

Revista Argentina de Gerontología y Geriatría



Órgano de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Diciembre 2018 - Marzo 2019

TOMO XXXIII - AÑO 32 - Nº 3

ISSN 2525-1279

Caídas en una institución de adultos mayores en cuidados continuos: estudio piloto de 6 meses de duración

Falls in institutionalized elderly subjects. Report of a pilot study in a single Nursing Home

Características del tratamiento anticoagulante en adultos mayores con fibrilación auricular

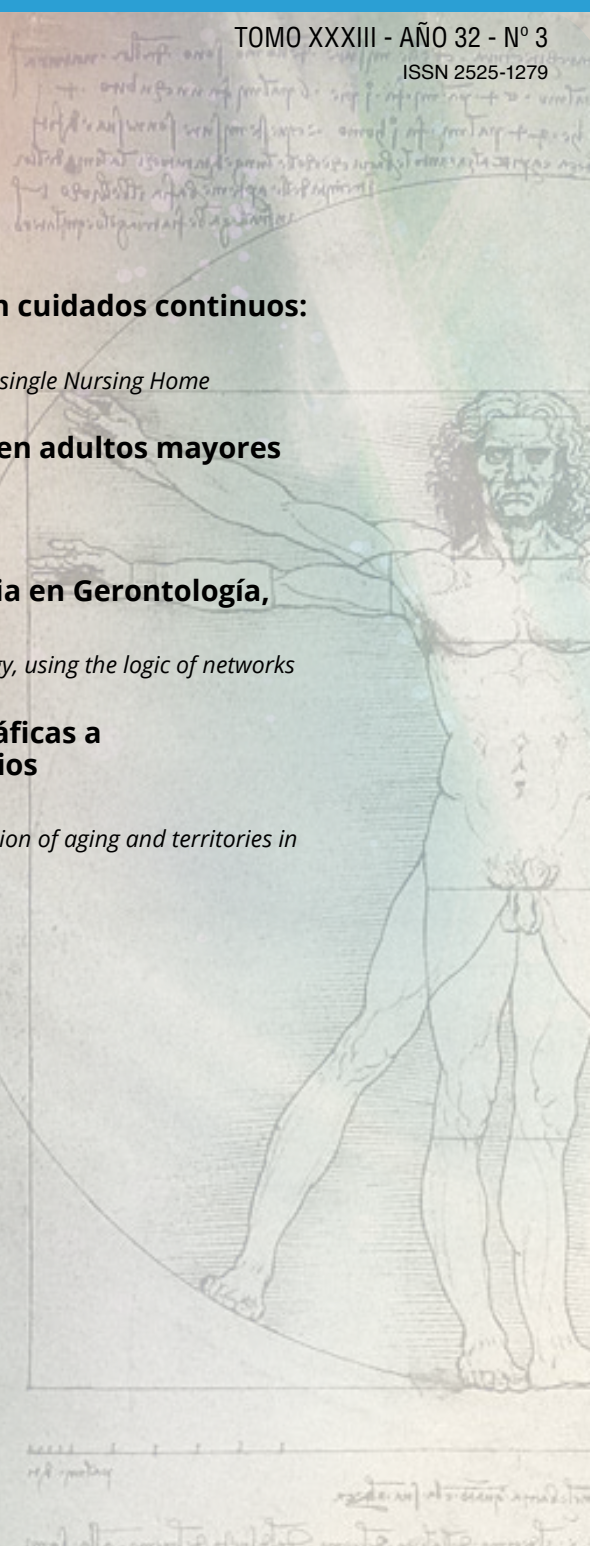
Features of anticoagulation in older adults with atrial fibrillation

Aportes para pensar la participación comunitaria en Gerontología, utilizando la lógica de redes

Contributions to think about community participation in Gerontology, using the logic of networks

Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile

Longevity and rurality: ethnographic approaches to the transformation of aging and territories in rural areas in the south of Chile





Objetivos, alcance y misión

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatria (R.A.G.G.) es el Órgano Oficial de difusión de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (S.A.G.G.), dedicada al estudio y actualización de la Especialidad.

La Revista se fundó en el año 1981 y su edición en papel continuó hasta el año 2016, momento en el cual se decidió seguir editándola electrónicamente en la página web de la S.A.G.G.; se publica en los meses de abril, agosto y diciembre de cada año, en idioma castellano y con sus respectivos resúmenes en idioma inglés y portugués.

Esta publicación está dirigida a geriatras y gerontólogos y su objetivo es conseguir la difusión y actualización de los conocimientos propios de la Especialidad, buscando un intercambio académico y científico con profesionales de diversos países; otro de sus propósitos es permitir que el trabajo de los geriatras y gerontólogos de toda la Región Latinoamericana puedan dar a conocer sus producciones científicas a nivel internacional.

La Revista permite el acceso libre inmediato a su contenido (Acceso Abierto) con el fin de poner gratuitamente a disposición de los profesionales información actualizada sobre la geriatría y gerontología nacional e internacional. La R.A.G.G. adhiere a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y cumple los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (documento disponible en: www.icmje.org); en la actualidad es financiada por la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria.

CONSEJO EDITORIAL

Editor en Jefe

Moisés Schapira

*Profesor de Medicina del adulto Mayor, Instituto Universitario CEMIC.
Profesor de Gerontología USAL. Profesor adjunto Medicina Familiar UBA.
Director Asociado Carrera de Especialistas en Geriatria, Universidad Maimónides.
Director de Docencia e Investigación Hirsch*

COMITÉ EDITORIAL

Editor Sección Geriatria

Dr. Matías Manzotti

*Profesor Adjunto en la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad Isalud.
Médico Coordinador del Área de Geriatria.
Servicio de Clínica Médica del Hospital Alemán,
Buenos Aires, Argentina*

Editora Sección Gerontología

Dra. Paula Pochintesta

*Doctora en Ciencias Sociales. Licenciada en Psicología de la UBA.
Investigadora Asistente del Programa Envejecimiento,
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
Docente Departamento de Ciencias Sociales, Univ. Nac. de Luján y
docente de Posgrado en distintas Universidades
(FLACSO - UNLu - UNSAM - Maimónides)*

José Ricardo Jauregui

Doctor en Medicina. Profesor Adjunto Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza. Director y Fundador de la Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento (UIBE) del Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca. Director de Gestión Asistencial Nuevo Hogar Ledor Vador, Bs. As., Argentina

Margarita R. Murgieri

Doctora en Medicina-Magíster en Gerontología Social Aplicada (Universidad de Barcelona). Subgerente Operativa, Hogar Martín Rodríguez, dependiente de la DGSD de la Secretaría de Tercera Edad, Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano de CABA, Bs. As., Argentina

Julio Berreta

Profesor Regular Adjunto De Fisiología y Biofísica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Jefe de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina

María Inés Passanante

Doctora en Sociología. Asesora del Instituto para el matrimonio y familia de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) Buenos Aires, Argentina

Dra. Dorina Stefani

Doctora de la Universidad de Buenos Aires (área Salud Mental), Facultad de Medicina. Licenciada en Sociología (UBA). Investigadora Principal del CONICET. Jefa del Laboratorio de Psicología Social y Salud del ININCA/CONICET-UBA. Directora del Equipo de Investigación en Psicología Social y Salud del ININCA/CONICET-UBA

Dra. Paula Daniela Hermida

Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Doctora en Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asistente del CONICET - Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET. Jefa de Trabajos Prácticos en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Dr. José Luis Amorone

Médico especialista en Urología. Consultor de la Sociedad Argentina de Urología. Jefe del Servicio de Urología, Hospital Aeronáutico Central.

Máster en Gestión Sanitaria, Universidad de Barcelona. Director del Programa de Actualización en Urología Oncológica, Departamento de Graduados, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Comité Asesor Científico

Edgar Aguilera Gaona

Médico Geriatra en Instituto de Previsión Social, IPS, Paraguay

Ricardo Allegrí

Doctor en Ciencias Médicas y Profesor de Neurología (UBA), Jefe de Neurología Cognitiva, Neuropsiquiatría y Neuropsicología (Fleni) Buenos Aires, Argentina

Haydeé Andrés

Psicogeriatra. Profesora Consulta Adjunta del Dpto. de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA, Buenos Aires, Argentina

Antonio A. Burgueño Torijano

Médico especialista en Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España

Luis Manuel Cornejo Alemán

Profesor Asociado. Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria. Tufts University School of Medicine, Boston Massachusetts. Médico especialista, Servicio de Geriatría, Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos, Caja de Seguro Social, Panamá.

Carmen Lucía Curcio Borrero

Doctora en Gerontología. Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriatría, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Colombia

Gustavo Duque

Doctor en Medicina, Jefe Departamento de Medicina Interna y Director del Instituto Australiano de Ciencias Músculo-esqueléticas Universidad de Melbourne y Western Health, Australia

Fernando Gómez Montes

Profesor Titular Sección de Geriatría Clínica, División de Medicina Interna. Departamento Clínico Quirúrgico. Programa de Medicina. Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Director grupo de Investigación en Gerontología y Geriatría, Grupo A Colciencias. Universidad de Caldas, Colombia

Luis Gutiérrez Robledo

Doctor en Ciencias Médicas por la Univ. de Burdeos, Especialista en Geriatría por la Univ. de Grenoble y Director General Instituto Nacional de Geriatría de los Institutos Nacionales de Salud de México, México

Marianela F. de Hekman

Médica Geriatra. Centro do Envelhecimento Hosp. Moinhos de Vento, Hospital São Lucas - PUC - RS, Brasil

Roberto Kaplan

Director de la Carrera de Especialista en Geriatría, UBA - Médico Consultor, Clínica Médica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Rafael Kohanoff

Director Técnico INTI - Centro de Salud y Discapacidad, Bs. As., Argentina

Roberto Lourenco

Doctorado, Instituto de Medicina Social, Universidad do Estado do Rio de Janeiro Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), Miembro del Comité Ejecutivo, Brasil

Juan Florencio Macías Nuñez

Profesor Director de la Cátedra Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Geriatría. Fundación Iberoamericana para la Prevención de las Enfermedades Renales y Cardiovasculares (FIIPERVA) Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, España

Carlos Musso

Doctor en Medicina, Prof. de Fisiología Humana de Instituto Universitario del Hospital Italiano de Bs. As., Jefe de las áreas de diálisis peritoneal y fisiología clínica del Servicio de Nefrología del Hospital Italiano de Bs. As., Argentina

Clever R. Nieto Ferreira

Médico geriatra. Miembro fiscalizador de la Soc. Uruguaya de Gerontología y Geriatría, Uruguay - Council Member IAGG

M. Julieta Oddone

Profesora Titular de Sociología de la Vejez, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y de la Carrera de Relaciones del Trabajo. Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Nación Argentina (CONICET) Buenos Aires, Argentina

Federico M. Pérgola

Profesor consulto adj. de la Facultad de Medicina de Bs As, Argentina

Leocadio Rodríguez Mañas

Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid Profesor Titular de Geriatría en la Universidad Europea de Madrid Jefe de Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Getafe, España

Susana Rubinstein

Licenciada en Terapia Ocupacional. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Buenos Aires, Argentina

Marcelo Schapira

Director Carrera de Especialista en Geriátría, UBA. Jefe de la Unidad de Evaluación Funcional de Anciano - Sección Geriátría, Hospital Italiano, Bs As, Argentina

Enrique Vega García

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Institución académica: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Asesor regional de Envejecimiento y Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Cuba

José Manuel Ribera Casado

Catedrático Emérito de Geriátría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, España

Dra. María Florencia Tartaglino

Doctora de la UBA, Facultad de Medicina, en el área de Humanidades Médicas. Investigadora Adjunta CONICET. Coordinadora del Programa Acompañando al Cuidador, Fundación Ineba. Instituto de Neurociencias Buenos Aires - INEBA

Dra. Carolina Feldberg

Lic. en Psicología Facultad de Psicología, UBA. Especialista en Neuropsicología Clínica. Facultad de Psicología, UBA. Doctora en Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, UBA. Investigadora CONICET. Docente Facultad de Psicología, UBA

Lic. Paulina Czyzyk

Lic. en Kinesología y Fisiología, UBA. Profesora titular Cátedra de Psicomotricidad y Neurodesarrollo, Carrera de Kinesología, Facultad de Medicina, UBA

Prof. Dr. Néstor Rubén Lago

Médico Patólogo Profesor Titular Regular Departamento de Patología

Prof. Dr. Hugo Norberto Catalano

Jefe del Servicio Clínica Médica, Htal. Alemán. Centro Afiliado Red Cochrane Iberoamericana. National partner of the MacGRADE Centre. Miembro Grupo GRADE. Prof. Adjunto de Medicina Interna. SubDirector Carrera Médico Especialista Universitario en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Fac. de Medicina, UBA

Acad. Dr. Jorge Alberto Neira

Médico intensivista. Miembro de Número de la Acad. Nac. de Medicina. Fellow American College of Critical Care Medicine. Fellow American Association for the Surgery of Trauma. Consultor Unidad de Cuidados Intensivos, Sanatorio de la Trinidad Palermo. Presidente de la Fundación Trauma. Presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nac. de Medicina

Lic. Mónica Gottschalk

Licenciada en Fonoaudiología (Univ. del Museo Social Argentino). Doctorado cursado (Universidad del Museo Social Argentino). A cargo del Servicio de Fonoaudiología y Clínica Fonodeglutoria en Centro "Hirsch" Internación - Rehabilitación Adultos y Adultos Mayores. Coordinadora Grupo Estudio y Capacitación "Trastornos Fono-respiratorio-deglutorios en Adultos"

Prof. Dra. María Isolina Dabove

Investigadora del CONICET en la Facultad de Derecho, UBA. Profesora Titular de Derecho de la Vejez en la UBA, UNR y UNC. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez de la UNC. Titular de Derecho de la Vejez en la UBA, UNR y UNC. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez de la UNC

Dra. Diana Olga Cristalli

Dra. en Medicina Especialista Consultor en Neurología. Docente Investigador de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. Profesor Adjunto de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología del Comportamiento y Neurociencias Cognitivas de la Sociedad Neurológica Argentina

Dra. Cynthia Mariñansky

Médica Geriátría de Planta de la Unidad de Geriátría del Hospital Durand. Directora Ejecutiva de International Longevity Center, Argentina. Directora de la Especialización en Geriátría de la Universidad Maimónides. Docente adscripta a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Lic. Victoria Tirro

Psicogerontóloga. Máster en Neurociencias. Profesora Universitaria Pre y Postgrado. Docente Investigadora. Instituto de Psicología. UCV-Caracas-Venezuela

Dra. Teresa Martínez Rodríguez

Doctora, Universidad de Oviedo. Licenciada en Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Diplomada en Gerontología Social por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Miembro del grupo de investigación Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo

Lic. Magalí Risiga

Lic. en Terapia Ocupacional. Especialista en Psicogerontología. Coordinadora Programas Preventivo Terapéuticos y Asistenciales de Estimulación de la Memoria. Docente de posgrado en Universidad Maimónides y Untrf

Dra. Myriam Monczor

Médica psiquiatra - Presidenta del Capítulo de Psicogeriatría de APSA - Presidenta de la Fundación de Docencia e Investigación en Psicofarmacología (FUNDOPSI) - Coordinadora del Programa de Adultos Mayores de Proyecto Suma - Miembro del Capítulo de Psicogeriatría de la SAGG - Co-autora del libro Psicofármacos en Geriátría

Revista Argentina de Gerontología y Geriátría



Órgano de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría

La Revista Argentina de Gerontología y Geriátría se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina y será editada tres veces por año (Abril - Julio; Agosto - Noviembre; Diciembre - Marzo).

Registro Nacional de Derecho de Autor N° 247.102.

Propiedad Intelectual perteneciente a la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría

© 2018 Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otros sistemas de reproducción de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

ISSN 2525-1279

Hecho el depósito legal.

Impreso en la Argentina

El material publicado en la Revista Argentina de Gerontología y Geriátría representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La Revista de la SAGG no se responsabiliza por las opiniones vertidas por el o los autores de los trabajos originales, ni de la pérdida de los originales durante su envío, ni de la exactitud de las referencias bibliográficas.

Propietarios y editores responsables:



SOCIEDAD ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Av. Córdoba 1352 • C1055AAQ • Buenos Aires, Argentina.

Tel. (54 11) 4372-1689 - (54 11) 4371-8861

info@sagg.org.ar www.sagg.org.ar

Diseño gráfico

ag ARTS & GRAPHICS



FUNDADA EN 1951

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica

Comisión Directiva 2018 - 2020

Presidente	Prof. Dra. Margarita Rosa Murgieri
Vicepresidente	Prof. Dra. Natalia Soengas
Vicepresidente Gerontológico	Prof. Dra. María Julieta Oddone
Secretario General	Dr. Julio Leonardo Nemerovsky
Prosecretaria	Dra. Romina Karin Rubin
Secretaria de Actas	Dra. Patricia Carmen Casanova
Tesorero	Dr. Mariano Alejandro Quezel
Protesorero	Dr. Moisés Schapira

Vocales Titulares

Dr. Hugo A. Schifis	Dr. Miguel Angel Ciorciari
Dr. Roberto Daniel Gavazzi	Dr. Pablo Jorge Landi
Dr. Ricardo Alejandro Blanco	Dra. Graciana Alessandrini
Dr. Matías Edgardo Manzotti	Lic. Alejandro David Sneibrum
Dra. Fabiana Noemí Giber	Lic. Héctor Larrea
Dra. María Clara Perret	

Vocales Suplentes

M.T. María Reina Guillemi
Dra. Mayra Giselle Villalba Nuñez
Dra. Wanda Gisbert

Consejo de Ex Presidentes

Prof. Dr. Federico Pégola
Prof. Dr. Roberto Kaplan
Dr. Isidoro Fainstein
Dr. Hugo A. Schifis

Comisión de Ética 2018

Dra. Sara Iajnuik
Prof. Dr. Julio Alberto Berreta
Dr. Isidoro Fainstein
Prof. Dra. Adriana M. A. Alfano



AYUDA A MANTENER MÚSCULOS Y HUESOS FUERTES

Suplemento nutricional completo
recomendado para adultos a
partir de los 50 años.

