

**RIESGOS BIOPSIICOSOCIALES
EN EL ADULTO MAYOR
CLÍNICA DR. CLORITO PICADO**

RIESGOS BIOPSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR

CLÍNICA DR. CLORITO PICADO

*Delgado Hernández Wendy **
*Obando Hidalgo Iris María***

INTRODUCCIÓN

La población mayor de 65 años, constituye un grupo prioritario de atención, según lo establecido en las políticas nacionales de salud, entre otras razones, por: cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por un incremento en las enfermedades cardiovasculares y la existencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Además de un aumento en el Servicio de Trabajo Social para la atención de necesidades y demandas psicosociales.

La Caja Costarricense del Seguro Social, contempla la atención en salud a esta población en los Compromisos de Gestión de las diferentes Unidades, lo cual implica acondicionar una estructura física, cumplir con lo establecido en los programas institucionales y lo estipulado en la Ley N.7935 de Protección al Adulto Mayor, entre otras.

Para la atención a las necesidades específicas de este segmento poblacional ha sido vital contar con información que permita conocer su situación de salud y del entorno social. Por esta razón, se aplicó en la Clínica Dr. Clorito Picado, el instrumento de Tamizaje del Adulto Mayor diseñado como una herramienta para

conocer los aspectos biosicosociales y los factores de riesgo a que están expuestos(as) los adultos (as) mayores geográficamente ubicados(as) en el área de Tibás-Uruca-Merced.

El presente trabajo ofrece los resultados de la aplicación de este instrumento, considerado plan piloto por el Programa de Adulto Mayor de la C.C.S.S., y los hallazgos relevantes centrados en un perfil sociodemográfico, sus interacciones familiares y las condiciones de salud.

El estudio se realizó a una muestra de 1491 adultos (as) mayores de un universo de 1675 personas mayores de 65 años tamizadas en el año 2001, en el área de atracción de la Clínica Dr. Clorito Picado.

1. ANTECEDENTES

Desde el año 1999 se aplican en esta Clínica instrumentos para medir el riesgo en el Adulto Mayor. En ese año se tamizaron 621 personas con los instrumentos "Valoración en preconsulta, Detección Precoz de cáncer en visita domiciliar y Tamizaje del Adulto Mayor de Alto Riesgo, contemplados en las Normas de Atención Integral de la C.C.S.S. (CCSS; 1988).

* Licenciada en Trabajo Social, Clínica Dr. Clorito Picado.

** Licenciada en Trabajo Social. Master en salud Pública.

En ese mismo año el Servicio de Trabajo Social realizó una evaluación de dichos tamizajes, y se concluye que en conjunto, los instrumentos no reflejaban las condiciones de riesgo médico y social. A partir de ello, se planteó una propuesta de tamizaje con aspectos más amplios de la realidad biosicosocial del adulto (a) mayor.

Después de validarse este instrumento, el personal de Atención Primaria aplicó en el año 2001 un total de 1.673 tamizajes a personas mayores de 65 años (Clínica Clorito Picado; 2001), y se diseñó una base de datos con el fin de sistematizar la información y generar investigaciones como ésta.

Los resultados obtenidos señalaron, entre otros, la necesidad de evaluar en forma más precisa el riesgo social, dado que el entorno constituye para algunos (as) adultos (as) mayores, el factor que genera más elementos de riesgo y peligrosidad.

La evaluación realizada por el personal de la Gerencia de Modernización con respecto al tamizaje del adulto mayor en el 2000, señaló las virtudes de este instrumento y recomendó su uso previa aprobación de la Sección del Adulto Mayor.

En el primer semestre del año 2001, se hicieron modificaciones al instrumento y se sometió a análisis por la Sección del Adulto Mayor. El mismo fue aprobado, se recomendó su aplicación como un plan piloto para evaluarse y considerar la posibilidad de extenderlo a otras áreas. Asimismo se elaboró el instructivo o manual para su llenado.

A noviembre del 2002, el instrumento fue validado por otras unidades de la C.C.S.S que atienden adultos (as) mayores y se encuentra en la etapa de aprobación final, para ser incluido como documento oficial en el expediente clínico de la Clínica Clorito Picado.

2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La carencia de información actualizada y sistematizada acerca de la población adulta mayor del área, ha sido una limitante entre otras, para la planificación de la oferta de servicios que un segundo nivel de atención, puede ofrecer. Se parte de que la información es una herramienta básica para el desarrollo de acciones, por lo que se consideró como problema de investigación el siguiente:

“La ausencia de información médica y social de la población adulta mayor del área de adscripción de la Clínica Dr. Clorito Picado, incide en la prestación de servicios no planificados según necesidades y riesgos de atención de este grupo poblacional durante el año 2001”.

