

Identidad flexible en el envejecer y factores psíquicos de riesgo de caídas

Graciela Zarebski¹

*De todo quedaron tres cosas:
La certeza de que estaba siempre comenzando.
La certeza de que había que seguir.
La certeza de que sería interrumpido antes de terminar.
Hacer de la interrupción un camino nuevo.
Hacer de la caída un paso de danza.
Del miedo, una escalera.
Hacer del sueño un puente.
De la búsqueda un encuentro.*
Fernando Pessoa.

Introducción

A través de diversas experiencias en ámbitos gerontológicos, tanto de Atención Primaria como de residencia permanente, hemos podido investigar, a nivel de la subjetividad, el aspecto emocional que acompaña al suceso de una caída, el cual llega a constituirse en un verdadero acontecimiento *-turning point-* en el curso de la vida de una persona, por las consecuencias, repercusiones o verdadero derrumbe, que siguieron a esa caída.

Con el paso de los años, en abordajes preventivos y asistenciales y en localidades y contextos diversos de Latinoamérica, se pusieron en evidencia historias de vida que nos iban mostrando las caídas frecuentes en la vejez en el marco de rasgos de personalidad y circunstancias vitales muy característicos.

Es así como, junto con colegas formados y en formación en Psicogerontología, indagamos en esas variables que acompañaban una caída o una sucesión de ellas en el proceso de enve-

¹ Dra. Graciela Zarebski. Dra. en Psicología (UBA). Vice-Decana de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales, Ex Directora de la Licenciatura en Gerontología (e/d), Directora de la Especialización y de la Maestría en Psicogerontología y del Doctorado en Investigación Gerontológica, Área de Ciencias del Envejecimiento. Universidad Maimónides, Buenos Aires. Argentina. Autora de libros en la especialidad. Profesora invitada a Universidades de Latinoamérica y España.

jecimiento de más de 390 personas investigadas, a través de entrevistas en profundidad e historias de vida.

Sabemos de la importancia que tiene este tema, por la frecuencia con que se presenta en las personas mayores (PM), lo cual dio lugar a diversas investigaciones a nivel internacional, que demuestran factores biológicos y ambientales, que las condicionan.

Sin embargo, tratándose de un tema complejo –como todo lo que sucede en el curso de la vida de una persona – respecto a los aspectos que hacen a la subjetividad en juego – circunstancias emocionales y vinculares – sólo incluyen como factores predisponentes a la depresión, al miedo a caer y/o al deterioro cognitivo.

A modo de ejemplo, un estudio arrojó que la depresión parece aumentar el riesgo de caídas en las personas mayores (Casahuaman-Orellana, Runzer-Colmenares, & Parodi, 2019). Obtienen que los adultos mayores con sintomatología depresiva tienen 1,62 veces más posibilidades de presentar caídas que las personas que no presentaron depresión.

Respecto al miedo a caer, uno de los síntomas del síndrome post-caída, se lo considera asociado con problemas de equilibrio, ansiedad, depresión y debilidad. Diferentes investigadores han encontrado que el miedo a caer muy probablemente aumente el riesgo de una persona mayor de tener una caída. De modo que el miedo de caer no sería solo resultado de caídas previas, sino también un factor de riesgo de nuevas caídas, lo cual crea un círculo vicioso entre las caídas y el miedo de caer. (Molés, Lavedán Santamaría, & Maciá Soler, 2017).

En cuanto al factor de deterioro cognitivo, varias investigaciones lo demuestran entre los factores de riesgo. (Da Silva Gama, Gómez-Conesa 2008).

Veremos que no alcanza con evaluar si hay presencia de deterioro cognitivo, miedo de caer y/o depresión. Estos factores no alcanzan a dar cuenta de las circunstancias emocionales que pueden predisponer a caídas frecuentes y muchas veces invalidantes. Puede haber otras causas, malestares o conflictivas vinculadas al proceso de envejecer, que son previas y favorecedoras del desencadenamiento, tanto de estas patologías, como de caídas.

Se pone en juego cómo estamos posicionados frente a los cambios y límites que nos pone en evidencia el curso de la vida. Al enfrentarse a las limitaciones, algunos se aferran a una completud ficticia, ideal, e insostenible. Si concebimos desde edades jóvenes al envejecer

como una línea de bajada en la vida, esta representación anticipada irá diseñando a partir de ahí la profecía que se autocumplirá (Zarebski, 2005, 2008, 2011, 2015).

Investigaciones recientes confirman la importancia que adquiere la posición anticipada que se adquiere frente al proceso de envejecimiento y su incidencia en el desenlace en la vejez, y sostienen que la autopercepción del envejecimiento podría ser un factor de resiliencia modificable que influye en la salud física y mental en la edad avanzada (Witzel, Turner & Hooker 2021) concluyendo incluso que tener una perspectiva positiva sobre el envejecimiento propio podría ayudar a evitar la demencia en la vejez. El vínculo protector se observó incluso en las personas que portaban la variante $\epsilon 4$ del gen *APOE*, que aumenta el riesgo de demencia (Levy, Slade, Pietrzak & Ferrucci, 2018).

