



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

281

La Actividad como Terapia
en la Vejez

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
Isabel Georgina González Hernández



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z5053.08
UNAM. 57
1984
ej. 2

M-20329
Type. 1140a

INDICE	Pag.
Resumen	1
Introducción	3
Antecedentes	8
Definición	12
Características de la Ancianidad . . .	16
Cambios Anatomofisiológicos	18
Aspecto Sexual en el Anciano	21
Aspecto Psicológico	26 -
Aspecto Social	39 -
Hipótesis	51
Metodología	55
Resultados	58
Análisis de Resultados	80
Conclusiones	86.
Bibliografía	95

Se revisan los trabajos en los que se define el concepto de ancianidad y se exponen sus componentes.

Se plantea la posibilidad de detectar el nivel de deterioro y de depresión en 20 personas ancianas jubiladas integradas a su familia y 20 personas ancianas institucionalizadas, para lo que se proponen dos instrumentos: La Escala de Inteligencia de Wechsler y el Inventario Psicológico de California.

Se analizan los resultados por procedimientos gráficos y estadísticos; t de student y r de Pearson.

Se comprueba la hipótesis básica, ya que los datos obtenidos revelan, que el nivel de deterioro y depresión es mayor en los sujetos - institucionalizados.

Se demuestran 9 de las hipótesis planteadas y se establece que:

- A.- existe diferencia significativa entre sujetos de diferente grupo.
- B.- los ancianos integrados a su familia; presentan una mejor coordinación visomotora.
- C.- preservan una mayor capacidad para captar relaciones especiales y resolver problemas que se les presenten.
- D.- se muestran como personas respetuosas y acogedoras, sociables y amigables.

Cualidades que se presentan muy debilitadas en los ancianos - institucionalizados.

- E.- no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres - institucionalizados y hombres y mujeres jubilados integrados a su familia, tanto en el nivel de deterioro como en el de depresión.

F.- el medio ambiente es determinante en la aceleración del deterioro mental, así como en el nivel de depresión que se presenta en las personas ancianas, aunque en diferentes grados de -significación.

INTRODUCCION

En nuestro siglo las posibilidades del hombre han aumentado en tal medida que no existe comparación con ninguna época pasada de la historia. Ciencia y técnica vuelan de un éxito a otro, en una palabra, la capacidad corporal y espiritual del hombre se ha elevado - asombrosamente y se ha llegado a convertir en algo lógico, pero sin embargo existe una consecuencia del nuevo desarrollo cuyo efecto tenemos diariamente delante y que no obstante apenas ha penetrado en la conciencia general. El aumento de la duración de la vida del hombre.

Desde los días de nuestros abuelos la expectativa media de vida - casi se ha duplicado, de modo que por vez primera el llegar incluso a edades muy avanzadas no constituye como antes la excepción sino la regla común. El alargamiento de la vida se debe casi exclusivamente a la disminución de la mortalidad infantil y al buen éxito con que se combaten ahora ciertas enfermedades de la infancia y de la juventud, así como a un mejor nivel de vida al llegar la persona a edades avanzadas, ya que se cuenta con una mejor calidad tanto en la alimentación como en los servicios médicos, además de la erradicación casi definitiva de las enfermedades epidémicas y del establecimiento de servicios sociales para la atención de las enfermedades propias de la edad avanzada, aunque los éxitos de la medicina científica se han concentrado principalmente hasta ahora en los individuos que se hallan en la primera mitad de la vida.

Pero a éste desarrollo no han correspondido ni nuestras ideas - acerca de la función de los ancianos en la sociedad, ni las leyes so ciales. Esto ha dado origen a que se haya venido dando una desvalori zación del anciano como persona útil a la sociedad. En el aspecto la boral cada vez es más frecuente encontrar criterios para emplear gen te en un máximo de 40 - 45 años, más allá de está edad, salvo excep ciones, las fuentes de trabajo son muy escasas y cuando se encuentran

son mal remuneradas y en algunos casos degradantes.

En el aspecto salud, el creciente número de ancianos tiende a - aumentar el número de inválidos físicos y mentales, y ésto representa un gran problema, ya que es una población que utiliza de manera - constante los servicios médicos, problema que tiene dos aspectos, el primero el alto costo de los servicios principalmente los de inválidez y el segundo la marginación todavía más grande de este núcleo de población por improductiva.

En lo que respecta a los aspectos sociales, en general se desaprovechan los conocimientos y experiencias de los ancianos, pues aunque encontramos que muchos grandes hombres (Socrates, Platón, Goethe) han realizado algunos de sus mejores logros en una edad bastante avanzada, considerada como ancianidad, la gran mayoría de la población anciana tiene negadas por el conjunto de los cuerpos sociales sus posibilidades de realización personal debido a que vivimos en un sistema capitalista en el cual existe un gran aparato burocrático, donde las instituciones de beneficencia ; como los asilos de ancianos, guarderías, hospitales, etc., están subsidiados por el estado y en las cuales encontramos deficiencias de todas clases, observando primordialmente una falta de interés en las necesidades particulares y generales de los ancianos, niños y demás gente que solicite o mejor dicho necesite por falta de recursos económicos de éstos servicios. Pero es el sistema mismo el que predispone este tipo de deficiencias ya que su principal interés es la producción y con está la gente económicamente activa que puede fortalecer el sistema y por consiguiente enriquecer a la clase dominante, por lo que se relega y aísla principalmente a los ancianos que ya no pueden ser explotados, ni ser "activos productivamente", pero además de ésto también existen varias condiciones impuestas por el sistema que tratan de justificar el críterio de edad para que una persona sea aceptada en un trabajo, todo esto para evitar contratar personas que pronto lleguen a la edad de la

jubilación sin haber trabajado los 25 ó 30 años que se tiene como requisito. Otra situación es el empuje de la población joven que en nuestro país es la mayoría la que desplaza a las personas de mayor edad, pero hay que considerar que si bien somos un país de gente joven en unos años más está mayoría será de ancianos.

Así podemos observar que en nuestra sociedad existe una lucha - por la supervivencia, ya que el hombre lucha contra su misma especie dándose una deshumanización que viene de las raíces mismas del sistema, ya que en el mismo seno de la familia existe un rechazo y una tendencia a aislar a las personas ancianas que no producen, y muchas veces si es que no siempre se les ve como un estorbo del que tratan de deshacerse para seguir de manera comoda su existencia, por lo - cual se les manda a instituciones donde se "cree" que van a vivir "mejor y más comodamente" . Pero todo ésto sólo es consecuencia, de que la familia debido al ritmo de vida que le impone una sociedad industrializada dedica poco tiempo a la atención y cuidado que el - anciano requiere, y no sólo ésto sino que lo priva de aspectos muy importantes para conservar su salud mental, como son el afecto, la seguridad y el respeto, creandole un sentimiento de inutilidad que es fuertemente incrementado al ingresar el anciano a una institución. Pues la explotación del hombre por el hombre dan un carácter deshuma - nizado a éstas instituciones, en las cuales existe solamente la obli - gación social que impone el sistema y cuyo propósito fundamental es el de mantener a los ancianos en un estado de reposo y de satisfac - ción de sus necesidades básicas ya que solamente son vistos como los despojos que va dejando la explotación y otorgandoles unicamente el rótulo de gente no productiva, por lo tanto, gente que no tiene caso ni siquiera seguir alimentando adecuadamente. Ya que se considera - erróneamente que el anciano requiere de poca alimentación , atención y de una menor estimulación tanto perceptiva como afectiva y social.

El sistema se convierte entonces en una de las mayores injustici-

as, ya que si es cierto que el anciano no tiene la misma fuerza que tenía a los 30 años para seguir trabajando y produciendo activamente, si tiene la experiencia, paciencia y disponibilidad para realizar otras tareas que pueden mejorar y fortalecer la economía y por ende al sistema mismo, así como su propia vida, ya que el sentirse útiles les hace más saludables y felices.

Pero el aspecto sociológico es sólo una parte particularmente importante de los problemas muy diversos y complicados que resultan de la complicación de la longitud de vida, ya que estudios realizados al respecto (12), revelan, que al avanzar la edad se presenta una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales, que tienen a producir sentimientos de vulnerabilidad. Estos sentimientos a su vez crean angustia, que el individuo trata de vencer por medio de los mecanismos de defensa que desde hace mucho ha utilizado para adaptarse a la vida, para ser más específicos; con el envejecimiento se retarda la habilidad para responder a los estímulos.

Sabemos por otra parte que la experiencia clínica, los conocimientos generales y los estudios especiales sugieren, que una elevada proporción de personas ancianas, en hogares para ancianos, asilos y hospitales estatales, se asemejan mucho unos a otros y que éstos a su vez difieren de los ancianos que se encuentran integrados a su familia.

También parece que existe muy poca preocupación en la comunidad en el hecho de que un gran número de personas ancianas están siendo encausadas hacia hospitales psiquiátricos y asilos, lo que nos crea la interrogante de por qué los ancianos confusos y desorientados, con necesidades de buena protección, guía, supervisión o custodia, no reciben asistencia y tratamiento adecuado en los hogares y asilos para ancianos.

La presente investigación está enfocada al estudio tanto de los ancianos institucionalizados como de los ancianos integrados a su

familia , para tratar de delimitar el grado en el que la variable - medio ambiental afecta a ambos grupos y la consecuencia que ésto trae consigo. Como hemos venido observando éste problema sólo ha empezado a interesarnos hasta fecha muy reciente y ésto no sólo se debe a que hoy en día, gracias a los progresos de la medicina orgánica, se ha prolongado la vida a un crecido número de personas sino también al resultado de las complicaciones sociales que se encuentran implícitas en la vida urbana, la cuál da origen a situaciones en las que las deficiencias se hacen más marcadas y debilitantes.

ANTECEDENTES

En la antigüedad el anciano era el hombre más respetado dado que el había resistido más batallas, el era el centro de las familias, del clán, la tribu, del senado y aún del estado mismo, sabía que su vida sería transitoria por lo cual estaba preparado a morir, en ese tiempo no existía ninguna otra posibilidad para el hombre y la mujer que la de seguir trabajando hasta que se lo impedía una enfermedad paralizante, los sistemas económicos exigían el empleo de todas sus energías por que la fuerza muscular era todavía la principal - fuente motora disponible, y aunque la gente luchaba y tenía esperanzas de poder descansar durante los últimos años de su vida, la continua exigencia de tener que trabajar tenía la virtud de simbolizar para ellos su valor dentro de la sociedad.

Como podemos ver en las épocas anteriores de la historia, la ancianidad era algo especial, pues la mayoría de los hombres morían jóvenes, así la delgada capa del grupo de los ancianos era honrada y acatada, se miraba con respeto a sus representantes cuyo consejo en las cosas difíciles de la vida pública y privada era solicitado y con frecuencia seguido.

Son numerosos los ejemplos que corroboran la enorme capacidad - creadora de la mentalidad de los hombres que han alcanzado una edad avanzada; Arquimides descubrió los espejos luminosos a la edad de 75 años, Solón, Zenón, Pitágoras, Demócrito, daban clases cumplidos ya sus 90 años, Platón compuso varios de sus diálogos a los 84 años, Tiziano contaba 95 años cuando terminó su Cristo Coronado de Espinas y casi centenario nos dio su autorretrato entre lo mejor de su obra, Miguel Angel y Van Dyck produjeron igualmente en su más avanzada edad, el gran matemático Lagrange tenía 75 años cuando dió su fórmula definitiva a la mecánica analítica, Cervantes, Voltaire, Meyerbeer, Verdi, Víctor Hugo, produjeron sus grandes obras hasta el

final de su larga vida. I. Manuel Kant no inicia su obra trascendental hasta rozar los 60 años y fue a partir de entonces que llevo a cabo su verdadera labor filosófica y metafísica "Hasta la Muerte". Pasteur, Churchill y tantos otros no dejaron de interesarse por la vida a los 60 - 70 años. Todos los hombres anteriores son ejemplo de la vitalidad que da al organismo físico el mantenimiento de una actividad mental intensa, en todo caso un individuo que se mantiene fuertemente motivado por lo que hace, por lo que ama, franquea en un determinado momento el umbral de la propia realización y ésto es lo que explica las obras maestras tardías de tantos artistas y el poder de tantos políticos de edad avanzada.

(5)

En la actualidad todavía existen algunas sociedades o pueblos en donde los ancianos son respetados y tienen un lugar importante dentro de la sociedad y la familia, aunque claro está, ésto se da más en el medio rural que en las grandes ciudades, ya que en estas a menudo se ve que los ancianos tienen que vivir solos, pasivos e inseguros una vida dependiente, además si bien la inactividad es aceptable para los que están incapacitados al mismo tiempo que ancianos, crea un amargo sentido de frustración en los ancianos que conservan los deseos y la necesidad así como también la capacidad para contribuir más a la vida.

Probablemente las tendencias sociales de este tipo han contribuido al rápido ascenso de los trastornos mentales de la ancianidad que se han registrado en los últimos años.

Según el Bulletin On Aging de las Naciones Unidas (Vol.IV, Núm.1 Pag. 6, 1979) la población mexicana de 60 años o más, que se compuso de 3.2 millones de personas en 1975, aumentara hasta el año 2000 en un 114 por 100, es decir, para entonces habra casi siete millones de ancianos. La esperanza de vida aumentó de 1940 a 1975 de 41 años a 65 años para la mujer y de 38 años a 61 años para el hombre

según las proyecciones se estima que en el año 2000 la esperanza de vida para la mujer será de 74 años y para el hombre de 69 años (Comp. México Demográfico, Breviario, Pag. 19, 1975) de ahí la necesidad de enfocar la atención en el proceso de envejecimiento.

La expectativa de vida como es fácil de suponer está aumentada en las sociedades desarrolladas y es más baja en las no desarrolladas ya que la industrialización trae como consecuencia mejoría en las condiciones de vida (Médicas, Sanitarias, Alimenticias, etc.)- para la población en general, pero no ha habido un mejoramiento correspondiente en la posición económica y social que muy pocos disfrutan en las comunidades urbanas, ya que el tipo de la civilización urbana coloca a los ancianos ante desventajas muy serias, pues en nuestra sociedad predomina la competencia intensa y la preferencia por la velocidad sobre la habilidad y la experiencia, cosa que priva a los ancianos la mayoría de las veces de la independencia económica. (32)

En las sociedades desarrolladas, la protección al anciano es consecuencia de una evaluación gradual y está influida por el poder político de los proveedores, especialmente las asociaciones médicas y los propietarios de hospitales y asilos, tanto de los sistemas de seguridad social, oficial, federal, o de los gobiernos locales así como de la iniciativa privada y también de los recursos económicos de los mismos ancianos. En cambio en las sociedades en desarrollo, el problema no se ha reconocido por que sus sistemas industrializados no comprometen al estado a proteger a sus ancianos, además de que la familia por tradición los conserva y los protege aunque no en todos los casos, y eso permite al gobierno dedicar sus recursos a la solución de problemas urgentes y críticos producto de su subdesarrollo económico. (20)

En los países socialistas en especial en Rusia la atención de -

los ancianos es parte de sus sistemas económicos, que los comprometen a velar por la seguridad de todos los ciudadanos, en especial de los inválidos y los ancianos.

Actualmente la medicina evita la muerte en muchas enfermedades pero aumenta considerablemente el número de inválidos, los avances tecnológicos dan lugar a jubilaciones precoces, que antes no existían y favorecen la vida sedentaria con todas sus consecuencias, ya que si el jubilado no encuentra una manera de ejercitar su mente y sus músculos, disminuirán las posibilidades de supervivencia y - lo que es más grave aún, tendrá una ancianidad llena de achaques e inutilidad. (17)

Por lo tanto hay urgencia en la rehabilitación de las personas de edad integrándolas total o parcialmente en la sociedad y la vida activa, que no quiere decir existencia agitada en torbellinos - de gestos y palabras, es decir utilización al máximo de las cualidades del anciano, las fuerzas físicas que aún le quedan, la utilización de los conocimientos y de la experiencia.

Como podemos ver el llamado progreso de la humanidad ha dejado atrás en el camino a un grupo cada día más grande, cuya existencia aún no ha penetrado en la conciencia general, ya que se debe encontrar en la ancianidad, la conciencia del futuro y con ella el sentimiento de la vida en todas las diversas formas posibles, debemos verla tranquila y llenas de esperanzas, con inquebrantable confianza en lo bueno y nuevo que ha de venir, recordemos a Goethe que decía que "Envejecer quiere decir empezar un nuevo asunto". (41)

DEFINICION

Tratar de definir a la ancianidad o a la persona anciana, resulta ser un punto un tanto estéril o inútil, ya que no existe un criterio definido o uniforme para poder clasificar a una persona como anciana.

La ancianidad se ha tratado de definir como "El último periodo de la vida ordinaria del hombre", también al anciano se le define como "El hombre o mujer que tiene muchos años"(8), estas definiciones y otras similares pueden llevarnos a confusiones, puesto que -habría que aclarar cuál es el último periodo de la vida de un hombre, o bien cuál es el criterio de "muchos años" para considerar a una persona anciana. También el tratar de definir la ancianidad a través del proceso de envejecimiento podría resultar ficticio, pues este comienza desde el momento mismo de la concepción, aunque con frecuencia se dice que el envejecimiento es virtualmente sinónimo de deterioro físico, también es un termino comunmente usado para designar la amplia colección de cambios que ocurren en los organismos adultos sin implicar necesariamente regularidad en estos cambios. (25)

El envejecimiento también es considerado como un fenómeno biológico entendido como un proceso o serie de cambios que abarcan la mayor parte de la vida y que afectan la composición celular, generando enfermedades, disminución de la capacidad orgánica, declinación de energías, etc., y es un fenómeno psicológico que implica cambios en el sistema nervioso central, afectando capacidades sensoriales, perceptivas y habilidades del individuo que insiden en la memoria, atención, destreza, etc., y es un fenómeno social que implica cambios en las relaciones que los individuos mantienen con sus grupos de referencia social, familiar y de trabajo. (20)

De acuerdo a lo anterior y para explicar el proceso de envejecimiento nos basaremos en la definición de Golier (19), que dice que "el envejecimiento es una evolución, un fenómeno vital común a todas las formas de la vida, un comienzo hacia la muerte que es también un fenómeno vital". Si el envejecimiento es una evolución y la evolución es un proceso, debemos entender entonces que el envejecimiento o sea la ancianidad, es un proceso que se lleva a cabo paulatinamente a lo largo de la vida y no un simple estado o situación de un momento, es más, no puede considerarse como una etapa pues esto implicaría la transición más o menos brusca de un estado a otro.

Por lo anterior se concluye que la ancianidad comienza antes de nacer, en el doble proceso evolutivo e involutivo, ya que al nacimiento, ya hay órganos caducos, mientras que otros envejecen y mueren definitivamente en la pubertad y otros más tarde.