Se planteó como objetivo general “Determinar las necesidades en salud y el riesgo médico y social de la población mayor de 65 años, residente en la zona de adscripción de la Clínica Dr. Clorito Picado, a fin de diseñar estrategias de promoción de la salud que mejoren sus condiciones de vida”.

Entre los específicos están:

1. Identificar algunos aspectos sociodemográficos de la población adulta mayor según riesgo.
2. Precisar el riesgo médico y social de la población mayor de 65 años tamizada.
3. Diseñar estrategias de intervención para la promoción de la salud de esta población.

Se realizó un estudio de casos, descriptivo, transversal, cuantitativo y cualitativo en el Área de Salud denominada Tibás, Uruca y Merced, la cual comprende:

1. Del Cantón Central, específicamente en el distrito Merced los siguientes sectores: Barrio México, Barrio Claret, Pithaya, Brisas, Tournon;
2. Del Distrito La Uruca lo siguiente: La Peregrina, Barrio Corazón de Jesús, Bajo Los Ledezma, Jardines, Finca Coronado, Barrio Cristal.
3. Del cantón de Tibás, el distrito de Cinco Esquinas y hacia el este una parte del sector de San Gabriel de Calle Blancos, hasta el puente de la autopista.

Se tomó una muestra de 1491 adultos (as) mayores de un universo de 1675, según lo pactado en el Compromiso de Gestión para el año 2001. (Idem)

La unidad de análisis fue el instrumento de tamizaje denominado "Historia del Adulto Mayor", el cual consta de nueve secciones, con preguntas cerradas, abiertas y algunas de opción múltiple.

Las variables contempladas fueron las siguientes:

1. Datos personales
2. Consulta
3. Antecedentes personales
4. Historia funcional
5. Historia farmacológica
6. Historia nutricional
7. Estado mental
8. Familia
9. Tipo de riesgo

Para la recolección de la información se realizaron actividades como:

Elaboración del manual para el llenado del instrumento Historia del Adulto Mayor.

Capacitación a los técnicos de atención primaria, para el llenado del instrumento, quienes recolectaron la información, tanto en valoración domiciliar como en la consulta externa.

La depuración y digitación de los datos estuvo a cargo del Servicio de Trabajo Social, instancia que llevó el control de la calidad de los tamizajes y asignó la condición de riesgo del o la adulto (a) mayor, así como también se elaboraron los planes de tratamiento inicial para cada uno de dichos tamizajes.

En la asignación de riesgo y la elaboración de los planes de tratamiento inicial, se utilizaron los siguientes criterios de clasificación:

Riesgo No.1: Alto

En este rubro se clasifican los Adultos(as) Mayores con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y

problemas pulmonares), sin control o severas. Utilizan fármacos anticoagulantes, tienen antecedentes de efisema pulmonar, cáncer o infartos.

Son personas dependientes para el baño, el vestido, la alimentación, la marcha y otras actividades (discapacidades).

Enfrentan dificultad para cumplir con el tratamiento médico por problemas de memoria, indiferencia, entre otros.

Personas con deseos de morir, sufren maltrato, abandono y dificultad para su cuidado.

No cuentan con redes de apoyo familiar, ni recursos para subsistir.

Riesgo No.2: Mediano

Los que presentan este tipo de riesgo son aquellos Adultos(as) Mayores con enfermedades crónicas en control (hipertensos(as), diabéticos/as, asmáticos/as, entre otros). Pueden presentar algún problema de tipo familiar, el cual puede ser resuelto con intervención.

Necesitan ayuda para alimentarse, bañarse, vestirse, aunque no son dependientes.

Con dificultad mental expresada en: falta de energía, disminución del apetito, insomnio y síntomas de depresión. Enfrentan soledad y tristeza.

Riesgo No 3: Bajo

Los Adultos(as) Mayores de bajo riesgo son aquellos(as) sin problemas de salud, ni enfermedades agudas que pongan en peligro su calidad de vida, o su vida. Tienen buena alimentación y pueden presentar anemia.

Cuentan con redes de apoyo familiares y externas, así como con recursos para subsistir.

Son independientes para sus actividades cotidianas.

3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL ADULTO(A) MAYOR DEL ÁREA DE SALUD TIBÁS-URUCA-MERCED

A partir de la información obtenida, se elaboró una descripción de las principales características sociodemográficas, de salud y de riesgo de la población adulta mayor.