Desarrollo

El marco de referencia que sostiene esta investigación, a fin de analizar los casos y arribar a nuestras conclusiones, es la *Teoría de la identidad flexible como factor protector en el curso de la vida* (Zarebski, 2019) y los factores psíquicos protectores que son sus indicadores.

Esta teoría establece, como eje central de la subjetividad en juego en el envejecimiento, a la construcción de la propia identidad y su flexibilidad como factor protector nodal del cual se derivarán los diversos factores protectores psíquicos que permitirán arribar a un buen envejecimiento

La Identidad Flexible es la que permitirá la adaptación a los cambios, el autocuidado, la disposición reflexiva para el replanteo de metas y del sentido de la vida, el autocuestionamiento, la actitud re-creativa, la compensación de pérdidas con ganancias, la elaboración gradual del envejecimiento y de la finitud, la diversificación de vínculos e intereses y la apertura a vínculos intergeneracionales.

Figura 1.

Dimensiones de los factores psíquicos protectores que caracterizan a una identidad flexible.

1. Disposición al Cambio	6. Pérdidas, Vacíos y Compensación con Ganancias
2. Capacidad de Auto-indagación, Reflexión y Espera	7. Diversificación de vínculos e Intereses
3. Autocuestionamiento	8. Vínculos Inter-generacionales
4. Riqueza Psíquica y Creatividad	9. Posición Anticipada Respecto a la Propia Vejez
5. Autocuidado y Autovalidez	10. Posición Anticipada Respecto a la Finitud

Nota. Constituyen las dimensiones que evalúa el Inventario de Factores Psíquicos Protectores (FAPPREN) en sus dos versiones, extenso (80 reactivos) (Zarebski, Marconi, 2017) y abreviado (FAPPREN (VA) (30 reactivos) (Zarebski, Marconi, Serrani, 2020).

El poema de Fernando Pessoa que se cita en el epígrafe nos permite ejemplificar varios de los factores protectores para el curso de la vida (cuidar la vida): seguir en la búsqueda (disposición al cambio, a lo nuevo), renovación constante, reconocimiento de límites y transformación frente a ellos, compensación de pérdidas con ganancias, diversificación de vínculos e intereses, riqueza psíquica y creatividad, anticipación de la finitud. "Hacer de la caída un paso de danza" es una bella metáfora de la resiliencia ante caídas diversas.

Su contracara son los factores de riesgo psíquico de un mal envejecer, o de envejecer con malestar subjetivo, los cuales, a partir de circunstancias típicas desencadenantes, dan lugar a manifestaciones clínicas diversas, una de las cuales es la caída.

En el atravesamiento del envejecer, en el modo como éste afecte al sujeto, en cómo se armen las continuidades y las discontinuidades en el transcurso vital, estará en juego la problemática del ser, la amenaza de disgregación de la identidad, la falla en la constitución narcisista que el envejecer puede actualizar, desencadenando efectos del orden de lo inquietante o de lo siniestro (Zarebski, 2005).

La flexibilidad constituye el principal atributo de un narcisismo normal (Freud 1914; Bleichmar 1981; Salvarezza 1996). El grado de flexibilidad o de rigidez llevará a la aceptación o no de los cambios y las transformaciones que implica el envejecimiento para la propia identidad y se pondrá en juego respecto a puntos de vista, hábitos y rutinas, pérdidas, roles y vínculos.

De tal modo, las vicisitudes de la posición frente a los límites irán acompañando al sujeto en todos los planos de su transcurrir vital, incluido el gran límite: la muerte.

De este núcleo se derivan las diversas posiciones que los sujetos irán adoptando frente al proceso del envejecimiento y los consecuentes factores de riesgo psíquico o bien protectores frente a este proceso, según el grado de aceptación de los límites y apertura a la auto-transformación.

Iremos desarrollando algunos casos típicos que lo ejemplifican.

Por una parte, personalidades omnipotentes con dificultad para reconocer y aceptar las limitaciones. Es que el paso del tiempo pone en evidencia nuestros límites – el envejecimiento es en sí una puesta de límites que nos plantea la vida - y esto es difícil de sobrellevar para quienes nunca pudieron aceptarlos e incorporarlos.

Se trata de personas que no aceptan la necesidad de ayuda y que fallan en el autocuidado por la dificultad para adaptarse a la disminución del rendimiento, lo cual acarrea, entre otras consecuencias, que no acepten fácilmente el uso del bastón o del audífono. Sólo reconocerán -y padecerán- las limitaciones a partir de la caída.

Este exceso de ego lleva a que algunos se accidenten no por falta de seguridad, sino por sentirse demasiado seguros. Sobreexigencia que los enfrenta a riesgos constantes, mediante un accionar irreflexivo y con conductas que son, en última instancia, autodestructivas.

Se trata de identidades rígidas, que se caracterizan por la típica expresión: "yo soy así y no voy a cambiar". Posición típica de caracteropatías en quienes todo lo que les sucede es ego-sintónico, es decir, en sintonía con el yo, no les implica autocuestionamiento, la culpa siempre es de los otros. Quienes los rodean deben autocuestionarse, no ellos.