Disponible en las principales
farmacias y supermercados del país.



20g
DE PROTEÍNA*

456mg
DE CALCIO*

8,8mcg
DE VITAMINA D*

www.BOOST.com.ar

SENTITE FUERTE
Sentite activo

Contenidos

Tomo XXXIII - Vol. 32 - 3ra. Edición. Diciembre 2018 - Marzo 2019

EDITORIAL

La geriatría como metadisciplina: reflexiones y desafíos

Geriatrics as a metadiscipline: challenges and reflections

A Geriatria como metadisciplina: reflexões e desafios

Moisés Schapira

103

TRABAJO ORIGINAL

Caídas en una institución de adultos mayores en cuidados continuos: estudio piloto de 6 meses de duración

Falls in institutionalized elderly subjects. Report of a pilot study in a single Nursing Home

Quedas em uma instituição de idosos em cuidados continuados: estudo piloto de seis meses de duração

Nadja Kartschmit, Carolina Díaz, Moisés Schapira

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; Vol 32(3):105-111

105

ARTÍCULO ORIGINAL

Características del tratamiento anticoagulante en adultos mayores con fibrilación auricular

Features of anticoagulation in older adults with atrial fibrillation

Características do tratamento anticoagulante em idosos com fibrilação auricular

Sofía Lemos, Matías E. Manzotti, María Clara Perret, Graciana Alessandrini, Graciela M. Vazquez, Hugo N. Catalano

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; Vol 32(3):112-119

112

COMUNICACIÓN

Aportes para pensar la participación comunitaria en Gerontología, utilizando la lógica de redes

Contributions to think about community participation in Gerontology, using the logic of networks

Contribuições para pensar a participação comunitária em Gerontologia utilizando a lógica de redes

Maya Sinjovich

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; Vol 32(3):120-126

120

MANUSCRITO ORIGINAL

Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile

Longevity and rurality: ethnographic approaches to the transformation of aging and territories in rural areas in the south of Chile

Longevidade e ruralidade: aproximações etnográficas a transformações do envelhecimento e territórios em zonas rurais do sul do Chile

Ignacia Navarrete Luco y Paulina Osorio Parraguez

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; Vol 32(3):127-134

127

NutriBio

PREMIUM



Suplemento nutricional completo y equilibrado.

BENEFICIO SIMBIÓTICO¹

PREBIÓTICOS + PROBIÓTICOS

- Favorecen el crecimiento de una microbiota intestinal saludable, estimulan las defensas.
- Facilitan la digestión y la absorción de calcio.
- Normalizan el tránsito intestinal.



1. Probióticos y Prebióticos. Guías prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología. Mayo de 2008.



ETHICAL PHARMA



Dr. Moises Schapira*

EDITORIAL

La Geriatria como metadisciplina: reflexiones y desafíos

Geriatrics as a metadiscipline: challenges and reflections

A Geriatria como metadisciplina: reflexões e desafios

A lo largo de los últimos 70 años la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria ha demostrado su compromiso con el desarrollo de la geriatría académica. Desde su creación, como sociedad encargada de la formación de médicos especialistas a partir del curso superior, ha estimulado la formación continua de sus graduados al organizar congresos y reuniones científicas, convocando profesionales capaces de promover y desarrollar trabajos de investigación focalizados en temáticas geriátricas. Muchas de estas comunicaciones no han podido ser diseminadas por falta de espacios académicos indexados, interesados en publicaciones vinculadas a la vejez. La gerontología y la geriatría argentinas necesitan una publicación en el que los trabajos de investigación, las experiencias académicas, las implementaciones originales en gestión, o las innovaciones de aprendizaje puedan ser compartidos. El incremento de la población anciana hace que los programas de enseñanza universitaria de la gerontología y de la geriatría aumenten, así como la necesidad de brindar capacitación continua y proyectos capaces de generar preguntas apropiadas y respuestas modifica-

doras para esta población. Desde la perspectiva de la SAGG esperamos que en un futuro cercano, la revista de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria consiga ser indexada, lo que favorecerá a que las universidades con más y mejores educadores y científicos tengan interés en publicar en ella, que los centros de excelencia en atención de los adultos mayores puedan contribuir con estudios originales que sean publicados y así favorecer a la formación de nuevos y mejores profesionales clínicos, que los administradores de programas de salud interesados en desarrollar carreras académicas publiquen sus experiencias en gestión, que permitan ayudar a nuestros países a resolver las carencias que los responsables de cuidados geriátricos encuentran en su práctica médica cotidiana.

Durante los últimos años la dirección de la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria fue dirigida por la Dra. Adriana Alfano, quien a través de su compromiso y dedicación se constituyó en el motor de la misma. La Dra. Alfano ha sido elegida presidente de la Sociedad de Ética y ha decidido retirarse de la dirección de la RAGG. A partir del presente número, la dirección editorial

* Profesor de Medicina del adulto Mayor. Profesor de Gerontología USAL. Profesor adjunto Medicina Familiar UBA. Director Asociado Carrera de Especialistas en Geriatria, Universidad Maimónides. Director de Docencia e Investigación Hirsch.

será llevada adelante por los doctores Matías Manzotti en el área de Geriatria, la Dra Paula Pochintesta en Gerontología, la Dra Cecilia Cabello como Coordinadora General y el Dr. Moisés Schapira como Editor en Jefe.

Esperamos que con la RAGG contribuyamos en la transformación de los sistemas de salud, y en que, a partir de la publicación de trabajos de excelencia, contribuyamos a mejorar la calidad de la atención de los adultos mayores, a la vez que nos permita ser más activos en la promoción de nuestro trabajo. El envejecimiento a menudo se ve de manera negativa, y los profesionales que trabajamos con personas envejecidas vistas como carreras con poco interés. Nos merecemos una publicación de calidad que permita dar a conocer la calidad de nuestros trabajos de investigación, de nuestras experiencias de gestión, etc.

La geriatría como “meta disciplina”

El concepto de medicina geriátrica como una “meta-disciplina” me resulta interesante por lo que propone como objetivo.²⁻³ Los principios fundamentales de la gerontología y la geriatría son ahora aplicables a todas las áreas de la clínica, la investigación y la capacitación. Numerosos líderes han estado “geriatrizando” la prestación de asistencia médica⁴. Otras especialidades

médicas y quirúrgicas han desarrollado modelos innovadores para mejorar la seguridad y la calidad de la población envejecida a la que sirven. Las colaboraciones con la especialidad de Enfermedades Infecciosas ha renovado el enfoque para prevenir y controlar las infecciones en una población que envejece⁵. Los trabajos realizados con los especialistas en cardiología han revolucionado nuestro enfoque del tratamiento de la hipertensión o la enfermedad valvular⁶ y aquellos desarrollados con neurología y psiquiatría nos muestran un camino en la atención primaria de los pacientes con demencia⁷.

Estudios realizados por equipos de investigación multidisciplinarios han permitido el desarrollo de estrategias de trabajo para la reducción y el manejo de síndromes geriátricos como la fragilidad⁸, las caídas⁹, y la polifarmacia¹⁰. Los geriatras han liderado o han sido un socio importante en cada una de estas iniciativas. Esperamos que la RAGG sea un ámbito adecuado para que profesionales de diversas subespecialidades médicas, quirúrgicas, sociales, demográficas, etc., publiquen sus estudios y permitan diseminar la investigación y el desarrollo de programas que mejoren la calidad de la atención lo que tiene un impacto directo en el bienestar de los adultos mayores.

1. Kane RL, Callahan CM, Morley J et al. Marketing geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1405–1407
2. Tinetti M. Mainstream or extinction: Can defining who we are save geriatrics? *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1400–1404.
3. Mody L, Boustani M, Braun U, Sarkisian M, Evolution of Geriatric Medicine: Mid-career Faculty Continuing the Dialogue *Am Geriatr Soc*. 2017 July ; 65(7): 1389–1391
4. Hurria A, High KP, Mody L, et al. Aging, the medical subspecialties and career development: where we were, where we are going. *J Am Geriatric Soc*. 2016
5. DiazGranados CA, Dunning AJ, Kimmel M, et al. Efficacy of high-dose versus standard-dose influenza vaccine in older adults. *N Engl J Med*. 2014;371:635–45.
6. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥75 years: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315:2673–8212.
7. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: A randomized controlled-trial. *JAMA*. 2006;295:2148
8. Fried LP, Bandeen-Roche K, Chaves PH, et al. Preclinical mobility disability predicts incident mobility disability in older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55:M43–52.
9. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1988;319:1701–7.
10. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med*. 1996;100:428–37.

TRABAJO ORIGINAL

Caídas en una institución de adultos mayores en cuidados continuos: estudio piloto de 6 meses de duración

Kartschmit Nadja*; Díaz, Carolina*; Schapira, Moises*

*Hirsch, Gaspar Campos 2945. San Miguel, Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: moises.schapira@gmail.com

Conflictos de interés: No hay conflictos de intereses.

Recibido el 1 de noviembre de 2018.; aceptado el 21 de diciembre de 2018.

RESUMEN

Introducción: Las caídas son una causa importante de incapacidad y morbilidad en adultos mayores institucionalizados.

Objetivos: Estudiar la incidencia y las circunstancias de las caídas en adultos mayores institucionalizados.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de caídas ocurridas en un periodo de seis meses. Se constataron 119 caídas en 51 adultos mayores con una edad media de 88 años de edad. Se evaluó la marcha usando la escala de Tinetti, la cognición mediante el minimental de Folstein, el uso de medicación. Fueron considerados como controles 116 residentes de la misma institución, que no sufrieron caídas.

Resultados: 51 adultos mayores, de $88 \pm 3,6$ años, 30,5% de la muestra, sufrieron 119 caídas. 76% de los mismos nunca había tenido una caída. Comparado con los controles, las personas que sufrieron caídas, tuvieron resultados intermedios en test de marcha y en fuerza medida por presión palmar. (No representaron ni a los más robustos, ni a los incapacitados). Las caídas se asociaron con enfermedades agudas. No pudo demostrarse una asociación con demencia, ni con uso de benzodiazepinas ni neurolépticos. Los pacientes continentales cayeron más que los incontinentes en esta muestra.

Conclusión: En esta muestra de pacientes residentes en cuidados continuos, sufrir una enfermedad aguda y tener presión palmar limitada y desempeño intermedio en pruebas de marcha, predispone a caídas.

Palabras Claves: caídas, cuidados de larga estancia

Falls in institutionalized elderly subjects. Report of a pilot study in a single Nursing Home

ABSTRACT

Background: Falls are an important cause of disability and mortality among elderly subjects.

Aim: To study the features and incidence of falls in institutionalized elderly subjects.

Patients and methods: Prospective recording of all falls, occurring in a six months period to 51 subjects mean age of 88 years old, living in a nursing home, who suffered 119 falls. Evaluation of each fall and functional status of subjects suffering falls, using Tinetti's get up and go test. One hundred and sixteen subjects living in the same place, but not suffering falls, were considered as controls.

Results: Fifty one subjects, aged 88 ± 3.6 years (30.5% of the sample) suffered 119 falls. Most falls were during the afternoon and while walking. Seventy six percent of subjects suffering falls did not have a history of previous falls. Compared to controls, falling subjects had intermediate function and mild palm pressure (not the robust neither the more disabled), and were suffering from an acute condition. We couldn't find an association with dementia nor benzodiazepines and neuroleptics use. Continent patients had more falls than incontinent ones in this sample.

Conclusions: There is an association between intermediate functional status and acute medical conditions and the incidence of falls in institutionalized elderly subjects.

Keywords: falls, long term care

Quedas em uma instituição de idosos em cuidados continuados: estudo piloto de seis meses de duração

RESUMO

Introdução: as quedas são uma causa importante de incapacidade e morbidade em idosos institucionalizados.

Objetivos: Estudar a incidência e as circunstâncias das quedas em idosos institucionalizados.

Materiais e Métodos: Estudo prospectivo de quedas ocorridas em um período de seis meses. Foram constatadas 119 quedas em 51 idosos com uma idade média de 88 anos de idade. Avaliou-se a marcha usando a escala de Tinetti, a cognição mediante o minimal de Folstein e o uso de medicação. Foram considerados como controles 116 residentes da mesma instituição, que não sofreram quedas.

Resultados: 51 idosos, de $88 \pm 3,6$ anos, 30,5% da amostra, sofreram 119 quedas. 76% dos mesmos nunca tiveram uma queda. Comparado com os controles, as pessoas que sofreram quedas tiveram resultados intermediários em teste de marcha e em força medida por prensão palmar (não representaram nem os mais robustos, nem os incapacitados). As quedas foram associadas a doenças agudas. Não se pôde demonstrar uma associação com demência, nem com o uso de benzodiazepinas, nem de ansiolíticos. Os pacientes continentales caíram mais que os incontinentes nesta amostra.

Conclusão: nesta amostra de pacientes residentes em cuidados continuados, sofrer uma doença aguda e ter prensão palmar limitada e desempenho intermediário em provas de marcha, predispõe a quedas.

Palavras-chaves: Quedas, cuidados de longa duração

Introducción

Las caídas constituyen uno de los cuatro síndromes bautizados por Isaacs como los "*gigantes de la Geriatría*" e incluyen: la incontinencia urinaria, la demencia, el síndrome de inmovilidad y las caídas¹⁻². Estas últimas han sido definidas como "un evento involuntario que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo". Este síndrome clínico, de causa multifactorial, representa un hito, ya que constituye la representación de la pérdida de control del propio cuerpo, pudiendo afectar tanto a adultos mayores (AM) sanos, como enfermos, robustos o frágiles. Se ha comprobado que los AM frágiles se caen más que los vigorosos (52% vs 17%), aunque las consecuencias de las caídas son más graves en estos últimos³⁻¹⁰.

En AM en cuidados continuos, la prevalencia de caídas es muy alta, pudiendo alcanzar hasta el 50% de la población institucionalizada. Como consecuencia de las mismas, hasta el 17% de ellos reportan lesiones graves¹¹⁻¹².

Es objetivo de este trabajo describir las caídas en una población de AM institucionalizados, su frecuencia, las circunstancias en las que caen y las consecuencias de las mismas, comparando los sujetos institucionalizados que sufren caídas con aquellos

sujetos que no se han caído. Nuestra hipótesis es que los residentes con capacidad cognitiva más limitada (medida por el estado mental mínimo de Folstein) caen con mayor frecuencia que los residentes con menos compromiso cognitivo (representados por un minimal normal), que aquellos residentes con capacidad funcional más limitada (peor desempeño en la prueba de marcha de Tinetti, en la medición de fuerza determinada por prensión palmar y en aquellos residentes que usan ayuda de marcha) caerían más frecuentemente que los residentes con mejor capacidad funcional, que los residentes que utilizan benzodiazepinas, neurolépticos y antihipertensivos, tendrían mayor número de caídas.

Otros aspectos estudiados incluyeron el uso de calzado inapropiado (creemos que la gente sin calzado o con "chancletas" caería más que aquellos con un calzado más adecuado), la presencia de incontinencia urinaria, y la aparición de enfermedades agudas (por ejemplo infecciones urinarias o neumonías).

En cuanto a las circunstancias de las caídas, nuestra hipótesis es que los residentes caen más en sus cuartos y durante horarios nocturnos y durante los fines de semana, horarios en los cuales el ratio de asistentes geriátricos por residente suele ser algo menor.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo en una población de 167 personas que habitan en una residencia de larga estancia para adultos mayores, el Centro Hirsch, de San Miguel, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Se incluyeron a todos los AM (en adelante residentes), presentes en la institución entre noviembre de 2014 y abril de 2015, registrándose todas las caídas producidas en ese período. Se excluyeron personas que no viven permanentemente en Hirsch (residentes de rehabilitación y hogar de día). Se incluyeron datos sociodemográficos como el sexo y la edad, diagnósticos, situación nutricional y medicamentos. El estado cognitivo se evaluó mediante el MMSE y la marcha objetivada a partir de las escalas de Tinetti y la fuerza mediante la prensión palmar. Se tomó en consideración el uso de andadores, bastones y el tipo de calzado al momento de la caída. Cada caída fue registrada por la enfermera del sector en forma inmediata a ser notificada de la caída, debiendo completar un protocolo de caídas confeccionado por los autores a partir de la revisión de la literatura. Los datos fueron verificados por la primer autora y registrados en una base de datos en las primeras 24 horas de ocurrido el evento, en la que se hacía constar información general del paciente, la hora y el lugar de la caída, así como los antecedentes de caídas previas y las consecuencias que hubieren tenido lugar. Al finalizar el estudio, se compararon el grupo de residentes que presentaron caídas con el grupo que no las presentó (grupo control). Si bien existe la posibilidad de subregistro (caídas no reportadas por los residentes), enfermeras que no completan el protocolo de caídas, al finalizar cada turno de enfermería, cada enfermera recorre el sector a su cargo, incluyendo habitaciones, corredores y sectores en común, haciendo constar en el reporte las novedades a fin de permitir un adecuado pase de información en el cambio de guardia. Lo propio se hace con los profesionales médicos donde cada caída es objeto de seguimiento y la base de datos de caídas debe ser completada. La conciliación de la información aportada por enfermería y el profesional médico se realiza diariamente.

Los datos fueron analizados mediante SPSS. La comparación de promedios se hizo con la prueba *t* de

Student y la comparación de porcentajes con la prueba Chi cuadrado.

Resultados

Las características generales de la población estudiada ($n=167$) se presentan en la tabla 1. Durante los seis meses que duró el estudio, se presentaron 119 caídas en 51 adultos mayores, lo que corresponde a 30,5% de los residentes (51 de 167 sujetos), la edad promedio de este grupo fue $88 \pm 3,2$ años. Porcentualmente las mujeres presentaron más caídas que los hombres (68,6%). Estos 51 residentes adultos mayores presentaron 119 caídas durante el estudio. La frecuencia de caídas fue: 39% una sola caída, 47,4% se cayeron dos a cinco veces, 11,7% lo hizo seis a diez veces y sólo uno (1,9%) se cayó quince veces. En la tarde (14:00 a 19:00 horas) ocurrieron la mayoría de las caídas ($n=51$; 42%) y también de fracturas (6 de 10 casos). Por la madrugada se observaron 38 caídas.