Estos hallazgos se presentan en dos grandes secciones:

1. Características sociodemográficas.
2. Condiciones de salud.

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El tamizaje a los adultos mayores se realizó en dos escenarios: domiciliar 1.094 y en consulta externa 397, para un total de 1491 adultos (as) mayores valorados.

Se clasificó la población por sexo y tipo de riesgo, encontrándose que:

CUADRO NO.1
Adultos Mayores tamizados según sexo y tipo de riesgo
Clínica Dr. Clorito Picado
2001

SEXO	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	Total
Masculino	100	331	151	582
Femenino	174	576	159	909
Total	274	907	310	1491

Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

Esta información aunada a la edad, confirma estudios que exponen una mayor sobrevivencia del grupo femenino en relación al masculino. Al estudiar el estado civil de la población se obtuvo la siguiente información:

CUADRO NO.2
Adultos Mayores tamizados según estado civil y tipo de riesgo
Clínica Dr. Clorito Picado
2001

ESTADO CIVIL	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo Riesgo	Total
Soltero	71	161	44	276
Unión Estable	80	401	170	651
Viudo	96	260	78	434
Separado	270	80	18	125
Total	274	902	310	1486*

Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

Si se agrupan las categorías de solteros, viudos y separados independientemente del riesgo, se tiene un total de 835 (56%) sin pareja; independientemente de que residan solos (as) o con su familia, aspecto que se analizará más adelante. (Se desconoce el dato de 5 adultos mayores de la muestra).

Para el análisis de las edades, se observó que la distribución de grupos de edad, superó la expectativa de vida del país (76 años), tal y como se aprecia en el siguiente cuadro:

CUADRO NO.3
Adultos Mayores tamizados por edad y tipo de riesgo
Clínica Dr. Clorito Picado
2001

EDADES	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo Riesgo	Total
65 - 69	69	324	106	499
70 - 74	72	236	83	391
75 - 79	65	176	59	300
80 - 84	40	111	41	192
85 - 89	18	4	15	37
90 - 94	6	14	5	25
95 y más	4	6	1	11
Total	274	871	310	1455*

Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

Las personas de 80 años y más (301), constituyen por su edad un grupo de riesgo, que se ve agravado por las condiciones biológicas, sociales y familiares en las que se desarrolla el adulto (a) mayor. (Se desconoce el dato de 36 adultos mayores de la muestra.).

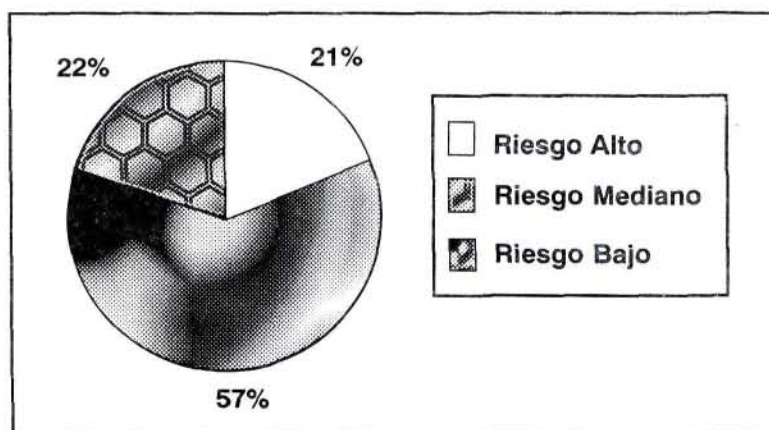
Por otra parte, el nivel educativo de los (as) estudiados (as) registró que el 56% cursó primaria incompleta o nunca tuvo acceso a la educación formal (analfabeta), lo que podría incidir en el uso de recursos institucionales y en el desarrollo de actividades cotidianas, tal es el caso de la consulta al sistema de

salud. Un ejemplo de ello es la dificultad de estas personas en la captación y comprensión de indicaciones para su tratamiento médico y social.

El restante 44% se ubicó en entre primaria completa, secundaria (completa e incompleta), nivel técnico y universidad (completa e incompleta).

De los (as) adultos (as) mayores estudiados un 8% realiza alguna actividad remunerada; sin importar su condición de riesgo, tal y como se presenta en el siguiente gráfico:

GRÁFICO NO.1
Adulto Mayores que realizan actividades remuneradas según
riesgo Clínica Clorito Picado 2001