En estos casos se vive el envejecimiento como pérdida, no como proceso de cambios, al no poder asumir que existen conductas que deben ser modificadas en correspondencia con las limitaciones físicas y que, de hacerlo, les posibilitaría compensar pérdidas con ganancias, al abrirse a un mundo de nuevas posibilidades y vivencias, que les permitiría recrearse, como condición de riqueza psíquica favorecedora de resiliencia.

Es que, finalmente, lo que no se acepta perder, termina perdiéndose tarde o temprano, aunque violentamente. Un desenlace habitual es la depresión, pero, como vemos, la detección temprana del modo conflictivo de posicionarse frente al envejecer, posibilitaría evitarlo.

Un conflicto que subyace a esta posición es entre dependencia y autonomía, vividos como contrapuestos. Buscar no depender de nadie pone de manifiesto que no están en condiciones de relativizar lo que implica ser autónomo. Según Edgar Morin (1992) la noción de autonomía, que es intrínseca del sujeto, está ligada a la de dependencia, y ésta es inseparable de la noción de autoorganización. Se basa en Heinz Von Foerster, cuando planteaba que la auto-organización implica autonomía, pero todo sistema autonómico para poder sobrevivir necesita energía e información que extrae del exterior. Es decir, concluye, para ser autónomo hay que depender del mundo externo.

En el extremo opuesto (aparentemente, como veremos), encontramos personas que siempre fueron dependientes de alguien o de algo (de un/a esposo/a, de un rol laboral o familiar, de su status, de su imagen joven), aquello que les dio sentido único a sus vidas, con la ilusión de completud, en la medida en que ese alguien o algo se encontrara presente.

Al perder ese apoyo único - que operaba como 'bastón único' - se derrumban, pasando, entonces sí, a necesitar un bastón material y a vivir pendientes de otro, instalándose ya en total dependencia. La caída los reinstala en la posición dependiente que siempre tuvieron.

Es un ejemplo bastante habitual la jubilación. Ya sea antes o después de este evento, se produce de modo frecuente una caída. La jubilación, también la viudez, ponen en evidencia el vínculo - muchas veces pegoteado o indiferenciado - que se tenía con lo perdido. Y la dificultad que siempre se tuvo y se sigue teniendo, para diversificar los apoyos, las actividades, los intereses y los roles.

Esta condición hace que dichos acontecimientos sean vividos como quiebres en la continuidad de la identidad, lo cual representará una primera caída en lo emocional, que podrá llevar a una segunda caída, entonces sí física, con todo el cuerpo representando a la primera.

Sin embargo, el derrumbe que le sigue se suele atribuir a la caída y no al modo de vivir los eventos del envejecer, los cuales, de haber podido ser elaborados anticipada y gradualmente, hubiera posibilitado encararlos como un desafío en aras de emprender creativamente un cambio.

De este modo, la caída puede ser leída como síntoma de que la vejez es atravesada como crisis. Y sabemos que esto no es inevitablemente así: el envejecimiento no es sinónimo de caída, derrumbe o crisis.

Como vimos, se trata de personalidades rígidas, que no logran superar adversidades con resiliencia, que no se abren a lo nuevo que les puede traer la vida y a nuevas posibilidades. Es cierto que "un tropezón cualquiera da en la vida" pero es importante saber caer y saber levantarse. Nuevamente: "Hacer de la caída un paso de danza".

Cuando se vive con la ilusión de que nada cambie, se ofrece resistencia al paso del tiempo. Esta condición emocional se complica cuando está inserta en determinado contexto familiar. Personas que "se dejan llevar", que se someten a la sobreprotección de sus familiares, y que adoptan una posición pasiva, también "se dejan caer". Sabemos que la sobreprotección es una forma de maltrato, ya que imponer limitaciones y restringir las tareas de los mayores para evitar los riesgos de caídas, reduce los espacios de vida, los desmoraliza y aumenta el miedo y la inseguridad.

En contextos familiares en los cuales los disgustos, ansiedades y angustias no se pueden compartir y poner en palabras, la caída puede aparecer como una actuación a fin de llamar la atención, aun a costa de poner en riesgo la integridad corporal. Llevando, en casos de mayor gravedad, a la postración y a la muerte.

Pero muchas veces esta sobreprotección responde también al mecanismo de "todo o nada" familiar. En ocasiones es la actitud que sobreviene después de no haber podido reconocer y admitir el envejecimiento de su familiar mayor y seguir esperando de él o de ella un desempeño sin disminuciones. Suele ser la caída la que les avisa que esto ya no es así y la que desencadena la reacción contraria: ya no esperar nada productivo, sobreprotegerle, o institucionalizarle, sin darle la posibilidad de decidir autónomamente cómo conducir su vida.

En la PM que se somete a esta actitud familiar, la caída aparece como la asunción de una derrota, el resignarse a no poder, la claudicación del deseo.

Por eso es tan importante proponerle, tanto a la PM como a sus seres cercanos, ámbitos gerontológicos con actividades que les permitan diversificar los apoyos, reconectarse con los deseos, rescatar las "asignaturas pendientes" y generar nuevos proyectos. Que puedan aprovechar el tiempo libre como oportunidad para el crecimiento y la creatividad. Recrearse, al mismo tiempo que crean con otros.