Calzado: 54,6% de los residentes llevaban calzados adecuados al momento de caer y 5% de las caídas se

Tabla 1. 119 caídas en 6 meses

	Habitantes de Hirsch	Sin caídas	Con caídas
Número	167	116	51
Mujeres	75,4%	78,4%	68,6%
Hombres	24,6%	21,6%	31,4%
Modo edad	90	90	88
Medio edad	87	86	88
Porcentaje de autónomos para marcha	39%	68%	32%

Tabla 2. Lugar donde ocurrió la caída

Lugar	Caídas $n=119$	% de caídas
Dormitorio	78	65,5
Baño	19	16
Pasillo		
Lugares comunes	12	10,1
Otros	2	1,68

presentaron en residentes con calzados sueltos. El 38,7% de las caídas se presentaron en residentes sin calzado.

Circunstancias de la caída (tabla 2): 65,5% de los residentes caen mientras caminan y 28,6% de las caídas se presentan con los cambios de posición. 17,6% de las caídas se presentan desde la cama y 14,3% de las caídas se producen por caídas/deslizamiento de una silla.

Lugar de la Caída (tabla 3): La mayoría de los residentes cae en su cuarto (65,5%), 16% de las caídas se presentan en el baño y 10,1% de las caídas se presentan en los salones comunes.

Días de la semana: No se presentaron diferencias en la frecuencia de caídas en los distintos días de semana.

Consecuencias de las caídas: 53,05% de las caídas no produjeron lesiones. 16,8% de las mismas produjeron laceraciones, 13,4% hematomas y 8,4% fracturas⁽¹⁰⁾.

Las caídas desde la cama se asociaron más frecuentemente con fracturas.

Derivaciones a otro centro de atención: 13,4% de las caídas resultaron en la necesidad de una derivación por una fractura o por un hematoma severo.

Uso de ortesis/equipamiento y su relación con las caídas: Se encontró una relación entre residentes que caen y el uso de equipamiento (*Pearson Correlation* -0,186; Sig. 0,02).

Fuerza Muscular: Se buscó establecer la relación entre fuerza muscular medida por prensión palmar y aparición de caídas. Los residentes con disminución de la fuerza medida por prensión palmar entre 30–55 J en hombres y 20–40 J en mujeres (fuerza intermedia) presentaron mayor riesgo de caídas que los residentes con fuerza conservada o aquellos con fuerza muy disminuida.

Pruebas de Marcha: Se tomó la prueba de marcha de Tinetti, tratando de establecer relación entre desempe-

Tabla 3. Actividad al caerse

Actividad al caer	Caídas	Porcentaje de caídas
Caminan	77	65,5
Cambio de posición	24	20,1
Silla	12	10,1
Cama	6	5,04

Tabla 4. Uso de fármacos de ambos grupos

	Residentes caídas (51) % de usuarios	Residentes sin caídas (112)
Benzodicepinas	40,7	38,2*
Neurólépticos	30,9	28,7*
Antihipertensivos	69,3	71,5*
Antidepresivos	22,3	25,1*

* $p < 0,01$.

ño y caídas: los pacientes con Tinetti intermedio, sufren más caídas que los residentes con valores extremos (los que están muy autónomos o muy dependientes).

Enfermedades Agudas: Los residentes que cursan una enfermedad aguda, tienen más riesgo de caídas que los residentes que se presentan estables.

Condiciones crónicas: No se encontraron relación entre la presentación de caídas con variables tales como edad, sexo, enfermedades crónicas, uso de medicamentos o capacidad cognitiva.

Incontinencia Urinaria: La gente sin incontinencia urinaria cae más frecuentemente que la gente con incontinencia. (*Pearson Correlation* -0,418; Sig. 0,02) .

Caedores Habituales: Entre los caedores habituales, el riesgo en los hombres triplicó el riesgo observado en mujeres (Tabla 5). En esta población los residentes sin incontinencia tienen un riesgo más alto de caer por la madrugada.

Por otro lado se observó en residentes caedores habituales con incontinencia el riesgo de caídas es mayor por la mañana. (*Pearson Correlation* -0,370; Sig.

Tabla 5. Diferencias entre caedores habituales y caedores ocasionales

	Caedores habituales	Caedores ocasionales
Número	12	39
Mujeres	50%	74,4%
Hombres	50%	25,6%
Modo edad	90	86
Media edad	87	88

0,07). Los residentes caedores habituales que requieren equipamiento para deambular tienen un riesgo más alto de caer que los residentes con valores extremos (*Pearson Correlation* -0,521; Sig. 0,000).

Discusión

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su elevada incidencia y especialmente por las repercusiones que provocan en la calidad de vida del anciano. La sensación de no ser más dueño de su propio cuerpo, que se acompaña asimismo con un invalidante temor a las caídas.

En los ancianos institucionalizados, dadas las características especiales de este grupo (mayores limitaciones funcionales y pluripatologías), la incidencia aumenta. Los cambios normales del proceso del envejecimiento, contribuyen al aumento del número de caídas: la disminución de la agudeza visual, la pérdida de la percepción de profundidad, la sensibilidad al deslumbramiento, la pérdida del equilibrio y de la propiocepción, el aumento en el tiempo de reacción, la hipotensión ortostática, las modificaciones músculo-esqueléticas que llevan a posturas incorrectas y disminución de la fuerza muscular (sarcopenia), la menor reserva cognitiva que se asocia frecuentemente con *delirium* ante cada enfermedad aguda entre los más destacables¹⁴⁻¹⁶.

Uno de los factores que determinan la escasa preocupación por las caídas en el anciano institucionalizado es la percepción en los miembros del equipo de salud, que una "caídas es un accidentes", lo que se entiende como un suceso casual.

En este estudio quisimos encarar el estudio de cada caída y cada residente que cae como un evento úni-

co y llegar hasta el fondo de cada situación a efecto de evaluar las causas del individuo (sexo, edad, cognición, desempeño funcional, tipo de calzado, drogas que utiliza, etc.), los factores predisponentes del ambiente (horario del día, lugar de la caída, día de semana, ámbito, a fin de evaluar si era la falta de cuidado la que predispone a mayores caídas) y las consecuencias de las caídas.

De nuestro estudio podemos concluir que la mayor parte de los residentes no caen (se cayeron 51 de 167 residentes en 6 meses), pero que algunos de los residentes caen habitualmente (39 residentes cayeron en forma ocasional pero 12 sufrieron entre 2 y 15 caídas). Que las mujeres caen al igual que los hombres y que la edad no constituye un factor de riesgo para caerse. Que la demencia no constituye un factor de riesgo en nuestra muestra y que la mayor proporción de caídas se dio caminando (66%) o al cambiar de posición (17,6%), en el cuarto de los pacientes, caminando con el calzado adecuado. El paciente que usa habitualmente sostenes de marcha (bastón o andador cae más, lo que revela que es la limitación en el desempeño, lo que se asocia con las caídas. Queda claro que el paciente que más se cae es el que todavía camina. Un dato revelador es el de la fuerza muscular. Los residentes con disminución de la fuerza medida por presión palmar entre 30-55 J en hombres y 20-40 J en mujeres (fuerza intermedia) tienen un riesgo más alto de caerse que los residentes con fuerza conservada o muy disminuida. Claramente los pacientes con valores extremos de fuerza (o los muy débiles que no pueden levantarse, o los muy robustos que son independientes, no tienen caídas: se caen más los que tienen valores intermedios. La misma observación cabe a la marcha (caen más los pacientes con Tinetti intermedio que los residentes con valores extremos).

Otro de los puntos contrarios a nuestra hipótesis inicial se dió en la incontinencia urinaria: los pacientes sin incontinencia sufrieron más caídas que los pacientes con incontinencia. Probablemente muchos de los pacientes con incontinencia son más frágiles y no se levantan ni caminan. Por otro lado si analizamos los caedores habituales, en estos si se observó que la incontinencia urinaria predispone a mayor número de caídas y caen más por la mañana, lo que hace suponer

que son los que perciben más urgencia miccional y deben apurarse y en esa circunstancia caen.

En cuanto al momento del día, la distribución de las caídas fue algo más frecuente en la tarde que en otros horarios, siendo este un horario en el que los residentes concurren a más actividades, y al levantarse de la siesta muchos de los cuales deben ser asistidos para ello, tal vez la demora en la respuesta pueda ser causal de caídas. Los residentes caen al igual en la semana que en los fines de semana,

Respecto al lugar donde acontecen las caídas (tabla 4), el dormitorio y los pasillos parecen ser importantes tanto por el tiempo de permanencia en el primer caso como por el espacio de deambulación continua en el segundo. Especial interés cobran las caídas en el baño, las que son terceras en frecuencia y determinan fracturas en 8% de los casos. El hecho que la mayor parte de los eventos ocurra en horario diurno (80,2%), facilita la posibilidad cierta de prevenirlas, ya que el personal del hogar es mayor en número y puede estar más atento en este horario.

Al analizar el estado funcional y mental, se observa que habría un mayor riesgo a medida que el deterioro aumenta, pero se llegaría a un punto en el cual los pacientes dejan de caerse por tener menor movilidad. Esto explicaría el hecho observado que los pacientes que se caen en general tienen un peor estado que aquellos que no lo hacen; pero asimismo los pacientes con los peores estados funcionales y mentales llegan a un punto en que por su deterioro se caen menos.

Creemos que los datos obtenidos de este trabajo muestran la alta significación del problema y permiten focalizar los recursos para que pudieran reducirse los eventos en horario diurno, mejorando los cuidados en estas horas y optimizando aquellos factores extrínsecos en dormitorios y pasillos que pudiesen ocasionar más caídas. Asimismo evitar caídas, especialmente en aquellos pacientes con deterioro funcional y mental moderado.

Finalmente, en relación a las consecuencias de las caídas encontramos que 8% de los pacientes presentaron fracturas. Las intervenciones más conocidas a efectos de disminuir la prevalencia de caídas incluyen:

- Ejercicios regulares y/o rehabilitación orientada a mejorar la fuerza y resistencia, terapia física, entrenamiento del paso, o programas del caminar.
- Modificaciones para mejorar movilidad y seguridad (ej.: bajando las alturas de la cama, iluminación y asistencia nocturna precoz, etc.).
- Revisión constante de los fármacos prescritos, para determinar sus riesgos y potenciales ventajas del uso de calcio, anti-resortivos y vitamina D (no observado en nuestro estudio).

Esta observación, realizado en un centro único y con un número de personas pequeño, resulta interesante por su diseño prospectivo y la necesidad de desafiar lo publicado, ya que en poblaciones funcionalmente tan limitadas los cuidados diferenciales hacia los residentes con capacidades intermedias, probablemente resulten inapropiados.

Conclusión

Este estudio observacional prospectivo realizado en un centro de cuidados continuos, desafía los hallazgos publicados en la literatura de caídas: (mayor edad, presencia de demencia, uso de 5 o más drogas, incontinencia urinaria, calzado inapropiado etc.). La capacidad funcional intermedia, probablemente representa a la fragilidad, se asoció con caídas.

La identificación de residentes con estas características y las intervenciones nutricionales y de rehabilitación probablemente resultarían de interés a fin de intentar de disminuir las caídas y mejorar el perfil de seguridad de los residentes, lo que impactará en su calidad de vida. Nuevos estudios destinados a caracterizar y medir las intervenciones apropiadas serán desarrollados.

Referencias

1. Kane RL, Ouslander JG, Abass IB. *Essentials of Clinical geriatrics* 3rd Ed. New York: Mc Graw-Hill, 1994.
2. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994; 121: 442-51.
3. Rynanen OP, Kivela SL, Honkanen R. Times places and mechanism of falls among the elderly. *Gerontology* 1991; 24: 154-61.
4. Visentin P, Ciravegna R, Uscello L, Molaschi M, Fabris f. Site-specific relative risk of fractures in the institutionalized elderly. *Gerontology* 1995; 41: 273-9.

5. Cali CM, Kiel DP. An epidemiological study of fall-related fractures among institutionalized older people. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1336-40.
6. Franzoni S, Rozzoni R, Boffelli S, Frisoni GB, Trabucchi M. Fear of falling in nursing home patient. *Gerontology* 1994; 40: 38-44
7. Calvo JJ. Caídas en la comunidad y en instituciones. Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. En: *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid; Editorial Fundación Mapfre Medicina. 1997; 3-11
8. Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992; 116: 369-74
9. Kanten DN, Mulrow CD, Gerety MB, Lichtenstein MJ, Aguilar C, Cornell JE. Falls: an examination of three reporting methods in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 662-6.
10. Van Dijk PT, Meulenberg OG, Van De Sande HJ, Habbema JD. Falls in dementia patients. *Gerontologist* 1993; 33: 200-4
11. Ejaz FK, Jones JA, Rose MS. Falls among nursing homes residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programmes. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 960-4.
12. Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, Chin GY, Maislin G, O'Brien LA et al. Risk factors for falls as a cause of hip fractures in women. *N Engl J Med* 1991; 324: 1326-31
13. Fried LP, Tangen CM, Watson J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci*. 2001;56A:M146-56.
14. Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Fall and injury prevention in residential care-effects in residents with higher and lower levels of cognition. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:627-35.

ARTÍCULO ORIGINAL

Características del tratamiento anticoagulante en adultos mayores con fibrilación auricular

Sofía Lemos*, Matías E. Manzotti*, María Clara Perret*, Graciana Alessandrini*, Graciela M. Vazquez*, Hugo N. Catalano*

*Sección de Geriatria, Servicio de Clínica Médica. Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: mmanzotti@gmail.com

Conflictos de interés: Los autores no declaran conflicto de interés

Recibido el 3 de noviembre de 2018; aceptado el 21 de diciembre de 2018.

RESUMEN

Introducción: Pese a la evidencia que respalda el uso de escalas de riesgo trombótico y de sangrado en fibrilación auricular (FA), la sobreestimación del riesgo de sangrado es la principal barrera a la hora de anticoagular a adultos mayores.

El objetivo del presente trabajo es evaluar si la anticoagulación en adultos mayores se prescribe de acuerdo a normas internacionales y determinar qué variables se asocian a un tratamiento no acorde con dichas recomendaciones.

Material y Métodos: se realizó el análisis de una corte transversal, aplicando un modelo de análisis multivariado. Las variables independientes consideradas fueron: edad y sexo, presencia de comorbilidades severas, polifarmacia, síndromes geriátricos, dependencia en actividades básicas de la vida diaria, riesgo de embolia (CHA₂DS₂VASc), riesgo de sangrado (HAS-BLED), motivos de falta de prescripción de anticoagulación. Se consideró como variable dependiente la falta de prescripción de anticoagulación en pacientes con riesgo de tromboembolia.

Resultados: el total de registros analizados fue de 198, correspondientes a 101 mujeres y 97 varones; edad promedio 83 años. Se evidenció una subutilización de anticoagulación del 38%. El deterioro cognitivo, en el análisis multivariado, se asoció de manera significativa a la falta de prescripción de anticoagulación (OR 0.26 IC95% 0.78-0.92).

Conclusión: este estudio alerta nuevamente sobre la falta de aceptación de las recomendaciones de anticoagulación en este grupo etario y podría poner en evidencia al diagnóstico de deterioro cognitivo como barrera causal para no anticoagular adultos mayores con fibrilación auricular.

Palabras clave: fibrilación auricular no valvular, adultos mayores, anticoagulación

Features of anticoagulation in older adults with atrial fibrillation

ABSTRACT

Introduction: Despite the evidence supporting the use of thrombotic and bleeding risk scales in atrial fibrillation (AF), the overestimation of the risk of bleeding is the main barrier when anticoagulate elderly.

The aim of this study is to evaluate whether anticoagulation in the elderly are prescribed according to international standards and to determine which variables are associated with no treatment according to the recommendations.

Materials and methods: A cross-sectional study was analyzed by applying a multivariate analysis model. The independent variables considered in the model were age and sex, presence of severe comorbidities, polypharmacy, geriatric syndromes, dependence on basic activities of daily living, risk for thromboembolism (CHA₂DS₂VASc), bleeding risk (HAS-BLED), the grounds of lack of anticoagulation. Dependent variable was considered a lack of anticoagulation in patients at risk for thromboembolism.

Results: We analyzed 198 records corresponding to 101 women and 97 men; with a mean age 83.2 years. Anticoagulation underutilization of 38% was observed. Cognitive impairment in multivariate analysis were significantly associated to a lack of anticoagulation therapy (OR 0.26 95% CI 0.78 to 0.92).

Conclusion: This study puts in evidence that the diagnosis of dementia or cognitive impairment constitutes a barrier for anticoagulation older adults with atrial fibrillation.

Keywords: atrial fibrillation, older adults, anticoagulation

Características do tratamento anticoagulante em idosos com fibrilação auricular

RESUMO

Objetivos: Introdução: Apesar da evidência que respalda o uso de escalas de risco trombótico e de sangramento em fibrilação auricular (FA), a sobrestimação do risco de sangramento é a principal barreira na hora de anticoagular os idosos.

O objetivo do presente trabalho é avaliar se a anticoagulação em idosos se prescreve de acordo com as normas internacionais e determinar quais variáveis se associam a um tratamento em desacordo com ditas recomendações.

Material e Métodos: foi realizada a análise de uma coorte transversal, aplicando um modelo de análise multivariada. As variáveis independentes consideradas foram: idade e sexo, presença de comorbidades severas, polifarmácia, síndromes geriátricas, dependência em atividades básicas da vida diária, risco de embolia (CHA_2DS_2-VASc), risco de sangramento (HAS-BLED), motivos de falta de prescrição de anticoagulação. Considerou-se como variável dependente a falta de prescrição de anticoagulação em pacientes com risco de tromboembolia.

