



PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.FF.AA. AÑO 1999
Area Salud Pública y Administración “PRIMER PREMIO”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.6>

**Necesidad y Viabilidad de un Servicio
de Psicogeriatría en la D.N.S.FF.AA.**

Eq. S.O.M. David Karp
Eq.Cap. Andrés Giacoia
Eq.Tte.1º María Olga Alvez

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Psicogeriatría*
Psicometría del Deterioro

El presente trabajo intenta realizar un análisis de las necesidades de la D.N.S.FF.AA en relación a los aspectos psicológicos y psicométricos de su población mayor de 60 años mediante la creación de un Servicio específico de Psicogeriatría.

Se intentará realizar un análisis de la evolución de esta población de los usuarios de Sanidad en los últimos 10 años y tomar en cuenta datos nacionales e internacionales relacionados al tema que nos interesa. Se sugiere la necesidad de comenzar a delinear una política estratégica relacionada con este sector de la población de usuarios en materia de Salud Mental.

Cabe aclarar que durante el lapso de tiempo estudiado acontecieron hechos que deberán ser tomados en cuenta por el lector en el momento de evaluar los datos que se presentarán a continuación:

1. A partir de 1999 la OMS cambió la edad del comienzo de la “Tercera Edad” de 65 a 60 años lo que determinó que en cada momento se pidieran datos tomando en cuenta cada una de las edades límites vigentes
2. En el transcurso de los últimos años la D.N.S.FF.AA. en concordancia con nuevos Decretos que tomaron vigencia ha debido redimensionar los parámetros que definen las condicionantes de sus Usuarios lo que dificulta la realización de cualquier estudio poblacional retrospectivo al día de hoy – por las bajas y altas que se han suscitado en el padrón – los que nos ha decidido a presentar los datos tal como fueron levantados en su momento
3. Toda vez que es posible se presentan datos de la capa etaria 10 años menor del límite de ingreso a la “Tercera Edad” a los efectos de presentar una perspectiva que amplía los horizontes de análisis.

SUMMARY

KEY WORDS: *Psychogeriatrics*
Impairment Psychometry

This paper intends to perform an analysis of the D.N.S.FF.AA. needs, as to the psychologic and psychometric aspects of its population over 60 years old, by creating a specific Psychogeriatric Service.

We intend to perform an analysis of the evolution of this population of users of this Health service during the last 10 years, and then, to take into account national and international data with reference to the topic discussed. It is suggested that it is necessary to sketch a strategic policy related to this segment of users in the area of Mental Health.

It is important to point out that some events took place during the period of study, which should be taken into account by the reader when the following information is analyzed:

1. In 1999, the WHO changed the starting age for “Third Age”, from 65 to 60 years old. This fact made us request information taking into account each one of the existing limiting ages.
 2. During the last few years the D.N.S.FF.AA., pursuant to the new Decrees in force, had to redesign parameters to define its users’ conditions. This makes it difficult to perform any retrospective population study today – due to retirements and admissions that occurred in the membership list. Therefore, we decided to present data just as they were compiled.
 3. Whenever possible, we presented data for an age range 10 years under the admission limit for “Third Age”, so as to show a perspective that widens analysis horizons.
-

INTRODUCCION

Desde sus orígenes hasta el día de hoy, la sanidad militar en el Uruguay ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Desde una disciplina medica militar las necesidades sociales que siempre acompañan a un Ejercito en actividad han determinado una serie de cambios en donde la actualidad de la D.N.S.FF.AA. solo puede ser entendida como resultado de este proceso.

Uno de los aspectos que hoy día aparece como deficitario es la adecuación al envejecimiento de la población con derecho a asistencia dentro de los límites de la Dirección Nacional. Si bien dentro de las policlínicas del H.C.FF.AA. existe una policlínica de Geriatria, la misma, de acuerdo a los datos obtenidos en los informes anuales, esta siendo sub utilizada por los usuarios, y no existe una política de favorecer o incrementar el peso de esta policlínica dentro del H.C. o a nivel de toda la Dirección Nacional.

Otro aspecto que resulta llamativo una vez analizado es el envejecimiento de la población de usuarios de la D.N.S.FF.AA..

Estos datos deben guiarnos con respecto a la toma de decisiones en relación a políticas dentro de la D.N.S.FF.AA.

En la oferta de servicios y dentro de los servicios existentes, no se puede señalar la existencia de uno que se dedique específicamente a la salud mental del Adulto Mayor con todas sus particularidades.

A tales efectos, y con la finalidad de clarificar la importancia que estos servicios poseen en la actualidad presentaremos una serie de datos tanto nacionales como internacionales.