Cuando hablamos del hombre anciano nos estamos refiriendo al huano que ha pasado de los 60 años y que se considera que está en la última etapa de su vida, ya que en el mundo la edad límite para la ancianidad de acuerdo con la Primera Reunión Internacional de Gerontología llevada a cabo en el año de 1979, es de 60 años.

Generalmente entendemos el término anciano como sinónimo de viejo, de acuerdo con el diccionario de la lengua española y también como algo de mucha edad, tiempo pasado, o bien que no es reciente, vejez como calidad de viejo; periodo de la vida humana - caracterizado por la declinación de las facultades. Podemos encontrar gran cantidad de sinónimos, de vocablos asociados al término vejez, pero ser viejo en el mejor de los casos significa experiencia y sabiduría, pero también significa inutilidad, enfermedad y muerte.

Existen algunos otros términos asociados con la ancianidad que provocan algunas confusiones, por lo cual trataremos de definirlos.

El término senilidad es aplicado cuando las declinaciones resultan en pérdidas patológicas o en la invalidez y se dice que una persona ha entrado a la senectud cuando al rebasar los 60 años, sufre trastornos en la memoria y ve seriamente disminuida su visión y su audición y empieza con problemas digestivos, mientras que debemos llamar senil a la persona que confunde el presente con el pasado, su visión y audición es casi nula y presenta problemas de incontinencia. (37)

Si bien la senilidad está asociada con la ancianidad, está no la provoca realmente por sí sola, parece al contrario ser el resultado de las enfermedades, las heridas, los accidentes así como la condición emocional y social que prevalece entre los ancianos.

Una vez comprendidos estos conceptos pasaremos a la definición y análisis de los vocablos Gerontología y Geriatria; no debemos confundir los términos, el primero podría definirse como la ciencia de los viejos (ancianos), puesto que el vocablo proviene de las raíces griegas Gerón-Geronto-viejo y logos-tratado, esto es el tratado científico de la vejez y los fenómenos que la caracterizan.

En cambio el vocablo Geriatria proviene del griego Geros-vejez y su etimología se apoya en "yatros" que quiere decir medicina, y es una rama de la medicina que estudia a las enfermedades que afectan a la persona de edad avanzada. (20)

La geriatria se inició hace unos 100 años, según las informaciones fue Charcot que escribió el primer libro sobre geriatria con el título de "Tratado de las Enfermedades Mentales", en pleno siglo XIX en el año de 1886. La Gerontología implica el estudio de las condiciones sociales de la edad más avanzada, la descripción y el análisis en los cambios de conducta peculiares de la vida. (35)

Actualmente se habla indistintamente de gerontología y geriatria

y esto conduce a lamentables confusiones , tanto más cuanto que esto conduce a pensar, que ser anciano es una enfermedad y esto de ninguna manera es cierto.

Como podemos ver existen algunos criterios más o menos generales para considerar a una persona como anciana, algunos de ellos son la edad, la cuál la situán entre los 60 y 65 años como el inicio de la misma, el rendimiento de algunas habilidades del individuo, el funcionamiento de algunos organos del cuerpo, etc, sin embargo ni aún con estos puntos se podría definir certeramente a la ancianidad, pero más importante aún que la misma definición de lo que es la ancianidad o el anciano, resulta el concepto o estereotipo que se tiene del mismo; se dice que la ancianidad es inexorable, inevitable y universal, sin embargo pocas veces nos ponemos a reflexionar lo que estas palabras esconden en su interior, ya que en una sociedad occidental como la nuestra que hace un gran énfasis - en la plenitud de la adolescencia y del adulto joven, la ancianidad se traduce en ser una persona improductiva, dependiente, decadente, segregada socialmente, sin posibilidades de seguir desarrollandose, desempleada, etc., en otras palabras en una persona que no encaja en la sociedad.

En la familia en un gran número de casos el anciano resulta ser una obligación más, una carga, una molestia y en el mejor de los casos un ser achacoso.

CARACTERISTICAS DE LA ANCIANIDAD

Es común en el curso del envejecimiento cronológico cierta declínación de las fuerzas físicas e intelectuales, se debilita la fuerza muscular, el movimiento se hace más lento, más tembloroso, menos preciso en dirección. (32)

La piel se tornara seca, arrugada y pigmentada, con la edad, debido a que la melanina aumenta y se pierde agua, grasa, por lo cual el anciano se rascara constantemente y tendrá frio sus sentidos iran experimentando una disminución gradual, perdiendose así el contacto con la realidad, su vista cada día será más débil por lo cual no gozara de la hermosura de la naturaleza, su olfato disminuira, no percibiendo ni su propio olor, no integrara sazón de alimento por lo que su apetito decae, su gusto se altera por atrófia de las papilas gustativas, su oído se perdera iniciando su aislamiento y la pérdida de su equilibrio lo mantendra atado a una silla o a la cama, su tacto aunque también lo pierde será el medio por el cual se pondrá en contacto con los demás, su voz se tornara débil, aparecera la distorsión hasta llegar hacerse ininteligible sus dientes se caerán perdiendo la configuración de la cara y más aún acarreandole problemas digestivos, dado que ya no masticará los alimentos, motivo por el cual su alimento deberá ser predigerido, de lo contrario siempre estará de mal humor, su postura variará con la tendencia de curvar su cuerpo hacia adelante, debido a que sus musculos se están atrofiando, así mismo los huesos estarán perdiendo sus minerales, por lo que se van haciendo esponjosos y por lo tanto faciles de deformar sus articulaciones también sufrirán limitando sus movimientos, todo en conjunto determinará que sus reflejos, marcha y fuerza, disminuyan, comunmente existe cierta disminución de la estatura.(20)

En cierta proporción de personas de edad puede haber un desarro-

llo exagerado en una o más líneas de la conducta que provocan características que a pesar de ocurrir en la ancianidad no son típicas - de todos los ancianos, pero es más probable que aparezcan en los - inestables, los inmaduros o los neuróticos mal adaptados. En algunos individuos la ancianidad trae consigo un aumento de la hostilidad y de la agresividad también una cierta envidia y resentimiento hacia los que son más jóvenes corporal y mentalmente.

CAMBIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS

Con el devenir del tiempo aparecen una serie de fenómenos involuntarios que han de considerarse como fisiológicos y que no son obstáculo para un desenvolvimiento normal de la vida personal y de relación.

Los cambios físicos y de la energía que acompañan al envejecimiento exigen una alteración de la imagen del cuerpo, desde el punto de vista psicológico, puede ser tarea difícil asimilar tal cambio, de suerte que la autoestima de la persona de edad puede disminuir. (44)

Los cambios anatomofisiológicos más importantes en la ancianidad se dan de la siguiente manera;

SISTEMA NERVIOSO; en el cerebro se produce una deshidratación - con disminución del volumen y por tanto del peso mismo, disminuye el número de neuronas, y se aprecian signos de degeneración nerviosa y vascular, todo ello trae consigo disminución de la memoria, lentitud en el aprendizaje, los nervios periféricos sufren un proceso de atrófia disminuyendo la velocidad de conducción del impulso nervioso, haciendo más lentas las reacciones psicoafectivas del sujeto.

APARATO CIRCULATORIO; las arterias cada vez menos elásticas y estrechas y la disminución de la fuerza cardíaca, conducirán a una deficiente circulación, manifestandose en la claudicación intermitente, esclerosis e insuficiencia vascular.

APARATO RESPIRATORIO; sufrirá alteraciones propias de la edad o bien determinadas por factores ambientales: smog, inhalación de ga

ses, polvo y tabaquismo, con la consiguiente dificultad para trabajar, caminar, subir escaleras y practicar ejercicios.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS; el ojo y el oído son blanco importante de la involución, en el primero disminuye la hidratación y la elasticidad del cristalino, disminuyen los reflejos pupilares, la percepción de los colores y la adaptación a la oscuridad; en el segundo los cambios en los nervios y estructuras laberínticas y órgano de Corti son los responsables de hipoacusia y vértigo de naturaleza meneniforme.

SISTEMA VEGETATIVO; declina la acción simpática y parasimpática de órganos y tejidos, el control hipotaláurico está disminuido y ello hace que aún en presencia de infecciones no exista aumento de temperatura.

APARATO DIGESTIVO; la disminución del ácido clorhídrico y la secreción digestiva entérica condicionan disturbios de mala digestión y mala absorción, sumándose a este trastorno está la disminución de producción de fermentos pancreáticos.

SISTEMA RENAL; dado los fenómenos de atrofia secundaria o arteriosclerosis generalizada y las enfermedades que se sufren en el transcurso de la vida, se modificara el patrón urinario de diurno a nocturno, así mismo se observarán obstrucciones en el tracto urinario bajo, lo cual favorecerá las infecciones.

APARATO LOCOMOTOR; los músculos disminuyen de peso y masa, perdiendo potencia, efectuándose alteraciones en la placa neuromotora, los huesos pierden calcio apareciendo osteoporosis y los cartílagos se deshidratan favoreciendo la aparición de artrosis.

APARATO ENDOCRINICO; existe atrófia de ovarios y testículos (estos más tardíamente) con la consiguiente disminución en la producción de hormonas y pérdida de la función generatriz y sexual.

En general podemos decir que existe una adaptabilidad cada vez más escasa del organismo al medio ambiente. (20)

ASPECTO SEXUAL EN EL ANCIANO

Refiriendonos a la sexualidad en el anciano, podemos encontrar una gran similitud a como se conceptualiza en los infantes, es decir se niega toda posibilidad de expresión. Como ejemplo tenemos estas dos frases; "estás muy chico para pensar en eso", "estás muy grande para pensar en eso". Partiendo de este ejemplo encontramos que en el anciano, se reprueban la mayoría de las manifestaciones de la sexualidad y generalmente se piensa que el sexo ya no debe atraer a los ancianos, de éstos conceptos Ivor Feltein (15), menciona, cinco ideas principales que generalmente se tienen al respecto; 1.- la función sexual es puramente para la procreación, - 2.- la tensión sexual se establece principalmente por la atracción de los sexos y el mantenimiento de esta tensión se fortifica por la atracción física, 3.- la tensión sexual y la necesidad de canalización son siempre mayores en la juventud y declinan rápidamente hacia la edad mediana, 4.- el amor romántico con sus delicias imaginativas y pasión psicofísica sólo puede ocurrir en la juventud y en los adultos jóvenes, 5.- los órganos corporales de la gente joven están a los niveles más altos de salud.

Desde luego que estas cinco ideas no son las únicas, podemos encontrar otras muchas diferentes y similares, pero todas iguales en cuanto a negar cualquier relación de la sexualidad con la ancianidad.

Puede observarse claramente que en cada una de las ideas se manifiesta un acrecentado valor a la juventud y a la sexualidad dentro de la misma. Estas ideas se encuentran implícitas en muchas de las expresiones que cotidianamente escuchamos, vemos y mencionamos, en nuestra vida, así por ejemplo, tenemos que se exalta la belleza

Física en una forma desmedida, utilizándose como incentivo para el consumo de diversos productos, se reprime a los ancianos que tratan de expresar su sexualidad, con frases como, "viejo rabo verde" , o con sarcaísmos como, "cree que todavía puede".

Aunque la represión sexual de la ancianidad se da en ambos sexos, se ve más marcado y se facilita más en el varón, ésto debido, entre otras razones, a que nuestra sociedad condiciona a que se vea al varón como "el que mayor necesidad sexual tiene", así encontramos que un anciano puede más fácilmente ser visto como un degenerado al acercarse a un infante, que una anciana; por qué la sociedad considera que una anciana se acerca más a un infante por su "instinto maternal", que por alguna otra causa. Desde esta perspectiva, el anciano resulta ser incompatible con la sociedad.

Con respecto a los cambios que se llevan a efecto en el impulso sexual y las reacciones del organismo con la edad, se ha podido observar que se pierde el interés y la capacidad sexual de una manera progresiva, pero la creencia que se tiene es exagerada, al grado de que en los hombres de edad avanzada, no se concibe siquiera que pueda existir algún tipo de actividad sexual. En general el hombre y la mujer de edad avanzada, responden como antes y no de manera distinta o anormal, aunque existe un retardo y atenuación de las respuestas corporales, en ambos sexos la capacidad de orgasmo se mantiene. (27)

Si anteriormente se menciono que en el anciano la capacidad de orgasmo se mantiene, por qué entonces negamos, censuramos o reprimimos de una forma directa o indirecta la posibilidad de acción; para entender lo anterior se hace necesario recordar las creencias que se tienen acerca de la capacidad del anciano, los estereótipos -

fuertemente arraigados en la sociedad y desde luego las actitudes que adoptamos frente a cualquier manifestación de sexualidad en el anciano.

Como es bien sabido las bases de la sexualidad se sientan desde el momento del nacimiento y se van modelando a través de toda la historia personal del individuo, dicha historia varía de un individuo a otro, en lo que respecta a logros y realizaciones como a errores y frustraciones, así se ha encontrado que los ancianos que llevaron una vida sexual más exitosa como adultos maduros, son aquellos que más posibilidad tienen de continuarla aún en edades muy avanzadas, desde luego que el parámetro que utilizan no será la frecuencia sino por el contrario la calidad, la armonía y el entendimiento con su pareja, y lo que puede ser más importante el sentimiento de seguridad y de autoestima que el anciano desarrolla o mantiene.

Desafortunadamente en nuestra sociedad esto es muy pocas veces tomado en cuenta, generalmente se señala o se estigmatiza al anciano que se "atreve" a manifestar su sexualidad, esto último como ya se mencionó quizá sea más manifiesto en el varón, aunque más pesado y fuerte en la mujer, así por ejemplo un hombre que queda viudo a los 65 años y decide volver a casarse, puede llegar a tener el rechazo de sus familiares e inclusive de sus amigos y compañeros, no faltarán las burlas, aún las más crueles e inclusive la compasión, sin embargo puede llegar a aceptarse, aunque no del todo es esta situación; pero en el caso de la mujer esta situación puede ser más difícil, puesto que su rol de abnegación y lealtad debe ser desempeñado aún en la viudez.

La sexualidad en los ancianos también es tratada como algo fuera de este mundo, ya que en los asilos también se ha previsto la manera de evitar en lo más posible, el que se pueda establecer al-

gun tipo de relación con características "eróticas", o la manifestación de cualquier conducta de tipo sexual, incluyendo y principalmente las relaciones sexuales. Puede llegar a considerarse esto - como la eliminación del último reducto de orgullo y sentimiento de ser alguien o de valía, en el anciano, que si ya no tiene posibilidades de vivir para alguien, ni siquiera para si mismo, al negarle o reprimirle cualquier tipo de conducta sexual, el anciano puede presentar actividades sexuales exageradas o indecencias sexuales - que presentan casi siempre no sólo un debilitamiento en la inhibición, sino también un esfuerzo defensivo en forma de compensación psicológica ante la decadencia de una función fundamental. (28)

La reaparición de una notoria y fuerte sexualidad física en el anciano, es un fenómeno que no ha sido explicado desde el punto de vista puramente fisiológico, al parecer es un elemento compensador que representa la rebelión del individuo de edad avanzada, contra el advenimiento de la vejez, cuya "característica" es la declinación sexual.

La explicación que dan los analistas respecto a la sexualidad senil, se refiere al aumento de los impulsos de la libido, producidos por el deseo inconsciente de tener descendencia. (25)

Una de las formas que en el campo de la neurosis en general puede adoptar la coartación social de la conducta sexual del anciano, es el resentimiento por la manifestación de actividad sexual en los demás, y se presenta bajo la apariencia de indignación moral ante los "excesos" y "depravaciones" de la juventud moderna y de la gente en general, de resultas de lo cual, puede surgir una constante preocupación por el sexo, en lo que parece ser una forma social aceptable. Como la fantasía es una manera de adaptarse a la -

frustración y a la privación, el anciano recurre a las correspondientes al sexo para lograr satisfacción, lo mismo que hacía en la infancia y en la adolescencia, de esta manera se crea un círculo vicioso de fantasías prohibidas, autoerotismo, ansiedad y sentimiento de indignación y de preocupación hipocondríaca por las partes genitales y por último se cae en la depresión. (18)

En general con respecto a la sexualidad podemos observar que la misma sociedad es la encargada de segregar al anciano, así tenemos que se crean muchos mitos como el de la forzada impotencia en la ancianidad, la inutilidad de las personas por improproductivas, la belleza física como parámetro para un lugar digno dentro de la sociedad. Frente a este panorama actualmente se están realizando estudios en muchas partes del mundo para devolverle una imagen digna a la ancianidad, sin embargo el fantasma de la ancianidad sobrecoge todavía a muchos y espanta aún a muchos más, quienes aún piensan que al llegar a la ancianidad tendrán el fin de los placeres juveniles, un cuerpo atrofiado que apenas los dejará moverse con lentitud, en una soledad vacía de cariño, y llena de frialdad e indiferencia, un futuro sin esperanzas ni proyecciones y una vida estéril y gris, preludio de una muerte próxima.

Debemos reflexionar sobre nuestras actitudes en relación con la sexualidad del anciano, tenemos que ayudar a eliminar los mitos y estereotipos que existen acerca de él, a lograr que el anciano confirme que el realmente es un individuo que forma parte de una sociedad que se interesa por él. De esta manera podremos rescatar de la indiferencia, el valor y la imagen de una persona de gran importancia para la sociedad y al mismo tiempo estaremos preparando un futuro mejor para la vida a la cual llegaremos no sólo nosotros, sino las generaciones que sigan.

ASPECTO PSICOLOGICO

Como sucede en todas las etapas de desarrollo, el anciano necesita de relaciones interpersonales para sustentar su vida emocional, esas relaciones interpersonales de la persona de edad se ven influenciadas por pautas de personalidad anteriores, por la existencia y el grado de algún impedimento orgánico y por la estructura del Yo.

De acuerdo con Bize (5), las causas del envejecimiento normal se deben a la intervención de cuatro factores:

- 1.- el deterioro progresivo de las propias funciones físicas
- 2.- el declinar progresivo de las facultades mentales
- 3.- la transformación del medio familiar y de la vida profesional
- 4.- las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas y efectos indirectos sobre el comportamiento, el último factor provoca diversas reacciones, tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior, finalmente estos diversos factores y sus efectos evolucionan progresivamente pero en forma de etapas sucesivas.

