

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

IN THIS ISSUE:

- 5 Karina Raquel Parada Muñoz
Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores
- 16 Perla Beatriz Bronstein
La entrevista Psicogerontológica en la VGI
- 24 Perla Beatriz Bronstein
A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
(Comunicación XIX Congreso Argentino de Gerontología y Geriátrica 2023)

ISSN 2341-4936

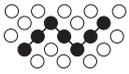
Nº — Vol

2 10

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20
DICIEMBRE
23



“Aprovecha la oportunidad en todas las cosas; no hay mérito mayor.”

(Píndaro, 521 AC-441 AC)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

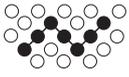
Comité Asesor Nacional

José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Estefanía Martín Zarza (Salamanca)
Laura Rubio Rubio (Granada)
Charo Pita Díaz (A Coruña)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Karina Raquel Parada Muñoz

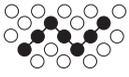
Análisis comparativo del estado
cognitivo pre y post pandemia por
Covid-19 en adultos mayores

- 16 Perla Beatriz Bronstein

La entrevista Psicogerontológica en la
VGI

- 24 Perla Beatriz Bronstein

A propósito de las caídas: Impacto en el
quehacer gerontológico de un equipo
interdisciplinario



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

Cohesión y coordinación Sociosanitaria

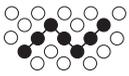
Hablamos de proyectar un modelo de garantías dentro de la diversa atención Sociosanitaria especializada. Una perspectiva global que cohesionese esfuerzos en un mismo sentido - *consolidar la calidad de vida y el sostén necesario en recursos para posibilitar una atención sólida y especializada*-. En este caso, es importante destacar la labor de la formación, profesionales preparados e instruidos ofrecerán cuidados específicos y adecuados, orientados a corresponder en los principios de la atención centrada en la persona y los postulados de intervención hacia la calidad y la protección a la salud e integridad del individuo.

La evaluación constante y continua de competencias también debe ser percibida en los perfiles profesionales. Incorporar y adquirir conocimientos actualizados y

competencias y habilidades, así como el perfeccionamiento de las mismas, sin olvidar las relaciones interpersonales y la gerencia, sin relaciones verticales, primadas de consideración, de respeto y de los incentivos correspondientes.

El intercambio de experiencias y la comunicación activa y fluida con las familias, aporta grandes beneficios y promueve la participación y la mutua implicación en el proceso.

Las prestaciones tecnológicas, deben incorporarse a la intervención cotidiana como facilitadores. Indudablemente, el progreso pasa por una labor de gestión que promueva la proactividad y la reducción o control adecuados de las fuentes de estrés laboral.



Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores

Karina Raquel Parada Muñoz ¹

Resumen

El objeto de este estudio fue conocer el estado cognitivo de 38 usuarios pertenecientes al Centro del Adulto Mayor "Hogar de los Abuelos" de Acción Social Municipal de la ciudad de Cuenca - Ecuador, para posteriormente comparar estos resultados con los datos registrados mediante los mismos instrumentos, antes del confinamiento ocasionado por la pandemia de COVID-19. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, cuasiexperimental y descriptiva. Se usó una ficha sociodemográfica ad hoc y el Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental (α 0,88). Los resultados indicaron que el declive cognitivo aumentó un 23,7% en el post test. Estos hallazgos nos permiten observar las posibles secuelas que la pandemia ha ocasionado en la población adulta mayor.

Palabras clave: Deterioro Cognitivo, Adulto Mayor, Covid-19.

Abstract

The purpose of this study was to know the cognitive state of 38 users of the Center for the Elderly "Hogar de Los Abuelos" of Municipal Social Action of Cuenca - Ecuador, to later compare these results with the data recorded using the same instruments, before the confinement caused by the COVID-19 pandemic. Quantitative, quasi-experimental, and descriptive research was carried out. An ad hoc sociodemographic record was used and the Brief Portable Men-

Mental State Questionnaire (α 0.88). The results indicated that cognitive decline increased of 23.7% after the pandemic. These findings allow us to observe the possible consequences that the pandemic has caused in elders.

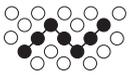
Keywords: cognitive impairment, elders, COVID-19.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2023

Recibido:
05/08/2023

Aceptado:
19/09/2023

(1) Psicóloga Clínica. Magíster en Neuropsicología por la Universidad del Azuay. Diplomado en Atención Integral en Salud de las Víctimas de Violencia Sexual, Politécnico de Colombia. Certificación en Psicología Criminológica y Forense, Colegio Mexicano de Ciencias Forenses. Esp. en Protección Integral (UCACUE). Cuenta con experiencia en el área infanto juvenil, drogodependencia, intervención en crisis, psicoterapia y neurorrehabilitación. En la actualidad se desempeña como psicóloga del Consejo Cantonal de Protección de Derechos de Azogues, en donde brinda asesoría psicológica y seguimiento a casos de vulneración de derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad, género y personas en situación de movilidad. Contacto: kariparadamunoz@outlook.com



Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores

Introducción

ID-19, los estudios muestran que la población general y especialmente aquellas personas que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad como los adultos mayores, han sufrido alteraciones en su salud mental, y el número de pacientes aquejados con alteraciones cognitivas ha incrementado. Por esta razón, la presente investigación busca analizar los cambios presentados en el estado cognoscitivo de este grupo etario y su consecuente limitación en el nivel de funcionabilidad del adulto mayor. Este conocimiento aportará datos de interés para brindar una atención integral, partiendo de características neuropsicológicas de los procesos cognitivos afectados, que permitan establecer los tratamientos más efectivos a realizar en este ámbito, con el fin de contribuir al bienestar durante la tercera edad.

Adulto Mayor

Se determina que una persona ha alcanzado la categoría de adulto mayor a partir de los 60 o 65 años en adelante; a nivel mundial, según cifras de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2050 la cantidad de personas de la tercera edad, será el equivalente al 22% del total de población mundial, lo cual sería casi el doble de los datos actuales que rondan el 12% (World Health Organization, 2021).

Para Camargo et al. (2017) el envejecimiento es un proceso natural, continuo e irreversible de la vida, en donde se producen cambios físicos, psicológicos, sociales y funcionales, los cuales ocasionan un deterioro gradual en el organismo.

Es así que, producto de la edad avanzada se genera mayor susceptibilidad a diversas patologías, lo cual dificulta disgregar los cambios asociados al envejecimiento conocido como normal, de aquellos relacionados con procesos que dan lugar al denominado envejecimiento patológico; en efecto, incluso en ausencia de patologías, lo esperable es que se produzcan modificaciones en la organización funcional del cerebro durante la tercera edad, ocasionando cambios fisiológicos, motores, comportamentales y alteraciones en la cognición (Gámiz y Gallo, 2012).

A nivel del sistema nervioso se conoce que el peso del cerebro disminuye entre el 10% y el 20% a consecuencia de la pérdida de lípidos y proteínas. Las circunvoluciones disminuyen, uniéndose las crestas y

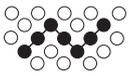
agrandándose los surcos. El volumen de los ventrículos laterales, así como del líquido cefalorraquídeo aumentan y el agua intracelular, el flujo de la sangre, el gasto de oxígeno, glucosa y proteínas disminuyen (Contreras et al., 2005).

Por su parte, la formación hipocampal es una de las más estudiadas en el envejecimiento debido a que existe evidencia que documenta una serie de alteraciones y deterioros en la función morfología y metabolismo del hipocampo asociado a la edad; además los daños y alteraciones en el funcionamiento del sistema hipocampal han sido típicamente asociados a deterioros cognitivos como problemas de memoria y atención, enfermedad de Alzheimer, isquemia, hipoxia y generación de ataques epilépticos (Erickson et al., 2012). Jagust (2013) menciona que con la vejez se manifiestan cambios en la organización anatómico funcional del sistema nervioso, entre ellos disminución del número y longitud de dendritas, menor número de axones y deterioro mielínico, así como pérdida sináptica considerable.

De igual forma, otro elemento que se ve afectado en los adultos mayores son los neurotransmisores, observando mayor dificultad para su síntesis y posterior degradación. Dentro de este contexto, se vislumbra un patrón común de disminución de los neurotransmisores principalmente en los sistemas catecolaminérgico (dopamina y noradrenalina) y colinérgico (acetilcolina). También son importantes las descompensaciones e interacciones entre los diferentes sistemas de neurotransmisión.

Así mismo, uno de los neurotransmisores asociados a la senectud es la dopamina, cuyos niveles en el SNC se reducen considerablemente, principalmente en la sustancia nigra. También, los receptores de dopamina disminuyen especialmente los subtipos D1 y D2 en el tálamo, la corteza frontal, el giro cingulado anterior, corteza temporal y cuerpo estriado. Además, se presenta incremento de monoamino oxidasa (MAO) que lleva a un deterioro de la actividad motora. Es por esto que la alteración en cualquiera de las vías de neurotransmisores especialmente la colinérgica y la serotoninérgica, están relacionadas al Alzheimer y a trastornos de ánimo (Saleh, 2012).

Rodríguez (2010) menciona que, debido al gran número de cambios en la estructura y funcionamiento cerebral durante la vejez, el funcionamiento a nivel cognoscitivo empieza a declinar, aunque este proceso no es igual para todas las personas. En el área cognitiva se aprecia un en-



Parada Muñoz

enlentecimiento general en casi todas las funciones mentales, pérdida de memoria a corto plazo, así como disminución de la capacidad de aprendizaje; por otra parte, la memoria de evocación y el pensamiento abstracto se deterioran considerablemente. La perturbación de las funciones cognitivas en los adultos mayores, generan sentimientos de incertidumbre, al ver atentada su autonomía, por lo que algunos adultos mayores con dificultad de la memoria experimentan angustia frente a la evolución de la enfermedad (Noriega et al., 2005).

Diversos estudios muestran alteraciones en las dinámicas cognitivas durante el envejecimiento, entre ellas la atención, la memoria, la percepción, la orientación, el tiempo de reacción, problemas de razonamiento, pueden verse afectadas si existen enfermedades de base como la demencia senil, Alzheimer o Parkinson (Gonzales y De la Fuente, 2014).

Una característica destacable en la organización funcional del cerebro son los ejes de redes neuronales interconectadas y altamente funcionales, como la ínsula, la corteza cingulada anterior y posterior, la corteza frontal superior y la corteza prefrontal medial. Estos ejes además son la base neurocognitiva de redes funcionales, indispensables para las funciones cognoscitivas superiores. Durante el envejecimiento, la interconexión entre las estructuras del cerebro disminuye, causando efectos negativos en la memoria episódica y las funciones ejecutivas (Da Silva, et al., 2019).

COVID – 19

Conforme se envejece, no sólo el sistema nervioso se deteriora, sino también el sistema inmunológico tiende a debilitarse, es por esto que resulta más difícil para los adultos mayores, combatir el nuevo virus COVID-19.