Las condiciones de personalidad que estamos planteando dan cuenta de la presencia de los denominados: factores de riesgo psíquico de mal envejecimiento, o envejecimiento con

malestares diversos², propios de identidades rígidas, en contraposición a identidades flexibles, que evidencian la presencia de factores psíquicos protectores para el envejecimiento. Ejemplificaremos con algunos casos la presencia de los diversos factores psíquicos de riesgo de mal envejecimiento, predisponentes a caídas simbólicas – derrumbes de la identidad– y, consecuentemente, caídas físicas.

Casos que lo ejemplifican

Alberto había alcanzado un alto cargo en una empresa, a la que dedicó gran parte de su vida. Por su afán de ascender puso toda su energía en el trabajo, lo cual no le permitió compartir momentos importantes de su familia ni disfrutar de momentos de ocio.

Así, logró mucho reconocimiento, pero a medida que se acercaba su edad de jubilación comenzó a inquietarse por la incorporación de jóvenes que venían con nuevas ideas y tecnologías que ya no estaban a su alcance. Esta circunstancia le llevaba a presentir que en un tiempo no muy lejano se le solicitará atenerse a la jubilación, considerándolo prescindente.

Una caída inesperada se adelantó a esta circunstancia. Este accidente le implicó ceder su puesto, obligado a renunciar a un cargo que había vivido con la ilusión de eterno.

Sentía que, con el puesto, los jóvenes le robaban gran parte de su identidad: su prestigio, su trayectoria, su esfuerzo, su sentido de vida...

Sin recursos sustitutivos, sin diversificación de vínculos y de intereses, cayó del todo a nada: se volvió sedentario, con pérdida de fuerza, desapegado. Instalado en el seno familiar, se sentía extraño a su propia familia.

Este caso ejemplifica cómo el trabajo, cuando se lo vive como único bastón de la identidad, no posibilita adaptarse a las nuevas circunstancias vitales, ni compensar pérdidas con ganancias.

Hace presentir que, con la jubilación algo se va a quebrar, quiebre emocional que antecede a la caída física. Se jubila, entonces, por la caída, no por el paso del tiempo, poniendo el propio cuerpo como amortiguador del golpe.

² Calificación de modos de envejecimiento desde el punto de vista subjetivo (bueno, malo, con bienestar, con malestar, satisfactorio) a diferencia de la clasificación en: normal (bajo una supuesta norma) o patológico (confundido con la presencia de patologías orgánicas), que no definen la calidad del envejecimiento desde cómo lo viven las personas. Es decir, enfoque psicogerontológico diferenciado del enfoque biológico en la consideración de las 'vejece'.

Respecto a los vínculos intergeneracionales, lo que podría ser vivido como rico intercambio intergeneracional, es atravesado desde la rivalidad, instalando una brecha con los jóvenes.

Rebeca siempre fue muy activa. Comerciante, queda viuda antes de los 50 y lleva adelante la crianza de su hija y actualmente colabora en la atención a los nietos, aunque matizando con el gusto por los viajes.

Recientemente jubilada, ya unos años antes comenzó a preocuparse por generar ahorros que le permitirían continuar con ese placer una vez jubilada. Aunque sospechaba que no podría cumplirlo, por lo que se volvió muy restrictiva en sus gastos. Si bien su hija podía y le invitaba a viajar, Rebeca no lo aceptaba. Era asumir una derrota.

Confirmaba así sus prejuicios respecto a la vejez, la cual era anticipada como caída en la dependencia y fin de los placeres. Si no podía continuar con su estilo de vida, sentía que ya no valía la pena forjarse expectativas.

Luego de varias discusiones con su hija, Rebeca acepta la invitación a viajar. Pero el día anterior a la partida sucede la caída y Rebeca se fractura una pierna. A partir de lo cual, su hija la lleva a vivir con ella para poder cuidarla. Así, la profecía se autocumplió.

Oscar acaba de quedar viudo, después de muchos años de atender a su esposa enferma y postrada. Ahora que ella ya no está, se siente inútil, con una vida sin sentido, en espera de la muerte.

La caída en su casa, que le acarrea una fisura de cráneo, con la internación y la institucionalización consecuentes, acercaron ese destino.

La caída viene a poner en acto el derrumbe interno a raíz de un duelo que no puede ser elaborado, al no haber contado con la diversificación de apoyos y de intereses que le hubieran evitado ese sentido único que le había dado a su vida: cuidar de ella.

Como vimos, la depresión suele ser incorporada como factor de riesgo de caídas. Por estos casos decimos que no debemos esperar a diagnosticar una depresión para alertar sobre la posibilidad de una caída. Podríamos detectar las condiciones emocionales y vinculares previas, a fin de actuar preventivamente.

Similar es el caso de Raúl, de 65 años, quien padeció una sucesión de pérdidas: de su capacidad física (por un ACV), de su trabajo, ya que tuvo que jubilarse por invalidez y también pérdida de su grupo de amigos que eran sus compañeros de trabajo. Tiempo antes de ocurrido el accidente cerebro vascular, había perdido a su madre.

Como vemos, pérdidas en el plano físico y en el orden socio-vincular. Pero fue la caída física la que le llevó a bajar los brazos y solicitar ser institucionalizado, paso éste vivido como antesala de la muerte. Entregado, no aceptó ninguna propuesta de rehabilitación.

