

REHABILITACIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. CLÍNICA VS TECNOLOGÍA

Dra. MSc. Emérita Ileana Rodríguez López¹, Dra. MSc. Marisabel Semanat Martínez², Dra. MSc. Isis Minerva Limonta Hechavarría³, Licenciada .MSc. Sandra Hechavarría Negrín⁴

- 1 Centro de Rehabilitación Geriátrica "Santiago Ramón y Cajal", Habana Vieja. Cuba, emeritar@infomed.sld.cu. Oficios 260 e/ Sol y Muralla. Habana Vieja. Cuba. CP 10100
- 2 Centro de Rehabilitación Geriátrica "Santiago Ramón y Cajal" .Habana Vieja. Cuba, msemanat@infomed.sld.cu
- 3 Centro de Rehabilitación Geriátrica "Santiago Ramón y Cajal" .Habana Vieja. Cuba, isislh@infomed.sld.cu
- 4 Centro de Rehabilitación Geriátrica "Santiago Ramón y Cajal" .Habana Vieja. Cuba, shnegrin@infomed.sld.cu

RESUMEN

Con el objetivo de exponer los logros, en el Centro de Rehabilitación Geriátrica "Santiago Ramón y Cajal" de la Habana Vieja, se realizó un estudio prospectivo longitudinal del año 2012; con la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas, el universo estuvo constituido por los ochenta ancianos frágiles ingresados en el centro. La información se recogió a partir de las historias clínicas. Se obtuvo como resultados que estos pacientes, presentan afecciones psicológicas, estomatológicas, oftalmológicas, nutricionales, crónicas y sus secuelas, causantes de diferentes grados y tipos de discapacidad cognitivas, motoras, visuales, entre otras, con repercusión personal y social. Se concluyó que predominó el sexo femenino, el grupo etario de 75-84 años, la escolaridad media, los jubilados que consumen café, que la mayoría tiene 2 o más patologías, el número de consultas de evaluación geriátrica e ingresos aumentó; las actividades manuales y la rehabilitación física, contribuye a la rehabilitación integral y la misma incrementó la independencia funcional, la calidad de vida de estos pacientes y su reinserción social, teniendo en cuenta en sus tratamientos, las fortalezas y debilidades respecto a la tecnología y el beneficio que nos reporta la clínica. Se recomendó promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud, garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz en este grupo de edad y la creación de otros centros con la misma misión.

Palabras Clave: rehabilitación, discapacidad, clínica, tecnología.

ABSTRACT

A longitudinal prospective study of 2012 using quantitative and qualitative techniques was carried out at the rehabilitation geriatric center "Santiago Ramón y Cajal" in Old Havana to present the achievements

reached. 80 fragile elderly patients from this center were taken as sample. The information was collected from their medical records. It was concluded that these patients were affected from many points of views: psychological, dental, nutritional, chronic diseases and its consequences among others. These affections have caused them cognitive, motor, and visual discapacities, among others in different degrees, with their corresponding personal and social effects. It was also concluded that female gender as well as 75-84 year old patients, elderly coffee consumption retired patients, most of them with 2 or more pathologies were predominant. The number of medical dates increased and handicraft activities and physical rehab contributed to the integral rehabilitation and increased the functional independence, the quality of life of these patients and their social integration. It must be pointed out that the advantages and disadvantages of technology were taken into account in their treatments as well as the clinical benefits. It was recommended to promote changes in their life styles and habits to improve health in general, to guarantee efficient and appropriate health care for these elderly patients and to found other centers with the same objective.

Key words: rehabilitation, discapacity, clinic, technology

1. INTRODUCCIÓN

Es conocido el hecho que el número de personas que en el mundo rebasa la barrera de los 60 años, ha aumentado de 400 millones en la década del 50 a 700 millones en la actualidad, pronosticándose que alrededor de 1200 millones de ancianos existirán en el año 2025, siendo obvio que este fenómeno constituye un reto por las grandes necesidades que genera desde el punto de vista socioeconómico y biomédico.