MATERIAL Y METODOS

Fuentes de información

Una de las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en nuestro país es la imposibilidad de acceder a datos nacionales que permitan ser cotejados con otros de naturaleza internacional. Es por eso que frente a una falta de información nacional agrupada por edad y por patología por un lado y con la finalidad de manejar elementos que permitan un análisis de la realidad es que se ha recurrido a distintas fuentes:

- I.N.E.(Instituto Nacional de Estadística)
- Registro de Usuarios de la D.N.S.FF.AA.
- Búsqueda bibliográfica

Una vez que los datos son presentados se realiza un análisis de los mismos.

Los temas sobre los cuales nos interesa centrar nuestra atención en primer lugar son :

- Población del Uruguay y su distribución etaria de adultos mayores¹
- Población de adultos mayores usuarios de la D.N.S.FF.AA.
- Envejecimiento de la población de usuarios de la D.N.S.FF.AA.
- Que servicios se le ofrece a esta población
- Como utiliza esta población los servicios que se le presentan

También mediante la presentación de datos bibliográficos tanto nacionales como internacionales

¹ Internacionalmente en la actualidad se toma como población de “Adultos Mayores” aquellos mayores de 60 años

se intentará demostrar distintos niveles de costos que el sistema sanitario debe enfrentar por la falta de un departamento de Psicogeriatría, tratando mediante éste método de justificar su existencia, para concluir con los lineamientos básicos para el diseño de un Servicio de este tipo a nivel de la D.N.S.FF.AA.

Presentación de Datos

Es importante señalar que tal como se ha expresado anteriormente la población de adultos mayores será considerada a la capa etaria de más de 60 años, a pesar de ello, en muchos gráficos que se presentarán a continuación se incluye el dato "50-60" con la finalidad de permitir conocer al lector como variará la situación que se presenta en los próximos 10 años

Tabla 1

Distribución etaria de la Población Uruguaya Mayor de 50 años²

	N	%
Población	3.163.763	100
Edad		
50 - 60	305.714	9.66
60 - 70	279.732	8.84
70 - 80	181.082	5.72
80 +	88.120	2.78
Total	854.648	27.00

Tabla 2

Población de la D.N.S.FF.AA.

Mayores de 50 años³

	SANIDAD	%
Población	198.990	100.00
Edad		
50 - 60	20.613	10.35
60 - 70	14.447	7.26
70 - 80	8.749	4.39
80 +	5.408	2.71
Total	49.214	24.71

Tabla 3

Población del Uruguay y Usuarios de la D.N.S.FF.AA.

Mayores de 50 años Según Grupos Etarios

(Distribución Porcentual)

EDAD	Población %	Sanidad %
50 - 60	9.66	10.35
60 - 70	8.84	7.26
70 - 80	5.72	4.39
80 +	2.78	2.71
Total	27	24.71

Tabla 4

Envejecimiento de la población de Usuarios de la D.N.S.FF.AA.

Registro de Usuarios

Población mayor de 50 años 1992 y 1999

Edad	SANIDAD 1999	Edad	Sanidad 1992
50 - 60	20.613	55 - 64	10.876
60 - 70	14.447	65 - 74	7.342
70 - 80	8.749	75 - 84	3.551
80 +	5.408	85+	1.074
Total	49.214	Total	22.843

(A pesar que las dos tablas anteriores presentan distribuciones etarias diferentes, que fueron realizadas en momentos diferentes- entre 1992 y 1999 se redefine la categoría de "Usuario" – las mismas se presentan con la finalidad de señalar que en ése período de tiempo la población de usuarios correspondiente a la "Preancianidad Geriátrica Y Gerontología"⁴ se ha duplicado en números reales)⁵

² INE. VII Censo General de Población 1996

³ Según Registro de Usuarios año 1999

⁴ Título otorgado por la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina

⁵ Otros Trabajos internacionales recientemente publicados han adoptado la misma modalidad de presentar datos a partir de los 50 años (Yuri Takeuchi)

Tabla 5

**Totales de Hospitalizaciones según Personal en
 Actividad Retirados Según Arma y Familiares⁶**

CATEGORIA	CANTIDAD	DIFERENCIA Entre Actividad y Retiro	% POR ARMA
Ej. Actividad	1363		43,3
Ej. Retiro	1783	420	56,7
Marina Act.	363		43,9
Marina. Ret	463	100	56,1
FAU. Act.	241		47,1
Fau. Ret.	271	30	52,9
TOTAL	4484		

