

Una experiencia interdisciplinaria con población adulta mayor en instituciones públicas

Julia Castells¹
Carlos Moretti²

Resumen

Se trata de un estudio comparativo a diez años a partir de una investigación realizada por uno de los autores entre 1988 y 1989 (Castells, 1988) sobre las políticas y acciones implementadas en respuesta al incremento de la población de 65 y más años. Se han tomado como marco de referencia algunas experiencias que han determinado lineamientos básicos de apertura entre la medicina y la sociedad en coincidencia con la medicina preventiva, la higiene y la medicina social que contribuyeron a la integración de las ciencias naturales con las ciencias

Palabras clave

Psicogeriatría, interdisciplina, formación profesional, prácticas metodológicas, evaluación.

Keywords

Interdiscipline, psychogeriatry, training, methodology, evaluation.

Introducción

Si partimos de la situación a nivel de formación y capacitación por ejemplo, nos preguntamos si se han experimentado cambios en las ideologías tradicionales, si la universidad ha creado nuevos espacios y si además esto se ha reflejado de alguna manera en la atención a la población.

Es evidente que la asistencia a la salud ha cambiado a partir de los últimos treinta años por el aumento de la esperanza de vida y los avances de la ciencia, que han determinado simultáneamente una atención de tipo masiva de la salud y un incremento de la capacidad de cobertura a la población. Es a partir de esta situación que observaremos algunos temas en este estudio comparativo.

Sobresale en primer lugar la *inadecuación de la estructura física y organizativa* a los nuevos requerimientos,

1. Master en Ciencias Sociales; Especialista en políticas para población adulta mayor; Ex. CEIS, Univ. di Tor Vergata, Roma. Miembro de APSA, Buenos Aires.

2. Médico Psicogeriatra. Vice-presidente del Capítulo Psicogeriatría de APSA.

del hombre. En esta línea mencionamos entre otros a Enrique Pichón Riviére, Mauricio Goldemberg, Mario Strejilevich, etc., hombres pioneros que han impulsado estas tendencias. ¿Por qué recuperamos una experiencia de trabajo interdisciplinario a diez años de distancia? Nos preguntamos qué ha sucedido en estos años en el país y cómo es actualmente la atención de la salud y en particular la que respecta al área geriátrica y gerontológica.

Abstract

This paper is a ten years compative one based on an extensive sample survey carried out by one of the authors (Castells 1988) between 1988-1989 an on other sources, aims to present a picture of the state of health and social provision for the old in Argentina. We refer to a few experiences that opened the communication channels between the medicin sciencies an the social ones: preventive medicine, hygiene and social medicine. Some of the pionners in this area in our country were Pichon Riviére, Mauricio Goldemberg, Mario Strejilevich, etc. In this underdisciplinary study we inquire what has happened in the last ten years in the country and how at present is the health care focused on the geriatrics and gerontology field near the year 2000.

destacándose especialmente la escasez de formación en los planteles profesionales. La inserción de nuevas metodologías en la planificación de los servicios para los adultos mayores y su familia aparece entonces como un requerimiento indispensable así como también la determinación de políticas sociales que incluyan a toda la comunidad en su conjunto.

Por un lado, la estructura familiar argentina ya debilitada por su origen migratorio va demostrando ser poco consistente para retener al anciano dentro del grupo familiar y a medida que se va limitando el contacto con abuelos y bisabuelos se va perdiendo la continuidad generacional.

Por otro lado la estructura sanitaria no se ha ido desarrollando paralelamente con la población, siendo superada por el sistema privado que se ha apropiado del espacio creciendo descontroladamente y con graves falencias en la atención y en la adecuación de las necesidades y sobre todo en la capacidad de contención de los ancianos recuperados clínicamente por el hospital público.