El COVID-19 pertenece a la familia de los coronavirus, llevan este nombre ya que están rodeados de proteínas que se asemejan a una corona; tiene un origen zoonótico, lo que significa que se trasladó desde un animal, probablemente un murciélago a un ser humano

(Zhou et al., 2020).

A finales del año 2019, la Organización Mundial de la Salud advirtió la presencia de brotes de neumonía con etiología desconocida, detectados por primera vez en un mercado de la ciudad Wuhan – China. Consistía en un nuevo virus que se expandió rápidamente por todos los países, con un nivel fácil de contagio, provocando consecuencias negativas en el organismo y con una alta mortalidad, especialmente en personas de la tercera edad o con comorbilidad preexistente, razón por la cual el coronavirus (SARS-CoV-2) fue declarado pandemia y considerado como una emergencia sanitaria internacional (OPS, 2020).

Los virus tienden a mutar y potenciar sus características, esto origina nuevas cepas más agresivas y mejor adaptadas al medio donde se desenvuelven, lo que dificulta hacer frente a la enfermedad y detener su propagación (Torres et al., 2021).

Se conoce que el coronavirus puede transmitirse por varias vías, principalmente de una persona a otra, cuando estas se encuentran a menos de un metro de distancia, producto de las gotículas que son expulsadas al hablar o toser (OPS, 2020).

La sintomatología producida por el coronavirus varía de una persona a otra y conforme se analiza la enfermedad, siguen apareciendo nuevos síntomas; así mismo, el cuadro clínico evoluciona progresivamente desde síntomas leves a graves. Los síntomas leves se manifiestan con fiebre, dolor muscular, cansancio, tos seca, anosmia, disgeusia, dolor de garganta y diarrea (Valentín et al., 2020); en cuanto a los síntomas graves, la complicación más común es el síndrome agudo de dificultad respiratoria, problemas cardíacos e infecciones que requieren el ingreso a la unidad de cuidados intensivos e intubación en casos más extremos (Huang et al., 2020).

El impacto del covid-19 no se limita únicamente a las muertes ocasionadas por el virus, sino también a las múltiples consecuencias que provoca en la salud una vez superada la enfermedad. Las secuelas se reflejan en cualquier grupo etario, pero quizás uno de los más afectados son los grupos vulnerables, como las personas mayores a los 65 años.



Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores

Al denominar inicialmente el COVID-19 como SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) llevaba a comprenderlo como un síndrome esencialmente respiratorio; sin embargo, hay abundante evidencia de la afectación que provoca el virus en el sistema nervioso, tanto central como periférico. Cada vez más estudios sugieren que la infección por el nuevo coronavirus provoca una serie de secuelas neurológicas, desde síntomas temporales como la anosmia y hasta algunos más duraderos, como la pérdida de memoria o falta de concentración, dificultad para encontrar palabras y trastornos del sueño, impactando en la memoria, lenguaje, funciones perceptuales de índole visoespacial, procesamiento de información visual compleja, planificación de funciones motoras complejas, funciones autonómicas y emocionales, así como aspectos atencionales. Es así que algunos pacientes que se han recuperado de la enfermedad presentan secuelas cognitivas post covid, las investigaciones refieren que las alteraciones en la atención, memoria y concentración son las más reportadas (Bougakov et al., 2020).

Y así lo muestran diferentes artículos, por ejemplo, Jaywant et al. (2021) evaluaron 57 pacientes en un centro de rehabilitación para pacientes que tuvieron COVID-19 mediante el Brief Memory and Executive Test (BMET), encontraron que 81% de las personas presentaron al menos algún grado de déficit cognitivo, siendo las subpruebas que mayor impacto patológico mostraron las que medían atención y funciones ejecutivas.

Un estudio realizado en Madrid con personas que acudían a consulta de neurología tras la infección por SARS-CoV-2, determinó que el 77% de los casos presentó alteraciones en la memoria y un 43% por trastornos atencionales. Otra investigación realizada en Galicia, entre personas que han superado la COVID-19 y sin sintomatología neurológica previa, llega a la conclusión de que luego de tres meses después del alta hospitalaria el 45% de los pacientes presenta disfunción cognitiva leve y el 8% moderada-grave. Por lo antes expuesto, el coronavirus se ha convertido en un factor potente para causar efectos neurológicos agudos y tardíos. Algo que se agrava evidentemente, con el condicionante de la edad avanzada (Kumar, Veldhuis, & Malhotra, 2021).

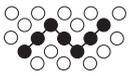
La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el estado cognitivo y determinar si existen diferencias significativas antes y después de la pandemia por COVID-19, en adultos mayores pertenecientes al “Hogar de los Abuelos” de Acción Social Municipal de la ciudad de Cuenca – Ecuador.

Materiales y métodos

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, consiste en una investigación cuasi-experimental de tipo descriptivo. Los datos fueron recolectados a finales del año 2021, mediante la aplicación de reactivos psicológicos (ficha sociodemográfica y el Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental) a los usuarios del Centro del Adulto Mayor “Hogar de los Abuelos” de Acción Social Municipal de la ciudad de Cuenca (n=38), mediante un muestreo no probabilístico de tipo propositivo, para posteriormente comparar estos resultados con la valoración realizada previamente mediante los mismos instrumentos antes del inicio de la pandemia.

-Ficha sociodemográfica. Las variables que se evaluaron mediante la ficha sociodemográfica son: género, edad, escolaridad, estado civil, si la persona o algún familiar cercano ha pasado por COVID-19.

-Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ). Consiste en un screening rápido que detecta alteración en el funcionamiento cognitivo y puede ser aplicada a personas de bajo nivel escolar. Tiene una sensibilidad del 85,9%, especificidad del 78,9% y un alfa de Cronbach de 0,88. Contiene 10 ítems que evalúan orientación temporal y espacial, memoria a corto y largo plazo, información de hechos cotidianos y cálculo simple. Cada respuesta incorrecta presentada en alguno de los ítems suma un punto; las puntuaciones obtenidas oscilan entre 0 y 10, con una puntuación de corte clínico de 3, representando los siguientes grados de deterioro: de 0 a 2 errores: normal, 3 a 4 errores: deterioro leve, 5 a 7 errores: deterioro moderado y 8 a 10 errores: deterioro grave (Guevara y Morales, 2018). La brevedad del test, su fácil aplicación y la poca influencia de variables socioculturales, hace que se lo considere como una herramienta de interés para la atención primaria y se lo use ampliamente en investigaciones con grupos poblacionales; además Cañizares et al. (2010) ha



Parada Muñoz

adaptado y validado esta prueba en población ecuatoriana.

El procesamiento de información se lo realizó en el programa estadístico SPSS V28 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2019. Los resultados se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión y las categorías mediante frecuencias.

Para establecer la comparación pre y post test se empleó el estadístico Chi Cuadrado de McNemar para los ítems individuales y las pruebas, t Student para muestras relacionadas y la prueba de Wilcoxon para establecer los cambios generales pre post test. Se consideró una significancia de 0.05 ($p < 0.05$).

Resultados

La investigación fue realizada con 38 adultos mayores que son parte del Centro del Adulto Mayor “Hogar de los Abuelos” de Acción Social Municipal de Cuenca, fueron 32 personas de género femenino (84.2%) y 6 género masculino (15.8%). La mayoría de ellos con bajo nivel de instrucción correspondiente a básica incompleta y básica completa, además el nivel socioeconómico del 97.4% era medio, fueron 2 personas (5.3%) quienes padecieron COVID 19 y 11 (28.9%) habían perdido un familiar a causa de esta enfermedad (Detalles en la Tabla 1).

Con respecto a los cambios específicos cognitivos se han detectado cambios en 5 de los 10 indicadores planteados principalmente en la fecha, en el día de la semana, en los años que tenían las personas, nombre del presidente actual y nombre del presidente anterior, reflejando dificultades referentes al tiempo. Es importante tener en cuenta también que durante el transcurso de la pandemia hubo el cambio de presidente (Ver Tabla 2).

En cuanto al estado cognitivo medido en escala del 0 al 10, inicialmente se mostró una puntuación de 3 (DE=1.4), y luego de la evaluación se presentó un puntaje de 4.7 (DE=2.2) evidenciándose un incremento de 1.7 en el deterioro cognitivo de los adultos mayores siendo significativamente importante ($t = -8.27$; $p > 0.01$).

Se estableció que 32 adultos mayores incrementaron su déficit cognitivo en alguna medida y 6 que se mantuvieron antes y después de la evaluación presentado cambios significativos ($z = -5.0$; $p > 0.01$),

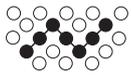
en este caso se determinó que pre pandemia el 60.5% de participantes presentaban algún nivel de deterioro cognitivo máximo en un nivel moderado, mientras que en el transcurso de la pandemia por COVID 19, el 84.2% de adultos mayores presentaron algún nivel de deterioro, incluso llegando al severo (Detalles en la Figura 1).

Discusión

Referente al tercer objetivo establecido, describir los principales cambios cognitivos presentados por los adultos mayores durante la emergencia sanitaria, se estableció en esta investigación que previo a la pandemia el 60.5% de adultos mayores presentaban algún nivel de deterioro cognitivo, entre tanto que, durante el transcurso de la pandemia por COVID 19, el 84.2% presentaron niveles de deterioro, incluso llegando al severo. Así mismo los cambios cognitivos que se manifestaron en los encuestados fueron en la orientación temporal (día y fecha), memoria a largo plazo (edad) e información de hechos cotidianos (nombre del presidente actual y del anterior).

Estos resultados podrían estar ligados a ciertas condiciones específicas de la muestra, ya que como se observó en los resultados, el 71% de participantes presentan un nivel educativo básico, este factor es determinante, ya que como bien se ha detallado en varios estudios, un mayor nivel de educación se convierte en un factor protector frente a los procesos patológicos cerebrales; en consecuencia, la frecuencia de personas con sospecha de deterioro cognitivo es mayor en aquellos con nivel educativo bajo y medio. El nivel educativo alcanzado en la infancia es el predictor más fuerte de funcionamiento cognitivo en la vida adulta, ya que la conectividad neuronal alcanzada en las primeras etapas vitales, es el que persistirá durante el resto de la vida (Jefferson et al., 2011).

Un estudio que presenta similitud con los datos encontrados, consiste en una investigación desarrollada en España por Penalva et al. (2021) quienes evaluaron a 48 adultos mayores al comienzo de la pandemia y luego de transcurrido un año de la misma, hallando un deterioro cognitivo significativo en el post test, producto de las normas de prevención contra el COVID – 19 que han repercutido en el estado físico y cognitivo de los ancianos; es así que investigaciones



Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores

previas han reportado que mantener pocas relaciones y contacto social, incrementa el riesgo de deterioro cognitivo en la tercera edad (Evans et al., 2018).