Perder el sentido de la vida puede ser una señal de alarma que lleve a una intervención oportuna que evite la depresión y la caída.

Cecilia era viuda, tenía un solo hijo y dos nietos. Siempre fue una mujer muy autónoma, de personalidad fuerte y extrovertida. Era bailarina profesional y había dedicado toda su vida a bailar, realizar presentaciones, hacer giras, siempre muy bien arreglada y a la moda. No le gustaba que le dijeran “abuela” ni sus nietos ni otras personas y nunca estableció vínculos estables, fuera de los familiares.

Sus rodillas, al cabo de 70 años, estaban gastadas por su profesión, pero se negaba a usar bastón. Así fue que, de a poco, dejó de salir de la casa y dejaron de invitarla a reuniones sociales.

También rechazó el ingreso a su hogar de una persona para asistirle ni contemplar la posibilidad de mudarse más cerca de la casa del hijo.

Una mañana la encontraron tirada en el piso, a raíz de una caída. A partir de ese momento sólo quedó la opción de una silla de ruedas, que sólo aceptó dentro de la casa.

El camino al aislamiento, como se ve, está marcado, por lo general, por factores psicológicos que precipitan una caída, aun en ausencia de estados depresivos o de deterioro cognitivo, o de miedo a caer.

En casos como éste, el rechazo a su imagen envejecida y la resistencia a aceptar apoyos, como falla en el autocuidado, fueron los precipitantes.

Un caso similar es el de Clara quien, a los 75 años, continúa activa en sus tareas de ama de casa. Desde hace tiempo Clara tiene propensión a las caídas, pero se resiste a usar bastón.

Ante la preocupación familiar, el médico recomienda realizar tareas de acondicionamiento ambiental a fin de evitar futuros accidentes, pero nadie tiene en cuenta el trasfondo emocional que subyace.

Clara se siente obligada a realizar las tareas de la casa y, aunque su familia vive cerca, no se siente ayudada. Así como Clara reprocha a su familia, su hijo también le recrimina que realiza esfuerzos excesivos: levantar bolsas pesadas, encerar los pisos, pero su única respuesta es que nadie sabe hacer las cosas mejor que ella, por lo que no acepta a nadie que colabore en sus tareas.

Fue a partir de la última caída que su nieta se instaló a vivir con ella. Sin embargo, en lugar de sentirse aliviada y agradecida, se siente inútil, culpabilizando a quienes no le evitaron llegar a esta situación.

Vemos en esta posición querellante, que algunos no caen por inseguridad, sino por sentirse demasiado seguros.

La importancia del contexto familiar lo podemos apreciar en el caso de Teresa quien, a sus 87 años, siente que está perdiendo la fuerza que le permitía preparar el almuerzo para toda la familia, así como vivir pendiente de sus necesidades. Considerada por todos como una mujer luchadora e incansable, que pudo superar situaciones difíciles en su vida, le angustia ya no poder rendir y 'servirles' como antes.

Pero no lo pudo decir. La caída lo expresó violentamente. A partir de ese momento, la familia procedió a realizar las modificaciones ambientales y a consultar a un médico para su seguimiento.

Últimamente comienzan a imponerle conductas restrictivas, no la están dejando realizar actividades "por las dudas se vaya a caer" lo cual, con el efecto negativo de mayor inseguridad y miedo, le lleva a preferir quedarse en cama.

Reconstruyendo la escena de la caída, se detecta que Teresa ya venía sintiendo cansancio por tanto trajín desde hacía tiempo. Sentía que ya no tenía las mismas fuerzas de antes, pero no se atrevía a mostrarlo.

La caída concretó el pasaje del 'todo' a la 'nada', tanto en ella como en sus familiares.

Le llevó un tiempo considerar hablar de esto con su familia, pero logró hacerlo. "Es que mis hijos no pueden verme como lo que soy hoy, no aceptan verme con menos fuerzas y

limitaciones, tengo que hacerlo todo y hacerlo bien. Ni mis hijos ni mis nietos, que me necesitan, pueden reconocer que estoy grande”.

Además del contexto familiar, la situación se complica cuando intervienen diagnósticos precipitados e indicaciones inapropiadas.

La Sra. Cora enviudó hace 10 años, a los 66, situación que pudo sobrellevar gracias a sus recursos personales y familiares, ya que su hija y sus 2 nietos, con quienes ha vivido siempre, la acompañaron en ese periodo.

Dado que ha comenzado a presentar cierta pérdida de la memoria reciente, el médico le diagnosticó una demencia y le sugirió a su hija tener mayor atención y cuidado.

Este diagnóstico precipitado y sin la orientación adecuada, dio lugar a que la hija resuelva por su cuenta medidas restrictivas en la movilidad de Cora, que incluyeron cambiarla de habitación, con lo cual perdió una de sus actividades placenteras: cuidar de las plantas en el balcón de su habitación anterior, a la cual ya no podía acceder por las escaleras.

Por su artrosis comenzó a usar bastón, al cual se adaptó sin inconvenientes y podía caminar perfectamente, pero nuevamente su hija adoptó la decisión inconsulta de trasladarla a la casa de su otra hija, que tenía mayor tiempo para cuidarla. Aunque con esta hija tenía una relación más distante y menos cariñosa.