Tabla 6

**Consulta Externa Servicio de Geriátria
 H.C.FF.AA.⁷**

Oferta En Turnos	Demanda En Turnos	No se Utiliza En %
1.439	1.019	38.29

Tabla 7

**Cantidad de Pacientes Femeninos entre 60-70 años
 Que Presentan en su Hoja de Internación Algún
 Diagnóstico de Acuerdo al Literal "F"⁸ del CIE10
 Año 1998 N=484⁹**

1er Diagnóstico	2do Diagnóstico	3er Diagnóstico
15	7	0

Tabla 8

**Cantidad de Pacientes Masculinos entre 60-70 años
 Que Presentan en su Hoja de Internación Algún
 Diagnóstico de Acuerdo al Literal "F" del CIE10
 Año 1998 N=593¹⁰**

1er Diagnóstico	2do Diagnóstico	3er Diagnóstico
2	2	0

➤ **Estudios Realizados**

1. Estudio realizado sobre una muestra aleatoria de 60 ancianos entre 65 a 92 años en la Cátedra de Geriátria y Gerontología del Hospital de Clínicas.

El mismo está basado en la aplicación de una serie de técnicas destinadas a cuantificar el nivel de conservación cognitivo intelectual de la población estudiada.

Dicho estudio nos señala que **solo el 5% de los hombres y el 10% de las mujeres conservan indemnes sus capacidades cognitivo intelectuales.**

El 25% de la muestra señala un nivel de conservación de "Preoperatorio" (asimilable a un niño de 5 a 6 años de edad)

2. "En Villa del Cerro (Uruguay), se realizó un estudio de prevalencia de demencia durante 1993-1995 encontrando un rango de prevalencia de 4.03 %, 60% Enfermedad de Alzheimer, 15% Demencia Vasculare, 8% Demencia Mixta y 17% otras etiologías o de causa no bien conocida (Ketzoian et al., 1997).

⁶ Según datos proporcionados por la Memoria Anual del H.C.FF.AA. 1998

⁷ Según datos proporcionados por la Memoria Anual del H.C.FF.AA. 1998

⁸ "Trastornos Mentales y del Comportamiento"

⁹ Registro de Usuarios 1998

¹⁰ Registro de Usuarios 1998

3. Estudio realizado por la Cátedra de Geriátría del Hospital de Clínicas “Fármaco-vigilancia en Geriátría - Evolución de la terapéutica indicada en consulta externa. Seguimiento de 6 años”¹¹

Se señala:

“El 62% de los diagnósticos realizados a la muestra estudiada corresponden a patologías cardiovasculares. Los psicofármacos son los medicamentos que presentan la relación más alta en cuanto a número de fármacos por paciente: 1.72”

4. En un estudio realizado recientemente por la Facultad de Psicología en la República Oriental del Uruguay¹² se encontró que de la población estudiada de pacientes con Alzheimer el 22% estaban mal diagnosticados

¿Cuánto le cuesta a un sistema de salud tratar a una persona como demente cuando en realidad no lo es ?

¿Cuántas horas de atención, clínica, paraclínica, urgencia y emergencia consumen estos pacientes mientras su patología de fondo se mantiene enmascarada por una serie de patologías?

5. De acuerdo a los datos recabados por Registro de Usuarios de la D.N.S.FF.AA, de acuerdo a la Hoja de Internación – presentados en las anteriores Tablas 7 y 8 -, de la totalidad de pacientes ingresados en el año 1998 se ha seleccionado la capa etaria entre 60 a 70 años - 1077 pacientes (484 mujeres y 593 hombres) - con la finalidad de conocer la presencia de diagnósticos asociados a las capacidades mentales de los sujetos en el momento de su ingreso y como éstas han sido evaluadas.

Tomando en consideración los tres diagnósticos de internación posibles (diagnóstico de internación y otros dos asociados), dentro del literal “F” del CIE10 – “Trastornos mentales y del comportamiento” se han observado que sumando la totalidad de los “Trastornos Mentales y de Comportamiento” se

registraron 26 casos – acorde a lo detallado en las antes mencionadas Tablas.

