

**CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR:
EXPERIENCIA DEL TRABAJO**

INTERDISCIPLINARIO

EN EL ÁREA DE SALUD DE TIBÁS, URUCA, MERCED

MSc. Nancy Navarro Bartels¹

RESUMEN

Esta investigación recupera los aspectos más significativos de la experiencia profesional obtenida a partir del desarrollo de un proyecto de acción institucional orientado a la población adulta mayor en el Área de Salud Tibás-Uruca-Merced.

Este proceso priorizó la atención en salud integral e interdisciplinaria de la población adulta mayor e incluyó: aspectos metodológicos, resultados y reflexiones que permiten enriquecer otras experiencias profesionales.

DESCRIPTORES

Envejecimiento, atención en salud integral e interdisciplinaria, persona adulta mayor, Gerontología.

Recibido 4-3-2017

Aceptado 20-9-2017

¹. Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, y Maestría en Trabajo Gerontológico Psico social Multidisciplinario, Universidad Católica de Costa Rica. Trabajadora Social en la Clínica Clorito Picado y el Instituto Costarricense del Seguro Social.

ELDERY ADULT CLINIC:

INTERDISCIPLINARY WORK EXPERIENCE IN TIBAS, URUCA AND MERCED HEALT AREA

MSc. Nancy Navarro Bartels¹

SUMMARY

This research encompasses the most important aspects of the professional experience gained based on the development of an institutional action project oriented toward the senior citizen population in the Tibás-Uruca-Merced Health Area.

This process prioritized integral, inter-disciplinary health care for the senior citizen population and included: methodological issues, results, and reflections to be able to enrich other professional experiences.

KEYWORDS

Aging; integral, inter-disciplinary health care; senior citizens; gerontology.

Received 4-3-2017

Accepted 20-9-2017

¹.Licentiate degree in Social Work, University of Costa Rica, and master's degree in Multi-disciplinary Psychosocial Gerontology, Catholic University of Costa Rica. Social Worker at the Clorito Picado Clinic, Costa Rican Social Security Institute.

Introducción

Un tema ampliamente conocido en la actualidad es la dinámica que se ha generado a partir del envejecimiento de la población costarricense pues ha mantenido un ritmo acelerado, en concordancia con la tendencia mundial. Esta situación ha representado, tanto en el nivel nacional, como en el internacional, un reto y un logro para la humanidad.

En razón de lo anterior, durante el 2015, en el Área de Salud de Tibás-Uruca-Merced, se ejecutó un proyecto institucional con el objetivo de ofrecer una consulta integral e interdisciplinaria a la atención en salud de personas adultas mayores que presentaban criterios diagnósticos asociados al síndrome de fragilidad.

Tendencias del proceso de envejecimiento costarricense en relación con las corrientes mundiales

Como se ha manifestado, Costa Rica es un país que presenta una dinámica en envejecimiento poblacional acelerado, con cambios socio-históricos en la estructura demográfica y una disminución de la tasa de natalidad y mortalidad, situación que ha generado un cambio significativo en la pirámide poblacional. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2014), la población mundial de personas con 60 años o más es de 650 millones; sin embargo, se calcula que en el 2050 alcanzará los 2000 millones, al pasar de un 11% a un 22%. Según estos datos, entre el 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces y llegará a la suma de 395 millones, en especial el incremento será de las mujeres, porque viven en promedio entre seis y ocho más que los hombres.

Según Sánchez (2010) las proyecciones de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe eran aproximadamente de 45 millones de personas mayores de 60 años, proporción que alcanzó el 10% en el 2010 y se proyecta a un 15% en el 2025. Específicamente en Costa Rica, en las últimas décadas, se ha presentado un crecimiento acelerado de la población adulta mayor, alcanzando según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, un 8% de la población total.

En el ámbito cantonal, en el caso particular de Tibás, el principal cantón que atiende el I nivel del Área de Salud Tibás-Uruca-Merced, los datos del Inec (2011) reflejan que la población total es aproximadamente de 64.842 personas, y un 15.45% corresponde a adultos mayores (10.016), de los cuales 5.952 son mujeres y 4.064 hombres.

Según los datos obtenidos en el centro de salud por medio del *Análisis de situación integral de salud del Área de Salud Tibás-Uruca-Merced 2013- 2015 (Asis)* existe un total de 5.948 personas adultas mayores inscritas, 3.424 mujeres y 2.524 hombres.