En cuanto al *trabajo interdisciplinario* nos preguntamos ante todo si ha habido una integración del rol del médico con otros grupos de trabajadores de la salud (epidemiólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, neurólogos, geriatras, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, enfermeras, kinesioterapistas, terapistas ocupacionales, psicopedagogos, acompañantes terapéuticos, etc.) y si el efecto se ha multiplicado o se ha restringido a algunas áreas o a grupos determinados.

A pesar de la poca información con que contamos respecto de esta situación es real que se ha operado un crecimiento de los grupos de trabajo y de investigación científica, pero pocos de ellos han sido de carácter interdisciplinario y su desarrollo se ha verificado más enfáticamente en la ciudad de Buenos Aires que en otros centros urbanos menores y muy escasamente en el resto del país.

Respecto de la *aplicación de técnicas terapéuticas* en la prevención terciaria, como la rehabilitación multidisciplinaria, la valorización del esquema corporal, la kinesiología y la fisioterapia por ejemplo nos preguntamos si han crecido

paralelamente a las necesidades de la población y si se han incorporado a las nuevas tendencias mundiales.

Nos preguntamos también si se han divulgado algunas técnicas simples como por ejemplo la “semiología del espejo” implementada por Mario Strejilevich u otras técnicas para la detección del deterioro físico en pacientes ancianos y si hay estudios puntuales sobre estas situaciones.

Y consecuentemente con esto si *la asistencia a la población* de adultos mayores ha demostrado mayor eficacia, si el equipamiento de las áreas de geriatría de los hospitales ha mejorado en estos últimos diez años; ¿cómo lo podemos evaluar, hay estadísticas, estudios de investigación y fondos destinados para evaluarlo?

Finalmente en cuanto al *rol de la comunidad* ¿se ha operado un acercamiento hacia los ancianos, una revalorización de sus potencialidades o un cambio sobre las falsas ideas acerca del envejecimiento? ¿Han aparecido sistemas espontáneos de apoyo como los grupos de auto ayuda o de voluntariado solidario? y en cuanto a las *políticas públicas*, ¿se han demostrado avances hacia la protección de estos sectores?

Comparando esta situación con la de otros países con una situación demográfica, política y social similar ¿podríamos afirmar que desde 1988 a la fecha (1999) se han producido cambios sustanciales en el país? Pasemos a responder las preguntas que guiaron este estudio comparativo.

1. Una experiencia de capacitación de profesionales dedicados a la atención de adultos mayores

Se sabe desde algunos unos años que la población argentina al igual que la de una parte del mundo desarrollado está atravesando un acelerado proceso de envejecimiento manifestado específicamente en el aumento de la esperanza de vida y en la caída de la natalidad. Dicho fenómeno no ha pasado desapercibido para nuestra sociedad y se ha manifestado entre otras cosas en serias dificultades en la atención médica y social de la población, situación estudia-

da a través de una investigación sobre la prestación de los servicios sociales para la tercera edad de escasos recursos (Castells, 1988) realizada por muestreo en el Gran Buenos Aires y resto del país en el marco del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo.

Entre los resultados obtenidos sobresale la falta general de previsión de políticas de protección a este sector de la población, y paralelamente a ello se manifiesta una toma de conciencia de la carencia de capacitación de los equipos profesionales.

A partir de los resultados del diagnóstico y respondiendo a una demanda de capacitación departe de los equipos de salud contactados se implementó un Programa de Capacitación de Capacitadores (Castells, 1990) que consideró oportuno completar la formación en aspectos teóricos y prácticos de gerontología, psicogeriatría, metodología de la investigación social, de la planificación, demografía, historia de la legislación, políticas sociales y economía de la familia.

La parte teórica llevada a cabo por un equipo interdisciplinario formado por un médico sanitarista, un psicogeriatra, dos sociólogos, un sociodemógrafo, un economista y un historiador se complementó con clases prácticas en los hospitales geriátricos provinciales. Asistieron al programa alrededor de sesenta profesionales de distintas disciplinas pertenecientes a instituciones nacionales y provinciales.