6. (En Argentina) La población analizada fue de 484 sujetos mayores de 60 años que no referían trastornos cognitivos a los cuales se les administró el Test de Pfeiffer (1975). Los resultados discriminaron 69 pacientes con deterioro cognitivo (14.2%). Según el grupo etáreo se ha visto que el porcentaje de sujetos con deterioro se incrementa con la edad. Restringiéndonos solamente a los mayores de 60 años vimos que el porcentaje se incrementó al 18.3%. Si sabemos que estadísticamente un 50 a 60% de los cuadros de deterioro cognitivo pueden ser demencia degenerativa primaria, podríamos decir que entre el 9.2 y el 10.9% de la población mayor de 60 años puede tener un cuadro demencial primario, guarismos estos que se asemejan a los aportados por el estudio del National Health Institute (Instituto Nacional de Salud) de Estados Unidos. Dada la pirámide invertida de nuestra población, el porcentaje de dementes es alto y semejante al de países desarrollados.”¹³

7. Para Fernando P. Cabrera (Farmacéutico Hospital de San Martín - Gran Canaria España) “el incumplimiento de la medicación en la población geriátrica llegue al 85%”¹⁴.

¿Cuánto cuestan los medicamentos a los sistemas de salud para que el 85% de los administrados a la población mayor de 60 años sean mal utilizados por incapacidad del geronte – cuando nos referimos a incapacidad estamos señalando su dificultad de poner en acción aquello que le fue indicado por el medico ya que además de no recordarlo correctamente, sus dificultades a este nivel son tan importantes que, a pesar de tenerlas escritas, su situación no le permite materializarla en la acción- ?
¿Como puede saber un médico que sus indicaciones son comprendidas por el geronte cuando carece de los datos clínicos necesarios – es decir una

¹¹ No publicado

¹² “Factores afectivos y Vinculares en la enfermedad de Alzheimer”

¹³ “Epidemiología de la Demencia en Países Latinoamericanos” Carlos A. Mangone; Ricardo F. Allegri; Raúl L. Arizaga; Juan A. Ollari; Rev. Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agoto 1999

¹⁴ “Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano”.

evaluación de las capacidades cognitivo intelectuales de su paciente?

➤ **Datos internacionales**

Los siguientes datos son presentados con la finalidad de señalar aspectos del envejecimiento que se han constatado en distintos estudios en distintas poblaciones. Tanto es así que para la Gerontología ellos representan parte del “envejecimiento normal del ser humano”-

- El 10% de la población que llega a los 65 años
- El 20% de la población que llega a los 70 años
- El 30% de la población que llega a los 80 años presenta algún tipo de Demencia Senil¹⁵

DISCUSION

La Tabla 1 nos presenta la distribución etaria y porcentual de la población mayor de 50 años del Uruguay mientras que la Tabla 2 que plantea el mismo tema a nivel de la población de usuarios de la D.N.S.FF.AA..

A partir de este punto ya se puede observar que a pesar de ser un centro asistencial militar, nuestra población de usuarios de adulto mayores es porcentualmente comparable a la de la población en general.

En otras palabras no nos estamos enfrentando a una población de adultos jóvenes - combatientes – sino a una población de usuarios que desde el punto de vista del adulto mayor de 50 años llega casi al 25% del total.

La Tabla 4 nos permite ver como la población de usuarios ha envejecido a un ritmo acelerado observándose un aumento del 100% de los adultos mayores de 50 años en los últimos 7 años. Lo que normalmente suele ocurrir en estos casos es que las infraestructuras sanitarias no pueden acompañar debidamente a la nueva demanda de servicios.

La Tabla 5 nos permite observar que a nivel de ingresos hospitalarios para el año 1998 ya se observa una superioridad del personal retirado en relación al personal activo – situación esta que sería normal en cualquier institución sanitaria, pero que resulta llamativa para una entidad sanitaria militar.

Paralelamente Tabla 6 nos permite observar como es que esta población de adultos mayores se comporta en cuanto a su demanda, dejando ocioso casi el 40% de la disponibilidad horaria en la policlínica de geriatría.

Lo que aquí se puede concluir :

- El adulto mayor de la D.N.S.FF.AA. no conoce al servicio de Geriatría.
- El adulto mayor de la D.N.S.FF.AA. desconoce el rol del Geriatra.
- La D.N.S.FF.AA. no se ha encargado de difundir – educar a sus usuarios los objetivos del Servicio de Geriatría.
- La D.N.S.FF.AA. posee casi un 25% de adultos mayores de 50 años.
- La población de usuarios mayores de 50 años ha aumentado en proporciones significativas en los últimos años.
- La D.N.S.FF.AA. no ha podido acompañar este crecimiento con una adecuación en la prestación de sus servicios específicos para este grupo etario.
- El usuario mayor de 50 años no conoce los servicios que dispone.
- La D.N.S.FF.AA. no ha informado a sus usuarios mayores la finalidad de servicios como el de Geriatría.

Una vez arribados a este punto, podremos señalar que dentro de los aspectos faltantes debe señalarse el de la Psicogeriatría.