Atención interdisciplinaria con enfoque gerontológico

El reto de la atención en salud con enfoque gerontológico consiste en identificar las necesidades de la población adulta mayor, y ofrecer una respuesta institucional de acuerdo con los recursos del área de salud donde se ubica el proyecto. El propósito es superar la visión biologista, para dar paso a un modelo de intervención bio-psico-social.

El proyecto se desarrolló desde el enfoque cualitativo y gerontológico, con el objetivo de implementar una consulta integral e interdisciplinaria para la atención, por parte de un equipo interdisciplinario de las personas adultas mayores que presentaban criterios diagnósticos asociados al síndrome de fragilidad.

Con ese propósito se diseñó una estrategia que comprendía un proceso técnico operativo que propiciaba el mejoramiento de la calidad de vida de las personas a partir un enfoque integral de su salud:

I Fase. Diagnóstico y evidencia de la necesidad de ofrecer una consulta integral e interdisciplinaria

II Fase. Aprobación del proyecto por parte de las autoridades institucionales del Centro de Salud

III Fase. Conformación del equipo interdisciplinario (bio-psico-social)

IV Fase. Diseño metodológico del proceso técnico operativo para el desarrollo de la consulta integral e interdisciplinaria

V Fase. Proceso de divulgación

VI Fase. Ejecución y análisis de los resultados

Según el cronograma definido, el proyecto se inició en el Área de Salud Tibás-Uruca-Merced en julio de 2014 y concluyó en el 2015.

Diseño técnico-operativo

Desde el enfoque gerontológico se pretendía diseñar una estrategia de atención integral e interdisciplinaria que permitiera la valoración y seguimiento de la

población adulta mayor frágil, la precisión diagnóstica e integral, la articulación de los servicios institucionales, la satisfacción de las necesidades en salud y, finalmente, generar acciones de impacto en la calidad de vida de esa población. Para ejecutar el proyecto se creó la “Clínica Adulto Mayor”, integrada por un equipo de trabajo que representaba las disciplinas de Medicina Familiar y Comunitaria, Psicología y Trabajo Social.

Es importante señalar que la conformación de un equipo técnico implica no solo la unión de las disciplinas participantes, sino de un proceso de revisión en temas gerontológicos, además de la discusión crítica que se requiere para unificar criterios, según propone este enfoque.

La consulta se mantenía abierta semanalmente, con un tiempo efectivo de una hora para cada valoración. Lo anterior respondía a los criterios diagnósticos asociados al síndrome de fragilidad. De acuerdo con la bibliografía consultada: Gutiérrez (1999), Chávez (2003), Galbán y otros (2007), Romero (2010) García (2011), desde el fenotipo de dominios múltiples:

- Persona adulta mayor (65 años)
- Patologías crónicas, agudas o degenerativas en la persona
- Polifarmacia o policonsultante
- Persona que viva sola o con deficientes recursos familiares de apoyo
- Déficit sensorial (auditivo o visual significativos)
- Riesgo o presencia de caídas repetidas
- Pérdidas o duelos no resueltos en la etapa de la vejez
- Ingreso hospitalario reciente
- Demencia, deterioro cognitivo o trastorno afectivo
- Dependencia parcial en actividades básicas o instrumentales de la vida diaria
- Limitaciones socioeconómicas que limitan la satisfacción de las necesidades
- Conflictos familiares

- Sospechas de situaciones de violencia intrafamiliar, abuso o maltrato
- Aislamiento social

La referencia de una persona a la Clínica de adulto mayor requería de los documentos que utiliza la Caja Costarricense del Seguro Social para esos propósitos. Una vez recibida se asignaba la cita para la atención en salud de la persona, esto permitía que el equipo tratante utilizara las siguientes técnicas para la recolección de información:

- I. Revisión del expediente de salud
- II. Observación participante
- III. Entrevista a la persona adulta mayor o a su grupo primario de apoyo

Durante el proceso, la valoración tenía como objetivo identificar criterios asociados al síndrome de fragilidad en la persona adulta mayor; o evidenciar un proceso de envejecimiento exitoso o activo. En el último caso, el equipo interdisciplinario reforzaba las conductas saludables y remitía a persona a la consulta de atención primaria.