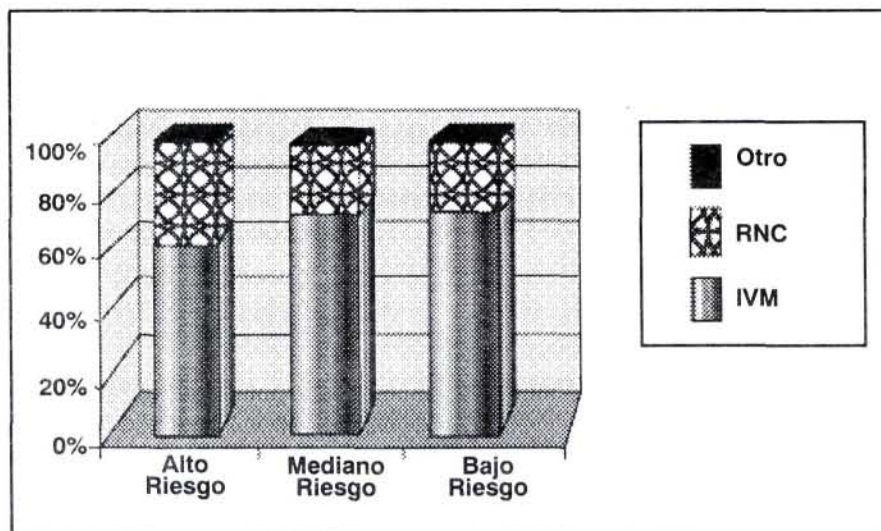
Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

Las ocupaciones en su mayoría se ubican en el sector informal: comercio ambulante, trabajos ocasionales, por lo que se puede inferir que perciben bajos ingresos. Algunas de las ocupaciones referidas son: jardinero, recolector de café,

vendedor de lotería, artesano, oficios domésticos, zapatero, agricultor, camaronero, maestro de obras, sastre, peluquero, mandadero, cuidador de niños o ancianos, misceláneo, guarda, pulpero, costurera, entre otras.

Un total de 1.043 (70%) disfrutaban de algún tipo de pensión. Esta información se aprecia en el siguiente gráfico:

GRÁFICO NO.2
Adultos Mayores según Régimen de Pensión y Tipo de Riesgo
Clínica Dr. Clorito Picado 2001



Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte concentra un 72% de los (as) pensionados(as) y el Régimen No Contributivo un 25%. Este tipo de pensión tiene un monto mensual de diez mil quinientos colones, monto insuficiente para cubrir necesidades básicas.

Si se asocia los que trabajan (116) y los que reciben algún tipo de pensión (1.043), se tiene un total 1156 que reciben algún tipo de ingreso, en contraposición a 335 adultos(as) mayores que se desconoce con qué recursos económicos sobreviven.

En cuanto a la vivienda, el 76% de los estudiados viven en casa propia, 17% en vivienda alquilada, 5% en casa

prestada y un 2% en precarios.

Las condiciones materiales de estos inmuebles fueron consideradas como buenas por sus moradores en el 80% de los casos, regulares en el 15% y en mal estado en un 5%.

Se registró hacinamiento en 82 de las situaciones analizadas, de las cuales, 22 son de alto riesgo, 48 de mediano y 12 de bajo riesgo.

En 823 (55.2%) de los casos, las viviendas presentaron barreras arquitectónicas tales como acceso difícil, mala iluminación, piso en mal estado, gradas y servicios sanitarios de difícil acceso.

Estas condiciones en general, constituyen un riesgo exponencial para la movilidad segura y libre para toda persona.

La familia constituye una variable fundamental para el desempeño y sobrevivencia de las personas, sobretudo para aquellas consideradas como de riesgo alto. En este aspecto, el 80% de los(as) tamizados(as) residen con otras personas, sea su pareja, hijos(as), hermanos(as), o con otra familia. El restante 20% viven solos (as) y de éstos, sólo uno vive en la calle.

Estos últimos son las personas en mayor riesgo, por cuanto no cuentan con recursos familiares con quienes compartir, ni tampoco se conoce de la existencia de redes sociales que los(as) apoyen.

Considerando que el adulto(a) mayor, presenta más vulnerabilidad, se evaluó la existencia de situaciones de abandono, soledad, maltrato, farmacodependencia y sobreprotección que pueden estar afectando su condición de vida en el núcleo familiar. De las 178 personas que enfrentan alguna de estas situaciones; se encontró lo siguiente:

Soledad	93
Abandono	46
Maltrato	19
Sobreprotección	17
Farmacodependencia	3

Un total de 182 enfrentaron problemas para su cuidado. Según su clasificación por riesgo, se encontraron en alto riesgo 110 personas, en mediano 68

y en bajo riesgo 4.

Las principales limitaciones se ubicaron en: las relacionadas con el recurso humano como redes de apoyo, y las de tipo material, sobretudo en el ámbito económico.

Finalmente, el 93% de los encuestados tiene una percepción favorable con respecto a su familia, el 4% mantiene una relación regular, el 1.% tiene malas relaciones y un 2% no mantiene ningún tipo de relación con su grupo.