Esta mudanza le proporcionó mayor cuidado y seguimiento, sin embargo su estado de ánimo, que iba decayendo con los sucesivos cambios, precipitó una caída.

Gradualmente se fue instalando el síndrome post-caída: temor, pérdida de confianza en su caminar, aislamiento y evitación de salir al jardín, lo cual era su única actividad recreativa. Luego de esto su hija decidió traerla nuevamente a su casa, donde recuperó su estado anímico y volvió a su vida habitual.

En este relato se muestran las circunstancias y los antecedentes psíquicos que favorecieron la propensión a la caída. Si bien se pueden señalar patologías predisponentes, lo que empujó la caída no fueron éstas, sino el estado de ánimo generado por maniobras familiares carentes de orientación profesional adecuada.

Claro que coadyuva el factor de riesgo psíquico de falta de autoindagación, reflexión y espera, que le hubiera posibilitado conservar su autonomía, detener las decisiones familiares y plantear las propias, lo cual le generó su pasividad y sometimiento.

Similares condiciones se presentan en quienes se someten a decisiones familiares inconsultas de institucionalización. Sometimiento y resignación cuyo desenlace suele ser el llamado Síndrome de Adaptación al Geriátrico (SAG) (Matusevich, Szulick, 1997), uno de cuyos síntomas puede ser una o varias caídas, como causa posible de postración y muerte en el primer período del ingreso.

Sofía, al quedar viuda al cabo de décadas de matrimonio, tiene un resbalón en el baño que le lleva a dos meses de reposo por la fractura de cadera.

Cuenta con la cercanía de hijos y nietos que se ocupan inmediatamente de reacondicionar su hogar y proveerle el personal de cuidado, creando entre todos, un contexto de sobreprotección.

Pronto se hace sentir el efecto psíquico en Sofía: apatía, falta de interés y aislamiento.

La intervención oportuna del médico, que recomienda comenzar con una psicoterapia, le da la posibilidad, lentamente, de reconectarse con sus deseos, lo cual le lleva a aceptar la propuesta de integrarse a un centro gerontológico de actividades. También la familia es asesorada en este proceso de devolverle a Sofía su condición de sujeto autónomo. Retoma manualidades y expresiones artísticas, que eran sus actividades recreativas y de desarrollo personal antes de su viudez.

Mediante un trabajo gerontológico interdisciplinario que combinó actividades y reflexión, se pudo reconectar con el placer, la autovaloración, la diversificación de vínculos, los cuales le posibilitaron correrse de los roles establecidos por su familia.

Sin embargo, al tiempo, comienza a intervenir en todas las demás tareas del centro, se suma además a actividades por fuera del mismo: hace teatro, asiste a la misa, comienza a ir a los hospitales a cuidar enfermos, pasa largas horas del día fuera de su casa, pese a los días de frío o calor. Su agenda está siempre completa y su familia casi no tiene ocasión de verla. Esta fue la circunstancia de la segunda caída. Pasa de 'nada' a 'todo'.

Sabemos de la importancia de una vida rica en estímulos, con vínculos y proyectos renovados. Pero algunos pasan de un extremo al otro, de la pasividad a la actividad permanente y desmedida, mecanismo típico en estas personalidades, que se rigen por el 'todo o nada'.

Ambos extremos adolecen de la dificultad para conectarse con los propios deseos, pasan del "vacío existencial" al lleno total de su tiempo con actividades sin sentido. En ambas posiciones se exponen a riesgos, entre otros, al riesgo de caídas.

Es que en la caída se pone en juego el propio equilibrio. Denotan con estas conductas, la dificultad para encontrarlo o restablecerlo, tanto en el plano físico como psíquico. Se trata de un difícil equilibrio entre dependencia y autonomía. Algunos se colocan en total dependencia. Otros pretenden total autonomía.

La ilusión de que “antes se podía todo”, les crea un desfasaje entre lo que se podía antes y lo que en realidad se puede. Este fue el equilibrio que el equipo se propuso ayudarle a Sofía a reestablecer.

Actualmente la actitud de Sofía cambia positivamente día a día. Ahora sonrío, se arregla, organiza su tiempo libre según sus deseos, se conecta con su entorno y visita a su familia y amigas. Lo corporal mejoró por añadidura cuando Sofía mejoró psíquicamente, pasando de la postura de “ahora no se puede nada” a la de “nunca se pudo todo y ahora se puede distinto”.

Como vemos, la caída, como punto de inflexión en la vida de una persona, puede constituirse en una oportunidad para la autotransformación.

Programas de Prevención de Caídas en el envejecer. Aporte psicogerontológico.

Las viñetas clínicas que fuimos analizando son casos típicos que se repiten con distintas variantes y ejemplifican los factores de riesgo psíquico que suelen empujar a una caída invalidante o a caídas frecuentes en la vejez. Destacan la importancia de encarar la prevención oportuna a fin de evitar esos desenlaces.