Sin embargo, cuando se identificaban uno o más criterios asociados al síndrome de fragilidad en la persona adulta mayor o en su contexto; se ampliaba la valoración por parte del equipo, se hacían entrevistas complementarias o se aplicaban pruebas, escalas cuantitativas, exámenes u otros recursos necesarios para atender cada caso en particular. Entre las escalas cuantitativas complementarias pueden mencionarse:

1. Índice de fragilidad
2. Índice de Barthel
3. Índice de Katz
4. Escala de Lawton y Brody
5. Escala de depresión Yessavage
6. Minimental / Reloj
7. Valoración sociofamiliar Gijón

8. Apego familiar
9. Índice de esfuerzo del cuidador

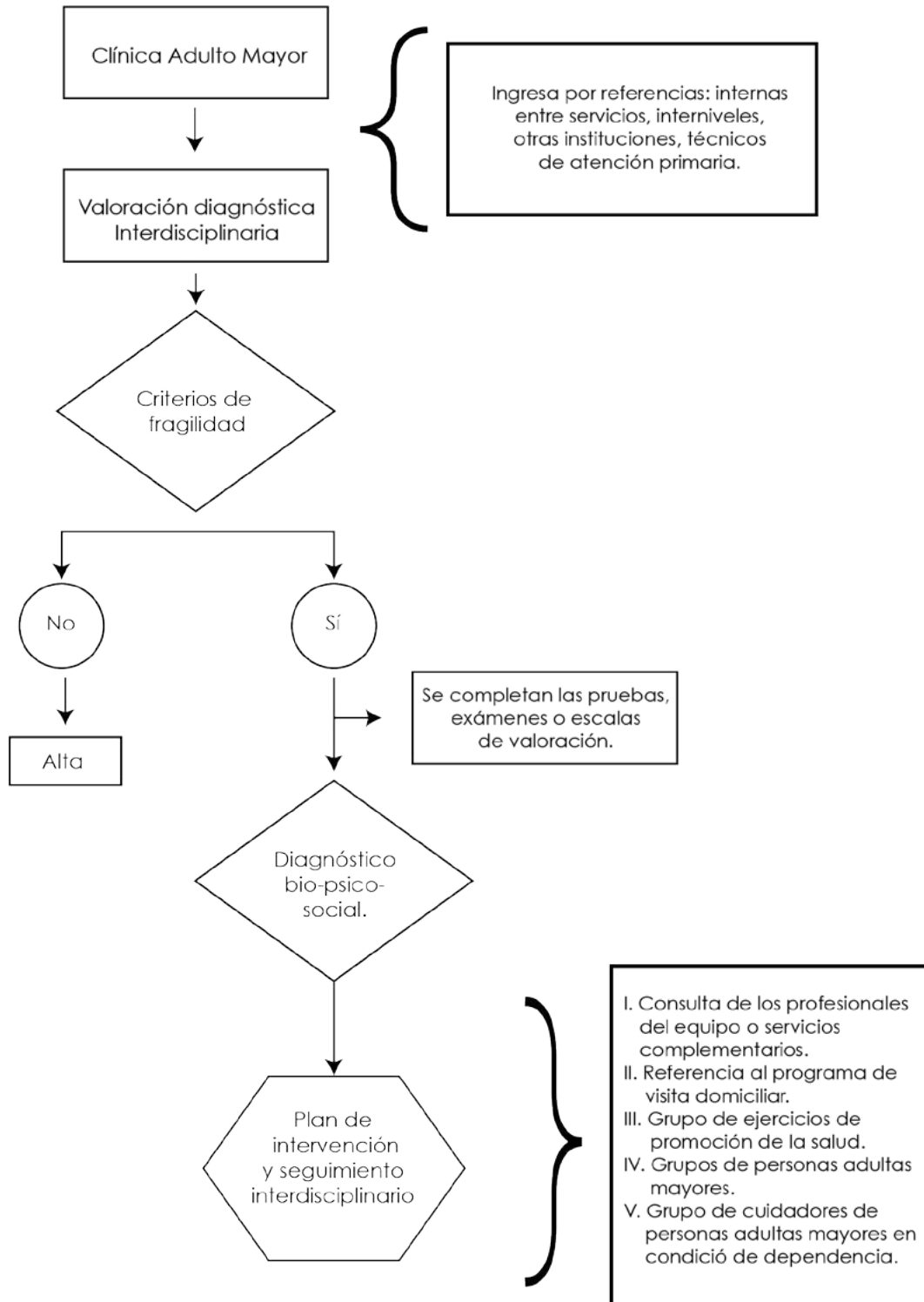
El plan de intervención y seguimiento integral se construyen a partir de la valoración en equipo, de los resultados de la aplicación de los instrumentos cuantitativos, de la discusión con los criterios técnicos, así como de los recursos institucionales disponibles.

