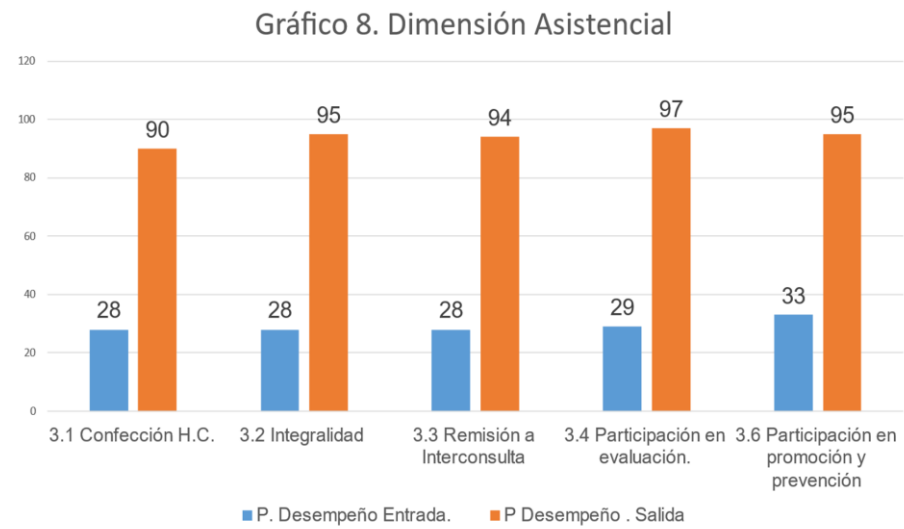
ANEXO 16



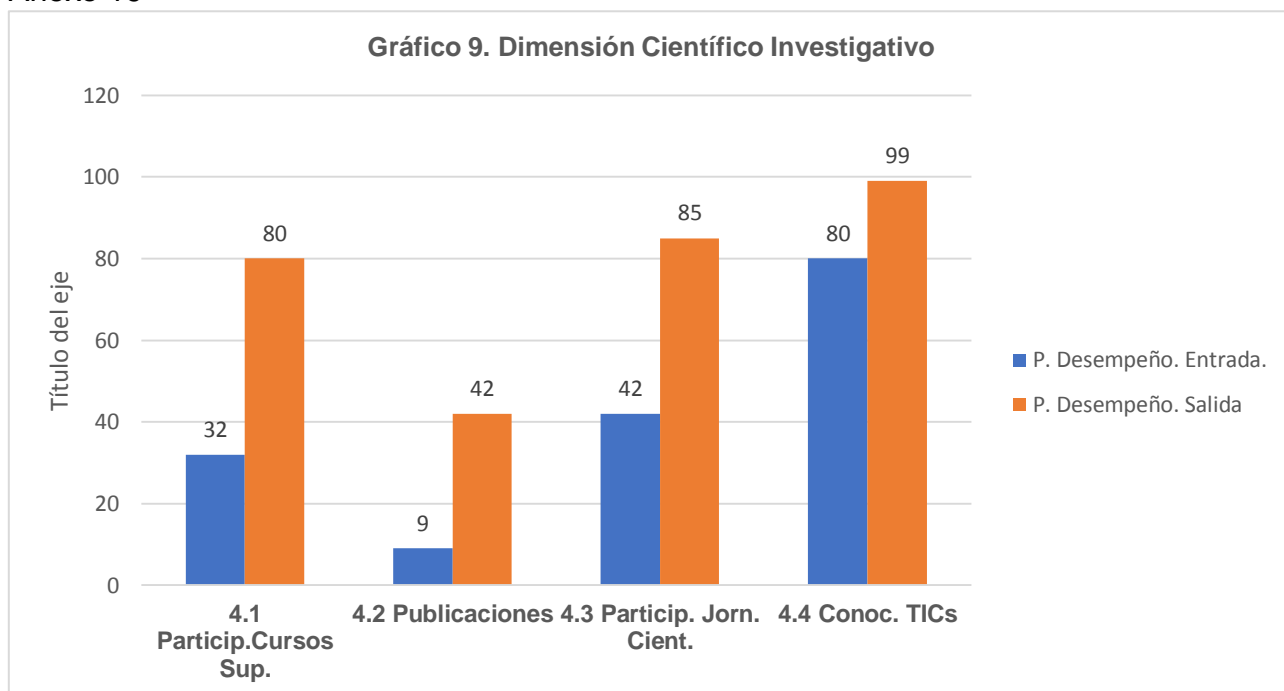
Anexo 17



Anexo 18



## Anexo 19





## Anexo 20

### Curso sobre la atención integral al adulto mayor frágil

Semana	Tema	FOE	Horas	EI	Horas totales	Profesor
1-2	Generalidades de la fragilidad	Taller	8		24	Dra. Rita Mesa Valiente
3-4	Caída	Taller	8		24	Dra. Rita Mesa Valiente
5-6	Inmovilidad	Taller	8		24	Dra. Rita Mesa Valiente
7-9	Úlcera por presión Incontinencia	Taller	12		36	Dra. Rita Mesa Valiente
10-11	Confusión aguda	Taller	8		24	Dra. Rita Mesa Valiente
12-15	Demencia	Taller	12		36	Dra. Rita Mesa Valiente
16-17	Trastorno del sueño	Taller	8		24	Dra. Rita Mesa Valiente
18-19	Depresión	Taller	8		24	Dra. Rita Mesa Valiente
20	Evaluación	Taller	16		16	Dra. Rita Mesa Valiente