Si bien no se puede hablar de un sólo tipo de anciano, hay ciertas características que surgen con bastante frecuencia, como para que merezcan ser tenidas cuenta; la interacciones con las personas tienen relación con las tareas del Yo, que en ésta etapa parece ser más que en otras etapas las de lograr aportes narcísistas, éstos aportes se obtienen por medio de la reimplantación de metodos para lograr una respuesta directa de un exterior que tuvo relevancia en -

epocas anteriores de la vida, ya que aún cuando el deseo de cosas materiales puede ser grande en la persona de edad, es probable que lo que desee más que nada sea amor, auxilio respeto y la alegría que puede proporcionarle la gente, lo que se acentua es la necesidad y la conciencia de ella. (44)

Ya que a medida que el individuo envejece es acosado por los diversos hechos que significan rechazos y menguas emocionales, entonces se observa en el una pérdida de confianza en si mismo una reducción de su sensación de valfa, un gran merma en su sentido de autoestima , y una sensación cada vez mayor de inseguridad. Estos sentimientos permanecen ocultos por lo común para el círculo de relaciones de la persona de edad y en realidad también para la propia conciencia, no obstante sobreviene una intensa sensación de soledad, a medida que sus mecanismos de defensa comienzan a derrumbarse el sujeto que envejece experimenta sentimientos de ansiedad, temor y pánico, tales sentimientos permanecen ocultos a menudo por un manto de dignidad, pero si bien la persona de edad busca secretamente apoyo y refuerzo emocional en su medio exterior, con frecuencia esta necesidad no se satisface y sus intentos cargados de pánico por restaurar su interior, continúan hasta el agotamiento , entonces el problema se internaliza en gran parte y el individuo se convierte en un solitario a causa del alejamiento de su medio externo y de su propia retracción, de manera que se ve forzado a reorientar su interés y su atención lejos de la realidad. Descubre luego en los profundos recesos de su propia mente , una multitud de recuerdos que se derivan de su propio pasado, las antiguas pugnas por el placer se reactivan a medida que el sujeto confiere su interés a tales recuerdos de su memoria remota.

En muchas personas de edad, la preocupación por la fantasía tiene

una euforia conexas mientras predominan los aspectos placenteros de los recuerdos, sin embargo con el correr del tiempo se presenta - una complicación, los recuerdos revitalizados de la memoria remota se han anexado y las malas interpretaciones, los errores y los falsos conceptos de la infancia, así como una serie de emociones incompatibles concomitantes que formaran parte de la experiencia infantil y que hasta el momento habían estado reprimidas, a medida que éstos complejos de memoria con sus emociones incompatibles avanzan hacia la conciencia el ánimo del anciano se torna irritable y sufre cambios imprevistos en su manera de ser, tales cambios de humor son con frecuencia incomprensibles para el observador, pero es muy probable que tenga una relación lógica con los recuerdos y los pensamientos que ocupa la conciencia en un momento determinado.(44)

El cambio más potente en las relaciones de la persona de edad - con sus allegados, es su tendencia a volver a formas de conducta - anteriores, con frecuencia la persona de edad adjudica el papel de padres substituidos a los miembros importantes de la familia, o a otros, en particular a los médicos, esto trae problemas y es irregular, ya que algunas veces la persona de edad quiere o exige que los demas se hagan cargo de todas sus necesidades, que las resuelvan o las satisfagan y a veces cuida con celo cada porción de sus menores prerrogativas, de su status o de su posición, a menudo el exceso en cualquiera de éstas dos tendencias se trueca en remordimiento y en pérdida de su autoestima.

En la ancianidad el primer signo de regresión es la aparición - más rápida de la fatiga, del mismo modo que el deporte resulta pesado en lo corporal, declina la facilidad para mantener la atención para los trabajos de carácter mental, la riqueza de ideas y la iniciativa disminuye, los nuevos puntos de vista respecto a los valo-

res se asimilan más difícilmente, o sea que el anciano tiene un espíritu menos flexible. (41)

Por lo tanto los padres que han llegado a la ancianidad y que años atrás se habían mantenido por sí mismos, se sienten de pronto despojados de sus puntos de apoyo: hogar, hijos, posiciones, amigos, de modo que lo primero que se resiente en ellos es su seguridad - psíquica y emocional, es decir que esas personas experimentan el ciclo de inseguridad emocional de la infancia y después la inseguridad emocional de la vejez, con todo, en la inseguridad emocional de la infancia, existe un futuro y por ende la posibilidad de superarla, mientras que en la inseguridad emocional de la vejez, sólo hay un pasado, y este pasado era lo único que tenía el anciano, - hasta hace muy poco, para formarse un presente digno de ser vivida (18)

El sentimiento de inseguridad es un problema psicológico prominente en muchos ancianos y no hay duda de que tiene su origen en la comprensión de que la enfermedad avanza y de su temor por ella, y su consecuente pérdida de independencia.

La tristeza y la depresión también son aspectos comunes en la vida de un anciano, cuyo tiempo se emplea en solicitudes que aumentan, a medida que los años avanzan, los factores agravantes como - ya vimos son los sentimientos de inseguridad y la pérdida de la propia estimación asociada a una larga enfermedad, la incapacidad física por la limitación de las actividades que le impiden compromisos de orden social con el mundo exterior aumentan su sentimiento de soledad.

La soledad y la falta de interés juegan un rol importante en el desarrollo de alteraciones generales las cuales se mostraran como

impedimentos de las facultades mentales y negligencia en el cuidado personal, gradualmente sin embargo logra alcanzar un estado de apatía y ello concluye en una falta de nutrición. La debilidad y la desnutrición aumentan con el establecimiento de un círculo vicioso y el paciente finalmente se abate en un estado de extrema degradación y abandono personal. (13)

Arrancar a los ancianos del medio hogareño puede traducirse también en toda una serie de cuadros psicopatológicos, muy comunes son: las depresiones de reacción neurótica, los síntomas de fátiga y la incompetencia, la fantasía y la reminiscencia excesivas y la hipocondriasis. Son formas habituales en tales personas, la perdida de prestigio que puede general agresión, hipocondría, ansiedad, rechazo, negación y venganza. (18)

Las circunstancias que provocan neurosis de ansiedad en las postimerías de la vida y en la madurez, son la falta de seguridad y las situaciones en que las personas de edad se sienten menos aceptadas, valoradas e independientes. (18)

El problema psicológico que con más frecuencia se presenta en los ancianos, por lo cual es más probable que se sometan a tratamiento psicológico es la depresión, puede afirmarse que por lo menos una de los coadyugantes fundamentales para un buen envejecimiento es la capacidad de tolerar la depresión, ciertas vicisitudes del envejecimiento como la incapacidad física, las privaciones, las pocas perspectivas futuras y los cambios de status contribuyen a la depresión, es escencial distinguir entre aquellos aspectos de la filosofía del envejecimiento que por lo común abarcan esas vicisitudes y el caso psicopatológico que puede ser de mucha gravedad para este grupo de edad. La capacidad de soportar hasta las depresiones severas durante periodos relativamente breves sin caer en la -

desesperación total, forma parte de la aceptación personal del elemento de depresión crónica del envejecimiento. (44)

En la edad madura la depresión neurótica tiende a ser de carácter reactivo o atribuible a una causa o desencadenante definidos y las depresiones psicóticas de la ancianidad se denominan por lo general depresiones reactivas por que constituyen una reacción frente a las circunstancias del medio (18), y están relacionadas primordialmente con la pérdida de la propia estimación que resulta de la incapacidad del individuo anciano para proveer sus necesidades e impulsos o - para defenderse contra las amenazas a su seguridad, ésta incapacidad puede ser causada por la eficacia disminuida de las funciones corporales, la pérdida de un papel social adecuado, la inseguridad financiera o una combinación de varios de éstos factores. (25)

En general las neurosis de personas de edad lo mismo que las de los individuos jóvenes, son reflejo de los intentos fallidos por - adaptarse a los tropiezos personales, y lo más probable es que el anciano que tiene reacciones neuróticas en las prostrimerías de la vida, haya tenido de joven parecidos desajustes ante la tensión. (18)

En relación a lo anterior Kallman en 1956 (28) puntualizo que la prevención de una psicosis senil parece depender de un ajuste emocional adecuado en la época anterior a la senectud.

Los trastornos mentales de la senilidad: Se clasifican de acuerdo con Henry-ey (14) en; neurosis, psicosis y demencias; el primer grupo estara constituido por las neurosis, los estados maniaco-depresivos y los estados delirantes de involución. Todos éstos estados evolucionan sin un decaimiento demencial notable.

El segundo grupo comprenderá; la demencia senil degenerativa , las demencias atróficas de la presinilidad y las demencias arterio

paticas.

Dentro del primer grupo encontramos en primer termino los transtrornos mentales de la menopausia, que por el paro definitivo de la menstruación debe ser considerada solamente como la manifestación más evidente de la crisis que abre el período de involución y una localización entre otros muchos de los fenómenos de envejecimiento.

Los estados neuróticos de la menopausia son extremadamente fre-cuentes, sobre todo en sus formas frustradas realizan según la reactividad propia de cada enferma los transtornos más diversos. Son -contemporáneos del síndrome vegetativo bien conocido (cefaleas, sofocaciones, vértigos, sumbidos), las formas frustradas son casi -tan triviales como el síndrome vegetativo y estan caracterizadas -ante todo por la hiperemotividad, que va desde la simple inestabilidad del humor, con reacciones emotivas desproporcionadas a sus causas, hasta una irritabilidad permanente, las enfermas se quejan al mismo tiempo de sus cefaleas y de sus vértigos, de transtornos de la memoria, pueden estar desocupadas varias horas, con falta de interés por los pequeños acontecimientos cotidianos que les hace exclamar, "ya he perdido el gusto de vivir", se sienten ante todo disminuidas, tristes y angustiadas, existe siempre insomnio.

Las manifestaciones histéricas se observan con frecuencia durante el periodo de la menopausia y se encuentran numerosos rasgos a través de los diversos síntomas de este periodo; rarezas, extravagancias, aumento de los síntomas, teatralidad, chantaje sentimental, embustes, fabulaciones, etc.

Los transtornos psicoticos o neuróticos de involución: La semio

lógica de estos estados está como impregnada de un sentimiento de depresión y de angustia ante el ocaso de la existencia se observa también a menudo un sentimiento de culpabilidad pudiendo invertirse en una fórmula de persecución.

En primer lugar tenemos los trastornos del humor y del carácter en el período de involución; los trastornos del carácter son frecuentes, generalmente son del tipo paranoico, es decir que se manifiesta por agresividad y desconfianza, son actitudes de frustración, de reivindicación, principalmente sobre temas hipocondriacos, se quejan interminablemente de sus males, de no haber recibido los cuidados necesarios. También pueden observarse en el período de involución trastornos del humor de tipo ciclotímico, caracterizados por eretismo emocional, crisis de angustia, insomnio y ráfagas de excitación próximas a la hipomanía.

Depresiones neuróticas; éstos estados vienen caracterizados por la ansiedad, la hipocondría, reacciones depresivas a las situaciones o dificultades vitales (conflictos conyugales, alejamiento de los niños, disgustos profesionales).

Neurosis histerohipocondriacas; a menudo se trata de enfermos que presentan una afección orgánica (parálisis, algias) que cristaliza y expresa afectos inconscientes, poniendo en juego mecanismos neuróticos, entonces se asiste a manifestaciones variadas de tiranía afectiva, de refugio en la enfermedad, de conversión al plano somático, de la angustia reprimida, de chantaje afectivo y de supercheria, las algias y los trastornos funcionales digestivos o urinarios son las manifestaciones más frecuentes.

Neurosis obsesivas y fóbicas; son trastornos más raros y se -

acompañan a menudo de fuertes tendencias depresivas y de ansiedad difusa, de las cuales las fóbias representan una especie de sistematización, los temas de las fóbias y de las obsesiones son los mismos que se encuentran en las otras edades.

Los estados demenciales: Estos estados demenciales característicos de la edad avanzada se observan más a menudo en los ancianos en que el declinar progresivo de sus facultades se acompaña de una decrepitud física intensa y aparecen hacia los 65 y 70 años e incluso más tarde.

La demencia senil ; está ha aumentado con frecuencia a medida que ha aumentado la longevidad, muy a menudo se trata de un síndrome de depresión, que va desde la simple depresión con preocupaciones hipocondriacas a la crisis de melancolía ansiosa típica con delirio de autoacusación y de persecución. En el comienzo se observan olvidos, negligencias, indiferencia con relación a los intereses habituales, rasgos de egoísmo e imperiosidad. Otra forma de entrar en la demencia senil puede ser con turbulencia sobre todo nocturna, fugas, a veces comisión de delitos, (alboroto, reacciones escandalosas, golpes, heridas, vagabundaje, etc.) como de un estado confusional con desorientación tempore espacial y onirismo en especial vespertino y nocturno, o a veces de súbitas ideas delirantes, un tema de perjuicio especialmente, fácilmente irritables y recriminadores, éstos enfermos no cesan de quejarse, presentan con frecuencia ráfagas con características de exaltación pendenciera, la logorrea es frecuente y puede llegar a ser completamente incoherente o reducirse a algunas palabras, de una manera general la afectividad está disminuida y existe un fondo de indiferencia y de egoísmo a pesar de sus manifestaciones de sensiblería a veces exuberante. El enfermo puede presentar actividades sexuales exageradas

o indecencias sexuales que representan casi siempre, no sólo un debilitamiento en la inhibición, sino también un esfuerzo defensivo en forma de compensación psicológica ante la decadencia de una función fundamental. (28)

A menudo el paciente con demencia senil a sido un individuo que no se ha sentido seguro y cuyo patrón de vida ha sido limitado durante mucho tiempo, ya que mientras más inmadura e incompleta ha sido la adaptación a diversos aspectos de la vida anterior menor será el stress necesario para producir en la ancianidad una conducta desorganizada o anormal.

La Presbiofrenia; fué descrita por Wernicke en 1906, se caracteriza por la importancia de la amnesia de fijación, de la desorientación temporespacial, de la fabulación y una deterioración mental. Los trastornos de la memoria son los más precoces y sobre todo consiste en la amnesia de fijación, que se manifiesta por el olvido notorio de los hechos recientes, el olvido a medida que pasan los hechos, la fabulación es constante y puede ser espontáneamente o más frecuentemente provocada, a cada pregunta inductora éstos enfermos construyen con facilidad y sin riqueza nuevas situaciones con personajes imaginarios. Los sentimientos afectivos o morales están generalmente bien conservados, el humor es optimista y la amenidad de éstos enfermos es muy característica. Esta enfermedad se presenta con frecuencia un poco mayor en las mujeres, la mayoría de los pacientes presbiofrenicos son individuos verborreicos y en apariencia alertas, sin embargo cuando se les habla se encuentra que están bastante desconectados de su ambiente.

Enfermedad de Pick; se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, los trastornos más característicos afectan al com

portamiento (rarezas, extravagancias), a la afectividad; El enfermo pierde toda iniciativa y se convierte en apático, en ciertos casos puede observarse una ráfaga de agitación con logorrea y euforia pueril, paralelamente se nota una pobreza y una tendencia a las estereotipias del lenguaje y del vocabulario, el enfermo no conserva más que dos o tres preocupaciones en las que piensa sin cesar, cuenta siempre la misma historia, parece no comprender lo que se le dice, olvida las palabras. Las perturbaciones del humor y de la afectividad son apatías, indiferencia, habitualmente se establece una demencia en un plazo de un año, el estado demencial se acentúa en algunos años y el enfermo se encamina hacia la incontinencia, prácticamente desaparece la capacidad de hablar, la caquexia se vuelve grave y el enfermo habitualmente muere en un plazo de 4 a 6 años.

Enfermedad de Alzheimer; habitualmente se inicia entre los 50 y los 60 años, la enfermedad se inicia en una forma insidiosa, pero rápidamente en unos cuantos meses el enfermo presenta un deterioro mental importante en diversos grados y combinaciones, se presenta desorientación, labilidad emocional y la memoria esta muy alterada, los olvidos son grandes, la desorientación tempore espacial es precoz y constante, el enfermo se pierde en los sitios bien conocidos por él, también está inquieto y hace un esfuerzo para comprender las cuestiones, se irrita cuando no encuentra una palabra, expresa su alegría, pero progresivamente se manifiesta una hipertemia (cóleras, irritación, explosiones del humor) que entrañan una cierta agitación motriz, bastante característica de la enfermedad, se trata de una turbulencia diurna y nocturna de impaciencia, y de necesidad de moverse sin cesar y por momentos coléricos y gritos, los enfermos son habladores pero no encuentran las palabras adecuadas, los nombres se mezclan, los trastornos de la comprensión son frecuentes, son comunes los ataques epilépticos, y a menudo se observa una dificultad

en la marcha, la evolución se realiza en 6 o 7 años hacia la muerte.

La demencia arterioesclerótica; el enfermo tiene una conciencia bastante pronunciada de sus trastornos, él mismo se queja de la - reducción de su eficacia, se fatiga más fácilmente, no posee la iniciativa de otras veces, su comprensión y sobre todo su memoria no son buenas, se da cuenta de los trastornos de su carácter, todo lo irrita, se da cuenta que se ha vuelto muy excitable, que se deja llevar por la cólera fácilmente y que se siente conmovido por cualquier cosa, en esta enfermedad después de los recuerdos recientes son los recuerdos antiguos los que desaparecen, la orientación en tiempo es tá a menudo más afectada que la orientación espacial, hacia el final tanto una como otra están abolidas, la atención voluntaria tanto como la atención espontánea están alteradas en un estadio avanzado ya no son posibles. El curso del pensamiento es lento, las asociaciones de ideas son difíciles, pobres monótonas, la imaginación es estéril, la emoción exagerada se transforma en una incontinencia emocional, el enfermo llora o ríe por una razón insignificante, y pasa fácilmente de las lágrimas a la risa, el comportamiento del enfermo es turbulento y agitado más frecuentemente que apático.

Como hemos podido darnos cuenta la ancianidad es un período difícil para no pocas personas, el debilitamiento de energías los conduce a una defensiva que tiene a menudo todos los caracteres de egoísmo, su aislamiento a consecuencia de pérdidas de amigos y contemporáneos les torna melancólicos, la imposibilidad de adaptarse a las novedades y a las modas les hace malhumorados e irritables, pero lo que más contribuye a entristecerlos es la sensación de que son ineptos para el trabajo y que constituyen para su familia una carga y un es torbo. Por tanto el que llega a la senectud debe procurar por to-

dos los medios prolongar la ocasión de consagrarse a una actividad, a una tarea sea ésta del orden que sea, pero capaz de entretener su pensamiento y arrancarle la idea de la propia inutilidad, ya que la persona de edad que envejece en forma óptima es aquella que permanece activa y que logra resistir la reducción progresiva de su mundo social, mantiene las actividades de la edad madura, mientras le es posible, y después haya substitutos para las actividades que se ve forzada a abandonar, ya que como es sabido la actividad tiene efectos positivos en los ancianos, con ella es probable que se mantengan ligados a la vida, sin ella es probable que declinen con mucha mayor rapidez.