El envejecimiento poblacional constituye sin lugar a dudas un problema actual y futuro, un dato que corrobora esta premisa, está dado por el ritmo de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, que crece en un 2,5 % anualmente, mientras que la población total mundial sólo crece en un 1,7 %. Otro fenómeno de desarrollo demográfico lo será el crecimiento del grupo de los muy viejos o sea los mayores de 80 años, que en los próximos 30 años alcanzarán 30 % de los ancianos en los países desarrollados y un 12 % en los llamados subdesarrollados.[1]

En la actualidad Cuba se encuentra dentro de los tres primeros países de Latinoamérica y el Caribe más envejecidos, con un 18,3 % de la población mayor de 60 años de edad, precedida por Uruguay y Argentina, se pronostica que para el 2025, el 25 % de nuestra población tendrá más de 60 años.[2]

La expectativa de vida pasa de unos 30 años en 1800 a más de 77 en la actualidad, cifra que sigue aumentando en los países desarrollados y en vías de desarrollo; los intereses primordiales se sitúan en una mayor longevidad y el predominio de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Nuestro municipio, Habana Vieja se caracteriza por ser envejecido; tiene un 26,9 % de envejecimiento poblacional dado por el total de Adultos Mayores: 29494 * *(Censo Físico 2011 – 2012. Estadística Municipal)

Del total de adultos mayores el mayor por ciento se encuentra entre 60 y 74 años y predominan las mujeres ancianas. El municipio tiene 3695 ancianos frágiles, 1897 ancianos solos, de los cuales reciben atención domiciliaria 1545 y 21 centenarios.

La tercera edad no es una enfermedad, sino una etapa de la vida por la que debemos atravesar todos los seres humanos. Este periodo requiere de una atención especial por los cambios a que están expuestos en todo su contexto bio-psico-social.

La sociedad cubana moderna no puede ni debe prescindir del porcentaje de la población mayor de 60 años con que cuenta, debe aprovechar al máximo sus potencialidades y contribuir a que los mismos tengan una vida con calidad para su última etapa. Los abuelos son parte integrante de la sociedad moderna, las personas de edad deben desarrollar su vida activamente, recibiendo y aportando de y a la sociedad, de manera que contribuyan al desarrollo armónico de la misma. [3]

La OMS estimula el aumento de la esperanza de vida en las diversas regiones del mundo como una de las conquistas de la humanidad. Reconoce que el mundo está soportando una transformación demográfica sin

precedentes, en el 2050 la población de más de 60 años pasará de 600 millones a 2 mil millones y predice un aumento de 10% para 21% del total de la población.

El aumento será más grande y más rápido en los países en vías de desarrollo, donde se espera que cuadruple la población envejecida en los próximos 50 años.

En comparación a los jóvenes, las personas mayores sufren proporcionalmente más enfermedades crónicas y menos las agudas y leves, utilizan más los servicios sociales de salud, pero por la proporción en que lo hacen resultan afectada más que cualquier otro grupo, por su discapacidad, y accesibilidad a estos servicios.

A consecuencia del envejecimiento en el organismo humano, se produce pérdida total de determinadas funciones (reproductora en la mujer), cambios funcionales secundarios estructurales (función renal por pérdidas de nefronas) así como en la audición, visión, sistema cardiovascular, nervioso, respiratorio, músculo esquelético, y locomotor, por lo que en la actualidad en el mundo entero se aboga por realizar acciones, asistenciales docentes e investigativas dirigidas a cambiar estilos de vidas en este grupo de población para evitar el deterioro patológico o la aparición de enfermedades.[4]

El Envejecimiento Poblacional, constituye un logro de la humanidad. Las sociedades deben estar preparadas para enfrentarlo y así lograr un envejecimiento satisfactorio.

Este es solo posible de alcanzar con la integración de todos los niveles de atención y la preparación constante de todos aquellos profesionales vinculados a la atención del adulto mayor.

Es muy importante el desarrollo científico y la difusión del conocimiento de todos los problemas, tanto sociales como de salud, que pueden afectar a este grupo poblacional, a sus familiares, a la comunidad a la que pertenecen y a la sociedad en general.