¹⁵ “*Psicogerontología: Psicodomstica Psicoanalítica dela Vejez*”

De acuerdo a los datos que se han presentado con anterioridad (Tablas 7 y 8) en este rango etario debería de haber aproximadamente un 10% de pacientes que presenta algún tipo de cuadro de Demencia. Sin embargo, en concordancia con los 26 diagnósticos realizados dentro de un total de más de 3000 posibles deberemos plantearnos la posibilidad de entender a esta situación como un "Sub Registro más" dentro del panorama general.

En nuestro medio, la Psicogeriatría es conocida solo a nivel académico – quedando totalmente relegada tanto a nivel de la población como de las decisiones a nivel técnico – lo que puede justificar su ausencia casi total del sistema sanitario nacional. Paralelamente, la experiencia internacional aparentemente no ha sido debidamente estudiada o por algún motivo resulta dejada de lado.

Lo que intentaremos a continuación es el presentar una serie de consideraciones que apuntan a señalar distintos costos a distintos niveles relacionados con el tema

De acuerdo a los datos que se han planteado es posible señalar que :

- No hay ninguna razón para considerar que nuestra población de adultos mayores de 60 años usuarios de la D.N.S.FF.AA. presenten prevalencias en el deterioro cognitivo intelectual muy distintas a las del resto del mundo – ya que este deterioro estaría enmarcado dentro del "envejecimiento normal de la población anciana".
- El no tomar estos datos en cuenta traen automáticamente aparejados una serie de consecuencias tanto clínicas como institucionales que se traducen en gastos perfectamente evitables como los ejemplos de:
 - Medicación mal utilizada por parte del anciano
 - Diagnósticos incorrectos de demencia
 - Actos Clínicos incorrectos como consecuencia de falsos diagnósticos

- Consumo innecesario de medicamentos y paraclínica.

- La no estimación numérica correcta de estos pacientes se traduce en que no se planifica una serie de insumos sanitarios ; no es posible planificar gastos a mediano y a largo plazo ya que no se sabe cuántos pacientes poseen una patología – como la demencia - que en un promedio de 8 años demandarán determinado tipo de asistencia.
- De mantenerse el actual sub registro, solo se está asegurando la continuidad de la situación en los parámetros que se han presentado e imposibilitando una adecuada evaluación de la situación en lo que concierne al deterioro cognitivo intelectual del anciano en la D.N.S.FF.AA.
- ¿Cuántos ancianos dentro de la población de la D.N.S.FF.AA. cumplirían con estos porcentajes?

Estimación de la Población que presentaría algún cuadro demencial entre los usuarios de la D.N.S.FF.AA mayores de 50 años

	SANIDAD	% de deterioro	Totales
EDAD	-	-	-
50-60	20.613		
60-70	14.447	10%	1444
70-80	8.749	20%	1749
80 +	5.408	30%	1622
Total	49.214		4815

¿Como se han calculado los costos futuros de estos pacientes tomando en cuenta que son procesos de ocho años promedio de duración?

¿Cuánto le cuesta a la D.N.S.FF.AA. seguir atendiendo a estos pacientes de acuerdo a patologías asociadas y no en base a un síndrome totalizador del ser como es el caso de las demencias?

El problema del Sub registro:

La neumatía en el anciano suele ser normalmente asociada a cuadros de desorientación temporopacial – por falta de oxigenación a nivel del SNC. Llegando a registrarse cuadros de agitación asociados.

Supongamos que uno de los 1077 de los ingresados en el año 1998 entre los 60-70 años recientemente presentados ¹⁶ hace en sala uno de estos cuadros, y sin tener un diagnóstico de conservación de los aspectos cognitivo intelectuales presentes: ¿que elementos se poseen para realizar un diagnóstico diferencial entre uno de los cuadros descriptos y un cuadro similar asociado a un proceso de deterioro?

Desde un punto de vista farmacológico como desde un punto de vista gerontológico el abordaje de las situaciones es diferente. El empleo de una medicación inapropiada en uno de los casos podría significar un aumento de hasta el 25% en los días de internación de un paciente que originalmente ingresó por una neumatía.

Psicogeriatría y Psicometría del Deterioro en la D.N.S.FF.AA.

Dentro del contexto general de los aspectos estudiados en la atención de los Adultos Mayores con derecho a atención en la D.N.S.FF.AA. nos detendremos en estos dos aspectos íntimamente ligados a esta franja etaria.