ASPECTO SOCIAL

Muchos de los problemas de la ancianidad se deben a la actitud cultural de la sociedad hacia la gente de edad. Dunham (18) afirma que esa actitud es urbana y consecuencia de la ciudad que precede de un medio industrial en el cual, envejecer conduce a una disminución de la capacidad productiva, a una merma en los ingresos a una reducción de las facultades y aptitudes, y a depender más de los - propios hijos, está actitud difiere diametralmente de la actitud de respeto por el anciano que existe.

Ciertos factores sociales han afectado profundamente el estado de salud de las personas ancianas, ésto incluye a la industrialización, urbanización, los cambios consiguientes en la familia, las actitudes de la comunidad hacia la pobreza y hacia los indigentes ancianos. En gran parte muchos de estos factores han tratado de desplazar a los ancianos y dejarlos aislados y ajenos a la sociedad , ya que nuestra cultura es una cultura de trabajo y el trabajo proporciona a una persona una forma de pasar sus días útilmente, tambien le permite desarrollar relaciones sociales, todos estos elementos tienen una relación definida con la salud o la enfermedad mental del anciano. Por lo tanto los problemas físicos y psicológicos planteados por la inadaptación social del anciano, son uno de los grandes problemas de actualidad y comienzan cuando el anciano empieza a ser desplazado del sistema, cuando se le niega el derecho al trabajo, cuando se desprecia su experiencia, se le arrebata autoridad, cuando se le ofrecen malos servicios de seguridad, cuando se le desplaza progresivamente del núcleo familiar, cuando son ridiculizados por los medios de publicidad y en general cuando se comunica una imagen negativa de ellos.

El problema principal que deberán encarar nuestros ancianos es

que al no haber sido preparados ni educados para adaptarse a éstos cambios y a estas nuevas situaciones, comienzan a ingresar a la fila de los inadaptados sociales e inadaptados psicológicos, siendo éstos sujetos inadaptados al mundo actual, ya que están desocupados normalmente, sin trabajo no se adaptan a vivir con sus familias con los que están, no se adaptan a tener limitaciones físicas, no aceptan que deben hacer ejercicio, que deben disminuir de peso, que deben seguir los tratamientos, etc. En relación a esto Belknap (18), afirma que los cambios abruptos de condición en la vida de las personas de edad, producidos por cambios en la familia u otras instituciones sociales, se traducen en trastornos mentales. Ya que una persona de edad es una fuente potencial de riqueza productiva, que no utiliza la sociedad ya que se le mantiene inactivo, y cuando esto sucede, las personas de edad tienden a convertirse en una carga y por ende las tensiones sociales contribuyen a causar las enfermedades mentales. (32)

Por lo tanto la enfermedad o el deseo de reposo en una persona anciana puede ser definido como la evidencia de una función imperfecta y un desajuste entre el individuo y su ambiente. (13)

De acuerdo con Parson (25) los ancianos en nuestra sociedad experimentan un aislamiento extremo por tres factores:

- 1.- la exclusividad de la familia conyugal, que es prevalente en muchos sectores de nuestra sociedad,
- 2.- la estructura ocupacional,
- 3.- la interrelación funcional entre los trabajadores y los lugares de residencia.

Así la exclusión de la participación en las familias de sus hijos adultos, la capacidad de continuar las tareas y las probabilidades de tener que vivir solo, enfrenta a los ancianos con la pers

pectiva del aislamiento social.

Existen varios factores ambientales que provocan condiciones desfavorables para las personas de edad avanzada, todos ellos actúan como precipitantes de trastornos biológicos y emocionales, en primer lugar figuran el hecho de que dentro de la competencia económica en que vivimos, se requiere que las generaciones jóvenes estén en posibilidad de cambiar su residencia en búsqueda de mejores oportunidades donde quiera que estas se presenten, con ello se priva a los padres y demás familiares ancianos de la compañía, el cuidado personal y en cierto grado de la ayuda económica de sus hijos. En segundo lugar el bajo promedio de ingresos de las personas ancianas, los obliga a vivir en condiciones higiénicas desfavorables, a prescindir de los alimentos necesarios y a privarse del cuidado médico que necesitan. En tercer lugar la pérdida de relaciones afectivas por la muerte del conyuge y de los amigos condena a los ancianos a una vida de soledad y de ensimismamiento. (II)

JUBILACION

Al encontrarse el anciano con la jubilación por la ley en la década de los 60, se enfrenta a un mundo distinto, en primer lugar se pasa de ser una persona productiva a ser una persona improductiva, se encuentra con que le sobra tiempo y no sabe en que ocuparlo, la mayor parte del tiempo la pasa en su casa con la angustia y desesperación de la inactividad.

En la vida activa el retiro hace pasar al hombre del estadio de la vida profesional durante el cual el trabajo se concibe y se exalta como la virtud cardinal al estadio del descanso obligatorio libremente consentido o impuesto, ello produce una perturbación si acaso menor en la mujer que gracias a los trabajos de la casa, se

encuentra menos ociosa que el hombre. En las condiciones de vida social se produce una ruptura de las relaciones profesionales, un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones y una modificación radical en las relaciones hogareñas con el otro conyuge, en las condiciones de vida económicas el productor consumidor se convierte en consumidor en estado puro, lo cual lo asemeja más al niño que al ciudadano adulto, y entraña una perturbación del equilibrio en las relaciones del retirado con la sociedad global, pasan del status de productor al status de mantenido. (5)

Otra de las circunstancias que afectan a la persona de edad como hemos visto es la pérdida de trabajo sea por retiro o semiretiro, lo cual a su vez se traduce en menores ingresos y tal pérdida puede también significar el verse privado de status y de prestigio por lo tanto, el jubilado envejecerá espiritualmente en el caso normal, antes que un hombre que siga trabajando en una u otra forma. (43)

Los efectos desfavorables de la jubilación son especialmente notables en la actualidad debido principalmente a que nuestra estructura social ha quedado rezagada en relación al sistema económico contemporáneo, en tanto que no se establezcan nuevas ocupaciones que aprovechen las potencialidades todavía existentes en los ancianos, los trabajadores jubilados seguirán cayendo en una ociosidad frustrante y peligrosa (11). Ya que la actividad es necesaria para mantener el bienestar físico del organismo, mientras que la ociosidad constituye un factor precipitante de los padecimientos físicos y mentales.

De seguir así las cosas, los grandes triunfos en el propósito de alargar la vida, cuyos méritos corresponden en gran parte a la medicina pueden convertirse fácilmente en una simple prolongación

del período que precede a la muerte con su característica incapacidad física y mental.

En los casos en que el retiro es necesario debe ser gradual y no completo y significar una actitud modificada por la capacidad individual, cuando la adaptación se realiza gradualmente regulando el esfuerzo de la declinación propia del envejecer, los cambios orgánicos inevitables no influyen totalmente sobre los rendimientos, los individuos creadores continúan creando cuando alcanzan la ancianidad, de modo que la retención de sus facultades mentales, de su energía y de su vivacidad son probablemente los efectos y no las causas de su laboriosidad.

Los grandes beneficios y satisfacciones se derivan de las creaciones, en oposición a los entretenimientos recreativos y a las diversas ocupaciones.

Aunque puede ser difícil comenzar tales actividades al final de la vida, ello no es del todo imposible, adquirir una facilidad y una habilidad para leer, está dentro de la capacidad de la mayor parte de los ancianos, merecen ser consideradas las satisfacciones obtenidas de las ocupaciones cotidianas de las personas que están envejeciendo, cuando ellas no son grandes las personas miran hacia adelante con anticipación al retiro, analizando las posibilidades de una ocupación propia que les reditúe mayores beneficios, ya que el retiro forzoso a los 65 años no indica que ésta sea la edad de la inutilidad, significa que se deben buscar nuevos medios de creación si se quiere ser feliz.

Los médicos geriátras dicen que mucha gente se va enmohecendo en lugar de ir envejeciendo, esto quiere decir que la falta de ac-

tividad envejece mucho más que los años, pero mucha gente necesita que se le ayude a encontrar que clase de ocupación les va mejor.(2)

Desde el punto de vista mental teniendo en cuenta el rigor y el ritmo de trabajo que hay que soportar en las ciudades modernas, una ocupación en los ratos de ocio necesita estar bien estudiada y considerada como un elemento indispensable para la salud mental, un buen hobby como se denomina en los países anglosajones, es la preparación necesaria para el retiro o jubilación, época tan esperada por muchos y que frecuentemente es el origen de la catástrofe.

La dedicación de la gente de edad a las distintas habilidades depende directamente de su nivel cultural y educacional, por ejemplo el tiempo que se dedica al ocio o a no hacer nada es mucho mayor entre los obreros y trabajadores no especializados que se han jubilado que entre las personas instruidas, hay ciertos indicios de que los individuos que tienen elevado nivel de instrucción y una posición económica relativamente alta pueden poseer mayores recursos internos y externos de suerte que aunque sean de edad y estén jubilados es posible que conserven formas de participación social muy uniforme y mantengan el interés, en cambio en las personas que disponen de limitados recursos internos y externos es probable encontrar substanciales diferencias de intensidad en cuanto a los diversos intereses al llegar a la ancianidad y jubilarse.

Hay estudios que parecen indicar que las circunstancias personales sobre todo las económicas de las personas de más de 60 años tienden a ser más importantes que la edad cronológica para determinar las actitudes y el nivel de funcionamiento.(18)

Como hemos visto la actividad ejerce una benéfica influencia so

bre la salud, aún cuando las energías físicas hayan podido disminuir en el curso de los años, la importancia del trabajo en la vida del individuo es tan grande en su aspecto físico como en el moral, el abandono del trabajo por retiro voluntario o por cualquier otra causa es un paso trascendental en la vida del hombre por cuanto influye poderosamente en su estado de ánimo, por que en definitiva lo que debe regir las relaciones entre el trabajo y la edad es la aptitud. Así podemos decir que cuando un hombre conserva su trabajo y sus ingresos íntegros, cierra una de las puertas que lo conducen a la senilidad. (2)

Es conveniente establecer un paso gradual de la actividad a la inactividad, sobre la consiguiente conveniencia de una preparación no ya sólo material sino también física y psicológica, para un retiro que en una sociedad que se pretende bien legislada, necesita ser algo más que un subsidio, demasiado pronto consumido en una existencia que se convierte bruscamente en vacía. (36)

Entre los ancianos sanos el mayor anhelo consiste en mantener una actividad profesional, su ejercicio comporta recursos más elevados, asegura una integración a la sociedad, mantiene equilibrada la vida, demuestra cierto mantenimiento de las fuerzas físicas y mentales, ya que dejar de trabajar significa en algunos medios una notable pérdida de prestigio y la ruptura brusca crea un traumatismo.

Si en el transcurso de su vida activa, los trabajadores pudieran conservar sus conocimientos, adquirir otros nuevos, ser destinados sin prejuicio a un nuevo empleo menos pesado y ocupar un puesto adaptado a las cualidades de un hombre de avanzada edad, nadie duda de que buen número de ellos dejarían de sentirse sugestionados por la edad de la jubilación, menos gastados y mejor utiliza-

dos resistirían en menor grado los efectos de la edad y experimentarían notablemente disminuido éste sentimiento de inutilidad que invade al cesante de edad avanzada. (36)

ACTIVIDAD

En cualquier edad conviene el ejercicio aunque lógicamente no debe ser el mismo en una persona de 40 años que en una de 70 pero en la vida cada etapa tiene su capacidad de actividad que no debe en ningún momento de reducirse y menos eliminarse. El cuerpo humano está constituido por órganos cuya manifestación más vital es el movimiento, el mantenimiento de este movimiento es la expresión de salud más visible y efectiva, nuestros organos necesitan moverse - para mantenerse en forma, por esto cuando se aconseja quietud, inmovilidad, sedentarismo, a las personas de edad el consejo es equivocado.

La mejor actividad física es adaptarse a no abandonar un trabajo útil, éste trabajo, su naturaleza e intensidad deben estar en relación con la edad, pero siempre debe mantenerse en el grado más conveniente ya que todo ejercicio que se efectúa en edad avanzada debe ser regulado según las posibilidades y el estado de cada persona, las fases de actividad deben de alternar con periodos de descanso. Ya que el conjunto de las condiciones favorables creadas - por la actividad se traduce en una vitalidad física y una jovialidad psíquica, que hacen la vida agradable y útil a las personas mayores y la convierten en la más adorable y deseable compañía para los demás. (12)

Tan indispensable como la actividad física es el reposo adecuado, es conveniente un reposo de una media hora antes y después de

las comidas y un descanso nocturno de 8 o más horas además de este-
descaso pasivo es necesario practicar el descanso activo mediante acti-
vidades opuestas a las habituales.

Las investigaciones del centro de gerontología Claude-Bernard ,
efectuadas a partir de 1960, ponen en claro un hecho esencial, -
que una actividad deportiva mantenida a lo largo de la existencia
engendra una acción muy favorable sobre el envejecimiento de cier-
tas funciones, especialmente la inteligencia y el comportamiento -
caracterial. (5)

En el anciano la inmovilización in-necesaria es frecuentemente
desastroza y puede terminar en una permanente ocupación de la cama,
la prolongada inmovilidad puede ofrecer los siguientes efectos per-
niciosos sobre los pacientes de edad avanzada; psicológicamente co-
mo resultado de la apatía y de la confusión mental el paciente a-
bandona su higiene personal y pierde su propia consideración, la -
incontinencia se desarrolla frecuentemente y falta el deseo de rea-
lizar el menor esfuerzo, gradualmente se observa una desintegración
de la personalidad que puede alcanzar la demencia senil.(13)

Como hemos visto algunos autores piensan que una sostenida acti-
vidad intelectual puede ayudar o impedir la declinación de las ca-
pacidades cognitivas, son considerables los materiales que sugie-
ren que el mejor remedio general para la vejez es la actividad y -
poco importa en realidad de qué tipo sea ésta, siempre que su efec-
to sea el de mantener a tono los sistemas físicos, emocional, so-
cial e intelectual. Ya que una vida activa en los aspectos somáti-
co y mental puede dar lugar a la rehabilitación de muchos ancianos,
la actividad en ambos sentidos ha de ser equilibrada y sin extre-
mismos en ninguna de las partes, ya que sin lugar a duda la vida -

activa es un espléndido método de rehabilitación senil. (17)

Hay urgencia en la rehabilitación de las personas de edad integrándolas total o parcialmente a la sociedad y en la vida activa que no quiere decir existencia agitada en torbellinos de gestos y palabras, es decir, utilización al máximo de las cualidades del anciano, las fuerzas físicas que aún le quedan, la utilización de los conocimientos y de la experiencia. (17)

La actividad realizada por personas de edad tiene un interés psicológico poco conocido, la utilización de una actividad como terapia despierta por lo general un interés creciente tanto en el anciano que lo experimenta, como en el terapeuta que lo aconseja, ya que por ella el terapeuta conocerá mejor a su paciente que a través de esa actividad se mantendrá en forma y progresará en su rehabilitación si la precisaba, ya que la nueva habilidad levanta su moral al percibir que aquella interesa a los demás, recuperando así el anciano la propia estimación, ya que al comprobar que tiene la capacidad de realizar una actividad, se preocupa en superarse y la superación crea vida.

EL ASILO

La sociedad y muchas veces la familia le ponen al anciano como destino el asilo o el hospital.

El asilo de ancianos, especie de submundo al cual se supone llega el anciano para que sin preocuparse de nada y perfectamente bien atendido le sean cubiertas todas sus necesidades y pueda vivir sus últimos años tranquilamente y en paz, pero desafortunadamente un gran número de los ancianos que ingresan a un asilo desarrollan un sentimiento de "objeto inservible", pues la sociedad no los toma

en cuenta prácticamente para nada en muchos casos la misma familia los olvida en ese lugar para siempre y si a esto agregamos lo deficiente de las instalaciones, la inoperabilidad de la tecnología y métodos utilizados dentro de los mismos y la escasa capacitación del personal encargado, tendremos un cuadro aterrador de los asilos.

La mezcolanza de válidos y achacosos en extensas salas, el abandono del mobiliario personal, la alimentación uniforme y mal concebida, la insuficiencia del control médico y la separación con la vida social normal, son otros tantos atentados a la moral y al equilibrio físico psíquico de los ancianos, así internados en locales cuyo aspecto es malo y donde la inactividad aumenta la sensación de inutilidad.

Los ancianos confusos y desorientados con necesidad de buena protección, guía, supervisión o custodia, no reciben asistencia y tratamiento adecuado en muchos hogares y asilos por la ausencia principalmente de supervisión y por la clase y número de personal.

Las personas ancianas con perturbaciones mentales son mantenidas en hogares y asilos para ancianos, pero en general y desgraciadamente sin supervisión psicológica y a menudo sin el reconocimiento de los problemas y necesidades de las personas.

El grado de adaptación que los ancianos realizan en las instituciones tales como los asilos para ancianos, parece depender de su anterior experiencia en la vida, especialmente el grado de aislamiento que experimentaron antes de la admisión. (36)

Para concluir diremos que la integración social existe cuando hay una simpatía mutua entre el individuo y su ambiente social que no puede expresarse meramente por las condiciones de vida.

Un individuo que está viviendo solo en las condiciones y en el sentido material del término, puede no sentirse solo, mientras que otro dentro de un grupo familiar puede sentirse aislado. La soledad significa entonces falta de integración social, y ello se observa como una experiencia que afecta en un grado u otro a gran proporción de ancianos.

El mantenimiento de la integración social es algo más que un problema médico, desde que él depende de la actitud de nuestra sociedad. Se alcanzara una solución satisfactoria a los problemas del anciano solamente por el reconocimiento de la importancia de la unidad familiar, por la insistencia de la configuración de hábitos en los niños, que creen la responsabilidad por el cuidado de los padres ancianos y por la resistencia a la tendencia hacia la segregación de los ancianos del hogar.

La clave de la prevención, el control y la terapéutica de la patología mental en los ancianos, no se halla solamente en el individuo deteriorado, sino también y con más motivo en la comprensión del ambiente perceptual y social en los cuales vive. (25)

Una actividad útil, una casa agradable, amistades y salud son la base pero no en el todo para la edad de oro, la felicidad viene del interior, empieza estando en buena relación con uno mismo, la decisión de ser feliz o desgraciado está en cada uno en cualquier período o condición de la vida, ésta cuestión de la forma de sentir o de pensar es tan importante que los psiquiatras y gerontólogos están de acuerdo en que los síntomas de la ancianidad son más bien mentales y emocionales que físicos.