La familia y la sociedad juegan un papel importante ya que la primera es la fuente de afecto al anciano principal y su apoyo, comprensión y participación ayudan a la estabilidad afectiva del Adulto Mayor, por su parte la sociedad influye ya que el rechazo de la misma a la vejez y al no tener en cuenta los ancianos en sus grandes proyectos influye negativamente en ellos , basta decir que cuando una sociedad apoya y prioriza al anciano como la nuestra, este se siente capaz de realizar grandes proyectos e incluso aquellos que no lo realizaría en su juventud .[5]

Resulta muy importante lo concerniente a la posibilidad de prevenir las secuelas fundamentales de las enfermedades, ya que en realidad aunque se acepta que el envejecimiento produce disminución de las capacidades funcionales del hombre, excepcionalmente esta disminución es capaz de llegar a la discapacidad tanto para los propios ancianos como para sus familias y servicios sociales, el diagnóstico tiene un valor limitado si no añade a su afectación que el problema produce en la capacidad del anciano para manejarse en la vida diaria.

Debemos prestar atención a los procesos que habitualmente pueden asociarse al fenómeno del envejecimiento. Por una parte, la incompreensión y la falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan a las personas mayores en una situación de inferioridad para afrontar determinados acontecimientos; y por la otra, el declive psicofísico que conlleva necesidades de atención psicosocial, sanitarias y económicas cada vez mayores. [6]

Para apoyar este grupo etario, el ministerio de salud pública elaboro y priorizo el Programa de Atención al Adulto Mayor, con el objetivo elevar su calidad de vida y lograr una uniformidad en toda Cuba.

- Objetivos Generales.

Rehabilitar integralmente a los adultos mayores ingresados.

- Específicos.

1-ejorar la calidad de vida, mediante el tratamiento biomédico, funcional, psicológico, social,

estomatológico, nutricional, oftalmológico y fisiátrico de los pacientes ingresados en el centro.

- 2-romover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
- 3- Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz en este grupo de edad.
- 4- Lograr la reinserción social de estos pacientes a la familia la comunidad y la sociedad.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una intervención cualitativa, de carácter longitudinal en los adultos mayores del Centro de Rehabilitación Geriátrica “Santiago Ramón y Cajal” de la Habana Vieja, se efectuó el análisis de los resultados de trabajo del año 2012. El universo estuvo integrado por los 80 pacientes ingresados en el centro. La muestra quedó constituida según criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Estar ingresado en el centro diurno de rehabilitación geriátrica, tener 60 años o más, ofrecer su consentimiento para participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Tener menos de 60 años, no ofrecer su consentimiento para participar en la investigación.

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y de las hojas de cargo, para el análisis de los mismos se empleó una computadora personal Pentium III, con ambiente Windows XP y el paquete Microsoft office xp 2007, con el empleo de Word para los textos y tablas.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla I: Distribución de los pacientes según edad y sexo.

Edad.	Fem	%	Mas.	%	Total	%
60-64	4	5	4	5	8	10
65-69	7	8,7	1	1,2	8	10
70-74	10	12,5	4	5	14	17,5
75-79	11	13,7	5	6,2	16	20
80-84	9	11,2	3	3,7	12	15
85-89	9	11,2	6	7,5	15	18,7
90 y mas	5	6,2	2	2,5	7	8,7
Total.	55	68,7	25	31,2	80	100

Fuente. Historias clínicas.

Como se observa la mayoría son del sexo femenino y la mayor cantidad de pacientes se encuentra entre las edades de 75 a 84 años. El resultado fue similar a varios estudios realizados en nuestro país donde se observa que el sexo femenino predomina sobre el masculino, esto se explica ya que las mujeres viven más años con más discapacidades, reciben más atención médica y participan más en las actividades, tanto en instituciones como comunitarias.

Tabla II: Escolaridad según la edad de los pacientes.