Dentro de la oferta de servicios y dentro de los servicios existentes, no se puede señalar la existencia de uno que se dedique específicamente a la salud mental del Adulto Mayor con todas sus particularidades.

La necesidad de un Servicio de Psicogeriatría

Actualmente en el Uruguay se discute la necesidad - y por otro lado la viabilidad - de un Servicio de Psicogeriatría en varios niveles de atención de Salud independientemente que en aquellos países que

cuentan con una pirámide poblacional similar a la nuestra ya se han implantado

Repasemos a continuación algunos conceptos a los efectos de tener una base común en el análisis de los datos que se detallarán :

➤ **Psicometría**

Es un área de la psicología que se dedica a la evaluación y comparación de distintas capacidades del sujeto con el fin de valorarlo en función de determinados parámetros entendidos como normales.

➤ **Lo Cognitivo Intelectual**

Instrumentales de la inteligencia que nos permiten un adecuado accionar con el medio que nos rodea.

En procesos de deterioro - tanto reversible como irreversible - suelen verse afectados en distintas formas

➤ **La Evaluación Neuropsicológica**

Es una evaluación del sujeto que nos permite conocer la interacción de los instrumentales de la inteligencia con otros aspectos de la personalidad y formular hipótesis sobre su grado de conservación y la forma que el sujeto hace uso de ellos en su intento adaptativo.

“La evaluación Neuropsicológica es una herramienta básica para el diagnóstico de Demencias de Tipo Alzheimer. Su utilización para el diagnóstico entre las formas de demencia degenerativas ha sido subestimada” ¹⁷

➤ **Depresión - Demencia – Seudodemencia**

“La psicometría aparece como una opción viable - dentro del contexto general del proceso diagnóstico - para la realización de un diagnóstico diferencial positivo que permita un correcto encare de la problemática significando un ahorro de los medios desplegados en el tratamiento”

“La presencia de Depresión se asocia con unos mayores niveles de alteraciones funcionales y de

¹⁶ Idem nota 5

conducta pero con menores niveles de disfunción cognitiva”

- *“La prevalencia de depresión en las Demencias en muestras comunitarias se encuentra entre el 5.1% y el 38%”¹⁸*

➤ **El Servicio de Psicogeriatría**

Datos Nacionales e Internacionales justifican su existencia.

El Servicio resulta económicamente rentable desde el momento que permite diagnósticos más exactos a nivel de la población geriátrica adecuando la clínica y la paraclínica correspondiente

Su inserción depende de políticas sanitarias e institucionales

Es articulable en los tres niveles de atención.

Puede coordinarse con otros servicios tales como:

- Neurología
- Psiquiatría
- Geriatría
- Medicina General

La correcta ecuación a realizar a los efectos de valorar la creación de un servicio de Psicogeriatría debe hacerse en función de:

1. cantidad de ancianos a ser evaluados
2. cantidad de diagnósticos realizados
3. medios institucionales correctamente destinados en función de los 2 puntos anteriores
4. el ahorro económico que esto significa

Para poder valorar los alcances de este enfoque se deberían analizar una serie de aspectos diagnósticos y clínicos que implican:

¹⁷ *Rev Neuro 1998;27(157);463-466*

¹⁸ *Rev Neuro 1998;27(157);409-414*

“La evaluación neuropsicológica en casos de demencia se puede realizar buscando uno o varios de los siguientes objetivos:

- *determinar si la actividad cognoscitiva del paciente es normal o no;*
- *proponer condiciones subyacentes a la disfunción cognoscitiva existente;*
- *proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial entre demencia y otras condiciones neuropsiquiátricas;*
- *sugerir eventuales procedimientos rehabilitadores y terapéuticos de los posibles cambios cognoscitivos y comportamentales; y*
- *establecer un nivel básico del funcionamiento cognoscitivo para determinar el nivel de deterioro del paciente o la eficacia de algún tipo de tratamiento.”¹⁹*

Demencias Subcorticales

“Desde una perspectiva neuropsicológica la distinción entre demencia cortical y subcortical es útil. Esta dicotomía comenzó a utilizarse desde 1974, cuando Albert, Feldman y Willis definieron la demencia subcortical en pacientes con lesiones subcorticales que comprometían especialmente el sistema extrapiramidal.

Las características de esta demencia incluyen:

- lentificación y apatía,
- dificultades en la evocación de huellas de memoria y
- subutilización de la capacidad intelectual.

Además, el diagnóstico incluye la ausencia de afasia, agnosia y apraxia. El término demencia cortical se reservó para aquellos cuadros demenciales caracterizados por cambios agnósicos,

¹⁹ *(Ardila & Rosselli, 1992; Bondi, Salmon & Kaszniak, 1998)*

apráxicos, amnésicos y afásicos, siendo el ejemplo clásico de la EA”.