3. 2 CONDICIONES DE SALUD

Los antecedentes personales son relevantes en la condición de salud de los (las) adultos (as) mayores; en este sentido, se encontró que los principales padecimientos presentados son en orden de importancia los siguientes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, disnea, dolores músculo esqueléticos, dolor de pecho, tos persistente, infarto, derrame y cáncer.

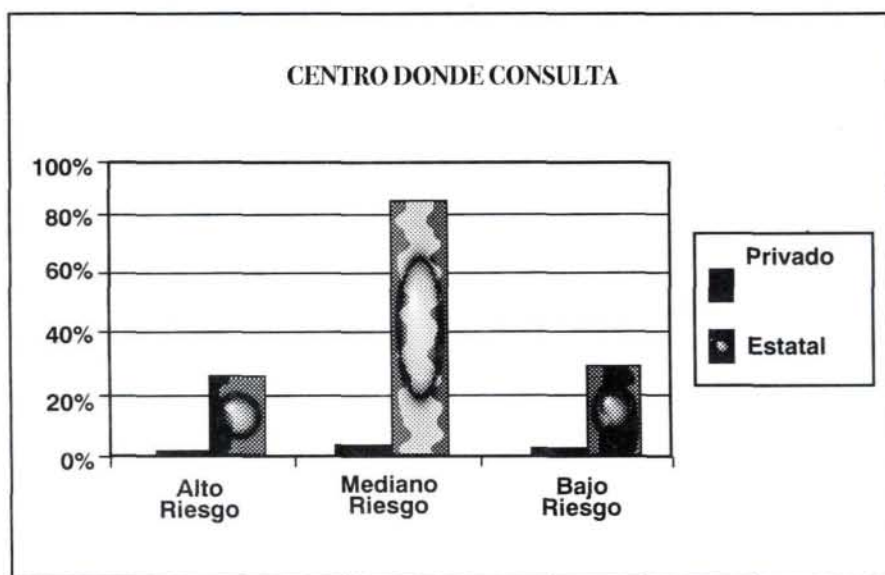
Lo anterior refleja una población con alta incidencia de enfermedades crónicas, que requiere tratamiento y control médico permanente, así como de condiciones de vida que les permita cumplir con las indicaciones prescritas en el tratamiento y un ambiente familiar que los (as) apoye y estimule a cumplir con el mismo.

Por tanto, el adulto(a) mayor demanda del sistema de salud, consultas con más frecuencia que otros grupos, por sus padecimientos crónicos o condiciones de riesgo que es preciso atender.

El 87% señaló no tuvo internamientos en ese período; de los que sí tuvieron, el 13%, tuvo de dos a más de tres, concentrándose en el grupo de mediano riesgo.

En este sentido, el sistema estatal de salud para los adultos mayores, sigue siendo el centro donde acuden con mayor frecuencia, lo cual se puede apreciar en el siguiente gráfico:

GRÁFICO NO.3
Adultos Mayores tamizados según centro médico de consulta
Clínica Clorito Picado 2001



Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

El 96% (1424) de los tamizados consultan en un centro médico estatal y sólo 4% (67) de ellos en centros privados, de ahí que algunos no cuenten con expediente clínico en este Centro, aunque sea ésta su Clínica de adscripción.

Se tomó en cuenta la condición de salud de algunos (as) adultos (as) mayores y su edad para conocer quién los

acompaña generalmente a las consultas médicas, lo que es muy importante, tanto por la compañía que brindan, como por la comprensión de indicaciones alrededor del tratamiento y cuidados que requieren.

En el cuadro No.4 se anotan las personas que acompañan mayormente a los adultos a consulta:

CUADRO NO.4
Adultos Mayores tamizados con acompañante durante la
consulta médica, según tipo de riesgo
Clínica Dr. Clorito Picado
2001

ACOMPANANTE	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo Riesgo	Total
Solo	136	393	98	627
Pareja	50	223	115	388
Hijo	37	156	52	245
Amigo	4	5	1	10
Pariente	35	109	31	175
Otro	12	19	15	46
Total	274	905	312	1491

Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

El 42% de los (as) adultos (as) mayores vinieron a las citas solos (as), y el 26% acompañados de su pareja, la cual puede ser de su edad o mayor. Esta situación representa un riesgo para estas personas, ya que tienen que movilizarse en una zona de alto tránsito como es la Clínica. Esta dificultad de venir acompañado (a) por otros familiares al Centro de Salud, aunado al bajo nivel escolar en muchos casos, podría ser una limitante para la comprensión y asimilación de las indicaciones y recomendaciones del tratamiento médico y social.