Para Kouzuki y colaboradores (2021) esto se debe a que las actividades sociales son factores protectores frente a los cambios que se producen con el envejecimiento, mejorando su calidad de vida y bienestar personal, es así que desempeñan un rol importante para prevenir el deterioro cognitivo.

Cambios importantes en adultos mayores también fueron encontrados por en dónde los participantes que reportaron deterioro cognitivo sintieron más soledad y mayor riesgo de depresión que los participantes sin disminución cognitiva en ambos grupos de edad (Li et al., 2022). Hallazgos bastante similares a los de Vernucio et al. (2022), aquí, el estado cognitivo fue evaluado mediante el mini-examen de estado mental (MMSE siglas en inglés) y la mayor disminución del mismo se observó en formas más leves de demencia (cambio medio de CDR = 1-2 puntos y cambio medio de MMSE = 3,4 puntos post- vs. confinamiento pre-COVID-19, $p < 0,0001$), seguido de formas más severas (cambio medio de CDR = 3-4 puntos y cambio medio de MMSE = 2,71 puntos post- vs. confinamiento pre-COVID-19, $p < 0,0001$). Igualmente, la cuarentena provocó un aumento en adultos mayores afectados por demencia de 3.56 a 8.96 puntos según el inventario neuropsiquiátrico, pre y post pandemia.

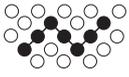
En esta misma línea, una investigación realizada en Ecuador, que buscaba comparar el estado cognitivo de 37 adultos mayores, tomando datos obtenidos previamente en noviembre del 2019 antes de la pandemia por COVID-19, con la evaluación realizada en septiembre del 2020 al finalizar el estado de excepción, encontró un declive en el desempeño cognitivo de los encuestados luego de la pandemia, quienes se encontraban dentro del rango normal en la primera evaluación, disminuyeron en un 29% para la segunda evaluación, de igual forma, los participantes con algún nivel de declive cognitivo o déficit ligero incrementaron en un 83,3%, mientras que el deterioro leve se elevó a un 10,8% (Fernández, 2021).

De igual forma Rodríguez y Guapizaca (2022) describieron el estado cognitivo de adultos mayores ecuatorianos luego de un año de aislamiento social por

COVID-19, estableciendo que la orientación temporal, la habilidad viso-constructiva y la memoria de evocación fueron las funciones con mayor afectación en los encuestados.

La literatura presentada aporta datos contundentes respecto al impacto de la pandemia sobre el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores, sin embargo, resultaría importante extender este tipo de investigaciones a poblaciones con diversas características, considerando sobre todo que la afectación en las funciones cognitivas no es generalizada, sino que afectan selectivamente a dominios específicos mostrando una gran variabilidad entre los individuos. Aquí la Teoría del Andamiaje del Envejecimiento Cognitivo (STAC) señala que los cambios funcionales debidos a la edad forman parte del proceso vital de andamiaje cognitivo compensatorio como intento de aliviar los déficits cognitivos asociados al envejecimiento; entendiendo como andamiaje el proceso que implica el uso y desarrollo de circuitos neurales complementarios y alternativos para alcanzar una meta cognitiva. Además, también es destacable el papel de la reserva cognitiva que defiende que las diferencias individuales en adaptabilidad y flexibilidad de las redes neurales subyacentes a la función cognitiva pueden permitir a unas personas lidiar mejor con los cambios cerebrales. De este modo, nuestro cerebro intentaría enfrentarse contra la patología cerebral mediante la puesta de marcha de mecanismos compensatorios; el desarrollo de estas reservas va a depender de nuestra experiencia a lo largo de la vida, incluyendo como vimos nuestro nivel educativo, pero también, el apoyo emocional, nuestra ocupación, actividades de ocio, o la realización frecuente de ejercicio moderado (Steffener y Stern, 2012).

Aunque la pandemia del COVID-19 ha sido devastadora para toda la población, este es un momento crítico que permitirá estudiar el virus en todas sus manifestaciones. Tal y como se aprovechó la desgracia de tiempos de guerra para aumentar el conocimiento sobre el funcionamiento del sistema nervioso y las consecuencias de las lesiones cerebrales, debemos aprovechar de la condición especial que se ha generado con la pandemia para desarrollar programas de rehabilitación cognitiva que



Parada Muñoz

busquen la restitución de la función, compensación o sustitución de la función cognitiva, la activación y estimulación general, o bien, la promoción de modificaciones ambientales y planes de entrenamiento en habilidades compensatorias para el ajuste a las demandas de la vida diaria.

Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores

ANEXO

Tabla 1.
Característica de los participantes

Característica		n	%
Escolaridad	Básica incompleta	14	36,8
	Básica completa	13	34,2
	Secundaria	11	28,9
Estado civil	Soltera	7	18,4
	Casada	9	23,7
	Divorciada	3	7,9
	Viuda	19	50,0
Nivel socioeconómico	Medio	37	97,4
	Bajo	1	2,6
Género	Femenino	32	84,2
	Masculino	6	15,8
Le ha dado COVID 19	No	36	94,7
	Si	2	5,3
Algún familiar suyo ha fallecido con COVID 19	No	27	71,1
	Si	11	28,9

Tabla 2.
Cambios cognitivos

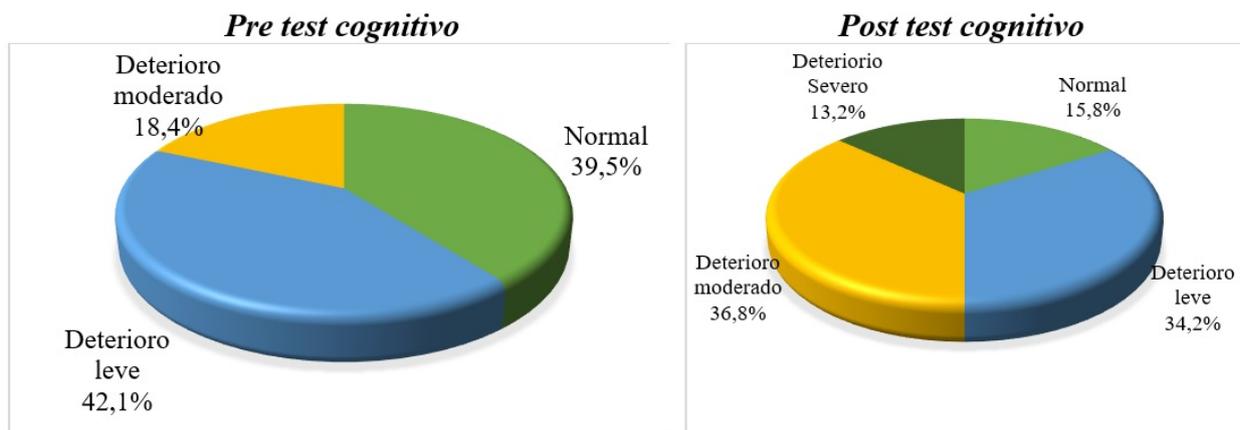
	Pre test		Post test		p
	n	%	n	%	
Fecha	17	44,7	29	76,3	0,002*
Día de la semana	13	34,2	22	57,9	0,049*
Lugar	1	2,6	4	10,5	0,250
Número de teléfono o dirección	11	28,9	16	42,1	0,125
Cuántos años tiene	5	13,2	12	31,6	0,039*
Dónde nació	1	2,6	5	13,2	0,125
Nombre del presidente	17	44,7	25	65,8	0,008*
Nombre del presidente anterior	14	36,8	25	65,8	0,001*
Apellido de la madre	1	2,6	2	5,3	1,000
Restar de tres en tres desde el 29	33	86,8	38	100,0	0,063

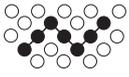
Nota: * $p < 0.05$ (Diferencia significativa)

Parada Muñoz

ANEXO

Figura 1.

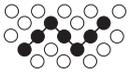




Análisis comparativo del estado cognitivo pre y post pandemia por Covid-19 en adultos mayores

REFERENCIAS

1. Bougakov, D., Podell, K., & Goldberg, E. (2021). Multiple Neuroinvasive Pathways in COVID19. *Molecular Neurobiology*, 58(2), 564–575. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02152-5>
2. Camargo, H., Laguado, J. y Consuelo, D. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 12, 163-170. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012471072017000200163&script=sci_abstract&tlng=es
3. Cañizares, A. y Santillán, J. (2010). Validación del cuestionario portátil breve del estado mental (SPMSQ) de Pfeiffer clásico y del modificado para el diagnóstico del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados. ([Tesis de pregrado]). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
4. Contreras, D., García, N., Bu-Coifú, E., Raisa, F. y Padilla, B. (2005). Bases moleculares de la Neuroinmunología (II): El reibergrama y su uso en Neuroinmunología. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(3-4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000300007&lng=es&tlng=es
5. Da Silva, C., Carvalho, P. y Ramos, V. (2019). La depresión y su influencia en los cambios neuropsicológicos del adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer. *Revista CES Psicología*, 12(1), 69-79. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.12.1.6>
6. Evans, I., Llewellyn, D., Matthews, F., Woods, R., Brayne, C. y Clare, L. (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS One*, 13(8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118489/#affiliation-4>
7. Fernández, E. (2021). Evaluación del estado cognitivo en adultos mayores de Atahualpa – Tungurahua, durante la pandemia COVID-19. [Tesis de pregrado]. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
8. Gámiz, F. y Gallo, M. (2012). Spontaneous object recognition memory in aged rats: complexity versus similarity. *Learning and Memory*, 19, 444-448. <http://dx.doi.org/10.1101/lm.027003.112>
9. Gonzales, I., Balu, A. y Gómez, M. (2009). Psicología del envejecimiento. *Principios de Geriatria y Gerontología*. 111-139.
10. Guevara, E., & Morales, C. (2018). Propuesta de una batería cognitiva breve para evaluar a los adultos mayores con problemas motores. *Revista de Investigación Psicológica*, (20), 111-118. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222330322018000200009&lng=es&tlng=es
11. Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, J., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xuelei, X., Yin, W., Li, H., Liu, M.,... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395, 497-506. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%29301183-5>
12. Jagust, W. (2013). Vulnerable neural systems and the borderland of brain aging and neurodegeneration. *Neuron*, 77, 219-234. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2013.01.002>
13. Jaywant, A., Vanderlind, W., Alexopoulos, G., Fridman, C., Perlis, R., & Gunning, F. (2021). Frequency and profile of objective cognitive deficits in hospitalized patients recovering from COVID-19. *Neuropsychopharmacology*, 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-00978-8>
14. Jefferson, A. L., Gibbons, L. E., Rentz, D. M., Carvalho, J. O., Manly, J., Bennett, D. A. y Jones, R. N. (2011). A Life Course Model of Cognitive Activities, Socioeconomic Status, Education, Reading Ability, and Cognition. *Journal of the American Geriatrics Society* 59, 1403–1411. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03499.x>
15. Kouzuki, M., Furukawa, S., Mitani, K., & Urakami, K. (2021). Examination of the cognitive function of Japanese community-dwelling older adults in a class for preventing cognitive decline during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 16(12) 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248446>
16. Kumar, S., Veldhuis, A., & Malhotra, T. (2021). Neuropsychiatric and Cognitive Sequelae of COVID-19. *Front. Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.577529>
17. Li, Y., Godai, K., Kido, M., & et al. (2022). Cognitive decline and poor social relationship in older adults during COVID-19 pandemic: can information and communications technology (ICT) use helps? *BMC Geriatrics*, 22, 375. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03061-z>
18. Noriega Borge MJ, García HFernández M, TTorres Egea MP. Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales [tesis]. Comunidad Autónoma de Cantabria: Universidad de Cantabria; 2005.
19. Organización Panamericana de la Salud. (19 de febrero de 2020). La OPS coordina capacitación para el personal de salud a nivel nacional para la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus (COVID-19). https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=1343:la-opscoordina-capacitacion-para-el-personal-de-salud-a-nivel-nacional-para-la-preparacion-yrespuesta-frente-al-nuevo-coronavirus-covid-19&Itemid=442
20. Organización Panamericana de la Salud. (12 de marzo de 2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
21. Penalva, C., Cháfer, P., Castillo, M., Ramón, E. y Martínez, K. (2021). Evolución del perfil del usuario de centro de día durante la pandemia COVID-19. *Neurama: Revista Electrónica de Psicogerontología*, 8 (2), 13-23. https://www.neurama.es/articulos/neuramavol8_2.pdf#page=13