2. Contenidos metodológicos y técnicas introducidas en la capacitación

Las metodologías y técnicas de trabajo interdisciplinario impartidas al equipo de salud constituido por médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, kinesiólogos, enfermeras, asistentes sociales y auxiliares geriátricos fueron las siguientes:

2.1 *Delimitación teórica de los conceptos de neurosis, psicosis y demencias en personas ancianas*

Objetivos: esclarecimiento de las diferencias a nivel científico y práctico.

2.2 *Introducción a la metodología de los grupos tipo Balint*

Objetivos: optimización de la forma

de trabajo profesional para evitar dificultades.

Técnica: detectar la influencia de lo contratransferencial y la historia personal del profesional para prevenir los inconvenientes en la neutralización de la transferencia o la contratransferencia.

2.3 *Aplicación de una metodología participativa de trabajo interdisciplinario: "Juego de la NASA"*

Objetivos: enseñar al equipo las diferentes disciplinas para elaborar conclusiones en forma grupal demostrando que es posible obtener soluciones evitando la preponderancia individual.

Técnica: La práctica del juego presupone una exploración a la luna en donde se exige a los tripulantes tomar decisiones determinantes para la supervivencia. El juego que se inició dentro de un clima tenso concluyó con la elaboración de conclusiones conjuntas que dieron lugar a una evidente distensión del equipo interdisciplinario demostrando el éxito de la tarea realizada en forma participativa.

2.4 *Valorización del concepto de superficie corporal*

Objetivos: lograr la optimización de la elasticidad, la flexibilidad, la organización de la postura, el equilibrio y la marcha a través de acciones kinesiológicas articuladas.

Técnica: Partiendo de la evaluación del nivel de la aptitud kinética antes y después se va observando el grado de recuperación operada al cabo de dos meses, como mínimo, de la aplicación de la terapia indicada.

2.5 *Rescate de la habilidad manual fina, reactivación de la memoria, del equilibrio y la marcha*

Objetivos: El objetivo es buscar un intervalo que permita disfrutar y revalorizar la personalidad de manera que la tarea no se transforme en una obligación de tipo escolar que sea abandonada por cansancio. El éxito de esta técnica consiste en que conjuntamente con el logro de la autoestima se incorporan conceptos teórico-prácticos para recuperación de la manualidad fina, la marcha y el equilibrio.

Esta práctica es de gran utilidad porque hace descubrir al adulto que es posible retomar la escritura actuando sobre el rescate de la autoestima sobre todo cuando la práctica ha sido abandonada hace muchos años.

Técnica: solicitar al adulto la copia de un texto impreso de tipo no político, ni filosófico, ni religioso de no más de veinte líneas que primero se realiza en letra mayúscula de imprenta repitiéndose a los dos días en minúscula cursiva. La tarea no deberá exceder las dos copias por semana.

Estas capacidades remiten a la primera infancia período en el cual convergen los diferentes aprendizajes en el ser humano que al ser reactivados en la madurez producen un importante impulso en la recuperación de la autoestima.

2.6 *Detección rápida de la patología*

Objetivos: Determinación de los parámetros para la construcción de una historia clínica simple con orientación socio-geriátrica con la inclusión de un test de "Señales de Alarma" para la detección rápida de la patología.

Técnica: Con el aporte participativo del equipo interdisciplinario se integraron los conceptos básicos para la organización de un modelo de historia clínica y social dividida en tres secciones.

La primera con preguntas sobre la situación socio-demográfica y habitacional del paciente; la segunda con una anamnesis simple, rápida y precisa referida a los elementos indispensables de tipo biológico, psicológico y social; la tercera para la detección de la patología gerontológica mediante un código común de "señales de alarma" fácil de aplicar en todos los contextos de trabajo sobretodo en situaciones de escasos recursos y en ausencia del médico especialista.

2.7 *Semiología del Espejo (Mario Strejilevich)*

El *objetivo:* hacer reconocer en el adulto la imagen integrada del cuerpo frente a un espejo que lo refleje en su totalidad. La experiencia fue puesta en práctica por Mario Strejilevich para detectar el nivel de suficiencia en pacientes mayores institucionalizados con deterioro cognitivo, carentes de estimulación y con considerables niveles de hospitalismo.