Los trabajos realizados sobre la vejez apuntan que el medio ambiente influye de una manera determinante en la aparición de los trastornos tanto físicos como mentales, que se han hecho característicos de la ancianidad, como vendrían siendo la depresión y un nivel de deterioro bastante elevado, debido estos principalmente a la inactividad y a la falta de afectos a que se ven sujetas las personas ancianas en general y en especial las institucionalizadas, aunado a todo ésto hay el rechazo de una sociedad hecha para jóvenes y en ocasiones una deficiente nutrición y una inadecuada prestación de servicios médicos y sociales tanto en cantidad como en calidad.

Algunos estudios realizados sobre la personalidad, la organización y la experiencia de la vida de los ancianos, indican la desorientación social y psicológica por las que el individuo anciano está amenazado en ambientes nocivos, de ahí que la enfermedad mental sea reconocida como uno de los riesgos más importantes de la ancianidad, atribuida en gran medida a las condiciones sociales de la comunidad, ya que debido a las mejores condiciones de vida y al avanzado desarrollo en los servicios médicos, el aparente don de una gran longevidad se convierte en una larga vida sin salud, que nos da por consecuencia no solamente una tragedia personal, sino también un grave problema social, ya que los avances tecnológicos dan lugar a jubilaciones precoces y favorecen la vida sedentaria con todas sus consecuencias.

Por tanto es necesario enfocar nuestra atención sobre el problema de la ancianidad.

De los estudios geriatricos se desprende la siguiente hipótesis:

Las personas ancianas jubiladas integradas a su familia presentan menos características psicopatológicas y un menor deterioro - que las personas ancianas institucionalizadas desligadas de su familia.

Esto se desglosa en las siguientes hipótesis:

- 1.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos jubilados y ancianos institucionalizados.
 H_1 : Si existen diferencias significativas en el nivel de deterioro entre ancianos jubilados y ancianos institucionalizados.
- 2.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianas jubiladas y ancianas institucionalizadas.
 H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianas jubiladas y ancianas institucionalizadas.
- 3.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos institucionalizados y ancianas institucionalizadas.
 H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos institucionalizados y ancianas institucionalizadas.
- 4.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos jubilados y ancianas jubiladas.
 H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos jubilados y ancianas jubiladas.
- 5.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos jubilados y ancianas institucionalizadas.
 H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianos jubilados y ancianas institucionalizadas.
- 6.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianas jubiladas y ancianos institucionalizados.

- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de deterioro entre ancianas jubiladas y ancianos institucionalizados.
- 7.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos jubilados y ancianos institucionalizados.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos jubilados y ancianos institucionalizados.
- 8.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianas jubiladas y ancianas institucionalizadas.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianas jubiladas y ancianas institucionalizadas.
- 9.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos institucionalizados y ancianas institucionales.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianas institucionalizadas y ancianos institucionales.
- 10.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos jubilados y ancianas jubiladas.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos jubilados y ancianas jubiladas.
- 11.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos jubilados y ancianas institucionalizadas.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos jubilados y ancianas institucionalizadas.
- 12.- H_0 : No existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianas jubiladas y ancianos institucionalizados.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianas jubiladas y ancianos institucionalizados.
- 13.- H_0 : No existe relación entre el nivel de deterioro y el nivel de depresión en las personas ancianas institucionalizadas.
- H_1 : Si existe relación entre el nivel de deterioro y el nivel de depresión en las personas ancianas institucionalizadas.

14.- H_0 : No existe relación entre el nivel de deterioro y el nivel de depresión en las personas ancianas jubiladas.

H_1 : Si existe relación entre el nivel de deterioro y el nivel de depresión en las personas ancianas jubiladas.

METODOLOGIA

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se utilizó un diseño experimental de tipo correlacional entre - dos grupos de ancianos: grupo A de hombres y grupo A' de mujeres - formados por ancianos jubilados integrados a su familia y el grupo B de hombres y el grupo B' de mujeres formado por ancianos institucionalizados desligados de su familia.

SUJETOS

Se tomaron dos grupos de 20 personas cada uno con las siguientes características:

Grupo A : 20 personas (10 hombres y 10 mujeres) provenientes - del Instituto Nacional de la Senectud y de la Asociación Nacional - de jubilados, la condición fue de que estuvieran jubilados y sin ningún tipo de trabajo actualmente además de que vivieran con su familia.

Grupo B : 20 personas (10 hombres y 10 mujeres) residentes en la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet" , que asistían con regularidad a los talleres de terapia ocupacional y participaban en los eventos recreativos de la institución.

Los sujetos de ambos grupos presentan las siguientes características comunes; un rango de edad de 70 a 80 años, saben leer y escribir y no tienen ningún impedimento físico o mental severo que los obligue a permanecer en la inactividad.

La selección se llevo a cabo mediante la aplicación del test ges

táltico visomotor de Bender, con objeto de descartar a todas aquellas personas que presentaran un deterioro mental severo, para lo cual el Bender fué interpretado según el sistema de variables para el análisis cualitativo de la producción según J. E. BELL, tomando en cuenta forma de las figuras, contorno, organización, orientación espacial, diferenciación de las formas, perseverancia, tamaño, omisiones.

ESCENARIO

Las pruebas fueron aplicadas en la casa particular de cada una de las personas ancianas jubiladas integradas a su familia y en la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet", donde viven actualmente las personas ancianas institucionalizadas desligadas de su familia.

INSTRUMENTOS

Para valorar el deterioro mental, se utilizo la escala de inteligencia de Wechsler (8 escalas) tomando como base sus funciones no mantenidas. Para valorar el ajuste social se utilizó el Inventario Psicológico de California (CPI), creado por Harrison Gough, que consta de 18 escalas. La mayor parte de su contenido consiste en patrones de conducta típicos y opiniones y sentimientos habituales, así como actitudes en relación al aspecto social, ético y familiar. Es un instrumento eficaz en la detección del ajuste personal y social inadecuado, lo cual se expresa en puntajes por debajo de la calificación T 50 del perfil en general.

PROCEDIMIENTO

A través de la asistencia diaria a la institución "Arturo Mundet" se estableció contacto con los ancianos, logrando su confianza y -

aceptación. Posteriormente se procedió a la aplicación de las pruebas, con las consignas habituales, programando sesiones breves con grandes periodos de descanso para evitar el agotamiento normal en los ancianos.

Una vez terminado nuestro trabajo en ésta institución, recurrimos al Instituto Nacional de la Senectud y a la Asociación Nacional de Jubilados, donde nos fue proporcionado un directorio de sus afiliados, procediendo después a visitar sus domicilios particulares logrando su confianza y aceptación, para proceder a la aplicación de las pruebas en sus propios domicilios, con las consignas habituales.

PROCESAMIENTO ESTADISTICO

El tratamiento estadístico que se dió a las pruebas para aceptar o rechazar las hipótesis fué la T de student, con un nivel de significancia de .05, por ser éste procedimiento el más adecuado debido al tamaño de la muestra.

La T de student se define por el cociente de la diferencia de medias y el error típico de dicha diferencia.

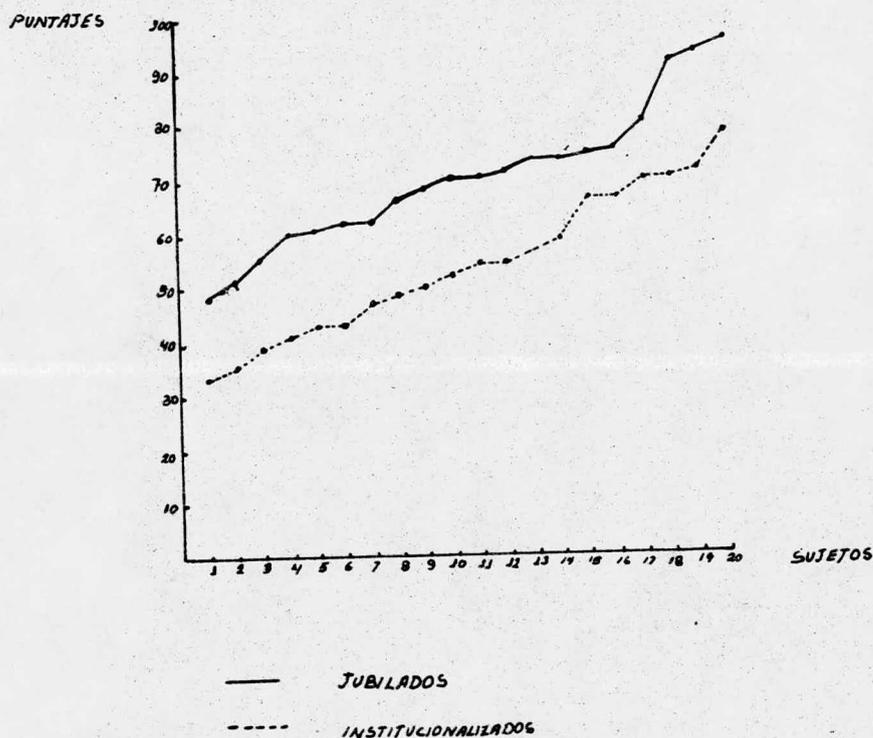
$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{\bar{DX}}}$$

Para obtener la correlación entre el deterioro mental (Wechsler) tomando como base sus funciones no mantenidas y los resultados del C.P.I. de cada tipo de población, se utilizó el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson a partir de las desviaciones con respecto a las medias.

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

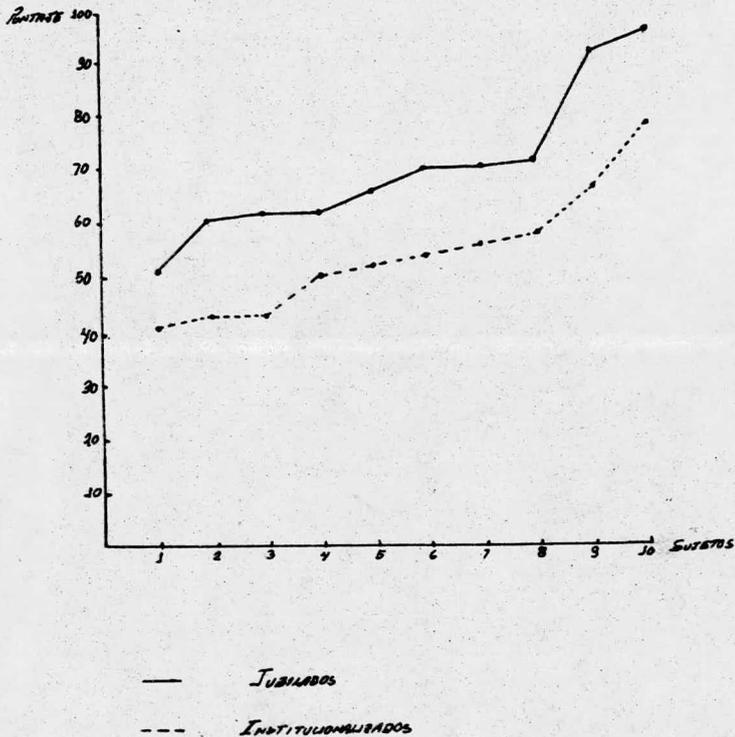
RESULTADOS

Gráf. I



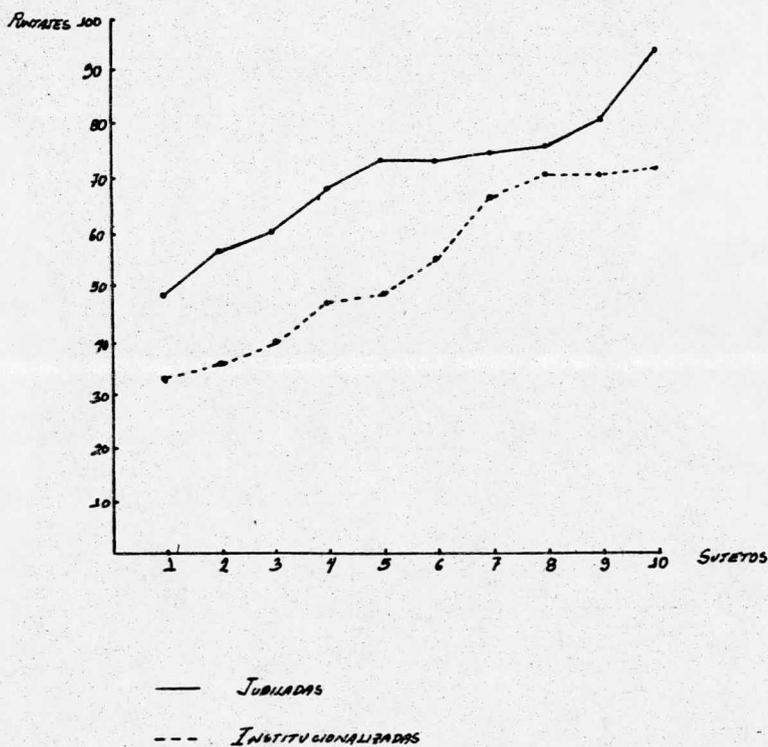
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret. Dígitos, símbolos y dígitos, diseño con cubos) del total de la población .

Gráf. 2



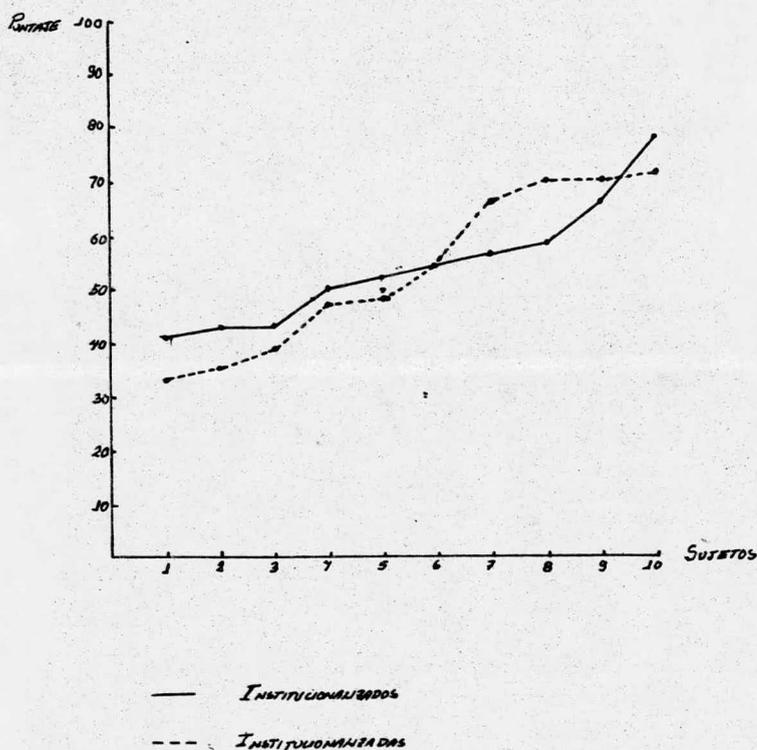
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret. digitos, simbolos y digitos, diseño con cubos) del total de la población masculina.

Gráf. 3



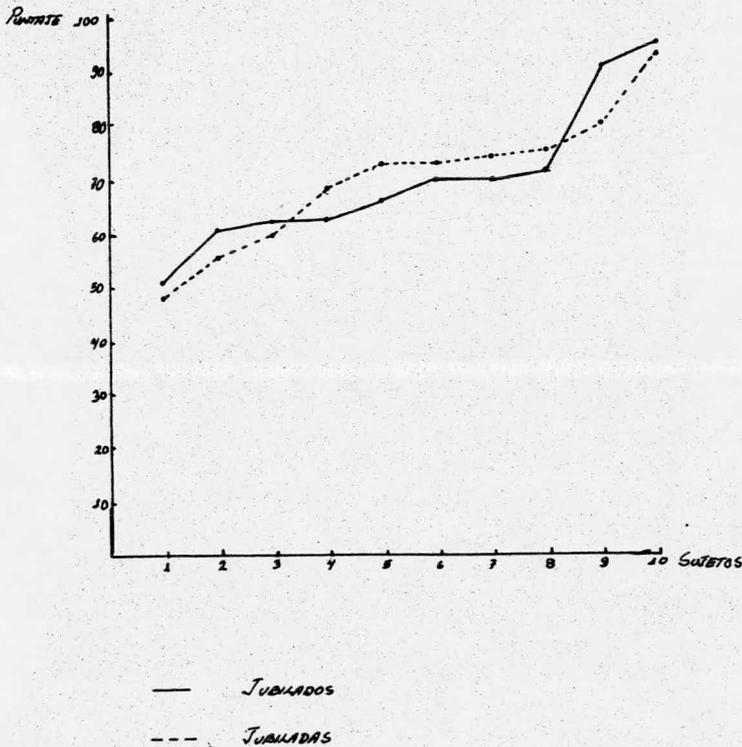
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret.digitos, simbolos y digitos, diseño con cubos) del total de la población femenina.

Gráf. 4



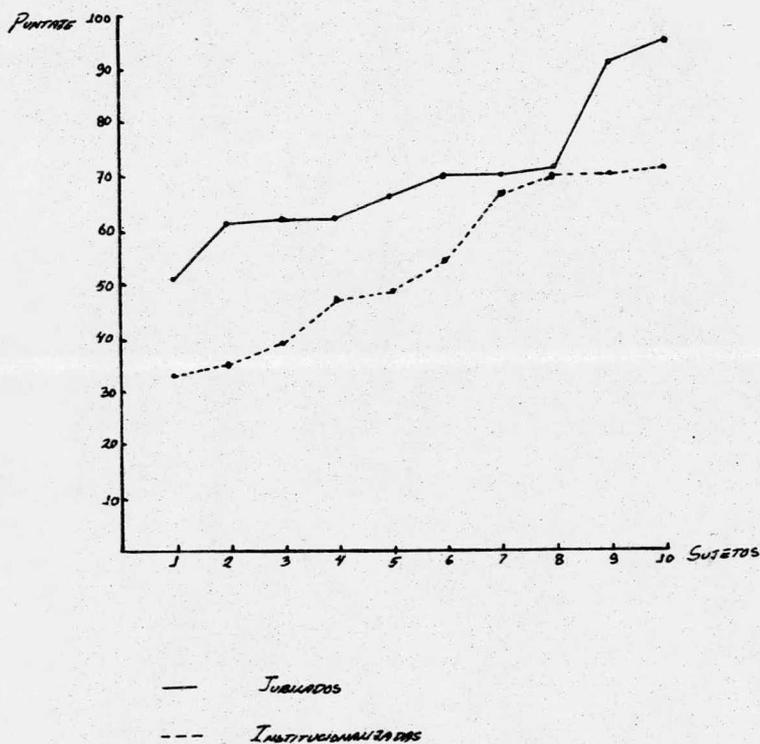
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret. digitos, simbolos y digitos, diseño con cubos) del total de la población de ancianos institucionalizados.