	Sin escuela.	Primaria.	Medio.	Universitario.	Total.
60-64	0	1	5	2	8
65-69	1	2	3	2	8
70-74	1	6	7	0	14

REHABILITACIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. CLÍNICA Vs

75-79	0	4	10	2	16
80-84	1	5	6	0	12
85-89	2	9	4	0	15
90y +	1	2	4	0	7
Total.	6	29	39	6	80

Fuente. Historias clínicas.

La mayoría de pacientes son del nivel medio seguido del primario.

Tabla III: Ocupación y Edad.

	Ama de casa.	Trabajadores	Jubilados.	Pensionados	Total.
60-64	0	1	5	2	8
65-69	3	0	4	1	8
70-74	0	1	10	3	14
75-79	1	2	10	3	16
80-84	0	0	9	3	12
85-89	1	2	10	2	15
90 y +	0	0	4	3	7
Total.	5	6	52	17	80

Fuente. Historias clínicas.

La mayoría de los adultos mayores son jubilados, siendo 52 pacientes.

Tabla IV: Hábitos tóxicos y sexo.

Hábitos tóxicos	Femenino.	Masculino	Total.
Fumar.	7	4	11
Café.	27	14	41
Alcohol.	0	1	1
Total.	34	19	53

Fuente. Historias clínicas

Como se observa, el hábito tóxico más frecuente fue el consumo de café, predominado en el sexo femenino, éste dato no es significativo, teniendo en cuenta que la mayoría que consumen café son mujeres que son las que lo confeccionan porque realizan en mayor cuantía las labores de hogar.

Tabla V: Total de consultas médicas realizadas.

	2010	2011	2012
Consultas de evaluación.	598	688	562
Consultas de seguimiento.	3178	2418	3232
Consultas de terreno.	357	470	440
Total	4133	3576	4234
Ingresos.	31	58	69

Fuente. Hojas de cargo.

Como se observa el número de ingresos ha aumentado ya que se evalúan los pacientes con mayor sistematicidad.

Enfermedades no transmisibles más frecuentes: Hipertensión arterial 66 pacientes, Osteoartrosis 56 pacientes, Cardiopatía isquémica 24 pacientes, Enfermedades cerebrovasculares 16 pacientes, Diabetes Mellitus 14 pacientes, Depresión 9 pacientes, Enfermedad de Parkinson 1 paciente, Fractura de cadera 1 paciente.

Observamos que los adultos mayores concomitan con más de una enfermedad crónica, siendo estas las principales representantes del llamado envejecimiento secundario junto con los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. [7]

Tabla VI: Trabajo realizado por Psicología.

Actividad.	2010	2011	2012
Consultas.	1519	731	632
Dinámicas familiares.	35	58	30
Dinámicas de grupo.	21	12	2
Psicoterapia individual	195	90	12
Total.	1760	875	676

Fuente. Hojas de cargo.

Además en el 2011 se realizaron 8 cines debates con la participación de 328 pacientes y 24 sesiones de entrenamiento cognitivo con la participación de 645 paciente, en el 2012 se realizaron 6 cines debates.

Actividades realizadas por enfermería en el año 2012: Consultas 716, Terrenos. 107.

- Acciones de enfermería: Signos vitales 2183, Inyecciones 499, Curas 441, Vacunas 76.
- Prevención: Charlas 870, Pesquisaje 11.
- MNT: Estimulación eléctrica 128.

Durante el año 2012 es digno de reconocer el trabajo realizado por enfermería ya que está realizando trabajo psicosocial a través de actividades interactivas, con el objetivo de fomentar la calidad de la salud desde el punto de vista funcional y cognitivo a través de: Tertulias literaria, Canto terapia, Taller de teatro.

Además se creó una brigada cultural para llevar y exponer el trabajo realizado por los pacientes del centro a otros municipios de la ciudad.

Se realizó también el corte de las uñas de las manos y los pies, así como charlas educativas sobre el cuidado de las manos y pies lo que ha contribuido a disminuir las enfermedades micóticas y las complicaciones de las mismas

Actividades de trabajo social.