Parada Muñoz

22. Rodríguez, M. y Guapisaca, J. (2022). Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de Acción Social Municipal, Cuenca 2021. *Polo del Conocimiento*, 7 (2), 533-547. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3601>
23. Rodríguez, G. (2010). Caracterización neuropsicológica de las funciones intelectuales en adultos mayores que asisten a la casa de abuelos. vida [Tesis de pregrado. Universidad central Marta Abreu de las Villas]. <https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/2693>
24. Salech, F., Jara, R. y Michea, A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (1), 19 – 29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>
25. Steffener, J. & Stern, Y. (2012). Exploring the neural basis of cognitive reserve in aging. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1822, 467-473. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbadis.2011.09.012>
26. Torres, C., Debat, H. y Viegas, M. (2021). Variantes y mutaciones del Sars-Cov-2. Proyecto Argentino Interinstitucional de Genómica [Archivo PDF]. http://pais.qb.fcen.uba.ar/files/reviews/variantes_y_mutaciones_del_sars-cov-2_24-03-2021.pdf
27. Valentín, E., Montero, J., y Florentini, M. (2020). Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). *Revista Médica Carriónica*, 1 (1), 1-15. <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/300>
28. Venuccio, L., Sará, D., Inzerillo, F., & et al. (2022). Effect of COVID-19 quarantine on cognitive, functional and neuropsychiatric symptoms in patients with mild cognitive impairment and dementia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(5):1187-1194. doi: 10.1007/s40520-022-02113-z
29. World Health Organization. (2021). Recuperado el 08 de Junio de 2022, de Ageing and health: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
30. Zhou, P., Yang, X., Wang, X., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H., Zhu, Y., Li, B., Huang, C., Chen, H., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R., Liu, M., Chen, Y., Shen, X., Wang, X.,...Shi, Z. (2020). Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin. *Nature*, 579, 270-273. <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>



La entrevista Psicogerontológica en la VGI

Perla Beatriz Bronstein ¹

Resumen

A partir de la experiencia adquirida como Especialista en Psicogerontología durante 25 años con personas mayores, es que me propongo escribir respecto de la entrevista psicogerontológica en distintos ámbitos de aplicación como herramienta fundamental para la evaluación psicogerontológica como parte de la cuadrivaloración que conforma la VGI de una persona mayor.

Palabras clave: Entrevista psicogerontológica, evaluación psicogerontológica, valoración gerontológica integral.

Abstract

Based on the experience acquired as a Specialist in Psychogerontology for 25 years with older people, I propose to write about the psychogerontological interview in different areas of application as a fundamental tool for

psychogerontological evaluation as part of the quadrivaluation that makes up the VGI of a old person.

Keywords: psychogerontological interview, psychogerontological evaluation, comprehensive gerontological assessment

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2023

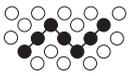
Recibido:

16/07/2023

Aceptado:

04/09/2023

(1) Profesora y Licenciada en Psicología (UBA) y Especialista en Psicogerontología(UMAI). Actualmente se desempeña como Coordinadora del Programa Gerontológico de Salud del Ministerio de Salud del GCABA. Es Integrante del equipo Interdisciplinario de la Unidad de Geriátria Hospital Durand y de la Red Gerontológica del Ministerio de Salud del GCABA. Es integrante de la Red Interdisciplinaria de Psicogerontología (Redip) Es miembro del Ejecutivo de ILC Argentina (International Longevity Center Argentina) Labor docente: Directora del "Curso Anual de Actualización en Gerontología" 2023 modalidad virtual organizado por la Unidad de Geriátria del Hospital Durand y el Programa Gerontológico de Salud del Ministerio de Salud GCABA y ha integrado el staff del curso "Curso Bienal de Actualización en Gerontología y Geriátria" como Directora en forma ininterrumpida en modalidad presencial desde 2011 a 2021 organizado por UGA Hospital Durand. Docente a cargo del Área de Psicoterapia con Personas Mayores del Instituto Iberoamericano del Ciencias del Envejecimiento (InCiEn) Docente de la Carrera de especialista en Geriátria de la Universidad Maimonides. Docente de la Diplomatura en Gerontología de la Facultad de medicina de la UBA. Tiene publicaciones interdisciplinarias publicadas en la Revista Argentina de Gerontología y Geriátria de la SAGG sobre caídas en el envejecer y abordaje de personas mayores migrantes. Ha realizado presentaciones en mesas redondas en diversos Congreso de Salud Mental, Gerontología Comunitaria y en los organizados por la SAGG y la IAGG. Fue premiada con Mención Especial Gerontológica como co-autora en el XIII Congreso Argentino de Gerontología y Geriátria, 2016



La entrevista Psicogerontológica en la VGI

Introducción

Partiremos de definir a la Gerontología como un campo interdisciplinario que estudia al proceso de envejecimiento a lo largo de la vida de las vejeces en su diversidad.

Y utilizaremos el plural vejeces y no el singular vejez en tanto comprendemos que se trata de un grupo etario muy heterogéneo que transitan distintos modos de envejecer y que debemos contemplarlos como sujetos plenos de derechos.

A su vez, vale aclarar que entendemos a la Gerontología actual del Siglo XXI como un campo interdisciplinario compuesto por diversas disciplinas desde lo bio (Médicos Geriatras, Kinesiólogos, Enfermeros, Nutricionistas, Biólogos) desde lo social (Trabajadores Sociales, Arquitectos, Abogados, Sociólogos, Antropólogos, Comunicadores) y desde lo psico (Psicólogos, Psiquiatras o Gerontopsiquiatras, Terapeutas Ocupacionales, Psicomotricistas, Psicopedagogos, Musicoterapeutas).

La herramienta por excelencia a utilizar en dicho campo es sin lugar a dudas la VGI entendida como la Valoración Gerontológica Integral desde un abordaje interdisciplinario en cuanto a la cuadrivaloración bio-psico-socio-funcional de la persona mayor y su entorno socio-familiar contemplando que cada sujeto envejecido y envejeciente es singular.

Este cambio de terminología respecto de la letra "G" de la sigla VGI visibiliza la necesidad de impulsar un salto conceptual de la Valoración Geriátrica Integral hacia la Valoración Gerontológica Integral en cuanto a la concepción teórica y a la práctica profesional interdisciplinaria y en red y si este cambio conceptual de la "G" es un salto muy grande aún, aparece la posibilidad de una conceptualización intermedia que no modifica la "G" sino que la duplica con lo cual estaríamos hablando de la VGGI o sea de la Valoración Geronto-Geriátrica Integral. Ahora bien, este salto conceptual nos obliga a repensar también nuestra práctica profesional gerontológica y especialmente la que aquí nos compete, la práctica profesional psicogerontológica.

Definimos a la Psicogerontología, tal como la concibe la Dra. Zarebski (2009) como campo interdisciplinario que estudia la salud mental del sujeto envejeciente y envejecido en sus aspectos psicodinámicos, cerebral-orgánicos, cognitivos y vinculares, abarcando las tareas de promoción de la salud y prevención (incluyendo los

factores de riesgo psíquico), interrelacionadas con la tarea asistencial y de rehabilitación

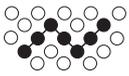
Es así que nos propondremos el desafío de lograr definir a la Valoración Psicogerontológica como una valoración fundamental entre otras que componen la cuadrivaloración dentro de la Valoración Gerontológica Integral (VGI) y recalamos valoración psicogerontológica y no valoración mental como se suele decir en tanto que se hace imprescindible realizar un cambio superador de la concepción respecto de la esfera mental de la tradicional Valoración Geriátrica Integral hacia una Valoración Psicogerontológica en la Valoración Gerontológica Integral.

Es sabido que la esfera mental o dimensión psicológica de la Valoración Geriátrica Integral tradicional suele basarse en una evaluación del estado mental y una evaluación psicoafectiva de la persona mayor, la cual no nos resulta suficiente ya que deja por fuera algunas cuestiones de la subjetividad de ese sujeto envejeciente o envejecido al que debemos valorar. Es por ello que nos proponemos aquí modificarla y comenzar a denominarla evaluación psicogerontológica.

Entonces la VGI (Valoración Gerontológica Integral, superadora de la tradicional Valoración Geriátrica integral) da cuenta de una cuadrivaloración bio-psico-socio-funcional de la persona mayor al momento de la consulta.

De este modo debemos afirmar que, la esfera mental debería ser denominada Evaluación Psicogerontología en tanto que a la evaluación mental (que busca detectar la presencia o no y el grado de deterioro cognitivo que podrá afectar a la autonomía del sujeto y a su vez a establecer estrategias de cuidados lo más precozmente) y a la evaluación psicoafectiva (que busca detectar posibles trastornos afectivos que puedan afectar la autonomía de la persona mayor: duelo, depresión, ansiedad, etc. por lo tanto debemos explorar acerca del estado anímico, los trastornos del sueño y del apetito, ideación suicida y queja somática), se le debe agregar además la evaluación de aspectos subjetivos habitualmente no contemplados.

Ya no podemos sostener que las técnicas de evaluación a ser utilizadas en la esfera mental sean solo aquellas que busquen presencia o ausencia de deterioro cognitivo y/o depresión en tanto que implica focalizar solamente en la detección de la patología, lo que reafirma una visión deficitaria del envejecimiento.