Gráf. 5



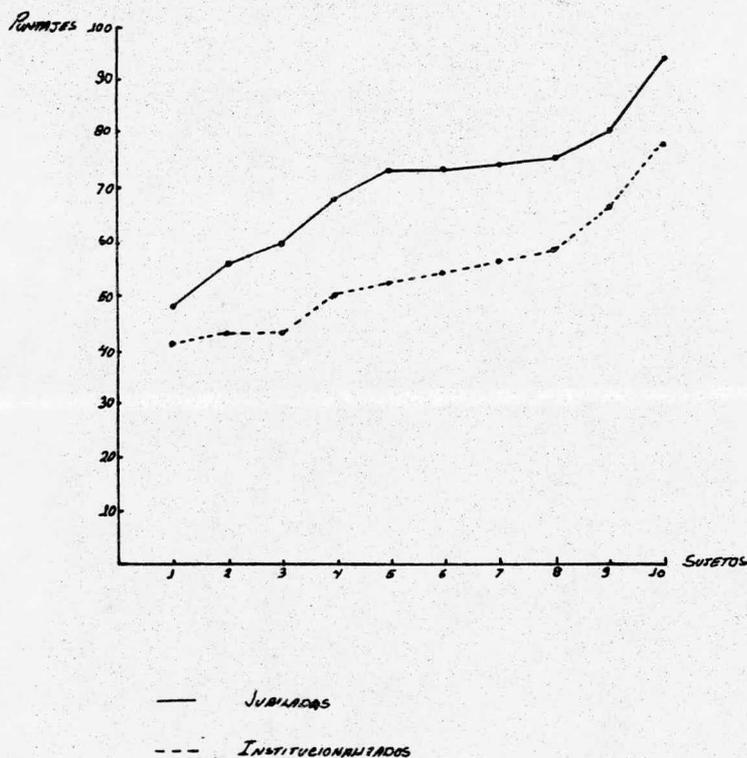
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret. digitos, simbolos y digitos, diseño con cubos) del total de la población de ancianos jubilados integrados a su familia.

Gráf. 6



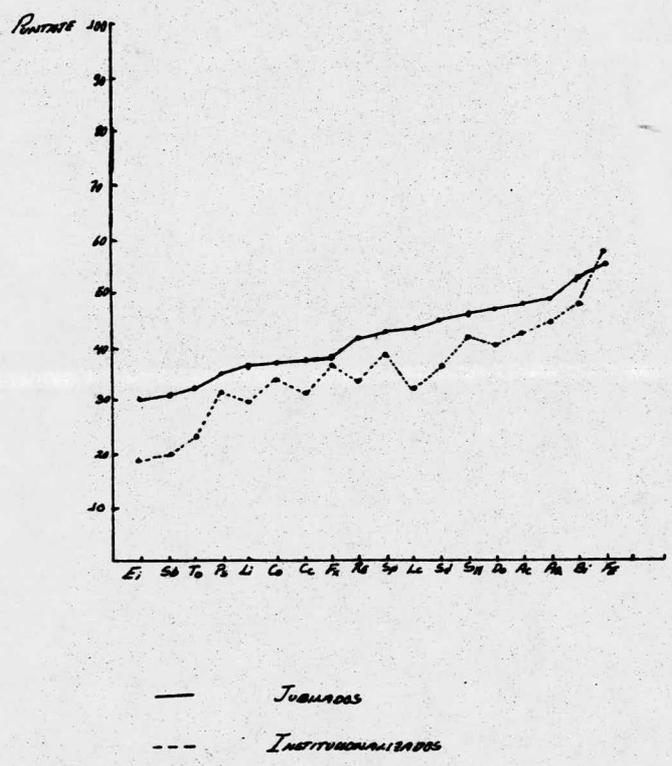
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret.digitos, simbolos y digitos, diseño con cubos) de la población masculina del grupo A y de la fememina del grupo B'.

Gráf. 7



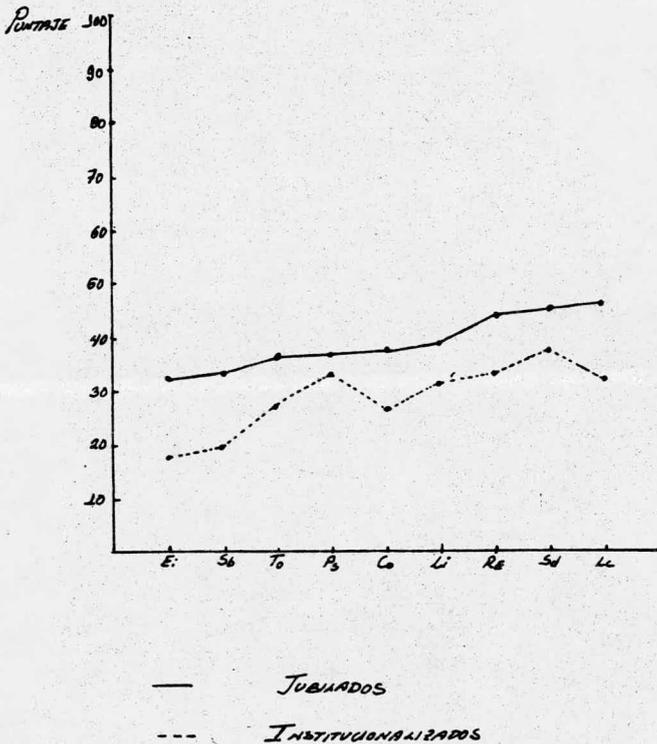
Suma de los puntajes crudos de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler (semejanzas, ret. digitos, simbolos y digitos, diseño con cubos) de la población femenina del grupo A' y de la masculina del grupo B.

Gráf. 8



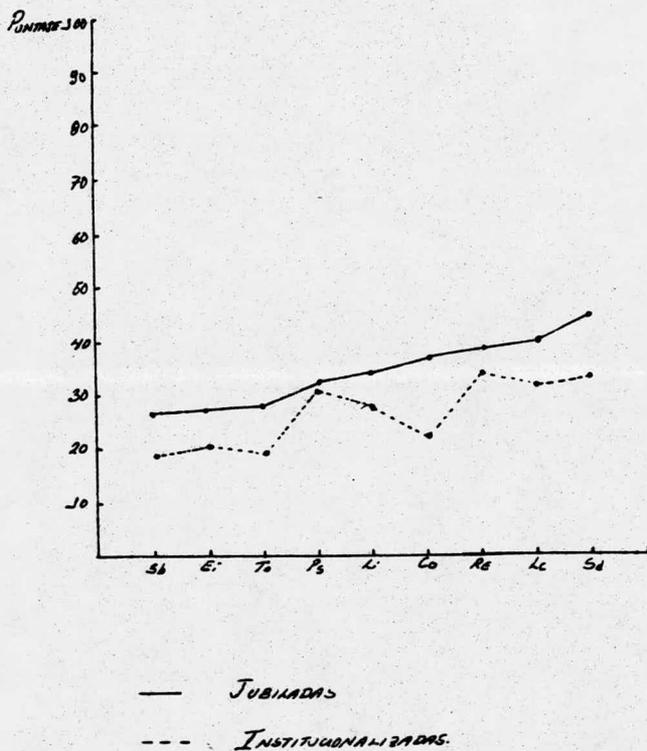
Promedio de la puntuación T de cada una de las escalas del C.P.I. del total de la población.

Gráf. 9



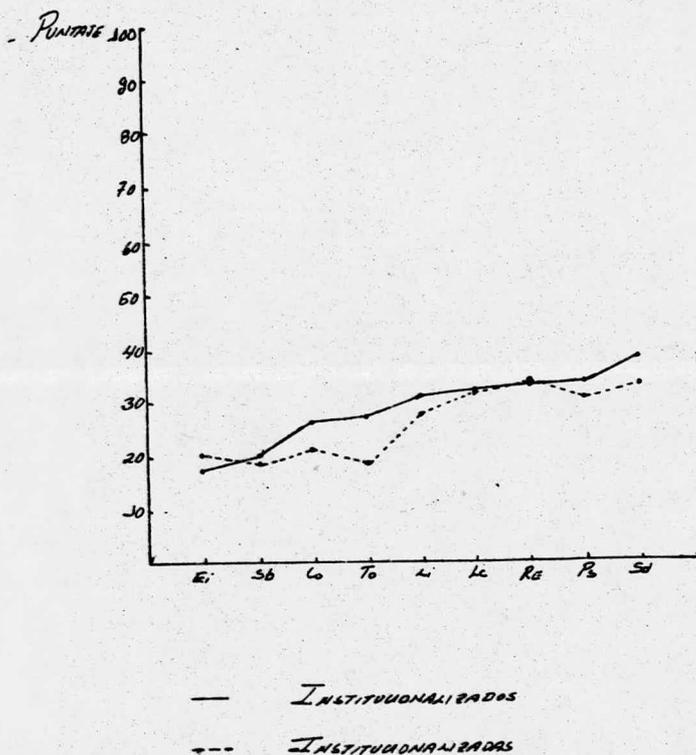
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student , del total de la población masculina.

Gráf. 10



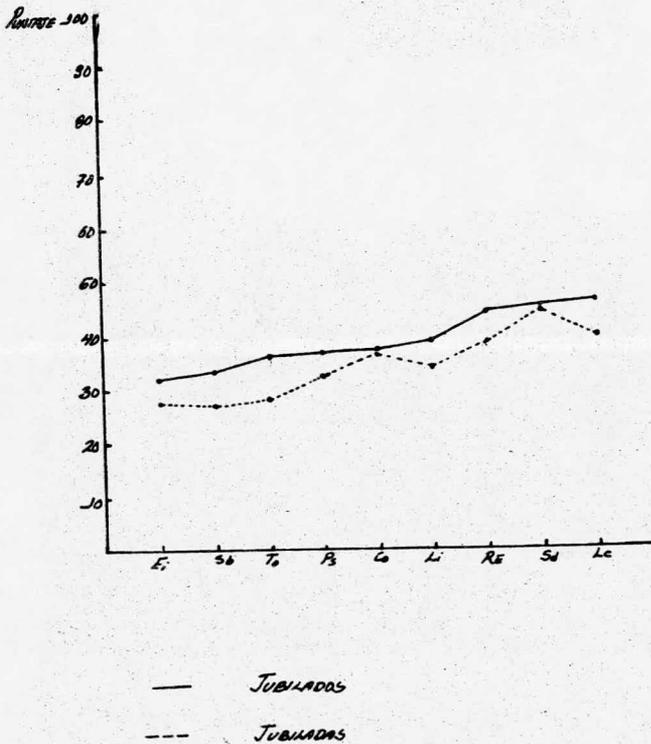
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que se encontro diferencia significativa a nivel .05 en T student, del total de la población femenina.

Gráf. II



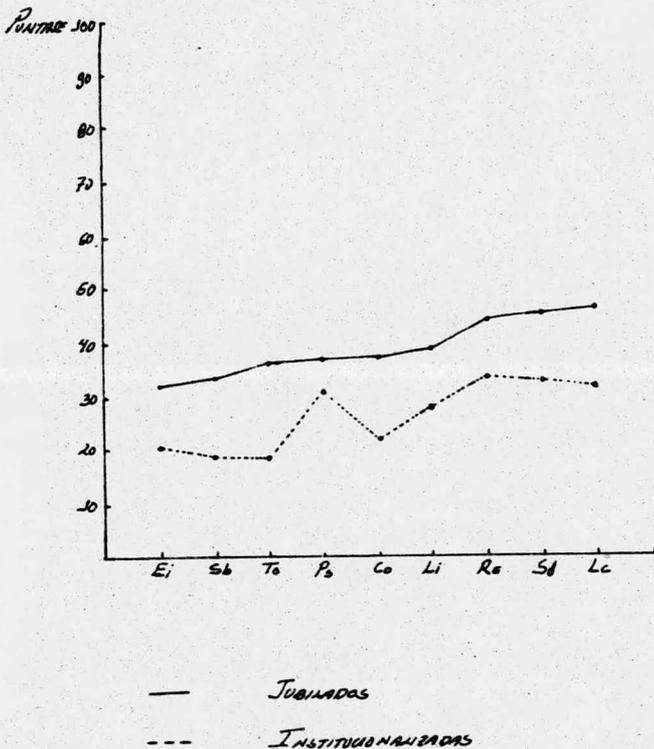
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. del total de la población de ancianos institucionalizados, no se encontró diferencia significativa a nivel .05 en t student .

Gráf. 12



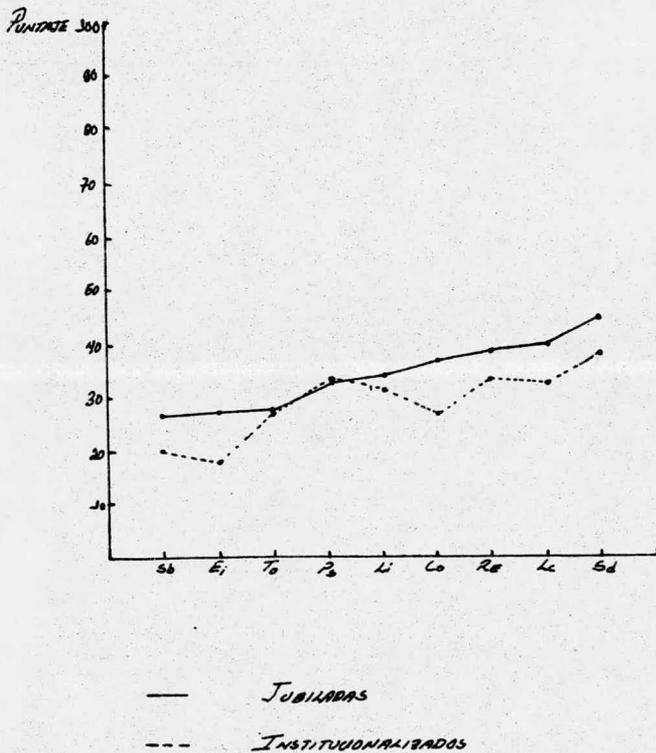
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. del total de la población de jubilados integrados a su familia, no se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student.

Gráf. 13



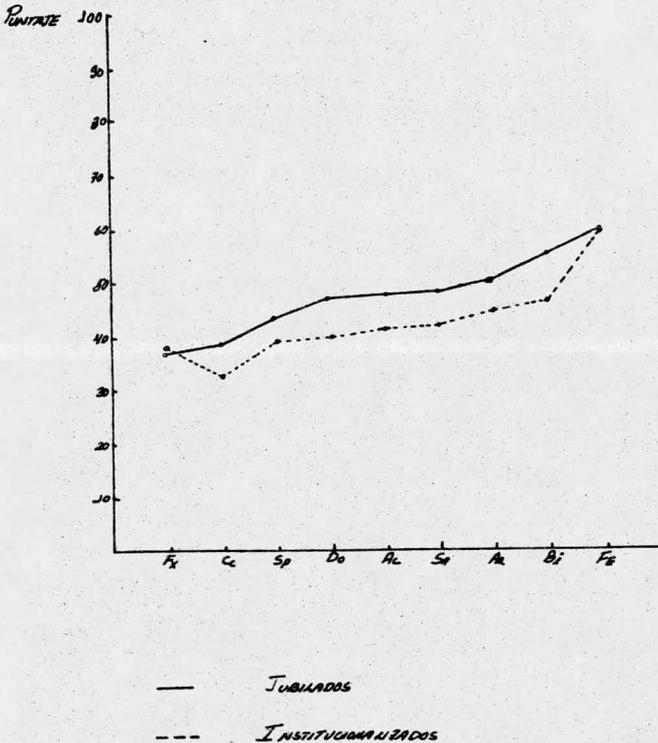
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, de la población masculina del grupo A y de la femenina del --- grupo B'.

Gráf. 14



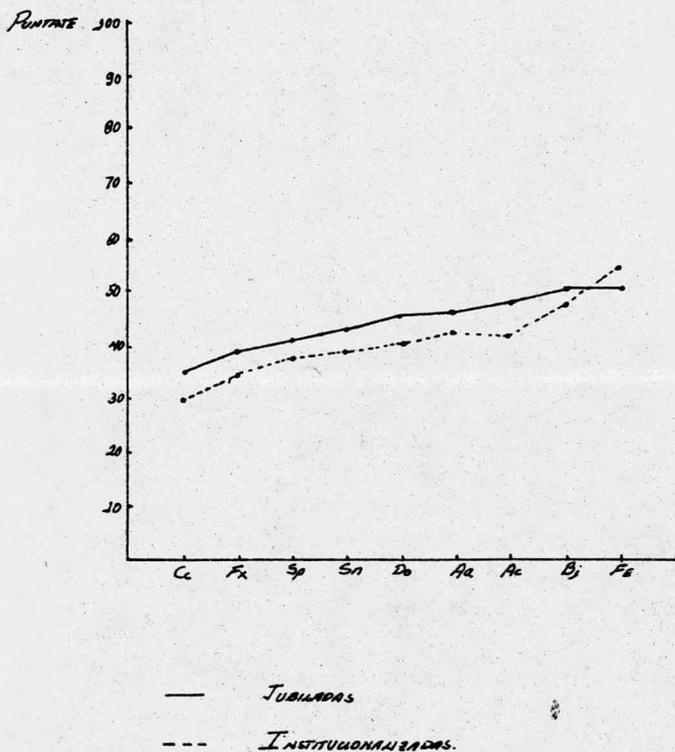
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, de la población femenina del grupo A' y de la masculina del grupo B.

Gráf. 15



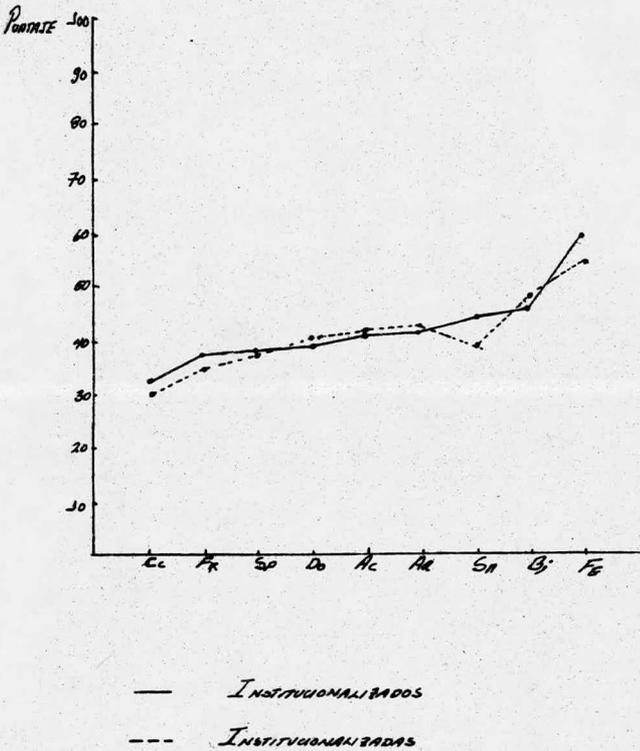
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que no se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, del total de la población masculina.