Es importante señalar que a partir del mes de abril comenzó la trabajadora social en nuestro centro y desde entonces se están organizando mejor las actividades de los adultos mayores lo que contribuye a su rehabilitación integral.

Trabajo realizado por el departamento de fisioterapia y rehabilitación.

Fisioterapia constituye uno de los servicios que se ofertan en el centro geriátrico desde su constitución, servicio de suma importancia para el adulto mayor, ya que los ayuda no solo desde el punto de vista terapéutico, sino también porque tiene que ver con su independencia funcional, social (validísimo) y su calidad de vida en general.

Contamos con un médico especialista de medicina física y rehabilitación que presta servicio una vez a la semana y dos licenciados en terapia física, que asumen la atención del total de pacientes ingresados y también los que acuden de consulta externa.

El departamento de Fisioterapia concluyó el 2012 con los siguientes resultados.

- Total de casos vistos en consulta de Fisioterapia 790
- Total de casos vistos en el departamento de fisioterapia 66841
- Técnicas aplicadas :66718

Si hacemos una pequeña comparación entre ambos años:

Parámetros	2011	2012
Consulta de Fisiatría	958	790
Casos vistos en fisioterapia	53568	66841
Técnicas aplicadas	73452	66718

Consideramos que la ligera disminución que hubo se debe a los momentos que se le dedicó a la reparación y remodelación del servicio para darle mejor atención tanto a pacientes como a trabajadores, también al retiro del servicio a tiempo completo de fisiatría y solo quedar en una consulta semanal.

Como en años anteriores las patologías de mayor incidencia fueron las artropatías, le siguieron las lesiones músculo tendinosas, también ocuparon un lugar importante las secuelas de las enfermedades cerebro vasculares y con menos incidencia estuvo la Enfermedad de Parkinson y las afecciones respiratorias, y hubo una baja asistencia de afecciones cardiovasculares y fracturas de caderas, así como amputados con solo 1 caso de cada una de estas enfermedades.

Mantenemos un alto nivel de actividad atendiendo un promedio de 18 pacientes por día en el departamento, rehabilitando de forma integral al adulto mayor de manera que se cumplan los objetivos que nos proponemos al realizar la evaluación inicial que se le realiza a cada uno de ellos cuando solicitan nuestros servicios, manteniendo siempre la mayor disciplina en el cumplimiento de nuestro trabajo y proponiéndonos nuevas metas a cumplir de manera que podamos satisfacer las necesidades siempre creciente de este grupo etario.

Durante el 2012 las técnicas aplicadas se distribuyeron de la siguiente forma.

- Se atendieron diario en el servicio: 6841
- Tarjetas cerradas: 348
- Infrarrojo: 9618
- Laserterapia: 2994
- Corriente asitomtriz: 232
- Corriente analgésica: 4679
- Dontoforesis: 169
- Ultrasonido: 2482
- Mecanoterapia: 2031
- Kinesioterapia convencional: 35563
- Kinesioterapia grupal: 451
- Kinesioterapia medio especial: 5184
- Masaje occidental: 2149
- Fonoforesis: 117

La rehabilitación tiene como principios

- Mantener la máxima movilidad.
- Mantener o restaurar la independencia básica en actividades de la vida diaria.
- Obtener la confianza y cooperación del enfermo desde el principio.
- Crear una atmósfera razonablemente esperanzadora y optimista.
- Aplicar tratamientos simples e individualizados.
- Efectuar las sesiones terapéuticas por períodos cortos de tiempo.
- Integración de todo el personal de asistencia. [8]-[9]

Nuestro sistema nacional de salud dedica significativos recursos en pos de mejorar la calidad de vida de los ancianos, por tanto sobre los médicos de la atención primaria de salud recae en gran medida la responsabilidad de promover estilos de vida sanos, prevenir enfermedades y controlar las existentes, [10] esto se logra con tratamientos integrales por ejemplo:

TRATAMIENTO REHABILITADOR INTEGRAL:

- Tratamiento con quinesioterapia
- Shiat-su-do

- Medios físicos
- Terapia ocupacional
- Evaluación por el podólogo
- Actividades ocupacionales, recreativas, trabajo manual confección de artesanías, pinturas
- Actividades deportivas

Beneficios del ejercicio

Psicológicos.