Curso	HT	HP	HTI	EF	HTO	Semana
Tema 1	5	3	16		24	1-2
Tema 2	2	6	16		24	3-4
Tema 3	2	6	16		24	5-6
Tema 4	6	6	24		36	7-9
Tema 5	2	6	16		24	10-11
Tema 6	6	6	24		36	12-15

Tema 7	2	6	16		24	16-17
Tema 8	5	3	16		24	18-19
Evaluación						20
Total	30	42	144	16	232	20

#### **FORMA ORGANIZATIVA DE SUPERACIÓN PROFESIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA.**

- Forma de organización de la enseñanza: Conferencias
- Tipo de actividad: Conferencias especializadas
- Título: Síndrome de fragilidad. Actualización
- Profesor Principal: Msc: Dra. Rita María Mesa Valiente
- Nivel: Municipal
- Modalidad de dedicación: A tiempo parcial
- Grado de Comparecencia: Semipresencial
- Tiempo de duración: 1 hora
- Profesionales a quien va dirigido: Médicos de la familia.
- Sede: Policlínico Municipal

#### **Fundamentación:**

Poder profundizar en los conocimientos clínicos, para poder realizar una buena evaluación exhaustiva del anciano.

El proceso de enseñanza y aprendizaje se caracteriza por una metodología dinámica, por tal motivo se hace necesario profundizar los contenidos que se impartirán durante las conferencias con objetivos a desarrollar en su desempeño profesional. Se hace necesaria la superación del MGI para la evaluación integral del adulto mayor frágil y así

Objetivo General: Actualizar los métodos y procedimientos para la atención integral del adulto mayor frágil a los MGI con el fin de mejorar el desempeño profesional.

#### **Objetivo Temático:**

Tema No. 1 – Generalidades sobre el síndrome de fragilidad

Profundizar en los conocimientos relacionados sobre la fragilidad.

#### **Contenidos**

1.1 Concepto

1.2 Manifestación clínica

1.3 Criterios de diagnóstico

1.4 Medidas de promoción y prevención. Factores de riesgo asociado a la fragilidad.

1.5 Conducta investigativa y seguimiento

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Generalidades	C	1 H	Dra. Rita María
	síndrome de Fragilidad			Mesa Valiente

## Tema No. 2 Caída

Objetivo temático: Identificar las causas y consecuencias del síndrome de Caída, así como su prevención.

### Contenido

2.1 – Concepto

2.2 – Factores anatómicos relacionados con la caída en el anciano

2.3 – Causa de caída en el anciano, trastornos seleccionados que aumentan el riesgo de caídas

2.4 – Consecuencias

2.5 – Diagnóstico

2.6 – Prevención y conducta a seguir.

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Caída	C	1 H	Dra. Rita María
				Mesa Valiente

## Tema No .3 Inmovilidad

Objetivo Temático: Identificar las causas y consecuencias.

### Contenido

3.1- Definición y clasificación

3.2 – Causa

3.3 – Consecuencias

3.4 – Conducta terapéutica

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Inmovilidad	C	1 H	Dra. Rita María
				Mesa Valiente

Tema No 4. Úlcera por presión

- Objetivo Temático: Identificar los grados de úlcera por presión  
Explicar sus medidas terapéuticas, así como sus mecanismos de producción

4.1 – Concepto y grados de la úlcera por presión

4.2 – Fisiopatología de la úlcera por presión

4.3 – Medidas terapéuticas preventivas

HT: \_\_\_\_\_ HP: \_\_\_\_\_ HEI: \_\_\_\_\_ H. TOTALES \_\_\_\_\_

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Úlcera por presión	C	1 H	Dra. Rita María
				Mesa Valiente

Tema No. 5. Síndrome Confusional aguda

Objetivo Temático: Identificar las causas del síndrome confusional agudo.

- Explicar las medidas preventivas terapéuticas del síndrome confusional agudo.

5.1 – Concepto y clasificación del síndrome confusional agudo

5.2 – Fisiopatología del síndrome confusional agudo

5.3 – Causas del síndrome confusional agudo

5.4 – Medidas terapéuticas.