Ante las necesidades de las personas, la Clínica de adulto mayor les ofrecía los servicios o recursos del Área de Salud Tibás-Uruca- Merced:

1. Seguimiento desde la Clínica Adulto Mayor.
2. La atención o seguimiento desde una de las consultas del equipo (Psicología, Medicina Familiar y Trabajo Social).
3. Referencia para valoración de servicios complementarios o especializados desde I o II Nivel de Atención: Geriátrica, Nutrición, Medicina Interna, Oftalmología, Optometría, Audiometría, Psiquiatría, Fisiatría, Terapia Física, Odontología y otros.
4. Referencia al Programa de Visita Domiciliar en los casos de mayor compromiso en el nivel funcional (bio-psico-social).
5. Grupo para personas adultas mayores del Programa de Promoción de la Salud, para la actividad física.
6. Grupo de personas adultas mayores
7. Grupo para cuidadores de personas adultas mayores en condición de dependencia, como estrategia educativa desarrollada interdisciplinaria.

Para facilitar la comprensión de la consulta se presenta el siguiente flujograma del proceso técnico operativo utilizado en la Clínica de Adulto Mayor.

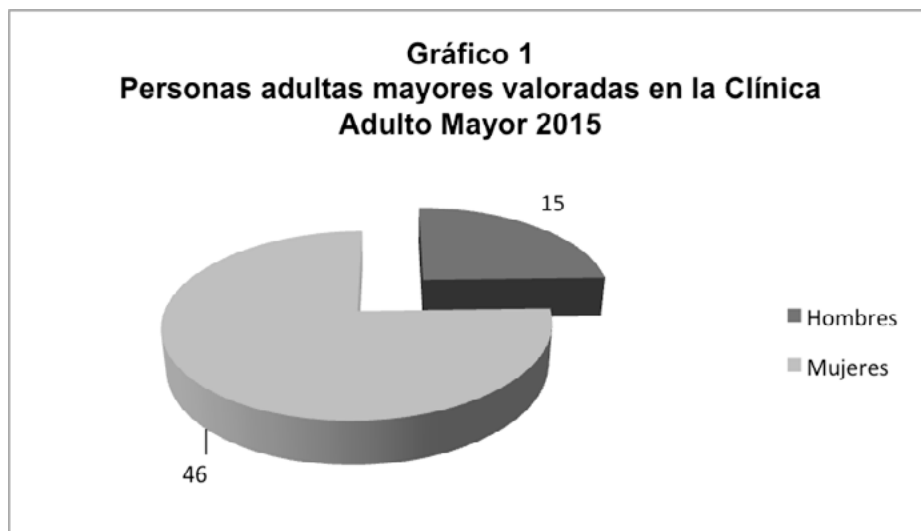
Figura 1. Flujograma de la atención en Clínica de Adulto Mayor



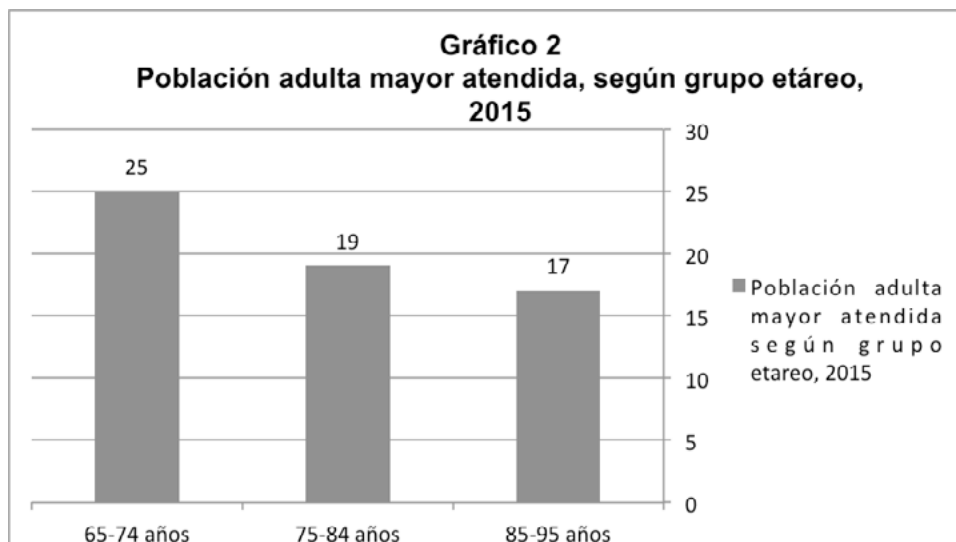
Resultados

Los resultados indican que el valor agregado de una consulta en equipo interdisciplinario para determinar la atención primaria del síndrome de fragilidad en las personas adultas mayores es la precisión diagnóstica que ofrecen las dimensiones bio-psico-sociales del ser humano.