“Una evaluación neuropsicológica incluye pruebas cognoscitivas que determinan tanto el nivel de funcionamiento global del paciente como el funcionamiento por áreas cognoscitivas específicas. Las áreas cognoscitivas que se evalúan son:

- capacidad cognoscitiva general;
- atención y concentración,
- memoria;
- lenguaje;
- habilidades visoespaciales y visomotoras y
- funciones ejecutivas.

Además de la evaluación cognoscitiva se debe determinar los cambios al nivel de la conducta emocional.”²⁰

Tomemos ahora en consideración ejemplos clínicos que pueden demostrar la importancia de un Servicio de Psicogeriatría

Ejemplos Clínicos

La Psicometría en Cualquier Proceso de Rehabilitación del Adulto Mayor

¿Cómo deben ser considerados los datos que se han presentado en función de un proceso de rehabilitación?

¿Tiene sentido para un Equipo de Rehabilitación de cualquier institución valorar cognitivamente al paciente añoso?

En realidad la valoración Cognitiva del Paciente añoso ES UNA NECESIDAD ya que solo de esta manera podrá valorarse:

⇒ en que medida el paciente puede ser copartícipe de su proceso de rehabilitación

⇒ de que forma debe ser encarado por el técnico tratante el manejo de su paciente

⇒ hasta que punto es necesario contar con un familiar para asegurar el proceso de rehabilitación

Implicancias Económicas

Al poder conocer los factores antes mencionados se verán directamente reducidos los costos en:

- Días de Internación
- Medicamentos
- Días que el equipo interviene en la rehabilitación
- Eficacia de la Rehabilitación

Ejemplo 1

Recientemente se ha podido constatar que alteraciones cognitivo intelectuales pueden observarse hasta 3 meses posteriores a un anestesia general en pacientes mayores de 60 años. En función de esto veremos cómo debería ser encarado un proceso operatorio programado

Metodología de Abordaje

Realizar una valoración Cognitivo Intelectual previa a la Intervención.

Realizar una valoración posterior a la operación.

En base a los datos comparativos programar un proceso de rehabilitación y no de acuerdo a parámetros generales es decir sabiendo si nos enfrentamos a un paciente que ha descendido sus capacidades cognitivo intelectuales como consecuencia de la anestesia – es decir si el cuadro es pasajero o permanente – y por otro lado ajustar la intervención de rehabilitación de acuerdo a los parámetros que presenta el paciente en esos momentos.

²⁰ “Demencias Subcorticales” Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias.

Ejemplo 2**Rehabilitación de un AVE**

De acuerdo a la Clínica todo AVE es seguido de un período depresivo conocido como “Post Stroke Depression”

Dentro de este contexto depresivo el paciente no puede ser copartícipe de su proceso de rehabilitación

Si la depresión no es tomada en cuenta el proceso se alarga en el tiempo y el nivel de rehabilitación disminuye

En estos casos la valoración cognitiva se hace necesaria para conocer:

- Pérdidas Permanentes o Transitorios a nivel Cognitivo
- En que medida la depresión incide en el momento y elaborar correctamente un plan rehabilitación.

En otras palabras poder realizar un proceso diagnóstico diferencial entre una depresión, una seudodemencia, o el “debut” de un proceso demencial a través de un AVE.

**Implementación de un Servicio de
Psicogeriatría en la D.N.S.FF.AA.**

De acuerdo a lo señalado hasta este momento sería de suma importancia la posibilidad de crear un Servicio de Psicogeriatría.

El mismo puede ser creado con una simple redistribución de personal ya existente dentro de la D.N.S.FF.AA..

Entendemos que el mismo debería estar integrado por:

- Geriatra
- Psicogeriatra
- Neurólogo
- Asistente Social

Especificación de Funciones:➤ **Geriatra**

Evaluación geriátrica gerontológica del paciente (especialmente en todas las variables asociadas a variaciones reversibles de las funciones cognitivas intelectuales)

➤ **Psicogeriatra**

Evaluación psicométrica del anciano a los efectos de determinar:

- Presencia o no de deterioro
- Lateralidad o bilateralidad del compromiso cerebral
- Depresión o no
- Bases biológicas de lo observado

➤ **Neurólogo**

Evaluación neurológica del paciente en función de los datos aportados por los profesionales anteriores a los efectos de completar el proceso diagnóstico

➤ **Asistente Social**

Encargada de mantener los nexos entre el Servicio con distintos servicios comunitarios; orientará a familiares y acompañantes de acuerdo al diagnóstico sobre otros servicios a disposición a nivel comunitario; evaluación diagnóstica de situación en función de la realidad del paciente y su entorno sociofamiliar.