Bronstein

Es fundamental poder conocer una visión más holística que nos brinde información acerca de cómo ese sujeto envejeciente o envejecido, objeto de estudio de la Psicogerontología, se encuentra posicionado respecto de su propio proceso de envejecimiento al momento de la evaluación. Entendemos pues, que es importante dar lugar a que aparezca algo de la historia biográfica de ese sujeto, de sus modos de vincularse, de sus sufrimientos, sus pérdidas, sus angustias, sus deseos y que no queden desapercibidos. Por lo que es fundamental contemplar que en la valoración psicogerontológica la herramienta por excelencia sea la entrevista además de incorporar el uso de las técnicas de evaluación.

La entrevista en la evaluación psicogerontológica de la VGI

La entrevista que tal como decía Bleger (1964) es un instrumento del método clínico y es un procedimiento de investigación psicológica, por lo que se convierte en el mejor modo de obtención de datos en comparación con cualquier otra técnica de evaluación. La entrevista como herramienta integradora nos permite escuchar a la persona y a su red social significativa para así detectar el grado de flexibilidad o rigidez frente a los cambios que el propio envejecer le impone a esa persona mayor en ese momento particular de su vida en que acontece la entrevista.

La entrevista debe ser pensada en relación a distintos ámbitos de aplicación, a saber, con la persona mayor que consulta en forma ambulatoria, con la persona mayor internada por un cuadro agudo u hospitalizada y con la persona mayor institucionalizada.

Entrevista psicogerontológica ambulatoria

Por lo general ocurre por derivación del médico geriatra tratante y pocos son los casos en que quien consulta conoce acerca del rol del psicogerontólogo, es por eso que es fundamental dar lugar a que algo de esto aparezca en la entrevista preguntando ¿ha hecho psicoterapia alguna vez?. En muchas ocasiones se requiere de más de una entrevista para entablar un vin-

vínculo que genere seguridad y confianza considerando que el profesional por lo general es más joven y el paciente mayor debe sortear ciertos prejuicios en relación a esta cuestión.

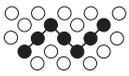
Debemos darnos el lugar para entrevistar tanto al paciente como su acompañante que en muchas ocasiones es el cuidador principal en pos de lograr que a partir de las narrativas que escuchamos poder pesquisar en la demanda explícita cual es la demanda implícita. Por lo que hay que consignar en la historia clínica ¿con quien acude a la consulta? nombre, teléfono y parentesco.

Vale señalar algunas preguntas que son importantes de realizar al momento de la valoración psicogerontológica en una entrevista en forma ambulatoria:

- ¿Qué lo trae por acá?
- ¿En qué lo puedo ayudar?
- ¿Ha hecho psicoterapia?
- ¿Qué espera de este encuentro?
- ¿Cómo es un día de su vida cotidiana?
- ¿Cómo es su vida amorosa?

Es importante recabar información respecto de la historia biológica y biográfica de la persona mayor con lo cual debemos consultar también acerca de sus datos de filiación, su nivel de escolaridad, su estado civil, su estado habitacional, su estado nutricional, su medicación actual y su funcionalidad.

La entrevista psicogerontológica siempre debe transcurrir con respeto, haciendo contacto visual con la persona mayor, utilizando un lenguaje claro y sencillo, evitando cualquier tipo de infantilización y siempre debe ser centrada en la persona ya que depende de las necesidades y las posibilidades en cada caso en particular.



La entrevista Psicogerontológica en la VGI

Entrevista psicogerontológica en el ámbito hospitalario

Desde la experiencia adquirida como Psicóloga especialista en Psicogerontología en el equipo interdisciplinario del Programa Gerontológico de Salud en funcionamiento en la Unidad de Geriatria del Hospital Durand de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, es que haremos hincapié aquí en la entrevista psicogerontológica como uno de los puntos fundamentales a la hora de realizar una Evaluación Psicogerontológica, además de la utilización de técnicas de evaluación cognitiva y de evaluación psicoafectiva en las que en este escrito no ahondaremos.

En el ámbito hospitalario la entrevista psicogerontológica semidirigida es un instrumento clínico cuyos pilares son escuchar, preguntar y relevar datos acerca de la persona mayor con los siguientes ítems:

> **DATOS DE FILIACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDO:..... APODO:.....
 DERIVADO POR:..... MOTIVO DE DERIVACIÓN.....
 TELEFONO FIJO/CELULAR:..... TELEFONO DE UN FAMILIAR:.....
 DNI: OBRA SOCIAL:..... ESTADO CIVIL:
 EDAD:... FECHA DE NACIMIENTO .../.../...LUGAR DE NACIMIENTO:.....
 LUGAR DE RESIDENCIA:.....DOMICILIO:
 VIVE SOLO SI / NO
 JUBILADO SI/ NO ¿DESDE CUANDO?
 NIVEL DE ESCOLARIDAD FINALIZADO:.....
 REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI/ NO ¿DONDE?
 ACTIVIDAD SOCIAL: SI/ NO ¿DONDE?
 MEDICACIÓN ACTUAL:.....

Nos detenemos un momento aquí para enfatizar el ítem APODO en tanto da cuenta del nombre o seudónimo que se añade o sustituye al nombre propio y hace a la identidad del sujeto que debemos asistir. Llamarlo por el apodo y no por el apellido o por el número de cama en la que está internado y mucho menos por su patología al referirnos al caso como “el diabético”, “el psiquiátrico”, “el fracturado”, etc. nos permitirá vincularnos con el caso de una manera más humanizada y holística contemplando que allí hay un sujeto sufriente que requiere de nuestra intervención profesional al cual

concebimos como un sujeto deseante, pensante y proactivo.

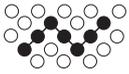
Es importante recabar información para realizar un GENOGRAMA que en lo posible se adjunte a la historia clínica. Una representación gráfica que registra información sobre la estructura y / o composición del sistema familiar de la persona mayor y las relaciones entre sus miembros de por lo menos tres generaciones.

> **PRÓTESIS**

BASTÓN	SI / NO
MULETAS	SI/ NO
ANDADOR	SI / NO
SILLA DE RUEDAS	SI / NO
LENTES	SI / NO
AUDÍFONO	SI / NO
DENTADURA	SI / NO
PRÓTESIS ÓSE	SI / NO

> **ANTECEDENTES PERSONALES**

ALERGIAS	SI/ NO
HIPERTENSIÓN	SI/ NO
EPOC	SI/ NO
NEUMONÍA	SI/ NO
DIABETES	SI/ NO
ANGINA DE PECHO	SI/ NO
INSUFICIENCIA RENAL	SI/ NO
ACV	SI/ NO
PARKINSON	SI/ NO
CÁNCER	SI/ NO
CAÍDAS A REPETICIÓN	SI/ NO
TRASTORNOS TIROIDEOS	SI/ NO
TRASTORNOS PROSTÁTICOS	SI/ NO
TRASTORNOS GINECOLÓGICOS	SI/ NO
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	SI/ NO
TRASTORNOS DEL SUEÑO	SI/ NO
TRASTORNO COGNITIVOS	SI / NO
VIH	SI/ NO



Bronstein

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS:
TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS PREVIOS:

➤ **RESULTADOS DE ESCALAS:**

MMSE:
PFEIFFER:
SET TEST:
TEST DIBUJO DE RELOJ:
YESAVAGE:
OTRAS:

✓ **CONSIGNAR:**

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:
PLAN TERAPÉUTICO:

Vale diferenciar aquí la entrevista a la persona mayor que consulta en el ámbito hospitalario en forma ambulatoria de aquella entrevista a la persona mayor que se encuentra internada en la sala de la Unidad de Geriátrica.

En el primer caso la entrevista ocurre por lo general por derivación del médico geriatra tratante y la entrevista psicogerontológica busca escuchar la demanda explícita del paciente tratando de pesquisar la demanda implícita entrevistando a la persona mayor y a su/s acompañante/s. Entrevista cual llave de ulteriores decisiones centradas en esa persona mayor en particular ya sea que requiera de un tratamiento psicoterapéutico psicogerontológico o de una interconsulta con un gerontopsiquiatra o de una inclusión en alguna actividad grupal del mismo equipo gerontológico en el mismo hospital (como el “Taller EnvejeSiendo con salud y humor” o el “Taller de prevención de caídas y promoción del autocuidado”) o de derivación para inclusión en dispositivos grupales de otro efector de salud que compone la Red de Gerontología de la Ciudad de Buenos Aires.

En cambio, en el caso de que la entrevista psicogerontologica ocurriese con una persona mayor internada en el hospital, la demanda es siempre por interconsulta y en ocasiones por psicoprofilaxis quirúrgica. Se trata entonces de una demanda a crear porque es el psicólogo/a quien le ofrece al paciente mayor internado un dispositivo de escucha para asistirlo junto con otras especialidades del campo gerontológico.

Es fundamental entrevistar al paciente mayor internado, a sus familiares, a sus cuidadores y al equi-

tratante habiendo leído previamente la historia clínica que lo llevó a la internación.

Ya la Licenciada Cristina Daverio en 1998 disertaba sobre la inserción de un psicólogo/a en una Unidad de Geriátrica de un Hospital de Agudos y lo definía como una travesía por el campo interdisciplinario para lograr un objetivo común: la atención y cuidado del anciano internado.

Si bien los criterios generales de internación en una Unidad de Geriátrica de Agudos de un hospital público dependiente del Ministerio de Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no han cambiado desde entonces (ser persona mayor de 60 años con enfermedad aguda o con agudización de enfermedad crónica, que dicha enfermedad tienda a la incapacidad, que presente otras enfermedades asociadas, que su enfermedad esté condicionada por factores psicológicos y sociales), otras cuestiones nos propusimos modificar en relación a cómo pensarnos posicionados no ya como profesionales de la salud mental insertos en una Unidad de Geriátrica sino como parte integrante del equipo profesional gerontológico.

La Ley de Salud Mental de CABA- Ley 448- promulgada en el año 2000, considera que “la salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio- psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” e “integra a los profesionales de la salud en equipos multidisciplinarios de salud mental”. Es en el marco de esta ley que intervenimos



La entrevista Psicogerontológica en la VGI

intervenimos cuando el médico geriatra nos solicita una evaluación. Entonces debemos primero leer la historia clínica del paciente y conocer bien el motivo de internación para luego ofrecer un dispositivo de escucha junto a la cama del paciente mayor internado, una escucha que genere la confianza y empatía necesaria para que éste se exprese con libertad y nos narre algo de su historia.

Una escucha que tal como lo enseñaba el Dr. Paco Maglio (2011) entienda al “paciente” como la apócope de “padeciente” en pos de lograr una relación médico-paciente (que nos animaremos a cambiarlo por gerontólogo/a-paciente mayor internado) que sea capaz de trazar puentes entre la biología y la biografía contemplando la dignidad del otro.