- Producen una sensación de bienestar psíquico y una actitud positiva ante la vida.
- Mejor respuesta ante la depresión, angustia, miedo y decepciones, y por otro lado, se fortalecen ante el aburrimiento.[11]

Somáticos.

- Aumento de la elasticidad y movilidad articular.
- Mayor coordinación, habilidad y capacidad para reaccionar.
- Previene la obesidad y sus consecuencias.
- Mejora la resistencia a la fatiga corporal.
- Prevención de enfermedades como la Diabetes, la Hipertensión Arterial, la Osteoporosis, Cáncer de Colon, lumbagos, etc.

Sociales

Los que practican deportes en forma organizada se convierten en una persona optimista, persistente en la lucha por el logro de sus metas, muestra respeto, honradez y sentido de responsabilidad. [10]

En cuanto al. Shiat-su-do es una alternativa de tratamiento que usamos apoyándonos el licenciado en Cultura Física con el objetivo básicamente de relajarlos y se realizara en teniendo en cuenta las patologías de cada uno.

Los medios físicos elemento que usamos como una segunda opción de tratamiento ya que como dijimos inicialmente damos prioridad al ejercicio físico, y en este caso utilizamos los calores, corrientes analgésicas ya que estos pueden disminuir el tiempo de evolución, desinflamar a través de los diferentes procesos biológicos sobre los que actúa. [8]-[12]-[13]

Igualmente le damos mucho valor a la terapia ocupacional como uno de los pilares fundamentales del tratamiento en el adulto mayor por ser una de las formas de integración y socialización, así como de crearles alguna inclinación por algunas de las aristas del arte manual.

El podólogo juega un papel importantísimo en el seguimiento del adulto mayor por las posibilidades que le brinda del cuidado de sus pies y por ende mejoría del patrón de marcha e independencia en la ambulación.

Por último se complementa el tratamiento con las actividades deportivas y ocupacionales.

Es por ello que enfocamos el tratamiento fundamentalmente a paliar o disminuir en algo los síntomas que lo obligaron a asistir a nuestras consultas.

Recordemos que no solo aquel paciente que asiste consulta refiriendo dolor, sino aquel que dice: Me siento solo, no duermo bien o muestra llanto o depresión éste también recibe tratamiento rehabilitador. [13]

Consultas de podología: 156

Consejería nutricional: 107

Cuando el paciente ingresa en nuestro centro se le aplica la variable que explora el Mini Nutricional Assessment MNA, agrupados en: Valoración nutricional, Estado de salud, Hábitos alimentarios, Valoración subjetiva.

Luego elaboramos un patrón de dieta a los pacientes, en primera instancia se evalúa cuáles son las necesidades nutricionales individuales en correspondencia con la edad y el sexo.

Se procede a elaborar la dieta utilizando la cantidad correspondiente porciones de referencia por grupos básicos de alimentos.

La elaboración de la dieta debe tener 5 principios: Equilibrada, Adecuada, Variada, Suficiente, Inocua.

Consultas realizadas por oftalmología y óptica.

- Oftalmología: 3637
- Óptica: 2857

Estomatología.

- Total de consultas: 1432
- Aplico MNT: 683
- Total de pacientes examinados: 351
- Atención concluida: 142
- Extracciones dentarias: 239
- Total de obturaciones: 776
- Total de endodoncia concluida: 90
- Anestésias aplicadas: 211

Otras actividades realizadas en el centro: Entrenamiento cognitivo, Juegos de mesa, Peña deportiva.

- Actividades manuales: Papel maché, Confección de títeres, Artesanía, Confección de sombreritos.

- Conferencias: Prevención de factores de riesgo en el adulto mayor, Sexualidad en el adulto mayor, Medidas para lograr un envejecimiento saludable, Maltrato en el adulto mayor, Género y tercera edad, Importancia de la higiene en las relaciones interpersonales y la autoestima, Padres e hijos, La memoria en la tercera edad, Nutrición, alimento y dieta, Fortaleza del patrimonio.