Resultados: o total de registros analisados foi de 198, correspondentes a 101 mulheres e 97 homens, com idade média de 83 anos. Evidenciou-se uma subutilização de anticoagulação de 38%. A deterioração cognitiva, na análise multivariada, foi associada de maneira significativa à falta de prescrição de anticoagulação (OR 0.26 IC95% 0.78-0.92).

Conclusão: este estudo alerta novamente sobre a falta de aceitação das recomendações de anticoagulação neste grupo etário e poderia colocar em evidência o diagnóstico de deterioração cognitiva como barreira causal para não anticoagular idosos com fibrilação auricular.

Palavras-chave: fibrilação auricular não valvular, idosos, anticoagulação.

Introducción

La fibrilación auricular (FA), condición prevalente en adultos mayores, es responsable del 15% de todos los accidentes cerebrovasculares (ACV)¹⁻². Las tasas de incidencia específicas por edad aumentaron constantemente de 0.2 por 1000 para las edades de 30 a 39 años a 39.0 por 1000 para las edades de 80 a 89 años. La proporción de accidentes cerebrovasculares asociados con esta arritmia fue del 14,7%, 68 de los 462 accidentes cerebrovasculares iniciales, que aumentaron constantemente con la edad del 6,7% para las edades de 50 a 59 años y del 36,2% para las edades de 80 a 89 años³.

Esta entidad tiene un alta morbimortalidad asociada, en un análisis *post hoc* de la base de datos del estudio SHEP, sobre 4736 adultos mayores con hipertensión sistólica aislada, se halló que los pacientes que desarrollaban FA comparados con aquellos que mantenían el ritmo sinusal, tenían más del doble de

riesgo de eventos cardiovasculares (HR 2.21 IC95% 1.54–3.17) y de mortalidad (HR 2.33 IC95% 1.83–2.98) a más de 14 años de seguimiento⁴. En un análisis multivariado sobre 1332 adultos mayores de 65 años, se observó que la FA es un factor predictor independiente de mortalidad (HR=1.39, IC 95%1.25-2.82).⁵

Las estrategias antitrombóticas (anticoagulantes y antiplaquetarias) han demostrado en múltiples estudios clínicos⁶⁻¹² y revisiones sistemáticas¹³⁻¹⁵, disminuir la incidencia de ACV, en pacientes con moderado a alto riesgo de eventos trombóticos (estratificación de riesgo mayor o igual de 2 en la escala CHA_2DS_2-VASc).

La anticoagulación (ACO) reduce el riesgo de ACV isquémico y otros eventos isquémicos aproximadamente un 66% sobre el riesgo basal.¹⁶

Existen múltiples escalas para valorar el riesgo de ACV en pacientes con FA. La más utilizada es el score de CHADS2, validada también en población de 65 a 95 años. La escala $CHA_2DS_2-VAS_c$ ha sido validada y comparada con el score de CHADS2, y ha demos-

trado una mayor utilidad a la hora de predecir riesgo tromboembólico¹⁷. Los pacientes con un puntaje en $CHA_2DS_2-VAS_c \geq 2$ presentan un moderado a alto riesgo de embolia por lo que se recomienda la ACO en dichos pacientes. Los factores de riesgo incluidos en dicha escala son insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad ≥ 75 años, diabetes mellitus, ACV o AIT tromboembólico, enfermedad vascular, edad de 65 a 74 años y sexo femenino.

La escala de HAS-BLED evalúa riesgo de sangrado en una escala de 0 a 9, con un valor de corte ≥ 3 para la identificación de pacientes con alto riesgo de sangrado. Los factores de riesgo incluidos en dicha escala son hipertensión arterial, alteración de la función renal o hepática, ACV, predisposición o tendencia al sangrado, RIN lábil en aquellos pacientes anticoagulados. El riesgo hemorrágico sirve para optimizar los factores de riesgo de hemorragia identificados y hacer más segura la anticoagulación.

La sobreestimación del riesgo de sangrado en los profesionales de la salud es la principal barrera a la hora de iniciar la ACO, particularmente en los pacientes adultos mayores. En una revisión sobre 12 estudios que incluyó 9000 pacientes demostraron que si bien el riesgo de sangrados severos es mayor en pacientes adultos mayores anticoagulados, la ACO continúa siendo efectiva en la prevención de ACV en este grupo etario.¹⁸

El objetivo del presente trabajo es evaluar si la ACO en adultos mayores con FA se prescribe de acuerdo a los riesgos de tromboembolismo y sangrado según las escalas descriptas y determinar que variables se asocian a un tratamiento no acorde con dichas recomendaciones.

Material y Métodos

Se realizó un análisis mediante la revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes adultos mayores de 65 años con FA.

Los pacientes incluidos fueron todos pacientes hospitalizados en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Alemán (unidad donde se ingresan todos los pacientes mayores de 65 años pertenecientes a la prepaga del Hospital Alemán) desde Octubre de 2010

a Octubre de 2012 y los pacientes atendidos en forma ambulatoria por el área de Geriátrica, del servicio de Clínica Médica, desde Octubre de 2011 a Octubre de 2012.

Las variables evaluadas como independientes fueron: edad; sexo; comorbilidades severas según escala de CIRS-G (*Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics*); polifarmacia (consumo de 4 o más medicamentos); síndromes geriátricos (incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad en la marcha o caídas en los últimos 12 meses, inmovilidad, deprivación sensorial); dependencia en ≥ 2 actividades básicas de la vida diaria según índice de KATZ modificado; dependencia en ≥ 2 actividades instrumentales de la vida diaria según escala de Lawton y Brody modificada e institucionalización.

La variable dependiente analizada fue la falta de prescripción de ACO en pacientes con $CHA_2DS_2VAS_c \geq 2$ y HAS-BLED < 3 .

Se excluyeron los pacientes que recibían ACO por otros motivos (por ej: TEP, TVP, reemplazos valvulares, etc.), y aquellos pacientes que tuvieron FA que revirtió a ritmo sinusal por una cuestión de practicidad de criterio, ya que es discutido si estos pacientes deben o no quedar anticoagulados.

Se definió **sobreutilización** de ACO cuando pacientes con $CHA_2DS_2VAS_c < 2$ se encontraban anticoagulados y **subutilización** de ACO cuando pacientes con $CHA_2DS_2VAS_c \geq 2$ y HAS-BLED < 3 no se encontraban anticoagulados.

Los datos extraídos se incluyeron en una base de datos diseñada ad hoc, y el análisis posterior se realizó con el paquete estadístico G-STAT versión 2.0. Se realizó análisis univariado y multivariado. Se calcularon los odds ratios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza 95 % (IC 95%) considerándose estadísticamente significativo IC 95% $1 < OR < 1$ en el análisis de regresión logística.

Resultados

Se revisaron las historias clínicas de 228 pacientes. Se excluyeron 30 pacientes por pertenecer a pacientes con FA que revirtió a ritmo sinusal. Del total de los pacientes incluidos (n=198) el 51% (n = 101) eran mu-

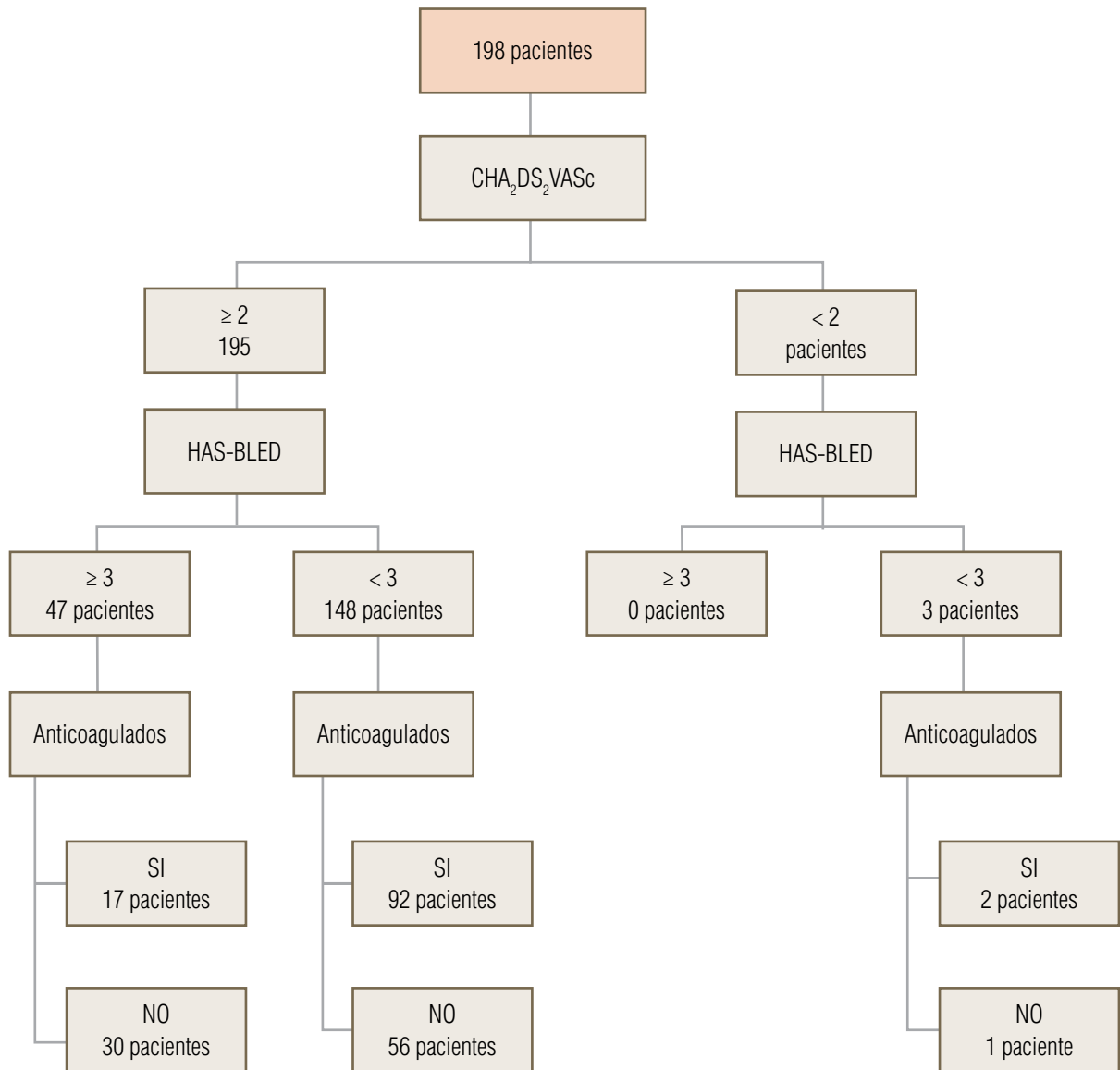


Gráfico 1. Flujograma de pacientes según riesgo embólico (CHA₂DS₂VASc) y de sangrado (HAS-BLED) y tratamiento anticoagulante.

jes. La edad promedio era de 83 años (rango desde 64 a 101 años). El 64% de los pacientes tenían algún síndrome geriátrico. En la tabla 1 se describen las características epidemiológicas, la presencia de cada síndrome geriátrico y severidad de comorbilidades, comparadas por sexo.

El 50% de los individuos presentó polifarmacia, tanto la incontinencia, la dependencia para 2 ó más ABVD, como el deterioro cognitivo fueron síndromes geriátricos significativamente más frecuente en mujeres ($p = 0,01$, $p = 0,01$ y $p = 0,04$, respectivamente).

El 42% ($n = 84$) y el 39% ($n = 78$), tenían comorbilidades severas CIRS-G N3 y N4 respectivamente.

En el Gráfico 1 se observa el flujograma de pacientes según las escalas CHA₂DS₂VASc, HAS-BLED y tratamiento anticoagulante.

De los 198 pacientes incluidos, el 98% ($n = 195$) tenían criterio de ACO según escala CHA₂DS₂VASc, de estos el 56% ($n = 109$) estaba anticoagulado.

El 24% ($n = 47$) tenía riesgo de sangrado según escala de HAS-BLED estando anticoagulados el 36% ($n = 17$).

Observamos que el 64% ($n = 56$) del total de los pacientes no anticoagulados ($n = 87$) tenía alto riesgo embólico y bajo riesgo de sangrado.

Se observó sobreutilización de ACO en dos pacien-

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes con fibrilación auricular.

Variable	Sexo femenino n= 101	Sexo masculino n= 97	p
Edad promedio	84	81	
Incontinencia	42% (43)	21% (20)	0.001
Inestabilidad	38% (39)	37% (36)	0.92
Deterioro cognitivo	43% (44)	29% (28)	0.04
Inmovilidad	23% (23)	13% (13)	0.12
Dependencia en ABVD	57% (58)	38% (37)	0.01
Comorbilidades N3 según CIRS-G	37% (37)	48% (47)	0.12
Comorbilidades N4 según CIRS-G	41% (42)	37% (36)	0.61
Polifarmacia	49% (48)	51% (50)	0.67
Deprivación sensorial	10% (10)	7% (7)	0.67
Institucionalización	10% (10)	9% (9)	0.92

Tabla 2. Análisis univariado y multivariado, factores determinantes de la falta de prescripción de ACO en adultos mayores con fibrilación auricular. Se muestran las variables estadísticamente significativas.

Análisis univariado	OR IC95%
Deterioro cognitivo	0.23 IC95% 0.10-0.52
Comorbilidad CIRSG N4	0.30 IC95% 0.13-0.67
Dependencia en ABVD	0.31 IC95% 0.14-0.68
Incontinencia	0.39 IC95% 0.17-0.87
Inmovilidad	0.24 IC95% 0.084-0.70
Dependencia en AIVD	0.44 IC95% 0.20-0.96
Diagnóstico de demencia	0.39 IC95% 0.15-0.99

tes, que estaban anticoagulados y tenían bajo riesgo embólico.

De los pacientes con alto riesgo embólico y bajo riesgo de sangrado (n = 148), la falta prescripción de ACO en el presente estudio se observó en 56 pacientes, constituyendo una subutilización de ACO en adultos mayores con FA del 38%.

En los pacientes con riesgo tromboembólico y sin riesgo de sangrado, no anticoagulados, se describe

como causa de la falta de prescripción de ACO en la historia clínica: 16% (n = 9) por comorbilidades severas, 5% (n = 3) por deseo del paciente y 5% (n = 3) por sangrado.

Del total de los pacientes anticoagulados, el 6,3% (n = 7) presentó internación por sangrado. De los pacientes no anticoagulados el 3.4% (n = 3) presentó internación por evento cardioembólico.

En la tabla 2 se describen las variables independientes asociadas a la correcta prescripción de ACO en FA y riesgo tromboembólico. Solamente la presencia de deterioro cognitivo, en el análisis multivariado, fue significativamente asociada a la falta de prescripción de ACO (OR 0.26 IC95% 0.78-0.92).

Discusión

Pese a la evidencia del aumento del riesgo de ACV y eventos tromboembólicos en adultos mayores con FA, existe, en el análisis de nuestra población, una alarmante subutilización de la ACO (38%), siendo de hasta un 56% el porcentaje de pacientes con alto riesgo embólico no anticoagulados, dato que coincide con lo previamente publicado por otros grupos; Ogilvie y colaboradores¹⁹ en una revisión sistemática demues-

tra una subutilización del 70% en pacientes con FA particularmente en aquellos de alto riesgo. Bungard TJ y colaboradores²⁰ también en una revisión sistemática describen una subutilización del 56% al 85% en pacientes con FA.

Sin embargo, sólo basados en el *score* de riesgo tromboémbolico, en el presente estudio, casi el 100% de los pacientes analizados (195) presentaban criterio de ACO según escala de CHA₂DS₂-VASc, y poco más de la mitad (56%, 109) estaban anticoagulados.

La inestabilidad de la marcha, es un factor que se tiene en cuenta a la hora de la toma de decisión de anticoagular pacientes con edad avanzada. La inestabilidad de la marcha o registro de caídas previas, es de las principales razones que llevaban a los médicos tratantes, a la decisión de no anticoagular a los adultos mayores. En una revisión sistemática que identificó factores reportados como importantes por los médicos al momento de la toma de decisión del inicio de ACO en pacientes con FA, el riesgo de caídas y los sangrados previos, demostraron ser barreras desproporcionadas a la prescripción de warfarina²¹. En el presente estudio, la prevalencia de inestabilidad en la marcha fue del 38%, y esta variable no se asoció en el análisis uni y multivariado con la decisión de no anticoagular OR 1.1 (IC95% 0.61-2.04).

Gage y colaboradores²² demostraron un aumento del riesgo de hemorragia intracraneal (HIC) en pacientes con FA y alto riesgo de caídas (2,8% vs 1,1% pacientes-año). En el trabajo de Gage la prescripción de anticoagulantes no afectó la tasa de incidencia de la HIC, pero aumenta la gravedad de los eventos hemorrágicos y la mortalidad a 30 días, (51,8% vs 33,6% p = 0,007). Otros factores de riesgo independientes para HIC en este estudio fueron el antecedente de ACV, hemorragia previa y el deterioro neuropsiquiátrico. Sin embargo, los pacientes con alto riesgo de caídas y por lo tanto de HIC presentan un riesgo aún mayor para el ictus isquémico asociado con la FA (13,7% pacientes-año).

En nuestra población sólo se observaron 7 pacientes con sangrado que requirieron internación por la misma, no observándose ningún caso de HIC.

Malcom Man-Son-Hing y colaboradores²³ en un análisis de decisión concluye que la predisposición a caídas

no es una contraindicación del uso de anticoagulantes en adultos mayores con FA. En pacientes anticoagulados el riesgo de hematoma subdural es tan pequeño que el paciente debería caerse aproximadamente 300 veces en un año para superar los beneficios de la ACO. Andrew J Bond y colaboradores²⁴ en un análisis retrospectivo sobre 2635 caídas registradas de 1861 pacientes, demostró que el riesgo de sangrados mayores secundarios a caídas se asoció con el sexo femenino (OR 1.6), el uso de aspirina (OR1.4) y de clopidogrel (OR 2.2) pero no con el uso de anticoagulantes ni con la intensidad de la ACO.