Así propiciando la escucha y contemplando que ese paciente-padeciente es un sujeto que siente, piensa y desea y que nos puede decir algo de lo que le está ocurriendo, podemos puntualizar los recursos con que cuenta a partir de su trama narrativa, en pos de facilitar la circulación del deseo, de abrir interrogantes y de que se ponga de manifiesto aquello que subyace, sus temores y prejuicios en relación a la internación, a la enfermedad, a los cuidados y a las fantasías que le generan el momento post internación y la muerte.

Es importante pues pesquisar el modo particular de atravesar los temas del envejecer y del proceso de enfermar de ese sujeto mayor internado, es decir, se trata de captar algo de la implicancia subjetiva que allí se tiene que poner en juego contemplando que no hay paralelismo entre cuerpo y psiquis en cuanto a deterioro y desgaste.

También es parte de nuestra labor profesional dialogar con otros profesionales intervinientes ya que no solo es importante conversar con el médico geriatra que solicitó la interconsulta sino que debemos propiciar lograr un espacio para la discusión interdisciplinaria del caso. En los casos en que los pacientes mayores internados tienen familiares es fundamental realizar una Orientación Psicogerontológica Familiar (García Pintos, C. 1993) en pos de entender los condicionantes subjetivos y familiares que inciden en el modo de envejecer de ese sujeto internado. La O.P.F. es una técnica esclarecedora,

de orientación, de apoyo que parte de la aproximación diagnóstica del sistema familiar y busca acentuar las posibilidades de ese grupo familiar en particular en relación a su miembro anciano.

Es así que comprendiendo que el objeto de la O.P.F. es la persona mayor en su situación familiar debemos contemplar que la familia de la persona mayor internada se enfrenta ante una decisión difícil con las siguientes alternativas:

- I-incorporarlo al hogar de algún hijo/a o familiar.
- II- institucionalizarlo
- III- dejarlo que viva solo
- IV- contratar a alguna persona cuidadora para que conviva y lo asista.

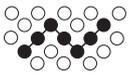
Y con esta realidad debemos trabajar. Si bien la O.P.F. no es una tarea terapéutica pero sabemos que llega a tener efectos terapéuticos, debemos trabajar por la optimización de los recursos familiares del sistema familiar en pos del anciano internado procurando un cambio funcional u operativo a partir de lo que el mismo grupo familiar es y tiene en ese momento.

Es pertinente informar entonces al resto del equipo profesional respecto de las posibilidades con las que esta persona mayor en su sistema familiar cuenta al momento del alta de internación para colaborar en el enorme desafío que implica lograr evitar las internaciones prolongadas que suele haber en el ámbito hospitalario.

Entrevista psicogerontológica con la persona mayor institucionalizada

Si bien se puede hacer uso de técnicas de evaluación, la herramienta más apropiada es la entrevista. El psicogerontólogo debe entrevistar a la persona mayor institucionalizada, a sus familiares y al personal de la institución.

El psicogerontólogo debe focalizar en ¿Qué se nos demanda? y en ¿Quién demanda nuestra intervención profesional?



Bronstein

SEXO: Femenino () Masculino () Otro ()

EDAD: -----

ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () En pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

LUGAR DE NACIMIENTO:..... LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA:.....

¿VIVE EN UNA INSTITUCIÓN? SI () NO () |

ESCOLARIDAD:

Estudios Primarios completos () incompletos ()

Estudios Secundarios completos () Incompletos ()

Estudios Terciarios completos () incompletos ()

Estudios Universitarios completos () incompletos ()

Estudios de Postgrado completos () incompletos ()

OCUPACIÓN ACTUAL:.....

¿QUÉ ENFERMEDADES PADECE? (INDIQUE DESDE QUÉ EDAD):

MEDICACIONES QUE TOMA ACTUALMENTE:

UTILIZA: AUDÍFONO () ANTEOJOS () BASTÓN () ANDADOR () SILLA/RUEDAS ()

¿PASÓ POR ALGUNA SITUACIÓN MUY CRÍTICA EN SU VIDA? DESCRIBA:

.....

¿CON QUIÉNES CONVIVE?..... (Consignar: PARENTESCO, EDAD, OCUPACIÓN)

➤ **CONSIGNAR:**

✓ MOTIVO DE INSTITUCIONALIZACIÓN:

✓ FECHA Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO:

✓ S.A.G.:

✓ DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

✓ PLAN TERAPÉUTICO:

Vale aclarar aquí, la importancia de constatar en la historia clínica el momento del proceso de institucionalización en que ocurre la entrevista psicogerontológica:

a) Si la misma acontece al momento de ingreso a la institución geriátrica o geronto-psiquiátrica, el objetivo de la misma debe en torno a disminuir el impacto del cambio tanto para la persona mayor recientemente institucionalizada como para sus familiares.

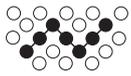
b) Si la entrevista ocurre durante los primeros meses de estadía en la residencia es fundamental pesquisar si aparecen síntomas que den cuenta del Síndrome de Adaptación al Geriátrico (SAG) definido por Matusevish, D. y Szlulik, J. (1998) como el conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en el que la persona mayor sabe que será institucionalizada o a partir de la institucionalización propiamente dicha.

La institucionalización trae cambios que afectan a la

la esfera biológica, psicológica y social de la persona mayor y su entorno socio-familiar.

El SAG se manifiesta en trastornos del sueño y de la alimentación tanto como en trastornos del humor (tristeza, labilidad afectiva, ideas suicidas, trastornos de conducta, ideación delirante, desorientación témporo-espacial, ansiedad, queja somáticas) que en muchos casos conducen a sentimientos de abandono y pérdida del entorno social. Vale aclarar que estos cuadros sintomáticos tienen íntima relación con la personalidad de cada persona mayor institucionalizada y con la dinámica de la propia institución.

c) Y finalmente si la entrevista ocurre luego de un proceso de adaptación a la institución se debe focalizar en que su integración cual un residente más de la institución en tanto pueda crear lazos afectivos con sus pares como con el personal. También se debe valorar



La entrevista Psicogerontológica en la VGI

respecto de su adaptación a las rutinas de la institución a fin de lograr una atención centralizada en su estadía acorde a sus necesidades y deseos como al ritmo cotidiano de la institución geriátrica, lo que daría cuenta finalmente de una superación del S.A.G.

A modo de cierre

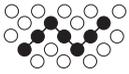
Ahora bien, recapitulando, hemos enfatizado la importancia de realizar la entrevista psicogerontológica semidirigida con la persona mayor en distintos ámbitos de aplicación: ambulatorio, en la sala de internación de agudos y en la institucionalización geriátrica.

Hemos señalado que además de entrevistar a la persona mayor, es importante entrevistar también al informante clave como el cuidador/a y/o familiar y /o referente significativo de la red social de esa persona mayor en cuestión utilizando, de ser necesaria, la técnica de Orientación Psicogerontológica Familiar.

Asimismo destacamos a la entrevista como la herramienta por excelencia, además del uso de técnicas para realizar la evaluación cognitiva y la psicoafectiva, focalizando en la escucha de los aspectos subjetivos para que advenga el sujeto y así dar cuenta de la dimensión psicogerontológica como parte de la cuadrivaloración de la Valoración Gerontológica Integral.

REFERENCIAS

1. Bleger, J. (1964) "La entrevista Psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación" Ficha editada por Dpto. de Psicología de Facultad de Filosofía y Letras UBA
2. Bronstein, P. (2007) "La Psicogerontología en los equipos gerontológicos del PROSAM" en II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología Montevideo Uruguay
3. Bronstein, P, Perinotto, A, Ventós, L. (2017) "Taller de prevención de caídas y promoción del autocuidado: un dispositivo grupal gerontológico en Salud Pública" en Revista Argentina de Gerontología y Geriatria; Vol 31(1):20-231
4. García Pintos, C. (1993): "La Familia del anciano también tiene sentido. Sobre la Orientación Psicogerontológica Familiar". Colección Psicología y Personalidad. Ediciones Paulinas
5. Maglio, P. (2011) "La dignidad del otro .Puentes entre la biología y la biografía. 2ª ed. Libros del Zorzal
6. Matusevish, D. y Szlulik, J. (1998): "Síndrome de Adaptación al geriátrico" Bs. As. Vértex VIII.
7. Ramos, E (2004) Valoración Geriátrica Integral
<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/geronto2.pdf>
8. Salvarezza, L. (1988): Psicogeriatría. Teoría y Clínica Ed. Paidós
9. Salvarezza, L. (1998) La Vejez, Una mirada gerontológica. Compilado Ed. Paidós
10. Strejilevich, M. (1990) Temas de psicogeriatría. Editorial 1919
11. Zarebski, G. (2007) Fundamentos Epistemológicos del Campo de la Psicogerontología Revista Tiempo el portal de la Psicogerontología Número 21 - Diciembre 2007 www.psicomundo.com/tiempo
12. Zarebski, G. (2009) Envejecimiento: un enfoque interdisciplinario e integrador. Conferencia en Congreso de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria.
13. Zarebski, G (2011) La Teoría del Curso de la vida y la Psicogerontología Actual: frutos simultáneos de un mismo árbol. En Yuni, J.(com.) La vejez en el curso de la vida. Córdoba: Encuentro grupo Editor



A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario *

Perla Beatriz Bronstein ¹

Resumen

Puntos nodales de mi disertación que fuese parte del programa científico del “XIX Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria 2023” titulada Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario. Las caídas son un tema complejo del quehacer gerontológico que nos interpela en tanto impone un abordaje interdisciplinario desde los distintos niveles de atención generando gran impacto en la persona mayor, en su entorno socio-familiar y en el equipo de salud tratante. Así fue que planificamos el “Taller de prevención de caídas y promoción del autocuidado” cual dispositivo de articulación interdisciplinaria e intersectorial cuya fundamentación teórica se basa en la Teoría Psicoanalítica del accidentarse. Un dispositivo de intervención grupal que busca acompañar a la persona mayor a vincular el accidentarse con las caídas emocionales que tienen que ver con el modo de vivenciar el propio envejecer.

Palabras clave: Caídas, enfoque psicogerontológico, impacto en el equipo de salud.

Abstract

Nodal points of my dissertation that was part of the scientific program of the “XIX Argentine Congress of Gerontology and Geriatrics 2023” entitled Impact on the gerontological work of an interdisciplinary team. Falls are a complex issue of gerontological work that challenges us as it requires an interdisciplinary approach from the

different levels of care, generating great impact on the elderly person, on their socio-family environment and on the treating health team.