Como venimos señalando, desde el paradigma de la complejidad aplicado al envejecimiento, no alcanza con un enfoque biológico y social en la prevención de las caídas, ya que refieren a factores de riesgo orgánico y ambiental, dejando de lado los factores emocionales.

Es conveniente, a la par de la oferta de ámbitos de recreación con criterio gerontológico para el aprovechamiento creativo del tiempo libre (Fajn, 2019), organizar espacios de reflexión acerca de las circunstancias de cambio que se atraviesan en el envejecer, de modo de poner en palabras las diversas conflictivas en juego.

Espacios en los cuales se dé la oportunidad de compartir el componente emocional que acompaña a los avatares del curso de la vida, a fin de detectar los antecedentes psíquicos y las circunstancias del sujeto (cambios, duelos) que lo podrían llevar al colapso narcisista - derrumbe de la identidad- a la fractura emocional, a la caída, y a la consecuente depresión.

Programas que encaren con la PM el tema del autocuidado, de modo de aprender a amainar el paso, aceptar elementos de apoyo y cambiar hábitos que eviten riesgos de caídas.

Trabajar sobre las circunstancias que podrían empujar a una caída, como ser: la jubilación (elaborar anticipadamente el retiro), la viudez (replantear vínculos dependientes), la soledad, el retiro, la abuelidad, la falta de proyectos, la pérdida del rol social, etc., como estados posibles de pre-fractura que necesitan una prevención psicológica ayudando al sujeto a elaborar los cambios.

Debemos llevar a concientizar las circunstancias y condiciones psíquicas, antes que se produzcan las consecuencias. Para lograrlo, se deberán crear espacios de escucha a la PM a fin de acompañarlo en el camino del auto cuestionamiento del propio accionar, para prevenir actuaciones y apuestas tanáticas del cuerpo.

Que pueda expresar y compartir con pares, cómo se siente frente al paso del tiempo, a los nuevos roles, a las pérdidas en general.

Dar lugar a la reelaboración de los cambios corporales y el duelo por el cuerpo joven, a fin de arribar a la articulación entre el trabajo psíquico y el trabajo corporal, que de modo flexible habilite al cambio en las actividades, ritmos y organización de la vida diaria.

Tratar y rehabilitar las complicaciones psicológicas, como el síndrome post-caída, el miedo a re-caer, con la consiguiente disminución de las actividades físicas y sociales, que la familia podría interpretar como algo inherente al propio envejecimiento, ejerciendo un papel sobreprotector que limitará la movilidad.

Para lograrlo, se debe crear un contexto de cuidado y de circulación de la palabra, incluyéndolo en un grupo de pertenencia, abordándolo con un equipo interdisciplinario para devolverle el lugar de sujeto.

Con el equipo, compartir la filosofía del riesgo favorecerá - teniendo en cuenta que el riesgo es inherente al movimiento y éste, a la vida - que la PM pierda el miedo a las caídas. Imponer limitaciones y restringir el espacio vital para evitar los riesgos de caída, los desmoraliza, incrementa la sensación de fragilidad y lleva a la pérdida gradual de autonomía.

Con la idea directriz de que los accidentes no son casuales, no son una fatalidad, y como modo de resguardar a la persona mayor contra sí misma, señalaremos los riesgos que acrean las caídas: lo que no se acepta perder, termina perdiéndose por otro lado.

Conclusiones

Hemos partido, como marco teórico, de la Teoría de la Identidad Flexible como factor protector en el curso de la vida (Zarebski, 2019) y los factores protectores que son sus indicadores, a fin de detectar e interpretar los acontecimientos de caídas frecuentes y/o invalidantes en el envejecer.

En ese sentido, destacamos que hay condiciones psíquicas que no necesariamente llegan a ser trastornos mentales y que permiten anticipar la propensión a una caída, definida ésta como una acción precipitada en que se involucra auto destructivamente el cuerpo, en respuesta a lo que se anticipa como una precipitación violenta de cierta pérdida, sin los recursos psíquicos que posibiliten resiliencia.

La falta de recursos sustitutivos suele mandar señales al sujeto como preaviso de la posibilidad del colapso, señales que, en lugar de abrir el camino de la verdad, como lo haría la angustia en tanto alarma, originan, en cambio, un estado de tensión narcisista que desencadena los mecanismos defensivos que evitan el enfrentamiento con el conflicto. (Zarebski, 2005).

Debemos tener en cuenta que los accidentes y las caídas no son necesariamente azarosas, ya que en toda caída no solo se significan los golpes físicos sino también el impacto desde lo afectivo y emocional como trasfondo en el sujeto.

Podemos sintetizar diciendo que suelen presentarse dos modalidades de caer y accidentarse en el envejecer: una modalidad depresiva, que implica dejarse caer, dejarse llevar, dejarse atropellar. O bien, una modalidad querellante: caer o accidentarse por un actuar atropellado y poco reflexivo. Lo que se atropella son los límites.

Sin embargo, ambas modalidades son dos caras de una misma moneda. En ambos extremos, omnipotencia o dependencia, tanto por exceso como por déficit de narcisismo (ego o autoestima) se pone en evidencia la falla en la constitución identitaria. Ambos extremos dan cuenta de la no superación de la posición de Yo-Ideal: estado ilusorio de completud, perfección e inmortalidad, siempre por la presencia de algo o alguien que lo sostiene. Cuando pierden esta condición ilusoria, caen en su negativo, operando el mecanismo del: 'todo o nada', colapso de la identidad que a veces se representa por un colapso físico: enfermedad o caída.