HT: \_\_\_\_\_ HP: \_\_\_\_\_ HEI: \_\_\_\_\_ H. TOTALES \_\_\_\_\_

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Síndrome Confusional agudo	C	1 H	Dra. Rita María  Mesa Valiente

Tema No. 6 Deterioro Cognitivo

Objetivo Temático: Identificar los síntomas del deterioro cognitivo y explicar sus diferencias con otras entidades.

6.1 – Definición y causas del deterioro cognitivo.

6.2 Criterios diagnósticos del deterioro cognitivo.

6.3 – Aplicar test de evaluación cognitivo.

#### 6.4 – Diagnósticos diferenciales del deterioro cognitivo

#### 6.5 – Conducta a seguir ante un paciente con deterioro cognitivo

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Deterioro Cognitivo	C	1 H	Dra. Rita María Mesa Valiente

#### Tema No. 7 Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor frágil

Objetivo Temático: Identificar cuáles son las formas atípicas de presentación de las enfermedades en el adulto mayor frágil.

#### 7.1 – Enfermedades más frecuentes del adulto mayor frágil.

#### 7.2 – Formas de presentación atípicas en el adulto mayor frágil

#### 7.3 – Conducta investigativa a seguir

#### 7.4 – Conducta terapéutica a seguir.

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor

2022	Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor	C	1 H	Dra. Rita María Mesa Valiente

## Tema No .8 Trastorno del sueño

Objetivo Temático: Identificar los diferentes tipos de trastorno del sueño.

### 8.1 - Definición

### 8.2 – Tipo de trastorno del sueño

### 8.3 – Medidas no farmacológicas

### 8.4 - Medidas farmacológicas

### 8.5 – Conducta a seguir

Fecha	Tema	FOE	Hora	Profesor
2022	Trastorno del sueño	C	1 H	Dra. Rita María Mesa Valiente

--	--	--	--	--

Tema No .9 – Evaluación Integral del adulto mayor frágil.

Forma de organización de la enseñanza. Entrenamiento.

Objetivo Temático: Realizar la evaluación multidimensional del adulto mayor.

9.1 – Evaluación exhaustiva del adulto mayor frágil

9.2 – Evaluación funcional

9.3 – Evaluación Psicológica

9.4 – Evaluación Social

9.5 – Evaluación Biomédica

9.6 – Evaluación Integral

9.7 – Grado de salud

Estrategia docente: Dirigido a la actualización de los cursistas y desarrollar conocimientos y habilidad para realizar la atención integral al adulto mayor frágil.

Método de enseñanza: Pizarra, computadora y otros medios audiovisuales



Sistema de Evaluación: La formativa tendrá un valor de 60 puntos, resultara aprobado quien acumule 40 puntos, se realizarán preguntas de control orales y escritas con un valor de 10 puntos cada uno.

## Bibliografía

Programa docente del curso para MGI

Título: Manejo integral del adulto mayor frágil

Especialidad: Gerontología y Geriatria

Tipo de actividad: Curso

Sede: Policlínico Municipal

Nivel: Municipal

Dirigido a: Médico de familia y equipo de trabajo

Duración 220

Matricula 50

Modalidad de dedicación a tiempo parcial

Profesor Principal: Dra. Rita María Mesa Valiente

Grado de comparecencia: Semipresencial .

Objetivo educativo: Consolidar la concepción científica del mundo que vincule los contenidos del curso de superación con la práctica de la profesión y la vida social, en particular su aplicación en la asistencia, docencia, investigación y gerencia en la APS.

Objetivo Instructivo: Aplicar los métodos que proporcionan la metodología de la investigación a la resolución de los problemas biomédicos de la geriatría en la APS.

Emplear los determinantes de salud para realizar interpretaciones en la atención integral al adulto mayor frágil, a partir de actividades comunitarias, brindar saberes actualizados en la atención integral al adulto mayor frágil y destacar la importancia de la identificación de la clínica inicial, su criterio diagnóstico y su manejo integral.

Tema	Titulo	Profesor	Hora electiva	EI	Total
		Dra. Rita María	C AO DG EI TOTAL		
		Mesa Valiente			

Actividad orientadora AO

Estudio Independiente EI

Conferencia C

Evaluación E

Discusión Grupal DG

## PLAN TEMÁTICO

<b>Tema</b>	<b>Profesor</b>	<b>FOE</b>	<b>Horas</b>
1. El envejecimiento como proceso. Envejecimiento poblacional y envejecimiento individual	Dr. Rita M Mesa Valiente	Conferencia	40
2. Concepto de fragilidad. Criterios e indicadores de fragilidad. Factores de riesgo de fragilidad	Dr. Rita M Mesa Valiente	Clase-Taller	40
3.Evaluación exhaustiva integral del anciano con diagnóstico de la fragilidad	Dr. Rita M Mesa Valiente	Clase teórica-practica	120
4.Promoción de salud y prevención de la fragilidad	Dr. Rita M Mesa Valiente	Clase teórica-practica	80
5.El cuidador del anciano frágil y autocuidado del cuidador	Dr. Rita M Mesa Valiente	Clase teórica-practica	80
6. Cuidador no formal y cuidador formal. Relaciones entre la labor	Dr. Rita M Mesa Valiente	Clase teórica-practica	80

de ambos.			
7. Carácter integral de la atención al anciano frágil.  Necesidad de atención específica al anciano frágil	Dr. Rita M Mesa Valiente	Clase teórica-practica	80