Thus, we planned the “Workshop on prevention of falls and promotion of self-care” as an interdisciplinary and intersectoral articulation device whose theoretical foundation is based on the Psychoanalytic Theory of accidents.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2023

Recibido:
19/09/2023

Aceptado:
16/10/2023

(1) Profesora y Licenciada en Psicología (UBA) y Especialista en Psicogerontología (UMAI). Actualmente se desempeña como Coordinadora del Programa Gerontológico de Salud del Ministerio de Salud del GCABA. Es integrante del equipo Interdisciplinario de la Unidad de Geriatria Hospital Durand y de la Red Gerontológica del Ministerio de Salud del GCABA. Es integrante de la Red Interdisciplinaria de Psicogerontología (Redip) Es miembro del Ejecutivo de ILC Argentina (International Longevity Center Argentina) Labor docente: Directora del “Curso Anual de Actualización en Gerontología” 2023 modalidad virtual organizado por la Unidad de Geriatria del Hospital Durand y el Programa Gerontológico de Salud del Ministerio de Salud GCABA y ha integrado el staff del curso “Curso Bienal de Actualización en Gerontología y Geriatria” como Directora en forma ininterrumpida en modalidad presencial desde 2011 a 2021 organizado por UGA Hospital Durand. Docente a cargo del Área de Psicoterapia con Personas Mayores del Instituto Iberoamericano del Ciencias del Envejecimiento (InCiEn) Docente de la Carrera de especialista en Geriatria de la Universidad Maimonides. Docente de la Diplomatura en Gerontología de la Facultad de medicina de la UBA. Tiene publicaciones interdisciplinarias publicadas en la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria de la SAGG sobre caídas en el envejecer y abordaje de personas mayores migrantes. Ha realizado presentaciones en mesas redondas en diversos Congreso de Salud Mental, Gerontología Comunitaria y en los organizados por la SAGG y la IAGG. Fue premiada con Mención Especial Gerontológica como co-autora en el XIII Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria, 2016

* Ponencia del programa científico del XIX Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria 2023.



A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario

A group intervention device that seeks to accompany the elderly person to link the accident with the emotional falls that have to do with the way they experience aging.

Keywords: falls in aging, psychogerontological approach, impact on the health team

Introducción

Es un honor para mí plasmar en este artículo algunos puntos de la disertación que fuese parte del programa científico del “XIX Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria 2023” llevado a cabo en la Ciudad de Mar del Plata, Argentina del 31 de agosto al 2 Septiembre de 2023, en la mesa que coordiné titulada “A propósito de las caídas” y que tuve el gusto de compartir junto con la Dra. Cecilia Volpe (médica Especialista en Geriatria y en Psiquiatria) y la Lic. Kga. Laura Ventós (Licenciada en Kinesiología y Fisiología y Especialista en Gerontología) con quienes tengo la satisfacción de trabajar desde la Unidad de Geriatria del Hospital Durand a cargo de la Dra. Cynthia Mariñansky.

Vale mencionar aquí que dicha Unidad de Geriatria de Agudos dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 30 camas de internación, consultorios externos de Geriatria y talleres grupales dirigidos a personas mayores.

Cabe mencionar también, que esta Unidad de Geriatria conforma un nodo de la Red de Gerontología que el Programa Gerontológico de Salud (ProGeSa) nuclea desde el mismo Ministerio de Salud y que en forma conjunta venimos dictando el “Curso Anual de Actualización de Gerontología” en formato virtual con 180 horas de capacitación gratuita dirigidas a profesionales universitarios y avaladas por la Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del mismo Ministerio de Salud.

Desde el equipo gerontológico de profesionales que conformamos hemos acordado que las caídas son un tema complejo del quehacer gerontológico que nos interpela en tanto impone un abordaje interdisciplinar desde los distintos niveles de atención en los que intervenimos. Motivo por el cual consideramos de fundamental importancia la decisión diagnóstica y terapéutica enfatizando el pronóstico funcional en pos de mantener la autonomía de la persona mayor.

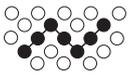
Entendemos a las caídas en las personas mayores

no como una enfermedad en sí misma, sino como manifestación de fragilidad. Aquí vale aclarar que si bien no hay aún consenso para una definición única y absoluta de la fragilidad, tomamos la definición propuesta por Dr. José Ricardo Jauregui, Dr. Carlos Engel en el libro Geriatria desde el principio (2022) “la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y que este estado provocaría en un individuo mayor un aumento del riesgo de discapacidad y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos”. Motivo por el cual creemos en que es fundamental la detección de ancianos frágiles para ejecutar junto a ellos algunas intervenciones que modifiquen los desenlaces desde un abordaje multidisciplinario y centrado en la persona mayor.

A su vez, sostenemos que las caídas son expresión de múltiples patologías, tanto crónicas como agudas, que pueden afectar a la persona adulta mayor, y que generalmente se imponen sobre los cambios que éste sufre asociados a su propio envejecer.

Ya escribíamos en la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria; Vol 31(1):20-23 (2017) *que creemos que para muchos mayores, tal vez producto del viejismo, “término que define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad”, el proceso de envejecimiento se convierte en una situación dilemática a resolver. De este modo sostenemos que las caídas en el envejecer son producto de nuestra imposibilidad de accionar frente a los conflictos internos que se imponen con la edad, y al no poder accionar reflexionando acerca de éstos los trasladamos hacia accidentes externos que nos obligan a frenar y a reflexionar”.*

Por lo que al momento de planificar esta mesa decidí disertar respecto del impacto de las caídas en la persona mayor, en su entorno en su entorno socio-familiar y en el equipo de salud entendiendo por IMPACTO: del latín *impactus* «Impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso.»



Bronstein

a) IMPACTO en la Persona Mayor

Una persona mayor frágil es una persona con una enfermedad crónica compensada a la que complicaciones pequeñas como una caída la llevan rápidamente convertirse de ser una persona independiente a ser una persona mayor dependiente.

El impacto de una caída no es solo físico, sino también es emocional y da cuenta de una otra caída emocional previa que hay que leer psicoanalíticamente.

Si bien pareciera que el accidente y/ o la caída se nos presenta a la observación como dependiente del azar y atribuible a la fatalidad y a lo casual, esto no es así. Los accidentes deben ser leídos como *actos fallidos*, Fue Sigmund Freud quien en “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901) se abocó al estudio de las torpezas dentro de las perturbaciones motoras como las equivocaciones orales o de lectura, los actos de término erróneo: accidentes, torpezas, olvidos, extravíos de objetos y los ubicó según la traducción de Etcheverry de la palabra germana Vergreifen como “El trastocar las cosas confundido”. Dicha expresión en español condensa el accidente y/o en la caída que “*todo se ha trastocado*”.

Es el Dr. Julio Granel en su libro “Teoría Psicoanalítica del Accidentarse” (2009) quien nos enseñó que se trata de un acto fallido en el cual se pone en peligro la integridad corporal que cuenta con dos componentes a la vez, por un lado, un “*determinismo psíquico*” provocado por motivaciones inconscientes y por otro, con una “*complacencia del azar*” usada por el inconsciente para crear el accidente.

De este modo, afirmamos que la persona mayor accidentada, caída, fracturada es partícipe de este suceso, con sus relaciones intrapsíquicas, interpersonales y ambientales y es fundamental acompañarla desde una escucha profesional psi a preguntarse ¿qué viene a denunciar y a ocultar este accidentarse? entendiendo que se trata de un acto dotado de sentido pero oculto e inconsciente. Así, desde una cuidadosa y progresiva elaboración con el accidentado del sentido, significado, simbolización e intención de su accidente, se permitirá la concientización de sus motivaciones y la organizar de su cambio en pos de prevenir nuevos accidentes/ nuevas

caídas.

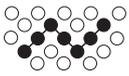
Si bien según la OMS “*la caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad*” elegimos la definición de caída propuesta por el Dr. Julio Granel en su “Teoría Psicoanalítica del Accidentarse” como la “*acción precipitada en que se involucra autodestructivamente el cuerpo en respuesta a lo que se anticipa como unaprecipitación violenta de cierta pérdida y cuyo sentido inconsciente sería la anulación de esa pérdida*”. Definición retomada desde una mirada psicogerontológica, por la Dra. Graciela Zarebski quien explicaba que la propensión de las caídas en el envejecer está asociada a una caída emocional a un actuar irreflexivo de signo tanático y por otro con un déficit en la capacidad de simbolización y reflexión respecto del modo de posicionarse frente a los temas del envejecer: las transformaciones del cuerpo y la propia imagen, los duelos, los roles sociales (jubilación), los roles familiares (abuelidad, viudez) y la presentificación de la propia finitud a partir de la pérdida de pares y/o progenitores. Es de suma importancia afirmar aquí que entendemos que transitar los temas del envejecer no tiene porque ocurrir cayéndose en el propio envejecimiento.

b) IMPACTO en su entorno socio-familiar

Las caídas sufrida por un miembro familiar mayor sin lugar a dudas ocasiona un gran impacto en el grupo familiar que acarreará un costo emocional, físico y financiero. Se trata pues de cuidar a los padres envejecidos, accidentados, fracturados, caídos. Consiste en una reorganización de las rutinas contemplando las necesidades que provocaron la caída y teniendo que afrontar las dificultades para obtener servicios de asistencia y cuidados que en muchas ocasiones solo recae en alguna mujer del grupo familiar.

c) IMPACTO en el equipo de salud tratante

Como dijimos anteriormente la temática de las caídas en el envejecer es una temática que nos interpela y es por ello que fuimos diseñando y rediseñando un dispositivo de abordaje desde 2006 en que el Servicio



A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario

de Traumatología del Hospital Durand nos solicitó intervención gerontológica con pacientes añosos intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera. Propuesta que luego nos condujo a preguntarnos respecto de la posibilidad de intervención con aquellos pacientes mayores con caídas a repetición sin fractura de cadera. Nos preguntábamos si era posible diseñar algún dispositivo de intervención que nos permita intervenir en la detección de pacientes frágiles. Así fue que planificamos el “Taller de prevención de caídas y promoción del autocuidado” que aún sostenemos cual un dispositivo de articulación interdisciplinar e intersectorial.

El “Taller de prevención de accidentes y promoción del autocuidado” que tiene una fundamentación teórica gerontológica basada por un lado en la importancia de la estimulación de la actividad física de las personas mayores y por otro desde la Accidentología Psicoanalítica en lograr reflexionar acerca de lo acontecido y poder así, prevenir nuevos accidentes que pongan en juego la integridad del sujeto definitivamente. El mayor desafío consiste en que el Taller sea un espacio para reestructurar a ese cuerpo fracturado. Cuerpo fracturado que no tiene que haber sufrido específicamente una fractura de cadera para ser denominado así sino que se trata de un cuerpo que porta una fractura de otro orden, una fractura emocional. Y es en el espacio del taller donde se trata de re-estructurarlo brindándole a la persona un espacio para repensar su posicionamiento frente a su autocuidado. La dinámica de los encuentros es participativa, activa y busca impulsar tanto en los asistentes al taller como en los profesionales que participan el compromiso con la tarea convocante. Cada encuentro del taller está concebido como un espacio para hacer actividad física, hidratarse, socializar con otros y tratar de vincular el accidentarse con las caídas emocionales que tienen que ver con el modo de vivenciar el propio envejecer.