Para prevenimos de las caídas, desde el punto de vista psicogerontológico, deberemos detectar el componente emocional por el cual la persona mayor cae frecuentemente en la vejez. Es decir, la primera caída en lo emocional, ya que la segunda caída, que es la física, puede estar actuando como la representación dramatizada con el cuerpo de la primera.

Tener en cuenta que también nuestra cultura nos empuja a vivenciar la vejez como caída, a partir de las representaciones prejuiciosas que inculca y también, priorizando la acción por sobre la reflexión.

Para lo cual debemos crear un contexto de apoyo y de circulación de la palabra, incluyendo a la PM en un grupo de pertenencia, desde un abordaje interdisciplinario que lo devuelva al lugar de sujeto. Un cuerpo flexible es un ser humano flexible.

Las caídas que invalidan, que se repiten, que dejan secuelas físicas, sociales y emocionales, suelen constituir el punto de quiebre en la continuidad de la identidad del sujeto en su envejecer. Debemos interrogar la caída para conocer el significado que pudiera tener en el momento particular de la vida de esa persona.

Porque un cuerpo que se rompe, que se quiebra, que se fractura, que se deja quebrar, representa a un ser humano quebrado, fracturado, caído.

Referencias

Bleichmar, H. (1981). *El Narcisismo. Estudio Sobre la Enunciación y la Gramática Inconciente*. Nueva Visión.

Casahuaman-Orellana, L., Runzer-Colmenares, FM. y Parodi, JF. (2019). Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(1), 11-18.

<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3481>

Da Silva Gama ZA. y Gómez-Conesa A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev. Saúde Pública* 42 (5) • Oct 2008.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022>

Fajn, S. (2019) Reserva Lúdica: la identidad flexible en juego en el envejecimiento. En G. Zarebski (edit.) *La Identidad Flexible como Factor Protector en el Curso de la Vida*. Ed. UMAI.

- Freud S. (1914) *Introducción al Narcisismo*, VI, (pp. 2017-2033). Biblioteca Nueva.
- Levy BR, Slade MD., Pietrzak RH. y Ferrucci L. (2018). Positive age beliefs protect against dementia even among elders with high-risk gene. *PLoS ONE*; 13(2):e0191004
- Matusevich, D, y Szulik, J. (1997). Síndrome de Adaptación al Geriátrico (SAG). *VER-TEX - Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. VIII, N° 29. Sept./oct./nov. 1997.
- Molés, J., Lavedán Santamaría, A. y Maciá Soler, L. (2017). Prevalencia y factores del miedo a caer asociados en ad. mayores de Castellón de la Plana. *Gerokomos*, 28(4)178-183 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2017000400178&lng=es&tlng=es
- Morin, E. (1994). La noción de sujeto, en: D. Fried Schnitman (comp.) *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Paidós.
- Salvarezza, L. (2003). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Paidós.
- Witzel, DD., Turner, ShG. y Hooker K. (2021). Self-Perceptions of Aging Moderate Associations of Within- and Between-Persons Perceived Stress and Physical Health Symptoms, *The Journals of Gerontology: Serie B*, 2021; gbab228. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab228>.
- Zarebski, G. (1994). *La Vejez ¿Es una Caída?* Tekné. Reedición (2016). Marin. Disponible en: <http://psicogerontologia.maimonides.edu>
- Zarebski, G. (2005a). *El Curso de la Vida: Diseño para Armar*. Ed. UMAI. Disponible en: <http://psicogerontologia.maimonides.edu>
- Zarebski, G. (2005b). Las Caídas en la Vejez. En: G. Zarebski *Hacia un Buen Envejecer*. Ed. UMAI. Disponible en: <http://psicogerontologia.maimonides.edu>
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis Hijos ¿Padre de mis Padres?* Cap. 6: Señales en el Camino. Paidós.
- Zarebski, G. (2011). *El futuro se construye hoy. La Reserva Humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento*. Paidós.
- Zarebski, G. (2015). Factores Protectores para el envejecimiento, en: Marconi, A. (Comp), Kanje, S., Kabanchik, A., Monczor, M., De Grado, C., Tornatore, R. Zarebski, G. *Narcisismo, Resiliencia y Factores Protectores en el envejecimiento: Nuevos aportes al campo de la*

intervención e investigación en Psicogerontología. Gerontólogos Argentinos. MAC. Disponible en: <http://psicogerontologia.maimonides.edu>

Zarebski, G. (2019). *La Identidad Flexible como Factor Protector en el Curso de la Vida*. Ed. UMAI.

Zarebski, G. y Marconi, A. (2017). *Inventario de Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento (FAPPREN)*. Disponible en: <http://psicogerontologia.maimonides.edu>.

Zarebski, G., Marconi, A. y Serrani, D. (2020). Inventario de factores psíquicos protectores en el envejecimiento – FAPPREN. Presentación de la versión abreviada FAPPREN (VA). *Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría*; Vol 35(1):17-29