Título: Manejo integral de la fragilidad en el aciano

**Fundamentación:** En aras de elevar la calidad y la satisfacción de la atención médica que recibe la población, el Ministerio de Salud Pública lleva a cabo estrategias de superación que contribuyen al perfeccionamiento del desempeño.

Este curso se desarrollará a partir de las experiencias logradas por profesores calificados y de experiencia en la especialidad, se apoya además en la especialización de varias disciplinas de las Ciencias Médicas y de la Salud.

Este curso permitirá ampliar y mejorar el sistema de docencia en la atención adulto mayor frágil así elevar la calidad de vida. Los especialistas de Medicina general integral al elevar su nivel científico técnico, elevarán su competencia profesional en el ejercicio de su práctica en los escenarios correspondientes a la Atención Primaria y Secundaria de Salud.

## **Objetivo general**

Elevar el nivel de competencia y desempeño del especialista en Medicina general integral, en los aspectos teóricos y prácticos para la atención al adulto mayor frágil

## **Objetivos específicos**

- Elevar el nivel de conocimientos acerca del diagnóstico oportuno de la fragilidad en el adulto mayor.
- Diagnosticar precozmente los síntomas y signos de la fragilidad a través del método clínico-epidemiológico.
- Reconocer la necesidad de una evaluación integral y multidisciplinaria, para seguimiento y tratamiento.

**Modalidad:** Taller

## **Referencias bibliográficas**

1. González Rodríguez R, Cardentey García J, Hernández Díaz DC, Rosales Álvarez G, Jeres Castillo CM. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. AMC. 2017[citado 20 May 2022] Ago; 21(4):498-509. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es)
2. Organización Mundial de Salud. Envejecimiento y salud. [Internet] 2022 [citado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-aging-es.html>

3. Sánchez Barrera O, Martínez Abreu J, Florit Serrate PC, Gispert Abreu EA, Vila Viera M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología Rev Med Electrón, 2019 [citado 10 Nov 2022]; 41 (3): [Aprox 17p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000300708](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708)
4. Ponce JP. Envejecimiento demográfico: principal reto para enfermería geriátrica. Cuidarte 2022 [citado 06 Dic 2022] ;11(21):58-67. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/80055>
5. Álvarez Lauzarique ME, Bayarre Vea H, Pérez Piñero J. Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. Rev Cub Med Gen Integr, 2018 [citado 13 Ene 2022]; 34 (2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000200007)
6. Belaunde CA, Lluís RGE, Bestard PLA. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. Rev Cub Med Mil, 2019 [citado 25 Dic 2021] ;48 (4): 723-35. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/361>
7. Foley KT. Reflections from a geriatric patient. J AM Geriatr Soc, 2021 [citado 25 Ene 2022]; 69(11):3324-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34260742>.
8. López Fábregas LM. Factores desencadenantes de la fragilidad en el anciano. PODIUM. Rev Cienc tecnol cult fís, 2011 [citado 25 Mar 2022]; 6(2):180-8. Disponible en: <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/357>

9. González-Rodríguez R. Resultados del examen periódico de salud en adultos mayores. Rev Finlay, 2020 [citado: 11 de diciembre 2020]; 10(2): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/730/1843>
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. El Programa del Adulto Mayor en Cuba. [Internet] 2022 [citado 10 Nov 2022]. Disponible en <https://salud.msp.gob.cu/el-programa-nacional-de-atencion-integral-al-adulto-mayor-en-cuba-apuesta-por-vejez-activa-y-saludable/>
11. Beers M H, Berkow R (Ed). Manual Merck de Geriátría. 2<sup>da</sup> edic, editora HARCOURT, España, 2001, pág 3-46, 74, 195-203, 343-371
12. Guillén Lera F, Ruipérez Cantera I (ed). Salgado Alba Manual de Geriátría, 3<sup>era</sup> edic,, editora ELSEVIER-MASSON , España, 2002, pág 3, 15, 143, 223-263, 565-593, 649-731, 787
13. Ribera Casado JM, Cruz-Jentof AI (ed). Geriátría en atención primaria, 4<sup>ta</sup> edic, editora AULA MEDICA, Madrid, España, 2008, pág 11-45, 203-307