- Charlas educativas: Higiene personal y del hogar, Importancia del ejercicio físico para la salud, Importancia de mantener una dieta balanceada para la salud, Prevención de dengue, Prevención de enfermedades digestivas.

- Conversatorios: Importancia de cumplir con el reglamento del centro, Prevención de cáncer de próstata y de mama, Prevención de cáncer bucal.

- Talleres: Literario sobre José Martí, Adulto mayor en tres etapas, Importancia de las frutas y vegetales en la dieta, Medio ambiente, Recordando, Una tarde con Aurora, Farmacia Taquechel.

- Excursiones: Casa Blanca, encuentro con un círculo de abuelos y una escuela, Peña Havaneciendo de la casa de la música de Galiano en Centro Habana, Playa Varadero, Visita a la iglesia del Rincón, Almuerzo en el restaurante La Luz de la calle Obispo.

- Visitas a distintos museos de la Habana Vieja: Museo del ron, Casa de África, Casa de Asia, Casa Zamora, Casa de la Poesía, Museo de los Naipes, Museo de la farmacia habanera, Museo Humboldt, Teatro de la Colmenita.

- Actividades culturales y recreativas: Cumpleaños colectivos, Día de los enamorados, Día internacional de la mujer, Día de las madres, Día de los padres, Día de los niños, Día del trabajador de la salud, Actividad por fin de año, Peña bolereando los primeros viernes de cada mes, Peña de Reinol, Peña de Casa Blanca.

La expectativa de vida en el mundo ha aumentado, aún en los países sub desarrollados; se necesita con urgencia soluciones nuevas e ingeniosas para afrontar este desafío, siendo en este momento unas de las tareas más importantes para la sociedad en el mundo, [14]. Vivir más pero con una visión deficiente, influirá irremediablemente en la calidad de vida del paciente. El examen oftalmológico a todos los pacientes de la comunidad, tanto los enfermos de riesgo, con discapacidades y los aparentemente sanos, es muy importante para la detección precoz de enfermedades tanto sistémicas como oculares.

El siglo actual demanda más acciones de carácter masivo, tanto de promoción de salud, como en la prevención de enfermedades (específicamente en las edades más vulnerables) que acciones aisladas de curación y rehabilitación. [15]

La discapacidad visual por problemas oftalmológicos prevenibles ha aumentado en todo el planeta, y es interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de otras organizaciones e instituciones internacionales, intervenir en esta situación; Cuba que tiene la suerte de contar con una voluntad política a favor de los servicios sociales y un sistema de salud, donde la atención de las afecciones oftalmológicas son comparables con el primer mundo, está a la vanguardia en este propósito.

Las principales causas de ceguera en adultos cubanos son: Catarata, Glaucoma, Retinopatía Diabética, Desórdenes en el polo posterior, Degeneración de la mácula relacionada con la edad, Opacidades corneales, Afaquia no corregida. [16]

En nuestra investigación, las afecciones oftalmológicas más frecuentes fueron las ametropías (100%), la retinopatía arterioesclerótica (62,8%), glaucoma (54,5%), catarata (53,8%), retinopatía hipertensiva (52,9%), retinopatía diabética (51,5%) y la degeneración macular asociada a la edad (13,8%) entre otras.

En los adultos mayores predomina más de una afección oftalmológica. Al comienzo de la investigación el 54,5% presentaba algún tipo de discapacidad visual y después del tratamiento médico y/o quirúrgico esta cifra disminuyó a un 44,5%. Las afecciones oftalmológicas que fueron causa de discapacidad visual grave son: glaucoma en estadio avanzado (%), la retinopatía diabética (1,5%) y la Degeneración macular asociada a la edad (1%).

Nuestra misión.

Promover la recuperación y reactivación funcional, logrando su reincorporación a la familia, la comunidad y la sociedad, iniciando estilos de vida saludables que le faciliten una vejez activa y satisfactoria.