Gráf. 16



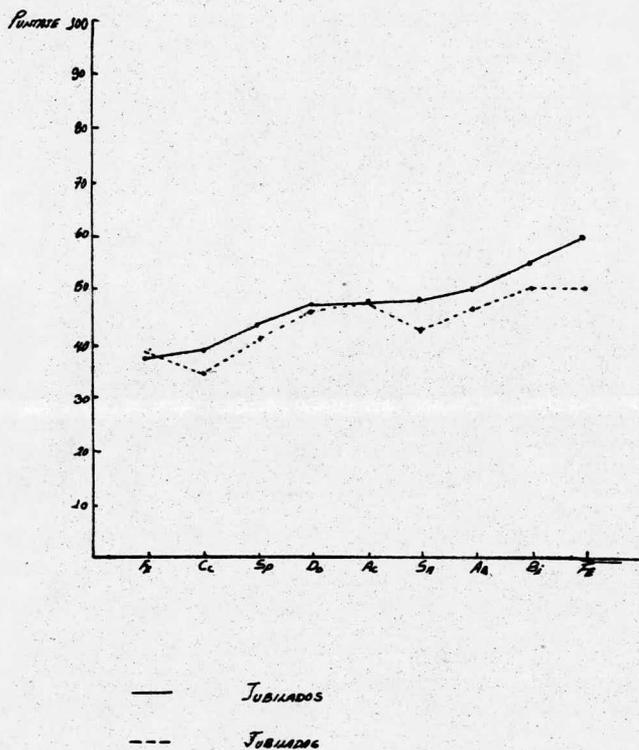
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que no se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, del total de la población femenina.

Gráf. 17



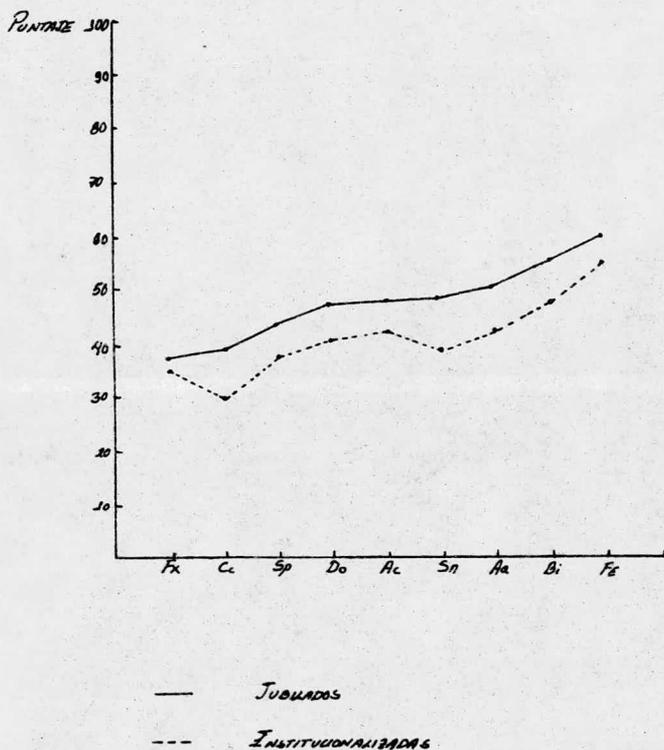
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.F.I. en las que no se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, del total de la poblacion de institucionalizados.

Gráf. 18



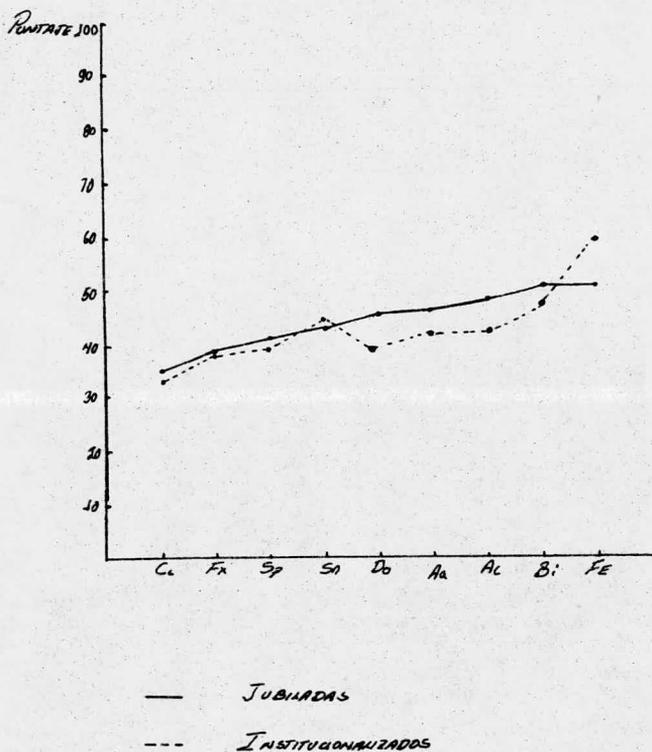
Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.F.I. en las que no se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, del total de la población de jubilados integrados a su familia.

Gráf. 19



Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que no se encontro diferencia significativa a nivel .05 en t student, de la población masculina del grupo A y de la población femenina del grupo B'.

Gráf. 20.



Promedio de la puntuación T de cada una de las 9 escalas del C.P.I. en las que no se encontró diferencia significativa a nivel .05 en t student, de la población femenina del grupo A' y de la población masculina del grupo B.

TABLA I

Correlación de Pearson entre el nivel de deterioro mental a través de las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler y las 18 escalas del C.F.I.

ESCALAS	NO INSTITUCIONALIZADOS	INSTITUCIONALIZADOS
Do	$r = 0.26$	$r = 0.02$
Sd	$r = 0.53 *$	$r = 0.05$
Ps	$r = 0.38$	$r = 0.40$
Sb	$r = 0.41$	$r = 0.09$
Re	$r = 0.52 *$	$r = 0.07$
To	$r = 0.15$	$r = 0.13$
Co	$r = 0.68 *$	$r = 0.19$
Li	$r = 0.16$	$r = 0.18$
E1	$r = 0.36$	$r = 0.05$
Fx	$r = 0.35$	$r = 0.20$
Sp	$r = 0.31$	$r = 0.22$
Lc	$r = 0.12$	$r = 0.07$
E1	$r = 0.08$	$r = 0.03$
Ac	$r = 0.11$	$r = 0.00$
Sn	$r = 0.14$	$r = 0.30$
Aa	$r = 0.39$	$r = 0.31$
Co	$r = 0.40$	$r = 0.09$

NIVEL DE SIGNIFICANCIA .05

r mayor de .44 se acepta la H_1

ANALISIS DE RESULTADOS

Como se observa en la gráfica 1, los resultados obtenidos muestran que es altamente significativa la diferencia existente entre los ancianos jubilados integrados a su familia y los ancianos institucionalizados, en lo que se refiere a su nivel de deterioro mental, tomando como base las funciones no mantenidas de la prueba de Wechsler, (semejanzas, retención de dígitos, símbolos y dígitos, diseño con cubos), se observa un mayor deterioro en los ancianos institucionalizados, por lo que concluimos, que los ancianos jubilados integrados a su familia presentan una mejor coordinación visomotora, una adecuada destreza psicomotora y una buena capacidad para captar relaciones espaciales y resolver problemas que se les presentan, características que encontramos muy debilitadas en los ancianos institucionalizados, debido esto probablemente a la inactividad a que se ven sujetos, así como a la falta de afecto y estimulación.

Lo anterior lo podemos corroborar observando la gráfica 2, en la que se nos presenta una diferencia clara y significativa entre jubilados e institucionalizados (hombres), con respecto a su nivel de deterioro mental, lo cual es comprobado a través de la T de student con un nivel de significancia de .05, que nos da un resultado de -2.82, Concluimos por lo tanto que los ancianos institucionalizados presentan un mayor deterioro mental y por lo tanto aceptamos la hipótesis I.

En la gráfica 3 observamos, que entre las mujeres jubiladas e institucionalizadas existe una gran diferencia en cuanto a su nivel de deterioro, observando este en un grado mayor en las institucionalizadas, siendo comprobado a través de la T de student con un nivel de significancia de .05, obteniendo un resultado de 2.67 por lo que se

acepta la H_2 .

En la gráfica 4 podemos observar, que entre ancianos institucionalizados (hombres y mujeres) no existe diferencia significativa en su nivel de deterioro mental, lo cual es comprobado a través de la T de student con un nivel de significancia de .05, que nos da un resultado de 0.13.

En la gráfica 5 observamos, que entre ancianos jubilados integrados a su familia (hombres y mujeres) no existe diferencia significativa en su nivel de deterioro, habiendo obtenido una T de 0.17, con un nivel de significancia de .05, por lo que concluimos, al observar la gráfica 4 como la 5, que entre personas pertenecientes al mismo grupo, independientemente de su sexo, no existe diferencia en su nivel de deterioro mental, debido ésto probablemente a que al pertenecer a un mismo grupo tienen el mismo estilo de vida con sus privaciones o carencias o con una adecuada estimulación y necesidades satisfechas. Por lo tanto mediante ambas gráficas quedan rechazadas tanto la H_3 como la H_4 .

En la gráfica 6 podemos observar, una marcada diferencia significativa entre jubilados (hombres) e institucionalizadas (mujeres) con respecto a su nivel de deterioro mental, lo cual fue estadísticamente significativo a nivel .05, habiéndose obtenido una T de - - 2.38, presentando un mayor deterioro las institucionalizadas, aceptándose por lo tanto la H_5 .

Los resultados de la gráfica 7 nos muestran que entre jubiladas (mujeres) e institucionalizados (hombres) existe una clara diferencia significativa, presentando un mayor nivel de deterioro mental los institucionalizados, lo cual se corrobora mediante un nivel de significancia de .05, habiéndose obtenido una T de 2.93 por lo -

que se acepta la H_1 6.

Como observamos en la gráfica 8, los resultados obtenidos a través del C.P.I nos muestran que existe cierta diferencia entre los ancianos jubilados integrados a su familia y los ancianos institucionalizados, presentando estos últimos un menor puntaje T en todas las escalas del C.P.I y especialmente en (Ei, Sb, To, Lc), lo que - los muestra como personas con escasos intereses, pesimistas simples retraídas, limitadas, en pensamiento y acción, así como desconfiadas e incrédulas en su visión social, por lo que concluimos, que son personas con un nivel de depresión más alto que el de los ancianos jubilados integrados a su familia, debido esto probablemente a la - institución en sí y a lo que ésta trae como consecuencia, al no ofrecer a los residentes actividades de su agrado, al cortarles su - creatividad limitándoles su acción, a un bajo nivel de nutrición y a la falta de afectos a que se ven sujetos además de un trato inadecuado de parte del personal de la institución, personal no capacitado ni motivado para tratar con personas ancianas. En cambio en las personas ancianas jubiladas integradas a su familia, podemos observar, que se presentan como personas respetuosas y acogedoras, sociables y amigables con los demás, respetuosas de la autoridad, las costumbres y la tradición, aunque metódicas y conservadoras como las institucionalizadas. por medio de los resultados vertidos en esta gráfica y en la gráfica I queda aceptada la hipótesis básica.

Como podemos observar en la gráfica 9, entre ancianos jubilados integrados a su familia y ancianos institucionalizados (hombres) - existe una clara diferencia en el puntaje T obtenido en las 9 escalas del C.P.I. , que resultaron estadísticamente significativas a nivel .05 (Ei, Sb, To, Ps, Go, Li, Re, Sd, Lc) de las cuales 7 son - significativas en esta gráfica (Sd, Re, To, Go, Lc, Li, Ei,) por lo

que concluimos , que los institucionalizados tienen escasos intereses y son más distraídos, descuidados y ansiosos que los jubilados integrados a su familia, características que nos dan un nivel de de pre si ón bastante alto. En est á gr á fi ca también podemos observar en base a (Ps), que tanto los no institucionalizados como los institu- cionalizados son corteses y cautelosos. Por lo que se acepta la H_17 .

Como podemos ver en la gráfica 10, entre jubiladas e institu- cionalizadas (mujeres) existe diferencia significativa a nivel .05, en solo 3 de las 9 escalas (Sd, To, Co), por lo que podemos afirmar, - que las institucionalizadas presentan en un grado mayor las siguie nt es características; son más inhibidas, sumisas y tímidas, se encuen tran más resentidas, además de mostrarse más defensivas, olvidadizas e indiferentes, características que nos dan por resultado un mayor nivel de depresión. En ést a gr á fi ca al igual que en la anterior ob- servamos, que en base a (Ps), tanto las jubiladas como las institu- cionalizadas son mujeres cautelosas y convencionales. En base a los resultados vertidos en est á gr á fi ca queda aceptada la H_18 .

En la gráfica II observamos, que entre hombres y mujeres institu- cionalizados no existe diferencia significativa a nivel .05, en nin gun a de las 9 escalas, pero observando la gráfica nos podemos dar - cuenta, que existe una pequeña diferencia en 2 escalas (Co, To), lo cual hace a las mujeres un poco más retraídas y tímidas que los hom b res aunque en general concluimos, que el gr u p o t o t a l e i n stitu ci o n a l i z a d o s presenta el mismo nivel de depresión, por lo que se rech az a la H_19 .

En la gráfica 12 observamos, que no existe diferencia significa- tiva a nivel .05 , en ninguna de las 9 escalas, por lo que conclui mos

mos que, el grupo total de jubilados integrados a su familia presenta el mismo nivel de depresión notándose en especial, que tanto los hombres como las mujeres (Co, Sd) son sugestionables por las reacciones y opiniones de los demás. En base a éstos resultados se rechaza la H_{10} . Tanto esta gráfica como la anterior nos corroboran los resultados de las gráficas 4 y 5 .

Como podemos observar en la gráfica 13, entre jubilados (hombres) e institucionalizadas (mujeres) existe una clara diferencia significativa a nivel .05 en las 9 escalas, observándose un mayor nivel de depresión en las institucionalizadas al presentarse estas como - personas desconfiadas, autocompasivas, indiferentes, además de olvidadizas y poco formales. También podemos observar, que en base a - (Ps), tanto los jubilados como las institucionalizadas son pasivos y poco originales en pensamiento y juicio. En base a éstos resultados se acepta la H_{11} .

En la gráfica 14 observamos, que existe sólo diferencia significativa a nivel .05, en (Re, Co), entre jubiladas (mujeres) e institucionalizados (hombres), pero observando la gráfica nos damos cuenta que los institucionalizados presentan menos interés y son más - distraídos y olvidadizos, además de mostrar una conducta más apática en general, que las jubiladas, por lo que concluimos, que tienen un mayor nivel de depresión. Podemos darnos cuenta también, que en las escalas (To, Ps, Li), las puntualizaciones T son casi similares, motivo por el cual las jubiladas como los institucionalizados presentan las siguientes características comunes; son desconfiados e incredulos en su visión social e inseguros para tomar decisiones. Mediante la observación de esta gráfica queda aceptada la H_{12} .

Como podemos observar en las gráficas: 15, 16, 17, 18, 19, 20, -

los resultados obtenidos nos muestran, que no se encontró diferencia significativa a nivel .05 en T de student, en las siguientes escalas (Fx, Cc, Sp, Do, Ac, Sn, Aa, Bi, Fe), por lo cual quedan corroborados los resultados de las gráficas de la 9 a la 14, que nos muestran en general, que los ancianos institucionalizados, tanto los hombres como las mujeres, presentan un mayor nivel de depresión, que los jubilados integrados a su familia, en base a que se muestran más apáticos, indiferentes, sumisos, tímidos, se sienten incómodos y torpes en situaciones sociales nuevas y evitan situaciones de tensión y decisión, además de carecer de confianza en si mismos.

La tabla I nos muestra, los resultados obtenidos al correlacionar las funciones no mantenidas de Wechsler con cada una de las escalas del C.P.I. , a través de la r de Pearson, con un nivel de significancia de .05 , tanto en el grupo de los jubilados integrados a su familia como en el de los institucionalizados desligados de su familia.- En base a los resultados observamos, que en el grupo de ancianos institucionalizados no existe correlación entre el deterioro mental obtenido y las escalas del C.P.I., en cambio en los jubilados integrados a su familia observamos, que se da la correlación entre el deterioro mental y tres de las escalas de C.P.I. (Sd, Re, Co), por lo que concluimos, que en los jubilados influye el deterioro mental para que se muestren olvidadizos, convencionales y sugestionables por las reacciones y opiniones de los demás, situación que en los institucionalizados no se da, observandose que en ellos influye de una manera más determinante el medio ambiente tanto para determinar su nivel de deterioro mental como para determinar su nivel de depresión, aunque en diferente grado.

CONCLUSIONES

El presente estudio corrobora las afirmaciones hechas por los teóricos de la ancianidad en el sentido de que el medio ambiente influye de una manera determinante en la aparición y aceleración de los trastornos tanto físicos como mentales de las personas ancianas, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.

Limitándonos al caso de México, al cuestionar y analizar para poder valorar la situación, en que una gran mayoría de ancianos viven actualmente, nos damos cuenta que la creciente complejidad de las tareas que la sociedad moderna exige, no solo están desplazando a los ancianos que tienen una serie de limitaciones propias de la edad, sino también a las personas de edad mediana, que carecen de habilidades especializadas, ya que dado que los ancianos producen menos, en una sociedad compleja como la muestra consecuentemente tienen un menor número de incentivos y sufren un descuido cada vez mayor, por lo que la situación de las personas ancianas es muy difícil y plantea problemas delicados, tanto para los que residen en instituciones como para los que viven con sus familiares, ya que con el tiempo las personas ancianas suelen volverse susceptibles y nerviosas. Ello se debe a que en general se refugian en el recuerdo de un pasado en el que eran o creen haber sido más importantes y respetados, provocando con esta actitud un aislamiento social que les va a ocasionar serios problemas psicológicos notándose éstos de una manera más marcada en los ancianos institucionalizados, debido esto probablemente a que los ancianos al ingresar a una institución, desarrollan un sentimiento de minusvalía, pues piensan que la sociedad ha dejado de tomarlos en cuenta al igual que sus familiares, ya que muchas veces estos los olvidan en ese lugar para siempre, y si aunamos a todo esto la ineficiencia de las instituciones y de su personal, tenemos por consecuencia personas ancianas con graves problemas físicos y psicológicos. -

Por tanto insistimos en que hay que desarrollar una conciencia ético-social y cultural en favor de la no desintegración del núcleo familiar por razones de edad. Los hogares para ancianos sólo deben - constituir el medio excepcional de albergar personas de edad provecta carentes de parientes próximos, ya que el sitio del anciano está en el hogar que contribuyera a fundar y a sostener con su espíritu y trabajo.