Cabe mencionar aquí el uso de una Ficha de Evaluación Psicogerontológica creada para este taller con datos de filiación, preguntas generales y otras más específicas que se encuentra en el Anexo 1. La ficha es utilizada como parte de la evaluación individual previa al taller en el marco de una entrevista psicogerontológica.

Respetar los tiempos de cada uno de los sujetos envejecientes accidentados asistentes al taller y entrecruzarlos con los tiempos de un diseño de taller de abordaje gerontológico interdisciplinario ha sido un gran aprendizaje para nuestro equipo. Aprendizaje que nos llevo a pensar y re-pensar acerca de nuestro posicionamiento como equipo de salud respecto de la modalidad de abordaje de la temática de las caídas en el envejecer.

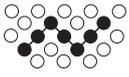
Me permito citar aquí un párrafo mío publicado en las Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología realizado en Montevideo, Uruguay en Noviembre de 2007 “*Sostengo como lema de mi trabajo cotidiano a la Gerontología no solo “para” sino “con” las mismas personas adultas mayores como protagonistas de su propio envejecer poniendo el énfasis en las preposiciones en juego en tanto pienso que el uso de las preposiciones condiciona nuestro posicionamiento profesional y por ende nuestra modalidad de atención.*”

Y es en esta línea de pensamiento desde la cual aún continuamos planificando el mejor dispositivo posible en pos de abordar los accidentes/las caídas de los ancianos frágiles.

Por lo tanto, es posible diseñar dispositivos que se propongan la tarea preventiva como articuladora de un trabajo físico-psíquico-socio-funcional de las personas mayores para acompañarlas en el transitar los temas del envejecer en pos de mantener la autonomía.

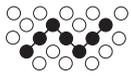
En conclusión

De este modo, y acorde con una de las 4 áreas de acción de la Década del Envejecimiento Saludable, a saber, ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores, es que los invitamos a replicar nuestro dispositivo creativamente con las improntas propias de vuestros equipos intervinientes asumiendo el único compromiso de que el impacto de una caída jamás debe ser paralizador sino por el contrario más bien debe interpelarnos para ir desde esa expresión en la que se patentiza lo manifiesto y lo latente del accidentarse donde “*todo se ha trastocado*” hacia convertirse en una



Bronstein

oportunidad movilizadora para permitirse algún cambio de posicionamiento tanto de la persona adulta mayor accidentada, de su entorno socio-familiar y del equipo tratante. Porque dicho impacto que no paraliza sino que nos pone en movimiento para el cambio, nos traerá algún crecimiento lo cual siempre significa continuar viviendo.



A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario

Anexo

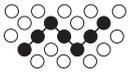
Ficha de Evaluación Psicogerontológica para el Taller de Prevención de Caídas y Promoción del Autocuidado- Prof. Lic. Perla Bronstein-Ministerio de Salud- GCABA

DATOS DE FILIACION

Nombre y Apellido -----APODO-----
Derivado por: -----Motivo de derivación-----
Teléfono: -----Teléfono de un familiar:-----
Edad: -----Fecha de nacimiento----/--/-----DNI -----
Estado civil-----Obra social-----
Domicilio:----- Vive solo SI / NO
Jubilado/a SI/ NO ¿Desde cuándo?-----
Nivel de escolaridad finalizado-----
Realiza actividad física SI/ NO ¿Dónde?-----

A) Específicas

- 1) ¿Por qué concurre?
- 2) ¿Qué espera Ud. de esta actividad?
- 3) ¿Cuál es su sensación predominante en la calle: seguridad, inseguridad, confianza en sí mismo
- 4) ¿Cuál es su sensación predominante en su hogar: seguridad, inseguridad, confianza en sí mismo
- 5) Si se siente inseguro, ¿desde cuándo?
- 6) ¿Ha tendido algún accidente y/o caída?
- 7) ¿Cuántos accidentes y/o caídas ha tenido?
- 8) ¿En qué circunstancias se produjeron?
- 9) ¿Los relaciona con su estado anímico en ese momento?
- 10) ¿Recuerda en qué pensaba en ese momento?
- 11) ¿Sufría de alguna preocupación o angustia en particular?
- 12) ¿Le sucedió algún cambio importante en su vida (mudanza, jubilación, viudez, etc.)
- 13) ¿Cuál es su estado anímico actual?
- 14) ¿Considera que su familia se preocupa por su seguridad: demasiado, mucho, poco, nada
¿Por qué?
- 15) ¿Considera que debería hacer algunos cambios en su vida para sentirse más seguro? Cuáles?



Bronstein

B) Generales

- 1) ¿Cómo se siente frente al paso del tiempo y al el deterioro físico?
- 2) ¿Cómo ve y siente su cuerpo?
- 3) ¿Se siente joven?
- 4) ¿Se siente activo? En qué?
- 5) ¿Se siente dependiente? ¿En qué grado? ¿De quién?
- 6) ¿Mantiene vínculos familiares?
- 7) ¿Mantiene vínculos sociales? ¿Cuáles?
- 8) ¿Cómo vivió o vive su jubilación?
- 9) ¿Cómo vivió o vive su viudez?
- 10) ¿Tuvo alguna mudanza alguna vez?
- 11) ¿Cómo ve los cambios culturales?
- 12) ¿Es abuelo/a?
- 13) ¿Le satisface serlo?
- 14) ¿Se siente apoyado por otros?
- 15) ¿Desea comentar algo más?

Diapositivas de la disertación “Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario” de la Prof. Lic. Perla Bronstein XIX Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria 2023”

Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario

COORDINADORA y DISERTANTE:
Prof. Lic. Perla Bronstein



A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario



“A propósito de las caídas...”
Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
UGA- Hospital Durand-CABA

- En la P.M.
- En su entorno socio-familiar
- En el equipo de Salud tratante

IMPACTO: del latín *impactus*
«Impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso»

“A propósito de las caídas...”
Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
UGA- Hospital Durand-CABA

Impacto en la P.M.

LA PROPENSIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ENVEJECER ESTÁ ASOCIADA A UNA CAÍDA EMOCIONAL

➤ UN ACTUAR IRREFLEXIVO DE SIGNO TANÁTICO Y
➤ CON UN DÉFICIT EN LA CAPACIDAD DE SIMBOLIZACIÓN Y REFLEXIÓN

RESPECTO DEL MODO DE POSICIONARSE FRENTE A LOS **TEMAS DEL ENVEJECER**

“A propósito de las caídas...”
Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
UGA- Hospital Durand-CABA

LOS TEMAS DEL ENVEJECER

- 

✓ LAS TRANSFORMACIONES DEL CUERPO
- 

✓ LOS DUELOS
- 

✓ LOS ROLES FAMILIARES
- 

✓ LOS ROLES SOCIALES

VISIÓN COMPLEJA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO



Bronstein

Impacto en el entorno
socio-familiar

Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
UGA- Hospital Durand-CABA



- ✓ CUIDAR DE LOS PADRES ENVEJECIDOS, ACCIDENTADOS, FRACTURADOS, CAÏDOS
- ✓ CONTEMPLAR LAS NECESIDADES QUE OCASIONÒ LA CAÏDA
- ✓ COSTO: EMOCIONAL, FÌSICO Y FINANCIERO QUE OCASIONA LA CAÏDA DE UN MIEMBRO FAMILIAR MAYOR
- ✓ DESORGANIZACIÒN DE RUTINAS
- ✓ FALTA DE COMPROMISO DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA RECAYENDO POR LO GENERAL EN LAS MUERES
- ✓ DIFICULTADES PARA OBTENER SERVICIOS DE ASISTENCIA Y CUIDADOS

Impacto en equipo de
Salud tratante

Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
UGA- Hospital Durand-CABA



ACTIVIDAD FÍSICA

HIDRATACIÓN

ESPACIO DE REFLEXIÓN

CHARLAS DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO






UN DESAFIO DE ARTICULACION INTERDISCIPLINAR

Impacto en equipo de
Salud tratante

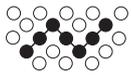
Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario
UGA- Hospital Durand-CABA



Los Invitamos a replicar el dispositivo creativamente con improntas propias

Es posible diseñar dispositivos que se propongan la *tarea preventiva* como articuladora de un trabajo físico-psíquico-socio-funcional de las PM para acompañarlas en el transitar los temas del envejecer en pos de mantener la autonomía.

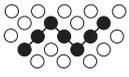
cursogerontodurand2023@gmail.com



A propósito de las caídas: Impacto en el quehacer gerontológico de un equipo interdisciplinario



Fotografía de la Mesa “A propósito de las caídas...”
XIX Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria 2023” llevado a cabo en la Ciudad de Mar del Plata, Argentina del 31 de agosto al 2 Septiembre de 2023



Bronstein

REFERENCIAS

1. Avilés Hernández, J. y Salmerón Aroca, J. (2019) Fragilidad y Personalidad Propuesta de incluir los Factores Psicológicos y de Personalidad descritos por Zarebski en el Síndrome de Fragilidad Capítulo 14 en La identidad flexible como factor protector en el curso de la vida / Graciela Zarebski. - 1a ed ampliada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Maimónides,
2. Bronstein, P. (2007) “La Psicogerontología en los equipos gerontológicos del PROSAM: Un desafío cotidiano en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires” en Memorias del II Congreso iberoamericano de Psicogerontología-Montevideo, Uruguay. Edición Psicolibros universitarios
3. Bronstein, P.; Perinotto, A.; Ventós L (2017) “Taller de prevención de caídas y promoción del autocuidado: un dispositivo grupal gerontológico en Salud Pública en Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica; Vol. 31(1):20-23
4. Freud, S. (1901) Psicopatología de la vida cotidiana. Volumen 6.Traducción directa del alemán de José L. Etcheverry. Amorrortu editores
5. Granel, J. (2009) “Teoría Psicoanalítica del Accidentarse”. Ed. Letra Viva
6. Kaplan, R.; Jauregui, J; Rubin, R.(2009) Los Grandes Síndromes Geriátricos , Editorial Edimed,1 Edición, Argentina.
7. Jauregui, J; Engel, C. (2022) Síndrome de Fragilidad. Prevención del síndrome de Dependencia en “Geriatría desde el principio” / compilación de Diego Bernardini ; editado por Diego Bernardini. - 3a ed ampliada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad Maimónides, 2022.
8. Salvarezza, L. (1988): Psicogeriatría. Teoría y Clínica Ed. Paidós
9. Zarebski, G. (1994) ¿La vejez es una caída? Ed. Tekné
10. Zarebski, G. (2005b). Las Caídas en la Vejez. En: G. Zarebski Hacia un Buen Envejecer. Ed. UMAI.
11. Zarebski, G.(2023) Fragilidad en el envejecimiento Subjetividad y abordajes preventivos compilado. Colección Conjunciones. Noveduc libros <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>