Técnica: Con la imprescindible presencia del médico de cabecera, un asistente social y un kinesiólogo se realizaron una serie de maniobras para testear los niveles de conservación cognitiva. Por ejemplo: frente al espejo hacer tocar con la mano derecha la oreja iz-

quierda y tocarla luego en el espejo. Posteriormente se solicitaron tareas más complicadas a medida que se fue determinando en el paciente el nivel de capacidad para llevarlas a cabo.

Como resultado de la experiencia se comprobó que al llevar a los ancianos frente al espejo se producía una reacción espontánea de enderezar el cuerpo y modificar su postura. Las mujeres tendían a arreglarse el cabello y la ropa, los hombres se abotonaban la camisa, el cuello, el saco o el *pullover*. La visión de su imagen en el espejo, generalmente desprolija les hacía modificar la postura del esquema corporal mejorando su aspecto externo. Esto demostró que hacía mucho tiempo que los ancianos no tenían una imagen completa de su cuerpo.

Como conclusión se observó que el grupo de profesionales incómodo y tenso al comienzo de la experiencia se distendió asombrado frente a la respuesta inesperada de los ancianos.

3. Principales problemas encontrados en la atención de ancianos de escasos recursos

A partir de la observación de los hospitales geriátricos en tanto instituciones especiales para la atención de la salud de las personas mayores se completó un diagnóstico de su estado de mantenimiento para llegar a la atención de los ancianos residentes encontrándose las siguientes situaciones.

3.1 Equipamiento hospitalario

Los hospitales geriátricos padecían un gran deterioro y abandono observable en el estado de conservación de sus unidades físicas y de su equipamiento, situación atribuida al escaso presupuesto.

3.2 En la asistencia

Se observaron situaciones de *desinterés, falta de constancia y eficiencia* en la asistencia a los pacientes, dificultades en la comunicación entre los médicos y sus colaboradores así como en la coordinación de los equipos técnicos y administrativos y persistentes muestras de autoritarismo dentro del equipo de salud y frente a los pacientes.

Llamó particularmente la atención entre algunos profesionales el *desconocimiento del esquema corporal* y de la

anatomía de los órganos sexuales situaciones que se reflejaron en las dificultades del equipo para abordar estos temas.

Para ilustrar algunos casos sobre la conducción de diferentes situaciones referentes a la sexualidad en los ancianos bastan algunos hechos mencionados por los profesionales:

- En primer lugar; un paciente de sexo masculino había sido expulsado fuera de un hospital público al ser descubierto en juego sexual con personal auxiliar.

- En segundo lugar; un hecho corrientemente observado era que los ancianos ofrecieran propinas al personal auxiliar para lograr “atenciones más personalizadas” durante el aseo cotidiano. Esto era una muestra de la carencia de relaciones afectivas entre los institucionalizados.

- En tercer lugar; a partir de la lectura de las historias clínicas las contradicciones en los diagnósticos mostraban la escasa capacitación en la labor geriátrica asistencial departe del equipo técnico.

3.3 En la estimulación

Se encontraron diferentes grupos de ancianos, unos carentes de toda estimulación y con un alto grado de deterioro físico y psíquico conviviendo con otros con tareas laborales asignadas.

Entre estos había algunos que habían solicitado permiso para cultivar la tierra, hacer jardinería y carpintería utilizado luego como una contribución a la institución.

No encontramos elementos que activasen la estimulación visual como por ejemplo espejos, tan útiles para de mantener la imagen plástica frente a sí mismo y a los demás, solo había pequeños segmentos de espejo para que los hombres pudieran afeitarse la barba.

Observamos que tampoco se implementaban terapias para el desarrollo del esquema cognitivo o para el rescate de la manualidad.