El ejercicio independiente de las actividades diarias de los (as) adultos (as) mayores, constituye un pilar para evaluar su condición de salud física, su salud social y su relación con el entorno.

De los adultos mayores de la muestra, el 32% en alto riesgo son dependientes para el desarrollo de las actividades cotidianas de alimentación, baño, vestido y deambulaci3n; no así el 3% en mediano riesgo que son dependientes.

Lo anterior se puede apreciar en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 5
Adultos Mayores tamizados en alto y mediano riesgo con
limitaciones físicas para sus actividades
Clínica Dr. Clorito Picado 2001

HISTORIA FUNCIONAL						
Actividades Cotidianas	Alto Riesgo			Mediano Riesgo		
	Independiente	Con Ayuda	Dependiente	Independiente	Con Ayuda	Dependiente
Alimentaci3n	244	12	18	899	8	0
Baño	230	22	22	880	1	26
Vestido	231	22	21	879	27	1
Deambulac.	216	32	26	861	44	2
Total	921	88	87	3519	80	29

Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

La información indicó que la visión es el sentido más afectado en los (as) adultos (as) mayores estudiados. La pérdida total de la visión se dio en 12 personas, parcial en 878 y uso de prótesis (lentes) en 11. En la audición, la pérdida total se encontró en 15 personas y 188 pueden mantener una conversación con algunas deficiencias. Estas limitaciones son un elemento que coadyuva al alejamiento o la interacción con su medio, dado que se ve afectada su capacidad de comunicación, comprensión, de visión y manejo del carácter; algunas de estas personas sufren rechazo de su familia y allegados por la constante irritabilidad causada en muchas ocasiones por dichas deficiencias.

La información recopilada no arrojó como problema las caídas en los (as) adultos (as) mayores, se encontró que nunca se han caído el 57% y si se le suma un 33% de los "casi nunca se han caído", se tiene un 90% que prácticamente no ha tenido complicaciones con las caídas.

La funcionalidad de estas personas también se evaluó con la realización en

forma independiente o no de actividades fisiológicas como la deposición, en la que 7 personas refirieron incontinencia, en la micción 9; no así para el uso del servicio sanitario y aseo personal, en donde 58 y 88 personas respectivamente manifestaron requerir ayuda.

Lo anterior demanda de los recursos y redes familiares en forma intensiva y permanente, lo que conlleva en muchos casos a cansancio en los cuidadores, estrés, sobrecarga emocional y física, carencia de recursos institucionales donde los cuiden, sin mencionar la carga emocional y física que representa esta limitación para el propio adulto (a) mayor.

El estado mental en la población adulta mayor estudiada, no registró alteraciones relevantes, pues la mayoría se ubicó en tiempo y espacio, así como también recordó datos personales y hechos de su pasado.

En algunos (as) adultos (as) mayores se registraron características sugestivas de problemas fisiológicos y emocionales, los cuales se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO NO. 6
Síntomas o problemas psicosociales en los
Adultos Mayores según riesgo.
Clínica Clorito Picado, 2001

CON FRECUENCIA SIENTE:				
Características:	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo Riesgo	Total
Falta de energía	165	313	47	525
Pérdida de apetito	96	141	10	247
Insomnio	132	273	49	454
Tristeza	177	239	25	441
Deseos de morir	79	7	0	86
TOTAL	649	973	131	1753

Fuente: Delgado W., Obando I.; Historia Adulto Mayor, Trabajo Social C.C.P 2001.

Al analizarse los datos anteriores por condición de riesgo, se observa que es en la categoría de mediano riesgo en donde se registran las mayores cifras.

En cuanto al estado nutricional no se identificaron datos relevantes, excepto una leve disminución de personas que no cenar en relación a los que almuerzan y desayunan. Ello podría explicarse en muchos casos por la pérdida de apetito que van sufriendo conforme avanzan en edad, sin que esto llegue a constituir un problema para su salud.

El 74% de los (as) estudiados (as) informó consumir al menos un medicamento recetado por el médico. De éstos (as) el 51.5% refirieron consumir tres o menos.

4. CONCLUSIONES

El 73% de los adultos (as) mayores estudiados (as) fueron tamizados en el escenario de sus hogares, a través de las visitas realizadas por los Asistentes de Atención Primaria.

De la población estudiada, el 18% fue clasificado en alto riesgo y el 60% en mediano, lo cual muestra la necesidad de reforzar las acciones preventivas y de atención integral dirigidas a este último grupo, para evitar que a corto o mediano plazo, se conviertan en adulto (as) mayores de alto riesgo.