Inserción Institucional del Servicio a crearse:

La inserción del mismo, su dependencia y su autonomía debería decidirse de acuerdo a las políticas sanitarias que las autoridades entiendan como pertinentes. A nuestro entender de las distintas posibilidades podrían señalarse:

- Creación de un Servicio Independiente
- Dependencia del Servicio de:
 - ✓ Medicina – Geriatría
 - ✓ Salud Mental
 - ✓ Neurología

De acuerdo a la experiencia a nivel internacional la total independencia del Servicio asegura la plasticidad del mismo permitiendo no solo su inserción institucional a lo largo del tiempo sino también diferentes grados y tipos de coordinación con distintos servicios hospitalarios.

Paralelamente al ser un campo tan específico, las jefaturas de Departamentos ya existentes suelen verse con dificultades relacionadas al medio y a la forma de inserción de este nuevo servicio con el resto de los servicios ya existentes y con otros Departamentos.

Relacionados con este último punto debería señalarse que - a modo de ejemplo - es muy común que en el caso que este servicio dependiese de Medicina, todo vínculo con Neurología va a estar "teñido" por la historia previa del vínculo entre estos dos Departamentos (dicho de otra manera, si la relación entre ambos departamentos no corre por los carriles normales - como suele ocurrir en muchas instituciones, este nuevo servicio se vería perjudicado en su accionar.

Políticas a Determinar:

Dentro de este punto se señalan algunos aspectos que deberán ser tomados en cuenta en el momento de crear este servicio:

1. Derivación al Servicio
2. Coordinación con otros servicios
3. El Servicio y Procesos de rehabilitación
4. Devolución del diagnóstico: el paciente y el médico derivante

En Suma

Se ha presentado una serie de datos nacionales y extranjeros vinculados con algunos aspectos de la factibilidad y la necesidad de un servicio de psicogeriatría dentro de una institución como la D.N.S.FF.AA..

Se ha intentado demostrar la necesidad de un servicio de este tipo, como puede justificarse económicamente en función del ahorro que implica para el sistema y se ha planteado la creación de un servicio con la sola redistribución de técnicos ya presentes en la D.N.S.FF.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Rodríguez Moreno S, Castellano Suarez A. "Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano". ICEPSS, Grán Canaria, España 1995
- Revista de Neurología, T 27 Nro 157, Barcelona España
- Gamou, A, et All; "Farmacovigilancia en Geriatría" Cátedra de Geriatría y Gerontología del H. De Clínicas; Montevideo,1988, no editado
- Rascovsky K; Roselli, D;Rey O: " Demencias Subcorticales" Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias.
http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agosto 15 de 1999
- Korovsy E, Karp D. "Psicogerontología, psicósomática psicoanalítica de la vejez" Ed. Roca Viva, Montevideo 1998
- Ardila & Rosselli, 1992; Bondi, Salmon & Kaszniak, "Evaluación Neuropsicológica de las Demencias" Rev. Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias.
http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agosto 15 de 1999
- Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. "Epidemiología de la Demencia en Países Latinoamericanos" Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agosto 15 1999
- Instituto Nacional de Estadística ; VII Censo General de Población y Vivienda. Montevideo Uruguay1998

- Registro de Usuarios de la D.N.S.F.F.A
Datos solicitados en los años 1992 , 1998,1999
- H.C.F.F.AA. Memoria Anual 1998
- Berriel F; Leopold L; Pérez R; “ Factores afectivos y Vinculares en la enfermedad de Alzheimer” Servicio de Psicología de la Vejez, Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Comisión sectorial de la investigación científica de la Universidad de la República (C.S.I.C.)
- Chesto R, “Psychoterapeutic work with people with dementia: a review of the literature” In Press, British Journal of medical Psychology July1, 1997
- F.Forette, M.I.Seux et al “Prevención de la demencia en el ensayo doble ciego y controlado con placebo Systolic Hipertension in Europe (SySt-Eur)” The Lancet (Ed Esp. Volumen 34, numero 3, 1999
- Gouchuan E,Falk , W et al:” Improved Cognition in Alzheimer Disease with Short –Term D-Cycloserine Treatment”; Am J.Psychiatry 156:3 March 1999
- Takeuchi Y, Guevara JG; “Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Colombia Médica 1999,vol30, N°2.

☆☆☆