Sabemos por otra parte que algunos factores sociales afectan de manera directa el estado de salud de los ancianos, como lo es la industrialización, que los ha desplazado y aislado de la sociedad privándolos de satisfacciones que proporciona el sentirse útil y necesario al desempeñar un trabajo e interrumpiendo con esto sus relaciones sociales con sus compañeros de trabajo y con sus contemporáneos, ocasionándose además cambios en la actitud familiar con respecto al anciano, provocándose por lo tanto en los ancianos una inadaptación social, que se ha convertido en uno de los grandes problemas de actualidad, problemas que comienzan al ser desplazado, el anciano del sistema, al negársele el derecho a trabajar, al menospreciar su experiencia y al desplazarlo progresivamente del núcleo familiar, y en general cuando a través de los medios de publicidad, - se comunica una imagen negativa de ellos.

Como consecuencia de lo anterior constatamos lo dicho por Belknap (18), que los cambios abruptos de condición en la vida de las personas ancianas producidos por cambios en la familia u otras instituciones sociales se traducen en trastornos mentales, ya que como afirma Mayer (52), las tensiones sociales contribuyen a causar las enfermedades mentales, lo que se corrobora al revisar un estudio interdisciplinario realizado por Butler en 1963, quien concluye que - muchas manifestaciones que hasta el presente se asocian con el envejecimiento per-se no son más que reflejos de enfermedades físicas,

variables de personalidad, y efectos socioculturales.

Constatamos también que las personas de edad se conservan en un estado relativo de buena salud y siguen siendo capaces de vivir de un modo vigoroso y constructivo cuando realizan alguna actividad y no difieren mayormente de las personas más jóvenes, indicando también que para aquéllos que tienen condiciones de vida satisfactoria, el estado físico puede constituir el determinante más importante de las diferencias individuales, ya que existe una estrecha relación entre la salud y la vida activa, pues sin salud las actividades para participar en la vida de la comunidad disminuyen o desaparecen y sin actividad la salud decae, ya que las funciones que no se ejercitan se atrofian.

La prevención de la vejez debería empezar temprano y consistir - en primer lugar, en una higiene de vida, que ciertamente no se suele observar, y que el modo actual de vivir hace cada vez más necesario y al mismo tiempo más difícil, Es primordial la higiene mental, alternando regularmente el ejercicio y el reposo, las distracciones y el sueño.

Los gerontólogos modernos afirman, que lo que importa no es cuánto se envejece sino cómo se envejece, dicho en otras palabras; la - nueva manera de enfocar el problema, es la de procurar conservar al hombre en pleno vigor el mayor tiempo posible, aunque la duración - de su vida no se alargue extraordinariamente, esto es a todas luces más deseable, que la pretención de prolongar su vida para mantenerla un gran número de años sin otra posibilidad que la de permanecer amodorrado, matando el tiempo durante largas horas.

Ahora más que de corregir enfermedades que se consideraban propias de la edad avanzada, de lo que se trata es de evitar los acha-

ques de la vejez, mediante una mejor comprensión de los problemas físicos, psicológicos e incluso económicos de las personas que han cumplido los 65 años, a fin de ayudarlos a llevar la vida activa que les es tan necesaria para su salud, por lo que el papel principal de la psicoterapia en las personas de edad, es el de proporcionar apoyo emocional, reduciendo la ansiedad y hostilidad, fomentándose al mismo tiempo un sentido de seguridad y autoestima.

Se debe intentar también satisfacer las necesidades que tiene el anciano de sentirse querido, ligado a un grupo donde se le reconocen sus méritos y su manera de ser.

Es necesario considerar con atención el carácter del trabajo del anciano, en tanto que el anciano que no puede trabajar hay que asignarle algún tipo de terapia ocupacional, ya que ésta terapia sirve para distraer al anciano de las penosas preocupaciones que tiene respecto de sí mismo y a la vez le reporta la satisfacción de llevar a cabo diversas actividades en cuanto al trabajo en sí.

Con respecto a lo anterior pudimos observar que tanto en las mujeres institucionalizadas como en las no institucionalizadas la característica más notable fue que ambos grupos de mujeres manifiestan un desarrollo psicológico menos conflictivo y una mejor adaptación a la ancianidad que los hombres, debido esto probablemente a que en la mujer no se desarrolla el sentimiento de inutilidad tan bruscamente como en el hombre ya que sigue trabajando en las labores dentro del hogar lo cual le permite una mayor interacción con el mundo que la rodea y por consiguiente una menor declinación de sus facultades tanto físicas como psicológicas.

Por lo que pudimos observar la recreación es también un aspecto

importante dentro del medio terapéutico del anciano neurótico, de modo que el terapeuta debe reconocer de que elementos se dispone dentro de la comunidad. También debe procurar adaptar las actividades recreativas y los intereses, a sus necesidades, intereses y técnicas particulares, de igual importancia son el mantenimiento de la nutrición del anciano y el cuidadoso manejo de su salud, dando tratamiento temprano a cualquier enfermedad que aparezca.

Dentro de las instituciones o asilos los terapeutas de recreo y ocupación, la atención médica, la rehabilitación, y todos los servicios personales desde la quiropeidia y el cuidado del cabello son vehículos para una buena terapia. Todo el ambiente físico desde las ayudas en la orientación hasta las diversiones musicales, son técnicas de influencia beneficiosa, por su capacidad para promover el esfuerzo cooperativo y el interés entusiasta por y la comprensión del anciano y el grupo de ancianos, con ésto el terapeuta puede aumentar la probabilidad de que los transtornos del comportamiento sean mejorados y disminuido el sufrimiento personal.

Rappoport (37), considera que los ambientes ricos en estimulación pueden ayudar al desarrollo del sistema nervioso central no sólo en los niños sino también en los ancianos. Investigaciones recientes hechas al respecto revelan, que en la ancianidad siguen existiendo habilidades intelectuales, las cuales pueden continuar siendo utilizadas si se rodea al individuo de una estimulación visual y auditiva rica en objetos, colores, paisajes, música agradable y reconfortantes sesiones de películas sobre la naturaleza, donde los colores vivos hacen sentir al anciano libre y confortable. Todo ésto en concordancia con la actividad y un régimen de dieta adecuado produce un cambio decisivo en los factores de personalidad y un mejoramiento psicológico, como también un incremento en la -

agudeza mental, ya que se ha comprobado que un ambiente rico en estímulos visuales, auditivos y táctiles, decremента el declive de las funciones cerebrales.

En lo que se refiere a la demencia senil, ésta en su forma moderada debe atenderse en el hogar, ya que es ahí donde se han empo- trado profundamente las raíces del individuo, a menos que existan circunstancias que amenacen la seguridad del anciano en su ambiente familiar, ya que habitualmente el anciano es más feliz ahí, que en la rutina desacostumbrada y más o menos rígida de una institución, donde los hábitos de toda una vida tienen que reconstruirse.

La terapia en la que el psicólogo o la persona que funciona como tal dan apoyo, suele ser útil en las primeras etapas de la enfermedad, ya que satisface las necesidades de dependencia del paciente, pero es importante aconsejar a la familia acerca de cuan necesario es proporcionar al anciano vías de satisfacción y cambiar el ambiente hogareño de manera que las limitaciones del individuo senil no sean una carga tan pesada. Como ya se mencionó en el cuidado de la mayoría de los ancianos es importante proporcionar iluminación adecuada, amigos estimulantes y evitar la sobreprotección y el aislamiento social.

También se hace necesario la preparación de un vasto programa de acción social médica para proteger a un sector, que no solo es numeroso en el presente, sino que lo será aún más a corto plazo, pero esto sólo será posible si la comunidad dispone de todos los recursos y vuelca su interés en tan magno problema.

Hemos podido visualizar, que el envejecimiento es inherente a la vida de todo ser humano. Esto nos va marcando algunas limitaciones en nuestra vida, pero también se ha podido observar que más -

que éstas deficiencias orgánicas, son los condicionamientos y represiones sociales los que nos imponen una verdadera imposibilidad de seguir desarrollandonos en todos los aspectos.

Si logramos realizar un cambio a todo este panorama, la ancianidad quizá entonces no sea tan espantable como la imaginamos o al menos, no lo será para quienes puedan reconocer, que la ancianidad es la edad de la sabiduría.

El anciano no merece que se le ofenda con el menosprecio, la burla o la represión, ni que se le segregue y abandone, tampoco que se le enfrente con lástima o compasión. El anciano es digno de una gran estima y de un gran reconocimiento individual y social.

¿Pero qué se puede hacer para ayudar a los ancianos? la respuesta a está pregunta puede parecernos muy complicada o difícil, sin embargo basta que pensemos un poco en lo que debería hacer un anciano en su vida diaria. Por supuesto como ser humano que es, deberá poder hacer cualquier cosa como cualquier otra persona. claro está que la sociedad deberá ayudarlo al igual que ayuda a un niño.

Primeramente se deberá erradicar los estereotipos del anciano, se deberá educar a la gente en las posibilidades que tiene en la edad avanzada, se debe invitar a colaborar a los jubilados en las empresas en que laboraron o en otras, en la capacitación de los empleados nuevos, en labores de docencia o como asesores para el desarrollo de nuevas ideas. Ya que si se logra conjuntar experiencia con fuerza, podremos lograr grandes mejoras en todos los niveles.

Hay que proveer a los ancianos con facilidad, todos los avances

de la tecnología para que puedan subsanar sus deficiencias orgánicas.

Esto sería válido también para el caso de los ancianos institucionalizados. A este respecto podríamos mencionar muchísimos ejemplos; basta sólo el siguiente a manera de pregunta. ¿Por qué razón los ancianos deben abrir sus propias puertas en las instituciones cuando en muchos almacenes y otros sitios existen puertas que se abren electrónicamente? ¿Tiene ésto una razón solamente económica?

Así podríamos enumerar una lista inmensa de ayuda tecnológica al anciano institucionalizado, tales como las luces que no deslumbren, rampas de pendientes suaves, barras para asirse, barandillas, pisos antiderrapantes, sillas más altas para poderse sentar sin necesidad de agacharse, elementos de la vida exterior, como talleres, bares, clubs, cines, etc. .

Desde luego es conveniente capacitar al personal que esta encargado de la institución y que los ancianos puedan participar ellos mismos y voluntariamente como asistentes de sus compañeros o como encargados de algunas actividades. Hay que permitir el establecimiento de manifestaciones de conducta cariñosa entre los ancianos, de la misma forma que se permite fuera de la institución a los adultos jóvenes.

Es necesario darles la oportunidad, el material y el asesoramiento para que puedan producir, no importa qué y en pequeña escala, objetos útiles a la sociedad, para evitar el sentimiento de "objeto - inservible", y también proporcionarles una remuneración económica justa.

Hay que hacer sentir a los ancianos que se han jubilado de un em

pleo, pero no se han jubilado de la vida.

Sí somos concientes de que la ancianidad es la edad de la sabiduría, no podemos permitirnos el lujo y la insensatez de clausurar esa mina de oro.

Es verdad que no podemos detener los procesos de envejecimiento, pero nuestros abuelos, nuestros padres, cualquier ser humano y eventualmente nosotros mismos tenemos derecho no sólo a vivir, sino a comportarnos hasta el último momento en una forma adecuada, digna y feliz, ya que la vejez no es algo que sobreviene bruscamente al cumplir determinados años o en cualquier otro momento, sino que se va llegando a ella insensiblemente y sin querer creerlo.

Lo importante es recordar que la vejez no la decretan ni los cabellos blancos, ni la piel arrugada, ni la dureza del oído, ni la disminución visual, ni la incapacidad muscular, ni los años, la vejez la decreta la reducción de la energía psíquica, la declinación del entusiasmo creador, la falta de un espíritu innovador, en una palabra, se es anciano cuando se pierde la conciencia de la juventud ya que la inactividad conduce al tedio y éste a la inhibición que a veces nos lleva a la humillación.

Debe abandonarse por anticientífica y lesiva de respeto por la personalidad humana la consabida frase "es la vejez" y desentenderse de quien todo lo ha dado en aras de los demás y ha cumplido bien o mal su etapa de convivencia superando en ello, se quiera o no, a la propia infancia, ya que ésta será siempre una promesa o esperanza, pero los ancianos son y constituyen siempre una realidad cumplida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anderson y Anderson. Técnicas Proyectivas de Diagnostico Psicológico. Madrid, 1976.
- 2.- Ávila Montesó, José., Personas de Edad sin Achaques. Cedel. España, 1970.
- 3.- Baltes M., Magret, Burges L., Robert. Independence and Dependence in self-care behaviors in nursing home residents, an operant - observational study, International Journal of Behavioral Deve^lopment. Vol. 5, P.P. 489-500, U.S.A. 1980.
- 4.- Bender L., El Test Gestaltico Visomotor y su Aplicación Clínica Paidós. Buenos Aires, 1977.
- 5.- Bize, Vallier., La tercera Edad. Mensajero. España, 1973.
- 6.- Borup H., Jerry. Recolation and its effects on Mortality. Geron tologest. Vol. 19, núm. 2, P.P. 135-140, U.S.A. 1979.
- 7.- Bulletin On Aging de las Naciones Unidas. Vol. IV, Núm. 1 , - Pag. 6, 1979.
- 8.- Cajal, Ramón S^Antiago. El Mundo Visto a los 80 años. España-Cal^Epe. Buenos Aires 1946.
- 9.- Casares, Julio., Diccionario Ideológico de la Lengua Española. Gustavo Gili. Barcelona, 1977.
- 10.- Contreras C, Lehr. Psicología de la Senectud. Psicogeriatría. Vol. 16, núm 3, P.P. 225-244, Madrid, 1981.
- 11.- Costello Mery., Meacham A, John., Sex Differences in Perceptions of Aging. Aging and Human Development. Vol 12, núm 4, P.P. 283-290, U.S.A. 1981.
- 12.- Cowdry, E.V., El Cuidado del Paciente Geriatrico. Prensa Médica. México 1967.
- 13.- Delprato J., Dennis. The Reactional Biography Concept; early - contribution to a perspective for the psychology of again. Human Developmen. Vol. 23, núm. 5, P.P. 314-322, U.S.A. 1980.

- 14.- Exton, Smith., Geriatria., La Fragua., Buenos Aires, 1956
- 15.- Ey, Henry., Tratado de Psiquiatria. Toray-Masson, S.A. , Cap.XII. Barcelona, 1978.
- 16.- Felstein, Ivor., Amor y Sexo después de los 40 años. Pax-México, México, 1977.
- 17.- Fell Merzbacher, Claude. A Diet and Exercise Regimen; its effect upon mental acuity and personality a pilot study. Perceptual and Motor Skills. Vol. 48, núm.2, P.P. 367-371, U.S.A. 1979.
- 18.- Froimovich, José. La Creación como Terapeutica en la Vejez. Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, 1980.
- 19.- Geist, Harold. Psicología y Psicopatología del Envejecimiento.- Paidós. México, 1977.
- 20.- Golier, Henry. La Sexualidad Después de los 50 años. A.T.E. - - Barcelona, 1975.
- 21.- González Aragón. Monarrez. Curso de Geriatria y Gerontología. - Sociedad de Geriatria y Gerontología de México. México, 1980.
- 22.- Gough G., Harrison. Configuración Psicológica Individual. El - Manual Moderno, S.A. México, 1980.
- 23.- Guilleard, J.C. Psychomotor Perfomance of Elderly Psychiatric - Patients on the Gibson Spiral Maze Test. Perceptual and Motor - Skills. Vol. 48, P.P. 678, U.S.A. 1979.
- 24.- Guilleard, J.C. Note on Prediction of Wechsler Memory Scale - Visual Reproduction Scores for a Handicapped Geriatric Popula - tion. Perceptual and Motor Skills. Vol. 48, P.P. 878, U.S.A. - 1979.
- 25.- Guttelman. Internship Training Programs. Profesional Psychology. Vol. 10, núm 3, P.P. 390-395, U.S.A. 1979
- 26.- Hoch. Paul . Psicopatología de la vejez. Morata. Madrid, 1964.
- 27.- Kastewbaum, Robert. Vejez Año de Plenitud. Harper-Row Latinoa - mericana. México, 1980.
- 28.- Katchadourian A., Harant. Las Bases de la Sexualidad Humana . - C.E.C.S.A. México 1979.

- 29.- Kolb. *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana. Cap. 10-11, México, 1977.
- Rakowsky J., Adam. *Psychosomatic Aspects of aging*. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, Vol.1, núm 4, P.P. 150-157, U.S.A 1976. R
- 31.- Levin y Kahana. *Los Procesos Psicológicos en el Envejecimiento*. Paidós. México 1973.
- Marilyn S., Albert. *Geriatric Neuropsychology*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 49, núm 6, P.P. 835-850, -- U.S.A. 1981. R
- y Gr... *Psiquiatría Clínica*. Vol. 2 Cap. II, Paidós -- Paidós Buenos Aires, 1958.
- 34.- Mc. Kee L., Patrick. *A Concep for Gerontologic Theory., Aging and Human Development*. Vol. 12, núm 4, P.P.239-245, U.S.A. 1981. R
- 35.- Hoes H., Rudolf. *Environ Mental Choice and Control in Community Care Setting for Older People., Journal of Splied Social -- Psychology*. Vol. 11, núm.1 , P.P. 23-43, U.S.A. 1981. R
- Oriol Anguera. *Como Envejecemos y por que Morimos*. Diana. México, 1974.
- 37.- Paillat, Paul. *Sociología de la Vejez*. Oikos-tau S.A. , Barcelona, 1971.
- Rapaport L. *El Adulto y el Viejo*. Paidós. México, 1971.
- Savvy, Alfred. *Límites de la vida Humana*. Ediciones de Incidente, S.A. Barcelona, 1964.
- 39.- Stanley Frank. *El Hombre Sexualmente Activo Después de los 40*. Diana. México 1980.
- 41.- Stieglitz, Edward. *Medicina Geriatrica*. Salvat Barcelona, 1956 >
- 42.- Vischer, Al. *La Vejez como Destino y Plenitud*. Sudamerica -- Buenos Aires, 1957.
- 43.- Wolberg, Greg. *Relationship Between Bender Desings and Basic - Living Skills of Geriatric Psychiatric Patientes, Perceptual and Motor Skills*. Vol. 52, P.P. 16-18, U.S.A. 1981. R

- 44.- Woltereck, Heinz. La Vejez Segunda Vida del Hombre. F.C.E.
México 1974.
- 45.- Zinberg y Kaufman. Psicología Normal de la Vejez. Paidós.
México, 1976.