Para atender la consulta interdisciplinaria en la Clínica Adulto Mayor durante el periodo comprendido entre febrero y noviembre del 2015, el equipo técnico realizó 25 sesiones de trabajo e hizo un total de 61 valoraciones integrales. La mayoría de las personas atendidas fueron mujeres, situación que históricamente ha sido significativa en la cultura costarricense, si se considera que la población femenina es la que se adscribe con mayor frecuencia a los centros de salud.



La mayoría de las personas atendidas pertenecían a los grupos de edad comprendidos entre los 65 - 75 años. De acuerdo con la perspectiva teórica de Duskin y Papalia (2001) esa edad cronológica se ubica en la categoría de viejo-joven (65 y 74 años).



A partir de la precisión diagnóstica realizada, las personas adultas mayores presentaron los siguientes problemas de salud:

Esfera física: enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (15 personas) y la diabetes mellitus (8 personas); en menor medida, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), secuelas de eventos cerebrovasculares (ECV), trastornos de sueño, disfonía, contractura y desgarre muscular, polifarmacia y déficit sensorial.

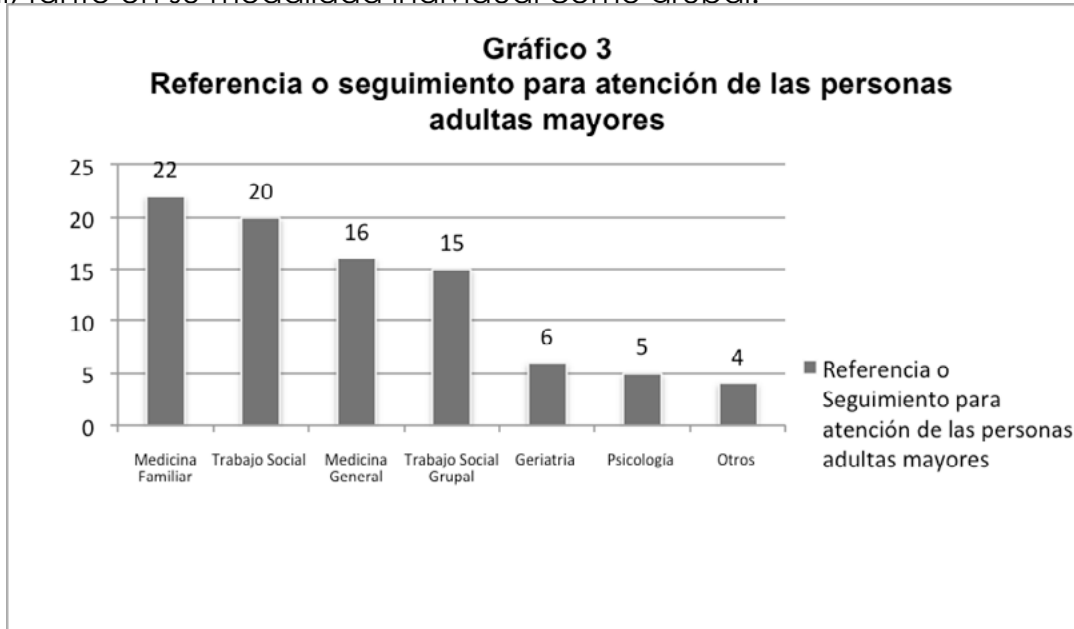
Nivel funcional: la mayoría de las personas son independientes en actividades básicas e instrumentales de vida diaria, aunque en alguna medida requerían de la supervisión continua o del sostén de recursos de apoyo por la presencia de enfermedades crónicas, deterioros sensoriales u otras condiciones que pueden vulnerabilizar a la persona adulta mayor.

Área social: en la atención se encontraron objetos de intervención asociados a problemas de pareja, problema con familiar dependiente que requiere de cuidado en el domicilio, persona que vive sola, circunstancias psicosociales, problemas de duelo o pérdidas, problemas con transiciones del ciclo vital, necesidad de supervisión continua, problema con hechos estresantes que afectan a la familia y la casa, entre otros.