La población femenina representó el 61% de los estudiados (as), lo que podría explicarse por la ventaja en la esperanza de vida que tiene la población femenina

sobre la masculina en este país, además de elementos culturales que inducen a la mujer acudir con mayor frecuencia a los centros de salud.

En relación con lo anterior, este grupo poblacional es quien presenta mayor porcentaje de personas en alto y mediano riesgo, con tres cuartas partes en alto y más de la mitad en mediano riesgo, lo que reafirma la desventaja de género que las convierten en un grupo doblemente vulnerable.

Por otra parte, el 57% de los estudiados no tienen pareja en este momento, ya sea por viudez, separación o soltería.

El 82% de los tamizados en alto y mediano riesgo están en edades de 65 a 79 años, existiendo una ligera concentración en el subgrupo de 72 a 74 años, que dirige la atención a la necesidad de replantear acciones de atención a este subgrupo etáreo.

Sólo el 8% de los estudiados realizan alguna actividad del sector informal de manera remunerada. De éstos un 5% se ubica en el grupo de mediano riesgo.

Los adultos (as) mayores estudiados sobreviven en el 70% de los casos con algún tipo de pensión. De éstos, el 72% recibe una pensión del Régimen No Contributivo que oscila en los 10.500 colones mensuales (monto básico), lo cual indica el reducido ingreso que percibe esta población para satisfacer sus necesidades básicas. Esta condición los convierte en uno de los grupos con mayor nivel de pobreza.

Con respecto al nivel educativo, un 6% es analfabeta. El 68% cursó entre primaria incompleta y completa. El 7% cursó universidad o técnico. El restante 19% se encuentra entre secundaria completa e incompleta.

En cuanto a consulta y atención en salud se refiere, los centros médicos de la Caja Costarricense del Seguro Social siguen siendo el centro de mayor uso por parte de los estudiados con un 96% de personas que asisten a éstos. Ello podría relacionarse con el bajo ingreso económico de la mayor parte de los (as) adultos (as) mayores, que les limita acceder a la consulta médica privada.

De las personas estudiadas que utilizan los servicios de la CCSS, especialmente en esta Clínica, cabe resaltar que el 42% asistió a consulta sin ningún tipo de acompañante, lo que independientemente del riesgo y de los problemas de salud que presenten, por la avanzada edad, no es recomendable que asistan solos a consulta.

Por el contrario, el 58% de los (as) adultos (as) mayores que si asistieron acompañados(as) a consulta, el 26% lo hizo con su pareja y el restante 32% con otros familiares. Este dato es muy importante para establecer acciones de atención, por cuanto es indispensable el apoyo que brinde la familia al adulto (a) mayor.

En cuanto a internamientos, se encontró que en su mayoría (87% de los estudiados) no ameritó internamientos en el sistema de salud, durante el último año. De los que tuvieron de dos a más de tres

internamientos, el 13% se concentró en aquellos (as) adultos (as) mayores con mediano riesgo por problemas de tipo crónico.

Los cinco motivos de consulta más frecuente de los (as) adultos (as) mayores estudiados fueron: hipertensión arterial, diabetes mellitus, disnea, dolores músculo esqueléticos y dolor de pecho.

El 32% de los (as) adultos (as) mayores en alto riesgo son dependientes de otras personas para: alimentarse, bañarse, vestirse, deambular y realizar otras actividades cotidianas, lo que reafirma la importancia del grupo familiar y las redes de apoyo en la calidad de vida de los(as) adultos(as) mayores.

En relación a lo anterior, el sentido de la vista es el más afectado, pues la pérdida parcial se observó en el 59% de los casos estudiados.

En cuanto al uso de medicamentos se encontró, que el 74% de los(as) tamizados(as), consume al menos un medicamento diario.

La vivienda en el 76% de las situaciones estudiadas es propia, cuyas condiciones materiales fueron consideradas como buenas en el 80% de los casos.

No obstante, el 55% de dichas viviendas presenta algún tipo de barrera arquitectónica, con gradas en el 74% de los casos, piso en mal estado en un 9%, difícil acceso en 4% y mala iluminación en el 7% de las situaciones.

El grupo familiar como se mencionó, es el recurso de mayor importancia para un adulto (a) mayor, éste existe en el 80% de los casos. Se encontró que la conformación de dicho grupo familiar está constituida principalmente por la pareja, seguido de los hijos (as) y sus respectivas familias; por último los (as) hermanos (as) y nietos (as).

El restante 20% de estos (as) adultos (as) mayores viven solos (as) lo que incrementa un mayor riesgo a su condición.