En nuestro trabajo vimos que el 64% de los pacientes no anticoagulados tenían alto riesgo tromboembólico y bajo riesgo de sangrado, estando descrito en la historia clínica sólo en el 26% de los casos el motivo por el cual se había tomado la decisión de no anticoagular.

Un reciente estudio prospectivo multicéntrico, en adultos mayores (edad promedio de 80.3 años) demostró que la principal causa de la falta de prescripción de ACO, pese a los criterios clínicos que lo recomendaban, ha sido la negligencia médica.²⁵

Ferro D y colaboradores²⁶ en un estudio observacional sobre 255 pacientes con FA (edad promedio 73 años), demostró en el subgrupo de pacientes con alto riesgo tromboembólico, también un incorrecto uso de profilaxis antitrombótica en el 52.8%. De estos pacientes subtratados, el 36% presentaba deterioro cognitivo, el 22.7% inestabilidad y riesgo de caídas, el 16% tenía antecedente de sangrado previo y el 12% tenía antecedente de úlcera péptica.

En nuestro estudio el 36% presentaba deterioro cognitivo, siendo esta la única variable asociada a la falta de prescripción de ACO en el análisis de regresión múltiple.

Brophy MT²⁷ y colaboradores en una cohorte retrospectiva de 2217 adultos mayores con FA, demostró una reducción del 14% del uso de ACO con cada década que avanzaba la edad. Pedro Blancha²⁸ y colaboradores en un estudio retrospectivo sobre pacientes con FA, demostró en un análisis multivariado a la edad >75 años como factor predictor de menor uso de ACO (OR 0.32 IC95% 0.24-0.43), variable que no fue significativa en nuestra población.

Lew SJ y colaboradores²⁹ en una cohorte de pacientes con edad media similar a la de nuestra población (83 años), mostró que los motivos más frecuentes a la hora de decidir la no ACO fueron la presencia de contraindicaciones en el 78% y el deseo del paciente en el 5%. En esta población, solo se describe en poco más de un cuarto de las historias clínicas el motivo de la no ACO, un claro sesgo de registro.

De Breucker y colaboradores³⁰ en un estudio retrospectivo sobre 111 pacientes adultos mayores con una edad media de 84 años demostró una subutilización de la ACO del 49% en una población con mayor prevalencia de síndromes geriátricos que el presente estudio: deterioro cognitivo 59% vs 36%, incontinencia 35% vs 32%, inestabilidad 61% vs 38%; sin embargo, ninguno de los síndromes geriátricos, ni la dependencia en la funcionalidad por escala de Katz y Lawton demostró asociación con la subutilización de ACO.

El diseño retrospectivo del presente estudio está asociado a potenciales sesgos. En primer lugar, el registro de los síndromes geriátricos en los pacientes hospitalizados fue realizado durante la hospitalización y no con el diagnóstico de fibrilación auricular. En segundo lugar, podría existir un subregistro en las historias clínicas de pacientes ambulatorios en cuanto a síndromes geriátricos. En tercer lugar es posible que potenciales confundidores, frecuentes en adultos mayores, no fueran evaluados en el presente estudio como el riesgo nutricional, la depresión y la situación socioeconómica.

Como fortaleza del presente estudio podríamos mencionar que nos centramos en un tema muy relevante y complejo en la práctica médica diaria, ya que la población de adultos mayores crece constantemente y los síndromes geriátricos son factores determinantes a la hora de tomar decisiones en los adultos mayores.

Conclusión

El uso de ACO en adultos mayores con alto riesgo cardioembólico aún es insuficiente pese a la bibliografía que demuestra sus beneficios.

Este estudio podría poner evidencia al diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo como una barrera a la hora de anticoagular pacientes adultos mayores con fibrilación auricular.

El desarrollo de escalas para manejo de pacientes adultos mayores, con un abordaje individualizado y la inclusión de criterios geriátricos, aún es un desafío para el manejo de este heterogéneo grupo etario.

Bibliografía

1. Feinberg WM, Blackhear JL, Laupacis A, Kronmal R, Hart RG, et al. Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation: analysis and implications. *Arch Intern Med.* 1995; 155:469-473.
2. Majeed A, Moser K, Carroll K. Trends in the prevalence and management of atrial fibrillation in general practice in England and Wales, 1994-1998: analysis of data from the general practice research database. *Heart* 2001; 86 (3):284-8
3. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly: the Framingham Study. *Arch Intern Med.* 1987; 147:1561-1564.
4. Vagaonescu TD, Wilson AC, Kostis JB. Atrial fibrillation and isolated systolic hypertension: the systolic hypertension in the elderly program and systolic hypertension in the elderly program-extension study. *Hypertension* 2008; 51(6): 1552-6.
5. Testa G, Cacciatore F, Della-Morte D, Galizia G, Mazzella F, Gargiulo G, et al. Role of permanent atrial fibrillation (AF) on long-term mortality in community-dwelling elderly people with and without chronic heart failure (CHF). *Arch Gerontol Geriatr.* 2012; 55 (1): 91-5.
6. The effect of low-dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. The Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Investigators. *Engl J Med.* 1990;323(22):1505.
7. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study. Final results. *Circulation.* 1991;84(2):527.
8. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study. *Lancet.* 1994;343(8899):687.
9. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, Andersen ED, Andersen B. Placebo-controlled, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. The Copenhagen AFASAK study. *Lancet.* 1989;1(8631):175.
10. Ezekowitz MD, Bridgers SL, James KE, Carliner NH, Colling CL, Gornick CC, Krause-Steinrauf H, Kurtzke JF, Nazarian SM, Radford MJ. Warfarin in the prevention of stroke associated with nonrheumatic atrial fibrillation. Veterans Affairs Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Investigators. *N Engl J Med.* 1992;327(20):1406.
11. Connolly SJ, Laupacis A, Gent M, Roberts RS, Cairns JA, Joyner C. Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) Study. *J Am Coll Cardiol.* 1991;18(2):349.
12. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 1994;154(13):1449.
13. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007;146(12):857.
14. Van Walraven C, Hart RG, Singer DE, Laupacis A, Connolly S, Petersen P, Koudstaal PJ,

- Chang Y, Hellemons B. Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation: an individual patient meta-analysis. *JAMA*. 2002;288(19):2441.
15. Cooper NJ, Sutton AJ, Lu G, Khunti K. Mixed comparison of stroke prevention treatments in individuals with nonrheumatic atrial fibrillation. *Arch Intern Med*. 2006;166(12):1269
 16. Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Net clinical benefit of warfarin in patients with atrial fibrillation: a report from the Swedish atrial fibrillation cohort study. *Circulation*. 2012 May 15; 125(19): 2298-307.
 17. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardsen J, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2011; 342:d124.
 18. Van Walraven C, Hart RG, Connolly S, Austin PC, Mant J, Hobbs FD, et al. Effect of age on stroke prevention therapy in patients with atrial fibrillation: the Atrial Fibrillation Investigators. *Stroke* 2009;40:1410–1416
 19. Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GY. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am. J. Med*. 2010;123:638–645.
 20. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Archives of Internal Medicine* 2000; 160: 41–46.
 21. Pugh D, Pugh J, Mead GE. Attitudes of physicians regarding anticoagulation for atrial fibrillation: a systematic review. *Age Ageing* 2011;40:675– 683.
 22. Gage BF, Birman-Deych E, Kerzner R, Radford MJ, Nilasena DS, Rich MW. Incidence of intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation who are prone to fall. *Am. J. Med*. 2005; 118(6):612-7.
 23. Man-Son-Hing M, Nichol G, Lau A, et al. Choosing antithrombotic therapy for elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. *Arch Intern Med* 1999; 159 (7): 677-85
 24. Bond, Andrew J., Frank J. Molnar, Marilyn Li, Marlene Mackey, Malcolm Man-Son-Hing. The risk of hemorrhagic complications in hospital in-patients who fall while receiving antithrombotic therapy. *Thromb J*. 2005; 3:1.
 25. Ertas F, Oylumlu M, Akil MA, Acet H, Celepkolu T, et al. Non-valvular atrial fibrillation in the elderly; preliminary results from the National AFTER. *Eur Rev Pharmacol Sci*. 2013; 17 (8): 1012-6.
 26. Ferro D, Loffredo L, Polimeni L, Violif. Underuse of oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation in Italy. *Intern Emerg Med*. 2007; 2(1): 24-8.
 27. Brophy MT, Ives C, Gagnon D, Fiore LD. Anticoagulant use for atrial fibrillation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(7):1151-6.
 28. Pedro Blanca, Roman Freixaa, Montserrat Ibernóna, Javier Delsoa, Elena Salasa, José L. Sobreperaa, et al. Use of Oral Anticoagulants in Patients Discharged With Atrial Fibrillation in 2000. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:1057-63.
 29. Lew SJ, Lim JK. Stroke prevention in elderly patients with atrial fibrillation. *Singapore Med J*. 2002;43(4):198-201.
 30. Sandra De Breucker, Gertraud Herzog, Thierry Peppersack. Could Geriatric Characteristics Explain the Under-Prescription of Anticoagulation Therapy for Older Patients Admitted with Atrial Fibrillation? *Drugs Aging* 2010; 27 (10): 807-813.

COMUNICACIÓN

Aportes para pensar la participación comunitaria en Gerontología, utilizando la lógica de redes

Relato de la experiencia de la Unidad de Geriátría del Hospital Ramos Mejía con promotores voluntarios de salud para adultos mayores (PVSAM), período 2017

Dra. Sinjovich, Maya¹

¹ Unidad de Geriátría Hosp. Gral. De Agudos J.M. Ramos Mejía.

Correo electrónico: *sinjovich_maya@hotmail.com*

Conflictos de interés: Se declara que no hay conflicto de intereses.

Recibido el 15 de junio de 2018; aceptado el 27 de noviembre de 2018.

RESUMEN

En la Unidad de Geriátría del Hospital Ramos Mejía, se trabaja con un modelo de gestión participativo, usando la lógica de redes y logrando la participación de la mayor cantidad de actores sociales posibles, a través de un enfoque integral para la promoción de la salud en geriátría y gerontología.

Se forman promotores voluntarios de salud para adultos mayores (PVSAM), que a través de un trabajo de campo identifican problemas en la comunidad que atañen a los adultos mayores, y luego en grupo se elige uno de los problemas y se lo aborda con la metodología del árbol de problemas (analizando las causas y las consecuencias) y elaborando un árbol de soluciones, que termina siendo un proyecto. Para llevar a cabo este proyecto se tejen redes con otros actores sociales, conformándose una red de redes.

Entendemos que el trabajo en red, es una práctica concreta del campo de la salud, ya que tiene por objetivo abordar problemáticas psicosociales y de salud complejas definidas colectivamente y generar acciones de promoción de la salud, articuladas en red.

Palabras clave: *promoción de la salud, participación comunitaria, redes, adultos mayores*

Contributions to think about community participation in Gerontology, using the logic of networks

Report of the experience of the Geriatrics Unit of the Hospital Ramos Mejía with voluntary health promoters for older adults (PVSAM), period 2017

ABSTRACT

In the Geriatrics Unit of Ramos Mejía Hospital, we work with a participative management model, using the logic of networks and achieving the participation of as many social actors as possible, through a comprehensive approach to the promotion of health in geriatrics and gerontology.

Volunteer health promoters are formed for older adults (PVSAM), who through a fieldwork identify problems in the community that concern the elderly, and then in a group one of the problems is chosen and addressed with the methodology of the problem tree (analyzing the causes and consequences) and developing a solution tree, which ends up being a project. To carry out this project, networks are woven with other social actors, forming a network of networks.

We understand that networking is a concrete practice in the field of health, since it aims to address complex psychosocial and health problems collectively defined and generate health promotion actions, articulated in a network.

Keywords: *health promotion, community participation, networks, older adults*

Contribuições para pensar a participação comunitária em Gerontologia utilizando a lógica de redes

Relato da experiência da Unidade de Geriatria do Hospital Ramos Mejía com promotores voluntários de saúde para idosos (promotores voluntarios de salud para adultos mayores [PVSAM]), período 2017

RESUMO

Na Unidade de Geriatria do Hospital Ramos Mejía se trabalha com um modelo de gestão participativa, usando a lógica de redes e conseguindo assim a participação da maior quantidade de atores sociais possíveis, através de um enfoque integral para a promoção da saúde em Geriatria e Gerontologia.

Formam-se promotores voluntários de saúde para idosos (PVSAM), que através de um trabalho de campo identificam problemas na comunidade relativos aos idosos. Depois, em grupo, escolhe-se um dos problemas que é abordado com a metodologia da árvore de problemas (analisando as causas e as consequências) e elabora-se uma árvore de soluções, que posteriormente se torna um projeto. Para levar adiante este projeto são tecidas redes com outros atores sociais, formando uma rede de redes.

Entendemos que o trabalho em rede é uma prática concreta do campo da saúde, já que tem como objetivo abordar problemáticas psicossociais e de saúde complexas, definidas coletivamente, e gerar ações de promoção da saúde, articuladas em rede.

Palavras-chave: *promoção da saúde, participação comunitária, redes, idosos.*

Introducción

El concepto de salud integral desde un paradigma bio-psico-social-ecológico, tiene 2 ejes centrales: el **rol de la comunidad** y la **promoción de la salud** como claves multidimensionales para alcanzar real impacto en las condiciones de salud de la población. La **promoción de la salud** constituye un proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer la habilidad y capacidad de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.⁽¹⁾

La **participación comunitaria** es un componente esencial y facilitador de las acciones de promoción, es una manera de sensibilizar y motivar a las personas para que desde organizaciones base y micro-organizaciones, tengan intervención en la resolución de situaciones problema. Desde el año de 2003, en la **Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejía**, un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, comenzó a funcionar un grupo de agentes comunitarios denominado **Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores (PVSAM)**; con la dirección del **Dr. Miguel A. Hadid**.

Los PVSAM (actualmente 16 personas) (Fig. 1), son personas provenientes de la comunidad, en su ma-

yoría (aunque no todos) adultos mayores, que han tomado conciencia **del valor de la participación comunitaria para el mantenimiento de la salud mental, física y espiritual**; y trabajan en acciones de prevención y promoción de la salud, conformándose una **red de redes**.

Las funciones de los PVSAM son:

- Trabajar en salud
- Acompañar y escuchar a los habitantes de su comunidad en la solución de sus necesidades.
- Promover espacios solidarios de participación en el barrio.
- Detectar problemas, advertir situaciones de riesgo, promover el autocuidado, brindar información y derivar cuando le parece que hay algún problema de salud a espacios creados para tal fin.
- Colaborar en el diseño y ejecución de planes preventivos.
- Cooperar con la población para encontrar en común una solución y ejecutarla.
- Motivar la formación de redes en la comunidad.

Nuestra idea es transformar el modelo de Atención Médica vigente en un nuevo modelo de gestión participativa que no dependa únicamente de la voluntad política; a través de la generación de procesos



Figura 1: Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores 2017

participativos, promoviendo que las personas se involucren en todo aquello que les afecta directa o indirectamente, cambiando la actitud pasiva por otra proactiva, interesada y consciente. Proponemos conformar un sistema de trabajo en red; “no son redes en sí, sino redes para, redes como medio, redes como forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente”, porque necesitamos “enredarnos” para movilizarnos en el sentido de dar respuesta a las necesidades de la comunidad.⁽²⁾

Trabajamos en 3 áreas de acción prioritaria de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:⁽¹⁾

- Crear entornos que apoyen la salud
 - Fortalecer la acción comunitaria para la salud
 - Desarrollar las habilidades personales
- Creamos redes con forma de articulación multi-céntrica. Para nosotros “redes son redes de personas, se conectan o vinculan personas, aunque esta persona sea el médico de la institución y se relacione con su cargo incluido, pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, no se conectan computadoras entre sí, se conectan personas. Por esto es que se dice que redes es el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular”.⁽²⁾



Figura 2: Clase de RCP, con la colaboración del Prof. Eduardo Quinteros (miembro activo de RAFAM).



Figura 3: Mantas para neonatología tejidas en red

Descripción de la experiencia

En la Unidad de Geriátrica del Hospital Ramos Mejía, trabajamos con un modelo de gestión participativo, usando la lógica de redes y logrando la participación de la mayor cantidad de actores sociales posibles, a través de un enfoque integral para la promoción de la salud en geriatría y gerontología. Formamos promotores voluntarios de salud para adultos mayores (PVSAM), a través de una capacitación de 14 encuentros que se realizan en forma bisemanal, 2 veces al año en el aula de la Unidad de Geriátrica del Hospital Ramos Mejía. En esa capacitación, se abordan temas biopsicosociales, relacionados con la salud de los adultos mayores; como ser: salud-enfermedad/prevención y promoción de la salud/prevención de accidentes/barreras arquitectónicas y urbanísticas/primeros auxilios (Fig. 2) /trabajo en red/derechos/alimentación y movimiento.

Durante todo el curso, además se realiza un trabajo de campo para identificar problemas en la comunidad que atañen a los adultos mayores, y luego en grupo se elige uno de los problemas y se lo aborda con la metodología del árbol de problemas (analizando las causas y las consecuencias) y elaborando un árbol de soluciones, que termina siendo un proyecto. El árbol de problemas permite visualizar y describir la red causal que explica las relaciones causa-efecto.

Para llevar a cabo este proyecto se tejen redes con otros actores sociales, conformándose una red

de redes. La convocatoria al curso de formación de PVSAM, se realiza a través de radios y diarios barriales y a través de folletería (Fig. 4) entregada en mano por el grupo de PVSAM estable.