4. CONCLUSIONES

Predominó el sexo femenino, en los grupos etarios de 75-84 años, la escolaridad media, los jubilados, que consumen café, la mayoría tiene 2 o más patologías.

El tratamiento biomédico, funcional, psicológico, social, estomatológico, nutricional, oftalmológico, las actividades manuales y la rehabilitación física, contribuyen a la rehabilitación integral de los adultos mayores, que es factor fundamental en la calidad de vida, promoviendo estilos de vida saludables, logrando la reinserción social de estos pacientes a la familia, la comunidad y la sociedad.

5. RECOMENDACIONES

Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud, garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz en este grupo de edad y la creación de otros centros con la misma misión.

6. AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a pacientes, trabajadores y dirección el Centro de Rehabilitación Geriátrica” Santiago Ramón y Cajal, a la Dirección Municipal de Salud de la Habana Vieja, a los trabajadores de la Oficina del Historiador de la Ciudad y a todos los trabajadores y población del municipio Habana Vieja.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Álvarez Sintés, R. *Temas de Medicina General Integral*, 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008 Volumen 1. Salud y Medicina. Evolución del envejecimiento de la población cubana, pp167
- 2- Alfonso, JC. “El descenso de la fecundidad en Cuba de la primera a la segunda transición demográfica”. *Revista Cubana de Salud Pública* 32(1):10-3, 2009
- 3- “Salud Pública” .*Revista Chilena*, volumen 13(3): pp. 178-179. 2009
- 4- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de Geriátrica para residentes. editorial: internacional marketing & communication, s.a. (im&c). Madrid. 2009
- 5- Fernández Ballesteros, R. *Gerontología Social*. ediciones pirámide. 2009. p.21-4
- 6- Colectivo de autores. *Manual para médicos de atención primaria: Detección y manejo no farmacológico de la depresión en adultos mayores*. OPS/OMS. 2009
- 7- Alonso Galbán, P; Sansó Soberats, FJ; Díaz-Canel Navarro A M, Carrasco García M, Oliva T. “Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor”. *Rev. Cubana salud pública* ;33(1).mar, 2007 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620070001&lng=es&nrm=iso-8-8-
- 8- Martín Cordero, JE y colaboradores .*Agentes físicos terapéuticos*. La Habana. ECIMED. 2008.

- 9- Ginarte Paul, M; Santiesteban Molina. "Importancia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor". Policlínico Docente Elpidio Berovides. La Lisa. La Habana. Cuba .2012
- 10- Alfonso García, A. "Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en medicina general integral". *educ. med super*; 24(3): 379-386.sep 2010 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-214120100003&lng=es&nrm=iso
- 11- Mondéjar Barrios, MD; González Reyes Y. "Consideraciones sobre el tratamiento de la depresión en el adulto mayor". *Mediciego*; 17(Supl. 1), jul, 2011.disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/vol17_supl1_%202011.html
- 12- Roig Hechavarría C, Vega Bonet V, Ávila Fernández E, Ávila Fernández B, Gil Gellenis Y. "Aplicación de terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima del adulto mayor en Casas de abuelos". *Rev Cient Med Holguín.*; 15(2), 2011
- 13- Rivas Hernández. , y Santos Coto Carlos A. "Manejo del síndrome doloroso lumbar". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1), 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520100001&lng=es&nrm=iso
- 14- De la Uz, HM. E. "El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano". *Revista Bioética*. pp. 4-8, mayo-agosto 2009. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/92/920913.pdf>
- 15- Padrón, CR, Noda, AL. "Bioética, Enfermedad y Adulto Mayor". *Revista Bioética*. pp 9-13, mayo-agosto 2009. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/92/920913.pdf>
- 16- Río, TM, Capote, CA. *Oftalmología. Criterios y Tendencias Actuales*. La Habana: editorial Ciencias Médicas,2009 Capítulos: 28,32,58,59,60,63 páginas: 351,402,730,732,735,751,785,787,788,789791