Nivel psicológico: los diagnósticos se clasifican según dos dimensiones: la afectividad y la cognitividad. Entre las personas valoradas se encontraban tres

adultos mayores con manifestaciones asociadas a la depresión leve y, en un caso, se identificó un trastorno de personalidad. Generalmente, en el nivel cognitivo, presentaban una condición que se ubicaba en los rangos normales, y muy pocos evidenciaban un deterioro leve.

De acuerdo con los resultados de los planes de intervención realizados por el equipo interdisciplinario, la mayor cantidad de referencias se realizaron a las áreas de Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, así como Trabajo Social, tanto en su modalidad individual como arupal.



Los datos presentados anteriormente permiten afirmar que el proyecto trasciende la esfera física de la atención de la salud de la población adulta mayor, como proponen Gutiérrez (1999), Chávez (2003) y Romero (2010), pues incluye todas las dimensiones, ofrecen respuesta a sus necesidades, y se logra un uso más eficaz de los recursos institucionales.

Aprendizajes significativos y reflexiones finales

Como se ha demostrado, cuando la población adulta mayor se diagnostica a partir de los criterios propios del síndrome de fragilidad se evidencia la necesidad de ofrecerle una intervención integral e interdisciplinaria. Aunque el proceso desarrollado en el Área de Salud Tibás- Uruca- Merced representa únicamente

un referente o plan piloto, sus resultados muestran la importancia que tendría su aplicación en otras regiones del país, donde existe una población adulta mayor desatendida o tratada de acuerdo con los enfoques tradicionales.

En cuanto al diseño técnico-operativo, una de las claves del éxito fue la utilización del enfoque gerontológico que facilita la comprensión del proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez. Además, el trabajo en equipo interdisciplinario es fundamental para responder a las demandas de la población, lo que explica que el proceso y la estrategia deben ser flexibles y sensibles a sus necesidades, y procurar un uso más eficiente de los recursos.

Es necesario, sin embargo, mencionar que el equipo interdisciplinario debe ser coordinado por un gerontólogo capaz de comprender las funciones de cada área participante en relación con el análisis del proceso de envejecimiento de las personas.

Como ha quedado demostrado, la complejidad de las situaciones presentadas en relación con la salud integral de las personas y las condiciones socio-culturales y ambientales requiere de intervenciones profesionales cada vez más articuladas y coordinadas con elementos de múltiples disciplinas para el logro de los objetivos. Situación que enfatiza el discurso teórico pues, según Hidalgo (2006) el trabajo con personas adultas mayores debe ser interdisciplinario y orientarse a la atención integral.

Referencias

Caja Costarricense del Seguro Social (2013). Análisis de Situación Integral de Salud del Área de Salud Tibás- Uruca- Merced 2013-2015. Recopilado por la Dra. Salas, Diana. Jefatura I Nivel de Atención; Clínica Dr. Clorito Picado, Tibás, Costa Rica.

Chávez, Helver. (2003). Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima – Perú: Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

Duskin Feldman, R., Papalia, D. E., & Wendkos Olds, S. (2001). Desarrollo físico y cognitivo en la edad adulta tardía. En R. Duskin Feldman, D. E. Papalia, & S. Wendkos Olds. *Desarrollo Humano* O. Jurksaitis Lukauskis, & G. A. Villamizar, pp. 633-708. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

Galbán y otros (2005). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. En: *Salud Pública* 2007; 33 (1). Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

García, Carlos. (2012). Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. Unidad de Geriatría. Clínica Las Condes. En: Condes (SPI).

Gutiérrez, Luis Miguel. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Papeles de Población, vol. 5, núm. 19, enero-marzo, 1999, pp. 125-147. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Hidalgo, Jorge. (2009) El envejecimiento: aspectos sociales. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2011). Censo de Población del año 2011. San José. Costa Rica.

Jara, Óscar. (1994). Para sistematizar experiencias: una propuesta teórico-práctica. San José, Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Envejecimiento y Ciclo de Vida. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/es/>

Romero, Ángel Julio. (2010). Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente. Hospital Provincial Universitario *Revista*. Vol 8. Nº 6, *Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba*.

Sánchez, Carmen. Delia. (2010) Compromiso social de la Gerontología con el envejecimiento de las personas. San José, Costa Rica: Congreso Internacional de Gerontología.