Las Redes formadas en el año 2017 fueron:

- Se formó una red con *Hilados HLO*, se tejieron mantitas para el *Servicio de Neonatología* del Hospital y gorritos para el *Servicio de Oncología*. (Fig. 3)
- Se consiguieron libros para realizar la siembra de libros con la *Comuna 3* y para leer cuentos en el *Servicio de Pediatría* con la capacitación de las cuenta-cuentos del *Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*.
- Se estableció una red con el *"Diario del viajero"* para que anuncien nuestros eventos y otra con la *Fundación Guttenberg* para que impriman los volantes de nuestras actividades.
- Se formó una red con *Johnson & Johnson* y *Bayer* para la provisión de tiras reactivas para la actividad preventiva que hacemos en *plazas de la Comuna 3* (Fig. 4), y en los meses de invierno lo hacemos en el *"Centro Cultural Julián Centeya"*, el *"Centro de jubilados La experiencia"* y el *"Centro Integral de la Mujer Arminda Averastury"* (todas organizaciones ubicadas en la Comuna 3, correspondiente al área del Hospital).



Figura 4: Actividad preventiva en plazas con la colaboración de Bayer y Johnson y Johnson (tiras reactivas para medir la glucemia)

- Se estableció una red con el **Servicio de Salud Mental** del Hospital, para la realización de un taller de Tango.
- Se estableció una Red con **RAFAM (Red de actividad física para Adultos Mayores)**, para participar conjuntamente en campañas como la del "Día Mundial de la Salud" y "Sí al abrazo, no al maltrato del Adulto Mayor".
- Se establecieron redes con la **Escuela Rufino Sánchez** (Fig. 5), la **Escuela Técnica N° 23 Reconquista de Buenos Aires** y el **Jardín de Infantes del Hospital** (son colegios primario y secundarios del barrio), para realizar actividades conjuntas con el fin de deconstruir estereotipos negativos de la vejez y construir modelos más positivos.
- Se estableció una red con el **Rotary Club de Balvanera**, para la provisión de insumos para nuestros talleres.
- Estamos conformando una red con el **INTA (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria)**, para que nos asesoren en un proyecto de huerta terapéutica en conjunto con una escuela técnica del barrio.

Reflexiones finales

La lógica de redes en salud propone tener una visión diferente del poder, que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación, y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular.⁽³⁾

Entendemos que el trabajo en red, es una práctica concreta del campo de la salud, ya que tiene por objetivo abordar problemáticas psicosociales y de salud complejas definidas colectivamente y generar acciones de promoción de salud, articuladas en red.

Como toda red de instituciones, su conformación es totalmente dinámica en sus vínculos y en sus límites.⁽²⁾ Entre quince y veinte organizaciones participan activamente de las actividades conjuntas, algunas de ellas son instituciones estatales pertenecientes a las áreas de salud y educación, las restantes son organizaciones de la sociedad civil. (Fig. 6). Resulta interesante notar que quienes partici-

pan de las actividades de la red desde instituciones estatales, lo hacen, en general, por fuera de sus organigramas y tareas institucionales. Se podría pensar que estos referentes participan de la red a partir de la defensa de una forma de trabajo integral que no encuentran en sus instituciones de origen.

A través de la organización de esas actividades se van definiendo y abordando participativamente diferentes temáticas en salud, importantes para los adultos mayores: la generatividad, la soledad relacional, la deconstrucción de mitos y prejuicios hacia la vejez, el empoderamiento y el envejecimiento exitoso.

La red pretende funcionar desde una lógica integral y horizontal, mostrando una preocupación permanente por generar participación de la comunidad y vincularse a las necesidades de los Adultos Mayores del barrio y al proceso colectivo de salud-enfermedad-cuidado.

Referencias

1. www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf
2. ROVERE, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Llazarte
3. MONTERO, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Bibliografía

1. ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM J. S. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica, en: *Cuadernos Médico-Sociales*. 75: 5-30
2. ALMEIDA FILHO, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones, en: *Salud Colectiva* 2(2): 123-146.
3. BANCO MUNDIAL, CNCPS. (2007). Documento de trabajo para la elaboración de un Manual Metodológico para el Fortalecimiento de Redes Territoriales. Buenos Aires: CENOC.
4. BANG, C. (2012). *Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina*. Saarbrücken: Editorial Académica Española
5. BANG, C. (2011a). Debates y controversias sobre el concepto de Participación Comunitaria en Salud: Una revisión histórica, en: *Revista Eä-Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 3(2): 1-23.
6. BANG, C. (2011b). Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental. (pp. 331- 338). En: *XVIII Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.

7. CORRAL, S. (2009). *Manual Metodológico de Fortalecimiento Institucional de Redes Territoriales de Organizaciones de Base*. Vol. I. Buenos Aires: CENOC.
8. DABAS, E. (1995). De la desestructuración de lo macro a la estructuración de lo micro: las redes sociales en la reconstrucción de la sociedad civil. (pp. 437-455). En: DABAS, E. y NAJMANOVICH D. (comps.) *Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós
9. DABAS, E.; PERRONE, N. (1999). *Redes en Salud*. [documento en línea]. Disponible en: www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/redSal-Dabas-Perrone.pdf [15 de marzo 2012].
10. MINAYO, M. C.S. (1995). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
11. MONTERO, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/alma-atadeclaracion.html [15 de marzo 2012].
13. ROVERE, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte
14. SAIDÓN, O. (1995). Las redes: pensar de otro modo. (pp. 203-207). En: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (comps.). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
15. STOLKINER, A.; SOLITARIO, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. (pp.121-146). En: Maceira, D. (Comp.). *Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós

MANUSCRITO ORIGINAL

Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile

Ignacia Navarrete Luco¹, Paulina Osorio Parraguez²

¹ Universidad de Chile, Universidad Andrés Bello

² Universidad de Chile

Correo electrónico: ignav.lu@gmail.com posorio@uchile.cl

Conflictos de interés: Las autoras declaran no presentar conflictos de interés.

Recibido el 19 de julio de 2018; aceptado el 18 de enero de 2019.

RESUMEN

Objetivos: El artículo describe y comprende experiencias de la longevidad desde territorios rurales del sur de Chile. A partir de la problematización entre el cruce de vejez y ruralidad, se observa la necesidad de integrar las transformaciones socio-territoriales para contextualizar y analizar aquellos elementos presentes en la vivencia de la longevidad.

Metodología: El abordaje de la investigación fue etnográfico, enmarcándose en un estudio de carácter cualitativo. Entre los años 2015 y 2018 se realizó trabajo de campo en la Región de Los Lagos, en la zona sur de Chile.

Resultados: La información empírica fue trabajada en casos etnográficos, utilizados como material para el apartado de resultados. Mediante etnografías de la longevidad de una mujer y dos hombres nonagenarios, se realizan aproximaciones a sus vidas cotidianas, relaciones sociales, familiares y territoriales.

Discusión: Se propone superar el análisis del envejecimiento y longevidad rural desde la dicotomía urbano-rural, para posicionar a las personas longevas como partícipes de la articulación rural-urbana y transformaciones contemporáneas de sus territorios rurales.

Palabras clave: *envejecimiento, longevidad, ruralidad, etnografía, Chile*

Longevity and rurality: ethnographic approaches to the transformation of aging and territories in rural areas in the south of Chile

ABSTRACT

Objective: The article describes and understands experiences of longevity from rural territories of southern Chile. From the problematization between old age and rurality, we observe the necessity to integrate the socio-territorial transformations to contextualize and analyze those elements present in the experience of longevity.

Methodology: The approach to the research was ethnographic, framed in a qualitative study. Between the years 2015 and 2018, fieldwork was carried out in the Los Lagos Region, in the southern zone of Chile.

Results: The empirical information was worked on ethnographic cases, used as material for the results section. Through ethnographies of the longevity of a woman and two nonagenarian men, approximations are made to their daily lives, social, family and territorial relationships.

Discussion: It is proposed to overcome the analysis of rural aging and longevity from the urban-rural dichotomy, to position the elderly people as participants in the rural-urban articulation and contemporary transformations of their rural territories.

Keywords: *ageing, longevity, rural areas, ethnography, Chile*

Longevidade e ruralidade: aproximações etnográficas a transformações do envelhecimento e territórios em zonas rurais do sul do Chile

RESUMO

Objetivo: O artigo descreve e compreende experiências da longevidade em territórios rurais do sul do Chile. A partir da problematização entre o cruzamento da velhice e da ruralidade, observa-se a necessidade de integrar as transformações socioterritoriais para contextualizar e analisar aqueles elementos presentes na experiência da longevidade.

Metodologia: a abordagem da pesquisa foi etnográfica, pautando-se em um estudo de caráter qualitativo. Entre os anos 2015 e 2018, realizou-se trabalho de campo na Região de Los Lagos, na zona sul do Chile.

Resultados: a informação empírica foi trabalhada em casos etnográficos, utilizados como material para a seleção de resultados. Mediante etnografias da longevidade de uma mulher e de dois homens nonagenários, realizam-se aproximações às suas vidas cotidianas, relações sociais, familiares e territoriais.

Discussões: Propõe-se superar a análise do envelhecimento e longevidade rural, a partir da dicotomia urbano-rural, para posicionar as pessoas longevas como partícipes da articulação rural-urbana e das transformações contemporâneas de seus territórios rurais.

Palavras-chave: *envelhecimento, longevidade, ruralidade, etnografia, Chile.*

Introducción

Abordar y comprender las experiencias de la vejez y el envejecimiento implica un trabajo de contextualización territorial y sociocultural, ligado a espacios geográficos y culturales donde se vive el envejecer. Desde los estudios sociodemográficos y las ciencias sociales, se han evidenciado cómo los entornos espaciales y socioculturales configuran perfiles de envejecimiento particulares⁽¹⁾, diferenciándose estos principalmente entre zonas urbanas y rurales⁽²⁾. Problematizar el envejecimiento sólo desde el espacio geográfico supone una homologación del curso de vida de la vejez. Como mencionan Izal & Fernández-Ballesteros⁽³⁾, la edad no explica la edad donde la persona es viejo/a no por su edad cronológica, sino por sus roles, relaciones sociales y por el contexto en que vivencia el envejecimiento. A partir del diálogo entre literatura especializada sobre vejez rural y trabajo etnográfico con personas longevas en territorios rurales del sur de Chile, abordamos experiencias socioculturales de la longevidad –aquellas características y significados de edad social asociados a la etapa de la vida de una edad avanzada⁽⁴⁾– en estos lugares.

Nuestro objetivo es generar una intersección entre experiencias de la longevidad en territorios rurales con procesos socioculturales y estructurales actuales. Describir y analizar las experiencias

de longevidad en marcos de comprensión territoriales implica entender el vínculo trazado entre vejez y ruralidad. Por ello, nos detendremos en la relación establecida entre envejecimiento y ruralidad, complejizando la unión de estas categorías desde los fenómenos estructurales implícitos en la nueva ruralidad latinoamericana, debido a sus repercusiones en la vivencia de la vejez y longevidad rural actual. Luego, expondremos la metodología utilizada para la producción de información empírica. En resultados integramos los casos etnográficos con los que analizamos nuestra temática principal. Las conclusiones discuten superar la dicotomía urbana/rural para los estudios de envejecimiento en territorios rurales y proponen posicionar las experiencias de longevidad en los marcos de transformaciones contemporáneas de estos territorios.

Envejecimiento, Ruralidad y Nueva Ruralidad

Discusiones ligadas a la geografía⁽⁵⁾⁽⁶⁾ señalan lo rural como un espacio definido en contraposición al espacio urbano. La afirmación conlleva un problema crucial relacionado a los límites: ¿dónde empiezan y terminan los espacios rurales y urbanos?, ¿son sólo físicos? La reflexión crítica el reduccionismo de lo rural como categoría demográfica y antagonica frente a los espacios urbanos, al portar

percepciones, vivencias y luchas de poder, caracterizándola por poseer un carácter permanente de *mutación y construcción*. La pluralidad de los espacios rurales la entendemos como “espacios de actividades variadas, capaz de reunir una multiplicidad de actores sociales y no como un terreno de donde se produce lo agropecuario (...) la ruralidad es un importante valor para las sociedades contemporáneas, y por eso mismo no se constituye como una etapa de desenvolvimiento social que necesite ser superada por la urbanización”⁽⁷⁾.

Un punto importante a la discusión, es el análisis de las circunstancias para el cambio rural en Europa que *no* han estado presentes en América Latina, basadas en el fortalecimiento de servicios sociales, diversificación de actividades económicas, desarrollo de infraestructura rural, aumento de cantidad y calidad de servicio para el medio rural⁽⁸⁾. Esto conlleva a que en el mundo rural latinoamericano se acentúen las desigualdades e inequidades socio-estructurales, siendo el lugar donde se manifiestan los efectos del modelo de desarrollo capitalista⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Fenómenos notorios en zonas rurales son el envejecimiento y longevidad de su población⁽¹¹⁾. Ello no quiere decir que gran parte de las personas mayores residan en zonas rurales. Ocurre que las zonas rurales presentan una mayor concentración de personas mayores en relación con el total de sus habitantes⁽⁴⁾. Pareciera ser que el envejecimiento fuese una nota connatural con las transformaciones socio-estructurales de la ruralidad, a medida que los pueblos son afectados por modelos de desarrollo exógenos, se incrementa el porcentaje de mayores. Lo que ha marcado las pautas de estas tendencias demográficas son las migraciones de jóvenes, personas adultas y mujeres hacia centros urbanos, vinculados a las transformaciones asociadas a la globalización en estos territorios⁽¹²⁾. El despoblamiento geográfico y la experiencia del envejecimiento en estas localidades origina que cada vez haya más personas que alcanzan una edad avanzada, en conjunto con situaciones de soledad, abandono⁽¹³⁾⁽¹¹⁾ y mayor empobrecimiento⁽¹⁴⁾ al desplazarse territorialmente la población asalariada.

Al sostener que la biografía de las personas mayores en zonas rurales está ligada a sus espacios habitados, entendemos que la vejez rural debe ser posicionada en el marco de la modernización agraria y en las transformaciones estructurales y sociales de este proceso.

Alcances disciplinares sobre vejez y ruralidad

Uno de los enunciados recurrentes en la revisión de literatura, es la falta de investigación e información sobre la vejez rural y los procesos de envejecimiento en estos contextos⁽¹¹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. En la antropología y etnografía son escasos los estudios referidos específicamente a las personas mayores⁽¹⁷⁾. En el área de salubrista, la sentencia es a un vacío en conocimiento epidemiológico sobre salud de personas mayores en zonas rurales⁽¹⁸⁾. Respecto a políticas públicas, se hace hincapié en la nula diferenciación de programas con pertinencia cultural para el medio rural⁽¹⁶⁾.

En lo que convoca, la problematización ha sido abordada desde las ciencias sociales y estudios sociodemográficos. Se observa un esencialismo y antagonismo entre estos ámbitos. El primero, de carácter descriptivo donde prima una idealización hacia la vejez rural, y el segundo, que caracteriza esta realidad a partir de carencias y precariedades en oposición a la vejez urbana.

En las ciencias sociales existen descripciones idílicas de la vejez rural donde elementos como la naturaleza, tranquilidad, descanso y ocio serían parte del locus amoenus de vivir en la ruralidad. La añoranza de dejar la ciudad con la jubilación en la vejez también es parte de esa narrativa e imaginario sociocultural. La etnogerontología⁽¹⁹⁾ integra a la discusión a la población indígena rural envejecida, estudiando, analizando y explicando la vejez en grupos étnicos, cuyas particularidades socioculturales y efectos externos a la cultura nativa, influyen y modifican la manera de concebir, atender y vivir la vejez indígena. Esta línea de estudios –llevada a cabo principalmente en México y Argentina– busca, desde la antropología, desbordar aquel carácter puramente descriptivo que marcó a la discipli-

na y a la etnografía en el siglo XX. Son numerosas las descripciones de la vejez “exótica” y “primitiva” bajo sistemas gerontocráticos⁽²⁰⁾, reproduciéndose en la actualidad al considerar a los/as personas más viejas como depositarias de saberes locales, cristalizando el rol del/la anciano/a bajo esta figura. Se debe despejar el carácter mítico e idílico de las vejeces rurales e indígenas, considerando que el tránsito de cada sujeto en su trayectoria de vida en particular advierte el valor relativo de los modelos gerontocráticos para estas sociedades⁽¹⁷⁾.

Los estudios sociodemográficos muestran que en localidades rurales no se extienden servicios básicos adecuados de atención para la población, en gran parte porque cuando la incidencia porcentual demográfica es baja, mayor es la precarización y ausencia de estos. La priorización estatal de recursos y servicios-prestaciones se destina a áreas de mayor densidad poblacional⁽²¹⁾. La pobreza rural se alimenta del abandono institucional, pensiones solidarias básicas, que no logran contrarrestarse con ingresos monetarios de trabajos ocasionales. Pero la ausencia del Estado no es la única tensión que afecta la vida del habitante rural. Alberdi⁽¹⁶⁾ indica múltiples variables –demográficas, culturales, económicas, naturales y geográficas– que reforzaría la tendencia al aislamiento, discapacidad y dependencia. En territorios rurales ocurren eventos que impactan la vida de personas mayores, lo cual es crítico debido a que los servicios humanos y de salud en muchas áreas rurales se encuentran diseñados bajo modelos urbanos⁽²²⁾. Lo anterior se ejemplifica frente a situaciones de desastres socio-naturales y sus impactos en salud mental de personas mayores⁽²³⁾.

Esta precariedad estructural incide en aspectos subjetivos a los/as pobladores/as rurales; la “orientación hacia la modernidad modifica las dimensiones de bienestar desde la propia percepción de los habitantes rurales, generando cambios en las subjetividades”⁽²⁴⁾. Pueden prevalecer sentimientos de vulnerabilidad, percepción de abandono estructural, de dependencia y fragilidad⁽²⁵⁾. También la “ausencia de servicios de soporte y ayuda provoca inseguridad e inquietud ante la expectativa o la realidad de llegar a sufrir problemas de dependencia”⁽¹¹⁾.

Otro aspecto importante en la contextualización de “vulnerabilidad” del entorno rural para las personas mayores son las modificaciones en los núcleos de familias extensas; se “ha desestructurado la familia tradicional rural y ha roto muchos de los vínculos que subvenían las situaciones de necesidad de los mayores”⁽¹⁾. Como indican Treviño, et al⁽²⁶⁾, el panorama de carencias generalizadas afecta, de manera inevitable, la experiencia de las personas en las diferentes etapas de la vida y, sobre todo, durante la vejez.