3.4 En la utilización de las historias clínicas

Una proporción de las historias clínicas observadas al azar estaban incompletas o bien llenadas con apuro. En algunos hospitales era común el uso de cuestionarios con anamnesis excesivamente complicadas y largas, muy dificultosas para determinar un diagnóstico preciso, sobre todo en instituciones

con muy escasos recursos. Faltaba también la historia psicosocial y el diagnóstico psiquiátrico demostrándose limitaciones en la formación profesional respecto de la incorporación de otros elementos interdisciplinarios.

3.5 *En las relaciones con la comunidad*

No encontramos redes de participación entre el hospital y las instituciones vecinas de la comunidad ni interés en recrearlas a lo cual se agregaba la poca colaboración demostrada por la familia de los ancianos internados. En algunos hospitales se habían registrado algunos casos de abandono de ancianos que habían sido dejados por familiares en las puertas de la institución sin dejar referencias.

4. ¿Por qué consideramos la necesidad de implementar una capacitación interdisciplinaria?

Primeramente porque sigue siendo una técnica poco utilizada que no ha sido totalmente aceptada en el campo de la medicina, situación más acentuada en las instituciones del interior del país. En segundo lugar porque observamos muy poca complementariedad interdisciplinaria entre quienes trabajaban en el área geriátrica demostrando en ese momento que los problemas más observados entre los profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, kinesiólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares geriátricos, etc.) eran la incomunicación y la desvalorización profesional, los prejuicios, la omnipotencia y, sobre todo de parte del sector médico, el rechazo a la labor interdisciplinaria salvo en el caso en que era encarada por ellos mismos. Esto se podía explicar entre otras cosas por el precario nivel de capacitación observado entre los equipos médicos de las instituciones observadas.

Consideramos que tanto en la práctica como en la investigación en las ciencias de la salud, mantener una posición "omnisciente" es decir pretender demostrar la supremacía del conocimiento

interfiere en el proceso de crecimiento del mismo y pensamos que lo más adecuado para la comprensión de los fenómenos humanos lo puede ofrecer una interpretación global que desde diferentes áreas aporte nuevos conocimientos.

Conclusiones

A partir de la implementación del mencionado Programa de Capacitación de tipo interdisciplinario se pudieron recoger diversas impresiones. En un primer momento se puso de manifiesto la incomodidad y el rechazo frente a la tarea interdisciplinaria actitud mayormente expresada por parte del sector médico; el hecho de que esta práctica no fuera habitual provocaba desconcierto y sentimiento de descategorización profesional. Entre los otros miembros del equipo de salud; los asistentes sociales, las enfermeras y los técnicos de diversas especialidades se demostró desde el comienzo de la práctica, muy buena disposición y aceptación de la labor encarada interdisciplinariamente.

Al finalizar el programa el sector médico en cambio manifestó firmemente la necesidad de proseguir con este tipo de capacitación dirigida más específicamente hacia temas de sexualidad, enseñanza de terapias para el rescate de la manualidad y de los aspectos cognitivos, prosiguiendo con el adiestramiento interdisciplinario y la necesidad de supervisiones constantes de las tareas mencionadas.

Bibliografía

- Castells J. (1988). *Servicios Sociales para la Tercera Edad en la República Argentina, Diagnóstico para Políticas Públicas*, Tomo I, II. PNUD-INSSJP, Buenos Aires.
- Castells J. (1992). *Ficción y Realidad de la Política Social para la Ancianidad en la Argentina* (Vol. I y II), Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Golini A, Pinelli A. (1993). *Population Aging in Italy*. CICRED-INIA, U.N. Malta.
- Lévy-Strauss C. (1968). *Las Estructuras Elementales de Parentesco*. Buenos Aires: Paidós.
- Moretti CJ. (1995). "Condiciones para la Interdisciplina", *CLAVES en Psicoanálisis y Medicina* V. 8.
- Strjilevich M. (1985). "Reflexiones sobre Temas de Gerontopsiquiatría". *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría* 1 1. Buenos Aires.