Se encontraron algunas características sugestivas de problemas psicosociales como falta de energía en un 35%, insomnio en un 30% y tristeza en el 29% de las situaciones estudiadas.

Aunado a lo anterior, se registraron condiciones psicosociales adversas en un 12% de la muestra estudiada, con problemas de soledad, abandono, maltrato, y farmacodependencia, como las más comunes. Las cuales se relacionan con la falta de recursos familiares y económicos, limitaciones identificadas como los principales problemas que enfrenta el adulto(a) mayor para su cuidado.

5. RECOMENDACIONES

El análisis de la realidad de un grupo específico de la población, requiere no sólo el conocimiento y descripción de los datos, sino también un proceso reflexivo de la información para la elaboración de acciones y estrategias concretas. Es por ello, que como resultado de la investigación realizada, se recomienda lo siguiente:

A partir del proceso de tamizaje iniciado, la demanda por atención de esta población ha aumentado considerablemente, por lo que se hace necesario elaborar estrategias de intervención preventivo-educativas orientadas a la promoción de la salud.

Estos esfuerzos se deben dirigir a fomentar estilos de vida saludables que impacten en las condiciones de vida de la población y en su bienestar en general, incorporando un mayor nivel de participación en la prevención de los problemas de salud.

Lo anterior implica también un crecimiento equitativo de los recursos institucionales para hacerle frente tanto al crecimiento de la demanda como a la elaboración y desarrollo de estrategias, dado que, ante un mayor conocimiento de las necesidades e intereses de esta población, es contradictorio mantener la misma cantidad de recursos en acciones que son novedosas.

El Servicio de Trabajo Social en esta Clínica ha sido pionero en la atención de este grupo, por lo que se requiere de más recurso humano que no sólo desarrolle mayor número de acciones y proyectos, sino que también continúe liderando los procesos estratégicos de intervención con esta población.

De esta manera se generarán acciones tendientes a la prevención y promoción de la salud en las personas de mediano y bajo riesgo, incluyendo en estas actividades la participación no sólo de las y los adultos mayores, sino también de su familia.

Es necesario la elaboración y ejecución de proyectos por un equipo interdisciplinario dirigidos a la población clasificada con alto riesgo, por su mayor demanda de los recursos del sistema de salud y de otras instituciones.

Lo anterior a través de la creación de una consulta interdisciplinaria que busque la atención integral del/la adulto(a) mayor, de manera que puedan ser canalizadas sus necesidades de atención en forma oportuna; ello implica la apertura en servicios que generalmente tienen listas de espera y el fomento de proyectos socioeducativos dirigidos a esta población, en los cuales se refuerce la integración de sus familiares y allegados.

Lo anterior a través del fomento de redes de apoyo familiar y comunal en las que se incorporen diferentes actores sociales, como son las agrupaciones, organizaciones, empresas, municipalidad e instituciones del área para la atención y promoción de esta población.

Es este sentido, la formación de grupos en las comunidades representa una alternativa para facilitar la construcción de redes, con el fin de unir esfuerzos en pro de una mejor calidad de vida para esta población.

Finalmente, las acciones propuestas para el mejoramiento de las condiciones de salud de los(as) adultos(as) mayores deben partir del cumplimiento de la normativa institucional, la cual debe de ajustarse o readecuarse no sólo a la infraestructura, sino también al recurso humano de cada centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA CASTRO MARYLN, MÉNDEZ CHANG CARMEN; (2001). La Detección del Adulto Mayor de Alto Riesgo. Tesis para optar por el grado académico de Master en Administración de Servicios de Salud Sostenibles. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

ASAMBLEA LEGISLATIVA; (2002). Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento: Ley No. 7935. Concejo Nacional de la persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; (1998). Normas de Atención Integral a las personas Adultas Mayores.

CLÍNICA DR. CLORITO PICADO; (2001). Compromiso de Gestión 2001. Áreas de Salud con Segundo Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

CLÍNICA DR. CLORITO PICADO; (1999). Programa Atención al Adulto Mayor. San José, Costa Rica. Servicio de Trabajo Social.

JIMÉNEZ RODRÍGUEZ MARÍA DEL CARMEN; (1999). "El Adulto Mayor y sus Familias en Poblaciones Excluidas. Revista de Trabajo Social, C.C.S.S., año 24, No. 56,11-26.

OPS/OMS; (s.f.). Envejecimiento en las Américas: Proyecciones para el Siglo XXI. Instituto Nacional de Envejecimiento. Departamento de Comercio y Estadística Oficina de Censo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; (1999). El Envejecimiento: Cómo superar mitos. Programa de Salud de la Familia y Población, Envejecimiento y Salud.