Materiales y Métodos

El abordaje metodológico de la investigación fue etnográfico, enmarcándose en un estudio de carácter cualitativo. Entre los años 2015 y 2018 se realizó trabajo de campo en la Región de Los Lagos, en la zona sur de Chile. La estrategia etnográfica permitió acceder a un conocimiento más profundo de la vida cotidiana y relaciones sociales de hombres y mujeres longevas en territorios rurales. Específicamente, conocer desde las propias personas mayores su experiencia de envejecer, en sus propias palabras y también de su conducta observable e interacciones con su entorno familiar, social e institucional. Las técnicas fueron entrevista en profundidad y observación participante.

Se trabajó con una muestra teórica-intencional, por lo que los y las participantes fueron seleccionadas según características estructurales. Para identificar estas características se construyó una tipología en base a una determinada edad cronológica: más de 90 años. A un determinado contexto geográfico-cultural: zonas rurales en la región de Los Lagos. Además de su condición de género: hombres y mujeres. Los criterios de exclusión fueron estar institucionalizado/a y/o tener deterioro cognitivo, o alguna demencia diagnosticada.

Para el trabajo etnográfico, se tomó contacto y realizaron visitas etnográficas a 36 personas mayores de 90 años. En una primera visita, se daba a conocer el objetivo de la investigación y se proveía

de la información ética de la misma, a través de un protocolo de consentimiento informado que se entrega a la persona mayor y a su familia. Esa primera visita también tenía como objetivo generar un conocimiento mutuo, la construcción de confianzas y ver la disposición a participar y volver a ser visitadas por el equipo de investigación. Cada visita fue registrada en un diario de campo, para luego construir relatos etnográficos con cada caso. Su objetivo, por lo tanto, fue generar descripciones “densas”⁽²⁷⁾ de aquellos lugares, interacciones sociales y recorridos que las personas nonagenarias y centenarias desarrollan en su experiencia cotidiana en sus espacios domésticos, entornos comunitarios e institucionales.

Resultados: envejecimiento, longevidad y territorios rurales australes

Los siguientes relatos etnográficos caracterizan la vida y experiencia de vejez de una mujer y dos hombres longevos. Posicionamos la comprensión de la longevidad en el presente, integrando cómo las personas longevas rurales enfrentan sus vidas cotidianas y relaciones sociales. Los relatos muestran los particularismos de la experiencia de envejecimiento y longevidad en territorios rurales, y su relación con las transformaciones sociohistóricas y territoriales en esos contextos.

“Uno en su casa no más, y trabajar ¿qué más va a hacer? ¡A mis años!”: la actividad laboral tradicional como articuladora y sentido de vida

La isla grande Chiloé¹ está en la Región de Los Lagos, al sur de Chile, en el Archipiélago del mismo nombre, conformado por varias islas e islotes. Doña Julia (96 años), nació el 24 de junio de 1922, en una de las islas del archipiélago de Chiloé. Recuerda y reflexiona sobre el pasado en relación con el presente, y los cambios vividos. Dice que cuando era pequeña, en esos tiempos no se usaban botes para cruzar de isla en isla, sino que se hacía en *bongo*,

que era un palo cavado en forma de bote: “yo pienso que la gente (ahora) se aflige, ahora no hay falta, antes había falta. De la edad mía antes no había zapato, uno andaba a pata. Eso, no había género para ropas, andábamos con falda de lana. (...) Lo hacía la gente más antigua (...)”. Durante tres años fue a la escuela y la dejó luego de la muerte de su madre, a la edad de 9 años, quedando al cuidado de su hermana mayor. A temprana edad se hace cargo de todas las actividades domésticas y propias de la vida rural sureña: la huerta, los animales y los tejidos: “Hilábamos, vendíamos hilado. Había trigales, había papales; íbamos a ayudar a sembrar papa, trigo, sacar papas, todo eso”. Julia se casa a los 22 años y luego que nacen sus hijos emigra a Argentina un tiempo para poder tratarse una enfermedad. Esta es una costumbre habitual hasta hoy en día, pues muchas veces resulta más cerca y fácil cruzar la frontera para acceder a atención médica, que trasladarse a los centros urbanos nacionales. Al volver a Chile con sus hijos menores, se separa del marido, quién se va con otra mujer.

Actualmente vive sola en una casa pequeña, en la parte de atrás de la casa de un hijo, y se dedica a tejer y vender sus tejidos en la feria de artesanía de Achao: “Yo estoy contenta que mi Dios me tiene todavía bien, trabajo, estoy tranquila, no tengo problemas. Mis hijos me vienen a ver, tengo una hija mujer que viene todos los días. Así, así voy trabajando, haciendo de todo y en el verano voy pa’ la feria. Después estamos aquí arriba por el terminal cuando es la semana de las muestras”. Día a día se hace cargo de todas sus necesidades y actividades domésticas, tal como lo hacía de niña. Se levanta temprano, se asea, desayuna, prepara la comida. Recibe una pensión asistencial del Estado, que cobra mensualmente y que dice le alcanza para comprar algunos alimentos. En las tardes teje y va a vender su trabajo a la feria. Su principal actividad e ingreso monetario es el tejido, su trabajo como artesana. Es una mujer consciente de su longevidad. Si bien afirma que ella hace todas sus cosas, reconoce que ya no le gusta ni puede lavar a mano, por lo que ahora manda a lavar. Cuando ve que ya no puede hacer algo, ella decide cómo solucionar-

¹ La palabra *Chiloé* o *Chillwe* (como le dicen los chilotes williches) significa “lugar de chelles” (gaviotas).

lo. También decidió dejar el grupo folklórico en el que participó bailando por cerca de 12 años. Dice que ya está muy mayor, y que ya no puede hacer los viajes para las presentaciones que hacían fuera de Achao. Colgadas en las paredes de su casa, se pueden ver varias fotografías y reconocimientos de esa participación. Ante lo cual afirma "Uno en su casa no más, y trabajar ¿qué más va a hacer? ¡A mis años!". Lo dejó por el frío y las distancias. Sin embargo, siempre se mantiene vinculada a alguna actividad comunitaria, como en el grupo de la iglesia, donde se juntan a rezar con otras mujeres, o participan de velorios y entierros.

Hace 23 años que vende en la feria, donde tiene un local. Es ahí donde pasa gran parte del día, pues su actividad laboral como artesana representa una articulación que da sentido a su vida y que la vincula con su trayectoria, con su identidad como mujer longeva y con su comunidad. Al ser una mujer nonagenaria, es conocida por los habitantes de la isla y ha recibido varios reconocimientos de las autoridades locales. Es esta misma actividad la que la vincula con la ciudad y el ritmo de la vida más moderna. Interactúa cotidianamente con turistas, extranjeros, otros comerciantes; comprando materia prima y vendiendo sus tejidos.

"Acá hay puros viejos. Lo malo es que no se mueren nunca": longevidad como visibilización comunitaria y territorial

La comuna de Palena, la más austral de la Región de Los Lagos, representa un territorio donde se puede percibir el envejecimiento y longevidad de su población. A diferencia de otros lugares, no es difícil generar contacto con personas de 90 y más años. Por las características históricas y políticas de la comuna, las personas longevas figuran como colonos y colonas de la zona. Son personas respetadas y consideradas como agentes activos a nivel comunal.

Don Jaime, de 93 años, nació el 24 de octubre de 1924 y vive en el sector rural de El Malito, junto a un hijo de 60 años. Es un hombre alto, de pelo cano, tez rosada y contextura fuerte. Siempre ríe y hace

comentarios suspicaces. Lo conocen por "Vargas del Diablo", aludiendo a su antigua residencia en el sector El Diablo. De joven trabajó intermitentemente en ganadería y esquila de ovejas en Chile y Argentina. Hoy se dedica a administrar sus recursos agrarios y ganaderos junto a su hijo. Señala que en El Malito hay mucha gente "antigua, vieja". Al contrario, la población infantil es cada vez menor. En la Escuela Básica Rural del sector, hay entre 2 y 3 estudiantes; "son todos viejos, se acabaron los niños", dice. Él es un hombre activo en su comunidad; participa de cultos evangélicos y del club adulto mayor. Como hombre que mantiene y defiende su autonomía e independencia, asiste por su propia cuenta a centros de salud en Argentina, en el hospital de Esquel, ya que Palena posee un convenio trasandino de salud pública. Dice que no le gustan las ciudades "mucho encierro, no hay aire".

Don Euclides tiene 98 años y vive en el sector rural Valle California. Su casa es pequeña, y comparte su cotidianeidad con su perro arriero "Picho", algunas gallinas y sus ovejas. Es de contextura fuerte, con gran entereza y seguridad. Cuando se indaga en su historia personal, dónde nació y creció, él responde "y eso qué importancia tiene". La conversación con el nonagenario gira entorno al culto evangélico y a la política regional. Tuvo hijos, pero de sus relaciones familiares y personales no habla mucho. Sigue con sus labores de baquiano², sólo que a menor intensidad. Ahora tiene 40 ovejas, lo cual es poco para él. Vive de una pensión estatal básica solidaria e ingresos temporales, "sobrevivo con eso". En los últimos años, Valle California se ha transformado en un centro de atractivo turístico internacional. Los "gringos" practican pesca con mosca buscando especies de truchas. Este nuevo escenario refleja los antagonismos socioeconómicos vividos en los sectores rurales de Palena, donde se potencia el desarrollo e ingreso de capitales extranjeros, en detrimento del desarrollo económico de pobladores locales.

Ambos hombres son muy conocidos en la comuna de Palena. Existen redes y vínculos comu-

² Nombre que reciben arrieros cordilleranos de la Patagonia.

nitarios muy fuertes, visibilizando la figura de los nonagenarios en el espacio público y social. Se ha reconocido la figura de Don Euclides en proyectos de patrimonio cultural intangible de Palena. Don Jaime dice “quién no me conoce a mí”, y luego se ríe. Además, estos hombres longevos se conocen entre sí y mantienen lazos de amistad. Trabajaron juntos en la frontera Chile-Argentina, realizando caminos y obras de manutención. Sobre Don Euclides, Don Jaime señala riendo “ese paisano no se va a morir nunca”.

Discusión y reflexiones finales

En las vivencias de longevidad de las personas participantes, lo urbano aparece como un elemento que cruza dicha experiencia. Ya sea porque se requiere ese contacto para el desarrollo de la actividad laboral (doña Julia), o por la necesidad de acceder a los servicios de salud (don Jaime). No se trata de la vejez rural idílica, sino de articulaciones con lo urbano debido a la concentración de recursos materiales y humanos de estos espacios. Al indagar en las trayectorias biográficas de las personas longevas, podemos decir que estas están marcadas por la ruralidad, pero siempre coexistiendo con centros urbanos.

Cuestionamos la ausencia de la familia extensa en zonas rurales⁽¹⁾. Una de las características y consecuencias de la longevidad, es la existencia de la familia extensa multigeneracional y vertical⁽²⁸⁾. Miembros familiares asumen roles y relaciones con sus familiares longevos. A la par de procesos de reestructuración territorial y nueva ruralidad, las generaciones más jóvenes emigran hacia centros urbanos y aquellas más longevas permanecen en las localidades rurales. Acorde al trabajo de campo y a la información empírica producida, este distanciamiento familiar y territorial en ningún caso supone el quiebre de relaciones. Frente a la permanencia de las personas longevas en zonas rurales, los familiares -principalmente mujeres que asumen roles de cuidadoras- elaboran estrategias de cuidados y resolución de situaciones específicas entorno a personas envejecidas de grupos familiares.

Por otra parte, las redes sociales y comunitarias poseen un lugar importante dentro de la identidad rural, al cubrir aspectos materiales y afectivos, generando redes de reciprocidad y apoyo. Al experimentar el envejecimiento poblacional de localidades rurales, la longevidad ya no es una condición anecdótica enunciada por el dato cronológico, sino las personas longevas como parte de la cotidianidad de la comunidad, como son las figuras de don Jaime y don Euclides en la comuna de Palena, y doña Julia en Achao.

Requiere mayor atención detenerse en fenómenos actuales que están aconteciendo en territorios rurales particulares, considerando que problemáticas globales-locales afectan las percepciones y calidad de vida de pobladores/as rurales longevos/as. Las personas longevas observan las transformaciones de sus lugares, al implicarse en las nuevas dinámicas socio-territoriales de los espacios donde han y seguirán habitando.

Bibliografía

1. García B. Los mayores y el mundo rural. Documentación social. 1998; 112: 97-108. 1998.
2. Osorio P. Envejecer en Chile: una mirada femenina. En: Montecino, S, compiladora. Mujeres chilenas. Fragmentos de una historia. Santiago: Catalonia; 2008. 611-620.
3. Izal M, Fernández-Ballesteros R. Modelos ambientales sobre la vejez. Anales de Psicología [Internet]. 1990 [citado 20 Jun 2018]; 6(2): 181-198. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf
4. Osorio P. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. Papeles del CEIC [Internet]. 2006 [citado 20 Jun 2018]; 22: 1-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/765/76500603/>
5. Valenzuela C. El espacio rural como categoría geográfica. En: Landini F, coordinador. Hacia una psicología rural latinoamericana. Buenos Aires: CLACSO; 2015. 115-120. p. 116.
6. Larrubia R. El espacio rural. Concepto y realidad geográfica. Baética: Estudios de arte, geografía e historia [Internet]. 1998 [citado 20 Jun 2018]; 20: 77-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=95418>
7. Oliveira M, Oliveira D, Jacinto G, Sipllere C. A relação entre a previdência social rural e a permanência dos idosos no campo em municípios do extremo sul catarinense. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento [Internet]. 2014 [citado 20 Jun 2018]; 19(3): 621-638. p. 627. Disponible en <http://seer.ufg.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/42887/33276>
8. Pérez E. Desafíos sociales de las transformaciones del mundo rural: nueva ruralidad y exclusión social. En: PNUD, editores. Chile rural: un desafío para el desarrollo humano. N 12 Temas de desarrollo humano sustentable. 2005. p. 17-32.
9. Gómez S. ¿Nueva Ruralidad? Un aporte al debate. Estudios Sociedade e Agricultura [Internet]. 2001 [citado 20 Jun 2018]; 17:5-32. Disponible en <https://es.scribd.com/document/362090214/Gomez-Sergio-Nueva-ruralidad-Un-aporte-al-debate-pdf>

10. Giarracca N. ¿Una Nueva Ruralidad en América Latina? Colección Grupos de Trabajo de Clasco. Grupo de Trabajo Desarrollo Rural. Buenos Aires: CLACSO; 2001.
11. Rodríguez P. Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento, Observatorio de personas mayores; 2004; 11:1-26.
12. Sáenz J. Territorio rural y sus transformaciones ante procesos de globalización en la subregión transandina de la Provincia de Palena, Patagonia chilena. [Internet]; Santiago, Octubre 2015. [consultado 20 Jun 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143802>
13. Cerri Ch. El impacto de los servicios públicos de cuidado a mayores en una zona rural de Extremadura. Gazeta de Antropología [Internet]. 2013 [citado 20 Jun 2018]; 29(2):1-18. Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/GA-29-2-08-Chiara-Cerri.pdf>
14. Bravo F. Distintas miradas sobre la vejez en la pobreza en Argentina. Acta Académica [Internet]. 2013 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: <http://cdsa.aacademica.org/000-038/382.pdf>
15. Skinner M. Interrogating the contested spaces of rural aging: implications for research, policy and practice. The Gerontologist [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2018]; 58(1):15-25. Disponible: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/58/1/15/3903013>
16. Alberdi J. Contribución de la mujer al cuidado de los mayores residentes en el caserío: el caso de Oiartzun (Guipúzcoa). Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural [Internet]. 2007 [citado 21 Jun 2018]; 6:61-100. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/AGER/article/view/7051>
17. Martínez M R, Morgante M G, Remorini C. “¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez”. Revista Argentina de Sociología [Internet]. 2008 [citado 15 Enero 2019]; 6(10):69-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482008000100006
18. Salgado N, González T, Jáuregui B, Bonilla P. “No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. Salud pública de México [Internet] 2005 [citado 21 Jun 2018]; 47(4):294-302. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400007
19. Reyes L. La investigación etnogerontológica en México. *Altepepaktli*. 2009; 5(10):28-35.
20. De Beauvoir S. La vejez. Editorial Sudamericana: Buenos Aires. 1980.
21. Vogel N. Observaciones del envejecimiento desde la ruralidad chilena: El caso de Malalcahuello, IX región. [Internet]. Santiago, Agosto; 2010. [consultado 21 Jun 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105820>
22. Dorfman L, Murty S, Evans R, Ingram J., Power J. History and identity in the narratives of rural elders. *Journal of Aging Studies* [Internet]. 2004 [citado 21 Jun 2018]; 18(2):187-203. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890406504000052>
23. Osorio-Parraguez P, Espinoza A. Salud mental en desastres naturales: estrategias interventivas con adultos mayores en sectores rurales de Chile. *Global Health Promotion* [Internet]. 2015 [citado 21 Jun 2018]; 23(2):84-91. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975914566890>
24. Espinoza R, Montes de Oca V. Envejecimiento demográfico y estrategias familiares rurales en el Bajío Mexicano: una reflexión sobre las políticas y la reorganización de la producción de alimentos.(s/r). Disponible en: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/11_GT.pdf
25. Joseph A, Chalmers A. Growing old in place: a view from rural New Zealand. *Health & Place*. 1995; 1(2):79-90.
26. Treviño S, Pelcastre B, Márquez M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública de México* [Internet]. 2006 [citado 21 Jun 2018]; 48(1):30-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100006
27. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 2005.
28. Osorio-Parraguez P, Navarrete I, Briones S. Perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. *Antípoda. Rev de Antropología y Arqueología* [Internet]. 2018 [citado 21 Jun 2018]; 31:45-63. Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/full/10.7440/antipoda31.2018.03>

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatria (RAGG) es el órgano de difusión de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG).

Desde el año 2016, la RAGG adoptó el formato digital y publica contribuciones originales que se relacionan con el ámbito de la Medicina Geriátrica, la Gerontología y temas relacionados. Acepta trabajos redactados en español y, eventualmente, en inglés o portugués. La edición electrónica de la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria se encuentra en la siguiente dirección: www.sagg.org.ar/ragg

Para información más detallada, consultar el REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA S.A.G.G. en la siguiente dirección: www.sagg.org.ar/ragg

Notas Preliminares

Ética Editorial

La decisión de aceptar o rechazar un trabajo se basa estrictamente en un proceso de revisión por pares o colegas (*peer review*), árbitros (*referees*) o revisores (*reviewers*). La revista adhiere a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y cumple los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (documento disponible en: www.icmje.org).

Responsabilidades del autor

1. Carta de Presentación

Todo manuscrito deberá estar acompañado por una carta de presentación firmada por todos los autores en la que se especifique a qué categoría pertenece el artículo.

Si alguna parte del manuscrito ha sido publicada o remitida a otro medio (por ejemplo, tablas o ilustraciones), esta información deberá ser consignada y los autores tendrán que presentar los permisos de publicación correspondientes.

2. Financiación y Conflicto de Intereses

Los autores deben indicar cualquier interés financiero directo o indirecto que puedan tener relación con el manuscrito presentado, debiendo autorizar a la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria la publicación de dicha información si así lo consideran los

editores. A los autores que declaren algún interés financiero se les pedirá que firmen una Declaración de Conflicto de Intereses.

3. Bioética

Los autores deben garantizar que toda investigación experimental realizada con humanos en el trabajo se haya obtenido con consentimiento informado y que se hayan respetado las pautas éticas de la institución a la que pertenecen y de la Declaración de Helsinki de 1975, con la revisión de octubre del 2000 (disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> - versión en inglés y español). En caso de ensayos clínicos controlados, deberá seguirse la normativa CONSORT, disponible en: <http://www.consortstatement.org>; mientras que, si se trata de una evaluación de performance diagnóstica, hay que seguir la normativa STARD, disponible en: <http://www.stard-statement.org/>. Si se presentan trabajos de experimentación con animales, deberán explicitarse las condiciones de trabajos con los mismos y la autorización o pautas de manejo de los animales emanados por una institución oficial o privada, o bien las pautas de leyes internacionales o del país/estado de origen del trabajo.

4. Originalidad

El envío de un trabajo a la RAGG para su evaluación implica: a) que dicho trabajo no haya sido publicado previamente (excepto en forma de resumen o como parte de una tesis); b) que dicho trabajo no se encuentre bajo consideración de publicación en ninguna otra revista o medio de divulgación científica; y c) que su publicación haya sido aprobada por todos los autores y coautores del trabajo, así como también por la institución en la que se ha desarrollado.

5. Plagio

Todos los manuscritos recibidos en la RAGG se procesan de forma automática a través de un programa *ad hoc* antes de someterse a la revisión por pares.

Requisitos para la publicación

6. Copyright

Una vez aceptado el artículo, se solicitará al autor responsable que complete un «Acuerdo de publicación

en la revista. Se le enviará un mensaje de correo electrónico confirmando la recepción del manuscrito y adjuntando el documento de dicho Acuerdo. La Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica es de acceso libre (Open Access).

El autor transferirá el copyright a la Sociedad.

Si se incluyen pasajes de otros trabajos con copyright, el/los autor/es debe/n obtener la autorización por escrito de los titulares del mismo y mencionar la/s fuente/s del artículo.

Preparación

7. Envío de manuscritos

Los manuscritos deben enviarse por e-mail a ragg@sagg.org.ar en formato Word.

8. Normas específicas para cada Sección

El Comité Editorial de la RAGG considerará para su publicación trabajos relacionados con Medicina Geriátrica, Gerontología y temas afines a la Especialidad. Los autores deberán adecuar los trabajos remitidos, de acuerdo con sus objetivos, a las siguientes categorías:

- a) Originales
- b) Revisión de tema
- c) Comunicaciones
- d) Monografías
- e) Informe de Caso o Serie de casos
- f) Carta Científica
- g) Cartas al Editor y Respuesta

a) Originales

Los trabajos deberán presentar nueva información relevante basada en la descripción y/o evaluación estadística de casos propios a partir de investigaciones originales. El cuerpo del trabajo no debe superar las 4500 palabras, no puede contener más de 20 figuras y el número máximo de autores será de 6 gerontólogos y/o geriatras.

La organización del manuscrito es la siguiente:

I. Resumen:

Debe ser lo suficientemente claro e informativo para permitir la comprensión del trabajo; ser estructurado, con un máximo de 250 palabras y estar dividido en 5

partes: Objetivo; Materiales y Métodos; Resultados; Discusión y Conclusión; presentar de 3 a 5 palabras clave; y no utilizar abreviaturas ni citas bibliográficas. En todos los casos deberá elaborarse un resumen en inglés (*abstract*) de similar extensión e idéntica segmentación a la versión en español. Es decir, debe dividirse en: *Objective (Purpose)*; *Materials and Methods*; *Results*; *Discussion* y *Conclusion*; y presentar de 3 a 5 keywords.

II. Introducción:

Consta de tres partes. La primera define el problema, la segunda hace un breve recuento de lo que se conoce respecto del problema y en la tercera parte se exponen los objetivos del trabajo, teniendo en cuenta lo desarrollado en los párrafos anteriores.

III. Materiales y Métodos:

Se indican claramente los criterios de selección de los sujetos incluidos en el trabajo. El protocolo debe ser expuesto claramente, teniendo en cuenta los datos que son útiles para el trabajo. Si se trata de un trabajo no clínico, deben describirse las características completas de los sujetos en estudio, ya que la experiencia debe poder ser reproducida en su totalidad.

IV. Resultados:

Todos los resultados en relación con el trabajo se exponen de manera clara y lógica, comprendiendo también los resultados negativos. Si se utilizan tablas, éstas y el texto no deben repetir la información. Se utiliza el tiempo pasado. En esta Sección deberán incluirse las ilustraciones pertinentes a la casuística analizada/estudiada.

V. Discusión:

Se discuten tanto los materiales como los métodos, y se examina la validez de los resultados.

VI. Conclusión:

Se resumen brevemente los resultados del estudio y sus consecuencias. Estos deben desprenderse rigurosamente de la casuística analizada.

VII. Bibliografía:

No puede superar las 50 citas bibliográficas. (Consultar apartado Citas Bibliográficas)

b) Revisión de Tema

Actualización de un tema o técnica que abarque los últimos conceptos referentes a aspectos clínicos o gerontológicos. Es un artículo basado en la descripción

de la experiencia del autor en un tema determinado, fundamentado en una sólida revisión bibliográfica. Además, integran esta categoría los trabajos sobre temas anexos (legislación, ejercicio profesional, etc.). El resumen no debe estar estructurado y no puede superar las 250 palabras. En él se plantean el objetivo y las partes esenciales. Es necesaria la elaboración de un resumen en inglés (*abstract*). Deben presentarse hasta 5 palabras clave (*keywords*) y el cuerpo del trabajo no debe superar las 3000 palabras.

Las citas bibliográficas no excederán las 70 y sólo se podrán incluir hasta 15 figuras. El número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

c) Comunicaciones

Hallazgos diagnósticos, observaciones epidemiológicas, resultados terapéuticos, efectos adversos, trabajos preliminares o cualquier otro evento que por su importancia ameriten ser comunicados. El material debe organizarse de la siguiente manera: resumen no estructurado o estructurado (máximo: 250 palabras), y entre 3 y 5 palabras clave (en castellano e inglés), introducción, descripción sintética de las observaciones y discusión breve. No es necesaria una conclusión. Las figuras no deben superar las 6. Las referencias bibliográficas no deben ser más de 15. El cuerpo del artículo no debe superar las 2000 palabras y el número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

d) Monografías

Descripción y tratamiento especial de determinada parte de la Medicina Geriátrica y/o de la Gerontología y/o de algún tema en particular, referido a la Especialidad. Las referencias bibliográficas y los textos deben ser relativamente breves. Hay que elaborar un resumen no estructurado en castellano e inglés de hasta 250 palabras, y se deben incluir de 3 a 5 palabras clave/*keywords*. El cuerpo del trabajo no debe superar las 3000 palabras y no puede contener más de 15 figuras. Se permiten hasta 50 citas bibliográficas y el número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

e) Informe de caso o serie de casos

Contendrán título (en español e inglés, en los que no se indicará el diagnóstico final), autores, resúmenes (no

más de 150 palabras) en español e inglés, palabras clave en ambas lenguas y estarán compuestos por presentación del caso, discusión clínica, justificando la presentación del mismo por infrecuencia, valor etiológico, pronóstico, diagnóstico, terapéutico, por la importancia del diagnóstico diferencial. No podrán superar las 2.000 palabras, hasta dos tablas o figuras y no más de 15 referencias. Resumen no estructurado.

f) Carta Científica

Narración no estructurada de un caso clínico o gerontogeriátrico, dirigida al Editor. Debe contener una introducción donde conste el objetivo, un desarrollo corto y la evolución del caso. No incluirá resumen, conclusión o tablas, ni tampoco palabras clave. La extensión del manuscrito no podrá superar las 1000 palabras. Se aceptarán hasta 4 figuras y las citas bibliográficas no deberán superar las 10. El número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos. Ante la recepción de un caso clínico, el Editor podrá recomendar esta modalidad de presentación cuando lo considere oportuno.

g) Cartas al Editor y Respuesta

Trabajo relativamente breve que expresa el juicio personal del/los autor/es sobre un determinado tópico controvertido, o bien críticas o discrepancias con artículos publicados en la RAGG, elaboradas de manera constructiva, objetiva y educativa. Las cartas deberán aclarar, en el marco del derecho a réplica, los puntos controvertidos del artículo o tema en cuestión. Este tipo de artículo no lleva resumen ni palabras clave y el cuerpo del texto no puede superar las 700 palabras. Puede contener hasta 2 figuras y 5 citas bibliográficas. El número máximo de autores será de 3 geriatras y/o gerontólogos.

- *Presentación de Caso (Case Report)*: relatos de casos raros por su forma de presentación, escasa frecuencia o asociación inusual con otra entidad.

9. Estructura de los Trabajos

1. Página de Título (Primera Página)

Esta página debe incluir el título del artículo (en castellano y en inglés), los nombres de los autores y la dirección (incluyendo código postal) de la institución

donde se desarrolló el trabajo. A su vez, deberá identificarse al autor para el envío de correspondencia indicando dirección, teléfono y e-mail. En este documento deberá incluirse el texto relativo a la **Contribución de Autoría** y especificar si existe **Conflicto de Intereses y/o Financiación**. Los **Reconocimientos** a personas, por colaboración en el estudio o la preparación del manuscrito, así como a Centros o Entidades que hayan apoyado la elaboración del trabajo, podrán incluirse en esta página.

II. Página de Título "Ciega" (Segunda Página)

El texto del manuscrito deberá comenzar por el nombre de la sección a la que corresponde y el título del trabajo sin el nombre de los autores, a fin de ser usada en el proceso de revisión por pares (*peer review*).

El texto del manuscrito deberá organizarse de acuerdo a la categoría a la que este corresponda.

III. Resumen – Abstract

Excepto la Carta al Editor y la Carta Científica, todos los artículos deberán incluir un resumen/abstract. En el caso de los originales, dicho resumen deberá segmentarse acorde con lo expuesto anteriormente en este Reglamento, en el apartado de Originales. En las otras categorías, el resumen/abstract correspondientes no requieren segmentación (es decir, no habría que dividirlo en Objetivo, Materiales y Métodos, etc.).

IV. Palabras Claves – Keywords

Excepto en la Carta al Editor y la Carta Científica todos los artículos deben incluir entre 3 y 5 palabras clave, en español e inglés, e incluirse en la Página de Título "Ciega".

V. Citas Bibliográficas

Las citas deben escribirse a doble espacio comenzando en página separada y tienen que estar numeradas consecutivamente de acuerdo con el orden en que aparecen en el texto. Todas las citas que aparezcan listadas en las citas bibliográficas deben indefectiblemente estar incluidas como referencia en el texto. Dichas citas deberán escribirse en superíndice (por ejemplo,²¹) y aparecerán al final de la frase que contenga información a referenciar. En caso de citarse los nombres de los autores, la cita deberá incluirse inmediatamente después de estos (por ejemplo, Fustinoni, O. et al.⁴).

Las referencias deben numerarse en forma consecutiva, en el mismo orden en que son citadas por primera vez en el texto. En las referencias donde se citan seis o menos autores, deben figurar todos ellos con apellido e inicial del nombre. En caso de ser siete o más autores, sólo los seis primeros deben identificarse y luego deben ir seguidos de et al. El título de las revistas citadas deberá abreviarse acorde al *Index Medicus MEDLINE* (disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). A manera de ejemplo, suministramos las maneras correctas de citar:

• Artículo de Revista

José Gutiérrez Rodríguez, Marta Alonso Álvarez, Carmen Varela Suárez, Juan José Solano Jaurrieta. Factores de riesgo asociados a deterioro funcional en el anciano tras su consulta en un servicio de urgencias. *Rev Mult Gerontol* 1999; 9:139-146.

• Capítulo de Libro

Henrich, WL. Diálisis. México McGraw-Hill Interamericana; 2001. P94 Chamoles N, García Erro, M. Los errores congénitos del metabolismo. En Sica REP, Munchnik S. Clínica Neurológica. Buenos Aires: La Prensa Médica; 2003. p 173-202.

• Libro Completo

Risgven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

• *Las citas de resúmenes bibliográficos, editoriales y cartas al editor deben aclarar su origen:* Spargo PM, Manners JM. DDVAP and open heart surgery (letter). *Anaesthesia*. 1989; 44:363-4. Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement 3 by *Toxoplasma gondii* (abstract). *Clin Res*. 1987;35:475^a

• Cita de Revista Online

Friedman SA. Preclamsia: a review of the role of post-taglandins. *Obstet Gynecol* (serial online). January 1988; 71:22-37. Available from: BRS Information Technologies, McLean VA. [consultado Dec 1990]

• Cita de Base de Datos

EARSS: the European Antimicrobial Resistance Surveillance System [Internet]. Bilthoven (Netherlands):

RIVM. 2001 - 2005 [cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.rivm.nl/earss/>

• *Cita de Página Web*

Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS website) June 1, 1996. Updated (Actualizado): June 26, 1997.

Para más información en relación con otras fuentes citables (por ejemplo: actas de conferencia, artículo presentado en conferencia, etc.), se recomienda consultar las Normas de Vancouver (pueden consultarse en <http://www.icmje.org>)

VI. Tablas

Deben asociarse con un breve título descriptivo y numerarse en el orden en el que aparecen en el texto.

Las abreviaturas deben aclararse en una nota al pie. Deben ser "autoexplicativas" y no duplicar datos suministrados en el texto o las figuras. Las referencias bibliográficas deben numerarse en secuencia con las del texto. Si se utilizan datos procedentes de otra fuente, publicada o inédita, hay que solicitar la autorización por escrito a la revista o editorial fuente y reconocer su origen.

VII. Figuras o Ilustraciones

Se aceptarán las figuras o ilustraciones indicadas en cada categoría. El número de la figura debe coincidir con el número asignado en el texto y se asigna de forma correlativa.

Las fotos, figuras o ilustraciones deben ser enviadas mediante soporte digital. Las mismas tendrán que contar con una resolución igual o mayor a 800x600 píxeles (300 dpi), en formato JPG. La medida mínima de ancho es de 8.5 cm y el máximo de 17.5 cm.

Dentro del Word se pueden incluir las imágenes para ver la ubicación en el trabajo, pero tendrán que ser enviadas también por separado ser de excelente resolución y uniformes en tamaño.

VIII. Epígrafes

Cada figura deberá acompañarse de su respectivo epígrafe, deben escribirse en la misma hoja del manuscrito, a doble espacio como el resto del texto. En caso de referencias bibliográficas en las leyendas de las figuras, deben numerarse en secuencia con las del texto.

IX. Estadística

Describir los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector, versado en el tema y que tenga acceso a los datos originales, pueda verificar los resultados presentados. En lo posible, cuantificar los hallazgos y presentarlos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición. Analizar la elegibilidad de los sujetos de experimentación y dar los detalles del proceso de aleatorización.

Presentación de los trabajos

I. Texto

El texto debe estar escrito a doble espacio (incluidas las citas bibliográficas, tablas/gráficos, pies de figuras y comentarios a pie de página). Si se utilizan abreviaturas o iniciales, estas deben estar previamente explicadas en el texto. Las páginas deben numerarse desde la portada. El nombre de los autores debe aparecer sólo en la primera página.

Las drogas y sustancias químicas deben referirse por su nombre genérico y no por su nombre comercial.

II. Abreviaturas y Acrónimos

Defina las abreviaturas y acrónimos al comienzo del texto, empleando primero la palabra completa seguida de la abreviatura entre paréntesis: por ejemplo, Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Después de aceptado el trabajo

Pruebas de autor

Se enviará un conjunto de pruebas de página (en archivos PDF) por correo electrónico al autor encargado de la correspondencia. Si no desea utilizar la función de anotaciones en PDF, puede enumerar las correcciones (incluidas las respuestas del formulario de dudas) y enviarlas a la RAGG por correo electrónico. En esta fase solamente se considerarán cambios significativos en el artículo que fue aceptado para su publicación con el permiso del Director. Es importante asegurarse de que todas las correcciones se nos envíen de vuelta en una comunicación: compruébelo minuciosamente antes de responder.

¡RESERVÁ
LA FECHA!

XVI CONGRESO ARGENTINO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
22 al 24 de agosto 2019

SHERATON MAR DEL PLATA
www.sagg2019.com



Organiza
SOCIEDAD ARGENTINA DE
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA



Secretaría & Informes
MCI GROUP BUENOS AIRES
registrationargentina@mci-group.com

¡INSCRIPCIONES
ABIERTAS!



BUENOS AIRES 20-24 JUNE
IAGG 2021
THE 22ND IAGG WORLD CONGRESS OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS