



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

68
Psi

Estudio Preliminar Sobre el Proceso
de Envejecimiento.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

Guadalupe Marcela Claudia Vázquez Rodríguez

CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

2 5053.08
UNΔM.34
1980
EJ. 2

M.-34255

tps. 589

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

2160

Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que por el hecho de haber acumulado un número determinado de años, tienen que padecer los prejuicios que en torno a ellos se han creado, obligándolos a retirarse de un mundo para el cual trabajaron durante toda su vida y que ahora los margina negándoles toda posibilidad de participación.

A Gloria,
mi madre.

A Fernando y Alberto,
mis padres y amigos.

Agradecimientos.-

Agradezco de manera muy especial por su continua asesoría, que no solo orientó, sino supo estimular de manera continua la realización de este trabajo al Dr. Héctor Lara.

Al Dr. Miguel Krassoievitch por su interés y aportación la cual siempre sentí incondicional.

Al Lic. Francisco de la Puerta quien colaboró en todo lo correspondiente a Metodología y manejo de datos, señalándome mis deficiencias en ese aspecto.

Al Dr. Arturo Vázquez Director de la "Casa Hogar para Ancianos Arturo Mundet" que me facilitó la realización de un estudio Piloto en la población de ancianos que tiene a su cargo.

A las 20 personas que se prestaron a servir como sujetos de estudio y de quienes no solo recibí la oportunidad de tener una experiencia profesional, sino toda una serie de vivencias humanas que han enriquecido mi vida y las cuales recordaré siempre con mucho cariño.

Y a todas aquellas personas tanto familiares, amigos, compañeros y maestros que de una u otra manera contribuyeron a la elaboración de esta

INDICE

	Pág.
RESUMEN	VII
INTRODUCCION	1
I.- CAPITULO PRIMERO	
CONSIDERACIONES PREVIAS	4
ASPECTOS BIOLOGICOS	9
ASPECTOS FISIOLÓGICOS	14
ASPECTOS SENSORIALES	20
ASPECTOS PSICOMOTRICES	22
ASPECTOS COGNOSCITIVOS	24
II.- CAPITULO SEGUNDO	
ASPECTOS PSICOLOGICOS	35
ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS	43
TRATAMIENTO	60
III.- CAPITULO TERCERO	
ASPECTOS SOCIALES	63
IV.- CAPITULO CUARTO	
METODOLOGIA	77
CUADRO DESCRIPTIVO DE LA POBLACION UTILIZADA	81
GRAFICAS	83
MATERIAL	93
FORMULAS ESTADISTICAS	95
V.- CAPITULO QUINTO	
RESULTADOS	97
TABLAS DE RESULTADOS	98
INTERPRETACION DE RESULTADOS	119
CONCLUSIONES	129
BIBLIOGRAFIA	130

RESUMEN

De la población normal de ancianos, se hizo una selección al azar de 20 personas, sexo masculino y mayores de 60 años, a las cuales se les aplicó una Historia Clínica con el objetivo de obtener datos socio-económicos, de salud y nivel de actividad actual, así como las siguientes pruebas: Wais, M.M.P.I. y Bender, procediendo a correlacionar entre sí todos los resultados arrojados por los estudios mediante los métodos estadísticos de: Coeficiente de Correlación de Rango de Spearman y Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson, tomándose un nivel de significancia de .05 para considerarlas significativas. Para la descripción del grupo de datos se hicieron 2 tipos de medidas estadísticas, una de Tendencia Central para la cual se utilizó la Media y otra de Variabilidad en la cual se empleó la Desviación Estándar. Se obtuvieron correlaciones significativas entre un alto nivel socio-económico, buen estado de salud, alto nivel de actividad actual, menor deterioro de habilidades cognitivas y psicométricas así como un menor grado de características psicopatológicas.

"INTRODUCCION"

El envejecimiento humano es la última etapa del desarrollo, un período definido con bastante claridad que contiene cambios drásticos tanto en los aspectos fisiológicos como en las circunstancias sociales, los cuales a su vez producirán cambios cognitivos y psicológicos importantes con los concomitantes ajustes, adaptaciones y compensaciones necesarios.

La vejez probablemente sea la etapa más difícil dentro de los procesos evolutivos del hombre y la vivencia del envejecimiento es una de las más angustiantes, en la vida diaria pensamos en ésta como algo ajeno, nunca como una posibilidad personal real tan natural como la niñez o juventud, pensamos en ella en términos de enfermedad.

En los últimos años la expectativa media de vida ha aumentado, llegar a edades avanzadas es bastante común y los problemas que de esto resulta generalmente nos son desconocidos, con la consecuente ausencia de posibles soluciones.

La vida se ha incrementado en cantidad, pero paralelamente a esto no se han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de ésta, dando como resultado que el anciano en nuestro medio se encuentre en una situación de abandono e indiferencia total, vivir los últimos años de la vida en buen estado físico pero sin ninguna actividad es psicológica y socialmente poco deseable, hay que dar a esas personas razones para vivir, ya que cuando éstas están condenadas a la inactividad se acelera su decadencia.

El objetivo principal de este trabajo es el de tratar de demostrar que si bien existe una deterioración de ciertas habilidades del ser humano al llegar a edades avanzadas, éstas no son de tal magnitud y consecuencias como para que el individuo no pueda llegar a adaptarse y vivir con ellas de una manera útil y productiva como se supone lo hubo hecho en etapas anteriores.

Las limitaciones consideradas inherentes al proceso de envejecimiento no son consecuencias fatales de un destino biológico, sino mas bien producto de una serie de factores de índole social como la posición económica con todas sus implicaciones.

El Plan de Trabajo fue el siguiente:

Se procedió a hacer una revisión bibliográfica exhaustiva sobre las investigaciones actuales mas destacadas que abarcarán aspectos tanto biológicos como psicológicos y psicopatológicos de los cambios que se dan en la vejez, analizando mas tarde el contexto social en el cual estos se suceden, así como las transformaciones que se han ido dando en el medio ambiente y que han colocado al anciano en una posición totalmente desprovista de las consideraciones y privilegios antaño concedidas.

Mas tarde se efectuó la aplicación de los instrumentos de medición psicológica a la población muestreada, se hizo el tratamiento estadístico de los datos obtenidos, presentándose los resultados en forma de tablas de correlaciones, finalizando con la Interpretación de éstos y las Conclusiones, en la cual se corroboró la hipótesis de trabajo que se ba

sa en la "TEORIA DE LA ACTIVIDAD" y en la cual se encuentran Havigurst, Neugarten y Tobin como sus investigadores más importantes.

"CONSIDERACIONES PREVIAS"

Todo organismo necesita un determinado margen de tiempo para su crecimiento y desarrollo, el cual, por lo general será más largo cuanto más compleja sea la constitución del organismo en cuestión.

El concepto de envejecimiento es válido desde el nacimiento hasta la muerte y cronológicamente está entendido como el transcurso del tiempo, lo cual significa una evolución progresiva, e irreversible cuyos rasgos esenciales son el modelado de la forma y su destrucción. El envejecimiento fisiológico empieza aproximadamente hacia la mitad de la fase de estructuración.

Cada tipo de organismo vivo tiene genéticamente programado sus propias modalidades de crecimiento y envejecimiento aunque, el ambiente en que éste se desarrolle, influye cuando menos en el ritmo de avance de este "Desarrollo Programado". El proceso de envejecimiento sigue en gran parte leyes individuales propias.

En general se puede considerar el envejecimiento como un fenómeno bastante complejo donde la declinación es acelerada o retardada por numerosos factores que actúan de manera interdependiente como: herencia, salud, nivel de vida, hábitos pasados, emociones, condiciones de crecimiento del individuo, alimentación, higiene, educación; por eso se dice que el individuo muestra en edad avanzada las huellas de su propia historia, el destino en la vejez se escribe en la edad adulta o antes.

Los años que con más frecuencia se mencionan como de iniciación del proceso de envejecimiento oscilan entre los sesenta y sesenta y cinco años, pero a pesar de esto, la edad cronológica no es suficiente para definir el envejecimiento y a medida que ha ido pasando el tiempo se ha ido haciendo menos útil como índice para entender y predecir la conducta del hombre ya que no toma en cuenta las diferencias individuales.

La deterioración y el enfrentamiento con la muerte son considerados factores críticos del envejecimiento como también la estimulación y la actividad que tienen propiedades estimuladoras, así como durante la infancia la estimulación es necesaria y se han comprobado los resultados de la deprivación, las mismas conclusiones son aplicables a los adultos y ancianos, la estimulación es necesaria para que los sistemas nerviosos se desarrollen y mantengan debidamente, lo cual permitirá al anciano mantenerse ligado a la vida. Las personas de edad que envejecen en forma óptima son aquellas que permanecen activas y que logran resistir la reducción progresiva de su mundo social, mantiene las actividades de la edad madura mientras les es posible y encuentran sustitutos para las actividades que se vean forzadas a abandonar y sustitutos para las relaciones que han perdido.

Entre los principales supuestos de la "Teoría de la Actividad" tenemos los siguientes:

- La mayoría de los ancianos considerados "Normales" mantienen niveles de actividad, ocupación o compromiso de acuerdo a sus habilidades y capacidades que les permiten mantener sus relaciones con la sociedad

y la familia.

- Que una persona continúe realizando actividades o no al llegar a la vejez dependerá más de sus estilos de vida pasados y las fuerzas socio-económicas que de un proceso intrínseco inevitable.
- El mantenimiento o desarrollo de niveles de actividad física, mental y social son absolutamente necesarios para un envejecimiento satisfactorio. La inactividad provoca una apatía que destruye todo deseo creativo, el tiempo libre puede ser agradable para el individuo o una fuente de tedio y autocompasión.

Butler (1963) en un estudio Piloto interdisciplinario realizado por él, llegó a las siguientes conclusiones: 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 socio-culturales. Las personas de edad que se conservan en un estado relativo de buena salud y que siguen siendo capaces de vivir de un modo vigoroso y constructivo no difieren mayormente de las personas más jóvenes. Indicando también que para aquellos que tienen situaciones de vida satisfactorias el estado físico puede constituir el determinante más importante de las diferencias individuales.

En el dominio físico en el que la actividad significa ejercicio, poco cabe dudar de la importancia de este factor. Los especialistas en enfermedades del corazón y todo tipo de expertos en diferentes campos de la medicina apoyados por los estudios de Ohlsson (1976) atestiguan

el valor que tiene el ejercicio en la prevención del deterioro físico o por lo menos en lograr que su progreso sea más lento, "las funciones que no se ejercen se atrofian", es normal que las actividades vitales pierdan un poco de su dinamismo pero tendrá que asegurarse que esta disminución no resulte excesiva o indicadora de un trastorno patológico. Existe una estrecha relación entre la salud y la vida activa, sin salud las actividades para participar en la vida de la comunidad disminuyen o desaparecen.

En el aspecto emocional-social donde actividad significa contacto personal con otras personas se sugiere que rige el mismo principio. Pi^ukinas (1969) dice que las ideas y emociones envejecen y se embotan si no se les ejercita o se les mantiene afinadas mediante la relación con otras personas. Palmore y Kivett (1977) y Kurtz y Kyle (1977) proponen más o menos lo mismo encontrando en sus estudios que además de la salud y el factor socio-económico, factores psicológicos como una participación continuada en el empleo, entretenimientos, el mantenimiento de lazos familiares y sociales, la existencia de actitudes positivas hacia el propio yo y hacia el futuro favorecen el buen ajuste. Las dificultades de ajuste de la personalidad no son acompañantes inevitables de los procesos biológicos del envejecimiento sino más bien el producto de la situación en la que las personas que envejecen se encuentran y de sus reacciones ante estas situaciones.

En lo que se refiere a la inteligencia se ha observado que en sujetos normales de edad avanzada ésta es tanto mejor cuanto más intensamen

te se ha trabajado intelectualmente en la juventud y madurez. Los hombres cultos están en promedio menos amenazados del deterioro intelectual en la vejez que los incultos, deduciéndose por lo tanto que, envejecimiento y deterioro mental no son sinónimos. Con frecuencia los signos de envejecimiento aparecen prematuramente en las poblaciones donde las deficiencias en nutrición, higiene, saneamiento e insuficiente atención médica minan la salud desde los primeros años, de ordinario se cree que cualquier condición difícil de vida acelera el desgaste del organismo. Rose (1964) y Pfeiffer (1970) demostraron que un alto nivel socio-económico predispone a una vida larga, que los altos niveles educativos, un alto status ocupacional, un alto nivel de inteligencia están muy relacionados con un estado favorable en la vejez, además de que estos individuos pueden poseer mayores recursos internos y externos que les permitan tener formas de participación social más uniformes y mantener un mayor interés. En los estudios de Strong* sobre intereses se observó que la dedicación de la gente a distintas actividades y pasatiempos depende directamente de su nivel cultural, educacional y socio-económico.

* Geist H. 1977

"ASPECTOS BIOLÓGICOS"

Con el transcurrir del tiempo se producen modificaciones tanto en las especies como los órganos, células y en el organismo en su totalidad. Hay procesos que dependen inevitablemente del tiempo y que limitan la capacidad de los organismos y células envejecidas para mantenerse por sí mismos.

En la actualidad los estudios del doctor Leonard Hayflick (1961) consideran que la muerte de la célula característica de la vejez se produce por el deterioro de la sustancia genética de ésta, el ADN (Kastenbaum 1965).

Hayflick en una serie de investigaciones sobre el cáncer descubrió que las células humanas al crecer en un medio de cultivo se podían dividir solamente un número limitado de veces (aproximadamente 50 divisiones en el caso del hombre) antes que todos sus descendientes envejecieran y murieran. Cuando estas células eran de personas mayores se dividían un número menor de veces, también observó que el número de veces que la célula se dividía dependía de cuanto tiempo vivía normalmente el animal, la razón de su envejecimiento era la existencia de un límite genético para la duración de su vida el cual está condicionado por la información contenida en la larga y compleja cadena de átomos del ADN en el núcleo de cada célula, así, pues, el envejecimiento es parte inalterable de nuestra estructura celular. Hayflick también pudo darse cuenta que mucho antes que las células cesaran de dividirse presentaban cam

bios específicos en su estructura y funcionamiento como: una reducción en su capacidad de producir suficiente energía, una menor capacidad para producir enzimas con suficiente rapidez y un aumento en los materiales de desecho dentro de cada célula, estos cambios causados por la edad desempeñan el papel principal en la expresión del envejecimiento en el cuerpo y dan como resultado la muerte del individuo mucho antes de que sus células dejen de dividirse.

Cuando un complejo conglomerado de células interdependientes como lo es el cuerpo humano ha acumulado suficiente daño por envejecimiento en las células de sus órganos vitales todo el cuerpo perece, aunque pueda haber todavía muchas células capaces de vivir.

Dentro de las teorías más importantes que tratan de explicar el Proceso de Envejecimiento tenemos:

HIPOTESIS DEL ENVEJECIMIENTO POR ERROR.-

Considera que las células pueden cometer "errores" al producir ADN, ARN o Proteínas ya que la maquinaria metabólica no es eficiente en un 100%. Szilard, Curtis y otros Gerontólogos piensan que el envejecimiento es el resultado de estos errores no reparados que se van acumulando, Marrott Sinex cree que algunos errores en el ADN son la clave del envejecimiento.

TEORIA DE LOS RADICALES LIBRES.-

Algunas veces las células producen radicales libres para ayudar al

metabolismo, frecuentemente en aquellas reacciones que implican el uso de oxígeno para "quemar azúcar" y producir energía, otras veces estos radicales libres se pueden producir accidentalmente y sin control alguno y pueden causar un efecto perjudicial acumulativo en la membrana celular y en las moléculas de ADN y ARN, esto los convertiría en importantes factores de envejecimiento biológico.

TEORIA DEL ENLACE TRANSVERSO.-

Expuesta por el Doctor Johan Bjorksten en 1942, quien dirige LA FUNDACION BJORKSTEN para investigaciones gerontológicas en Madison Wisconsin y considera el envejecimiento biológico de los organismos vivos como resultado de la formación ocasional mediante enlaces transversos de puentes entre las moléculas de las proteínas, los cuales no pueden ser desintegrados por las enzimas encargadas de reparar la célula, también se dió cuenta de un segundo tipo posible de daño por la misma causa: la formación de ese tipo de enlaces en las moléculas del ADN el cual interfiere con la producción del ARN, y de proteínas vitalmente necesarias que habrían sido producidas por el ARN afectado, además de impedir que el ADN participe en la división celular por medio de la cual se reemplazarían las células.

Los enlaces transversos en la proteína y en el ADN pueden ser causados por muchas sustancias químicas normalmente presentes en la célula como resultado del metabolismo y también por contaminantes comunes como el plomo, humo de tabaco, etc.

HIPOTESIS CEREBRAL, FALLA DEL MARCAPASO CEREBRAL.-

Algunos Gerontólogos como Dilman piensan que muchos de los cambios ocurridos en el funcionamiento del cuerpo conforme la gente envejece se deben a un deterioro en la capacidad del organismo para mantener la homeostasis por medio del control endocrino y cerebral.

Muchos síntomas del envejecimiento parecen ser causados por una falla en la regulación de la producción de hormonas debido a la cual se produce una cantidad o muy reducida o muy grande de éstas, esto a su vez es causa del deterioro de los procesos corporales por ejemplo la Menopausia con su concomitante pérdida de estrógeno producido por los ovarios. El Doctor Galeb Finch del Centro de Gerontología Andrus, de la Universidad del Sur de California en los Angeles, piensa que la falla en la homeostasis no se debe simplemente a un mal funcionamiento de las glándulas endocrinas en sí, sino a una falla en el control del hipotálamo sobre la hipófisis lo que a su vez provoca una defectuosa regulación de las glándulas endocrinas.

TEORIA AUTOINMUNOGENA.-

El Doctor Walford de la UCLA supone que los linfocitos T componentes del sistema inmunitario del cuerpo empiezan a funcionar mal con la edad, lo que trae como resultado un incremento del cáncer ya que este tipo de Linfocitos no atacan eficazmente las células cancerígenas además de que su comportamiento se vuelve bastante anormal atacando no solamente a los microorganismos patógenos y células cancerígenas, sino tam

bién a las propias células sanas y normales del organismo. Esta destrucción del cuerpo por su propio sistema se llama AUTOINMUNIDAD.

"A S P E C T O S F I S I O L O G I C O S"

Por complejos que sean los procesos del envejecimiento y por distintos que sean los factores que intervienen en él, los cambios biológicos juegan un papel principal, ya que en última instancia éstos deciden la salud y la enfermedad.

Las funciones basadas en capacidades físicas y fisiológicas empiezan a declinar antes que las capacidades cuya base es puramente psicológica. El grado de deterioro como el momento en que éste se inicia es variable según las funciones y los individuos.

El envejecimiento produce los siguientes cambios orgánicos:

- a).- Aumento del tejido conjuntivo del organismo a la vez que una pérdida gradual de las propiedades elásticas de éste.
- b).- Desaparición de elementos celulares del sistema nervioso.

Schaie, Baltes y Strother (1964) Welford (1958) en muchas de sus investigaciones fisiológicas realizadas con el fin de encontrar diferencias entre adultos jóvenes y viejos, encontraron una gran evidencia indicadora de un deterioro o acumulación de daños en las estructuras centrales y sensoriales relacionado con la edad, no habiendo duda de que estas deficiencias se reflejan en las pruebas Psicométricas.

Bondareff (1959) Magladery (1959) y Korenchevsky (1961) en correspondencia a los hallazgos encontrados más frecuentemente

en la Literatura sobre Vejez, observaron la relación existente entre la edad con un decremento en la talla del cerebro, peso y volumen de éste, a la vez que un incremento de los espacios vacíos. Roubicek (1977) reporta haber encontrado cambios en el E.E.G. de ancianos en relación con el de los jóvenes en lo que respecta a las frecuencias dominantes de las ondas ALFA y BETA.

- c).- Reducción de la Cantidad de Células de funcionamiento normal.
- d).- Aumento en la Cantidad de Grasa.
- e).- Merma del consumo de oxígeno y menor expulsión de aire de los pulmones.
- f).- Decremento en la cantidad de sangre que bombea el corazón en estado de reposo, lo cual influye negativamente en la tensión arterial, en la agudeza mental y en el sentido del equilibrio.

Los resultados de una serie de investigaciones soportan los hallazgos de Ohlsson (1976) en lo que se refiere a que la capacidad cardiovascular parece ser un factor importante para reducir la deterioración del procesamiento de información en los ancianos.

- g).- Disminución de la fuerza muscular realizando un mayor trabajo para mantener la postura del cuerpo y realizar los movimientos.
- h).- La excreción de hormonas en particular la de las glándulas se-

xuales y suprarrenales es menor que la normal.

- i).- Ocurren procesos degenerativos en los riñones, hígado y diversos órganos del aparato digestivo.
- j).- Las articulaciones se vuelven rígidas y los huesos quebradizos.
- k).- Todos los procesos vitales son más lentos a causa del debilitamiento del metabolismo.

La persona que envejece se vuelve más susceptible a muchas y muy diversas enfermedades, encontrándose mas frecuentemente por orden de importancia:

- 1.- Enfermedades Cardiovasculares y Renales graves.
- 2.- Cardiopatías.
- 3.- Alteraciones Vasculares que afectan el Sistema Nervioso Central.
- 4.- Artritis y Reumatismo.
- 5.- Neoplasmas Malignos.
- 6.- Accidentes sin incluir los causados por vehículos motorizados.
- 7.- Accidentes en vehículos de motor.
- 8.- Influenza y Neumonía.
- 9.- Enfermedades Infecciosas (sin incluir tuberculosis).
- 10.- Diabetes Mellitus.
- 11.- Tuberculosis.

Por último, cabe decir con respecto a todo esto lo que Robert Butler, Director del Instituto Nacional de Envejecimiento y Autor de "Why Survive? Being Old in America", ganador del Premio Pulitzer 1976 señala que gran parte de lo que actualmente consideramos envejecimiento es en realidad enfermedad y sufrimiento y no parte del envejecimiento físico natural el cual no es una enfermedad.

"SEXUALIDAD"

Existen una serie de creencias muy comunes y falsas con respecto a la sexualidad en la vejez, las cuales vienen a constituir un impedimento serio a sistematizar y profundizar en investigaciones sobre los patrones de conducta sexual del anciano, dentro de las más importantes tenemos las siguientes: el deseo y la actividad sexual dejan de existir con la llegada a la vejez o cuando menos, éstos deberían de dejar de experimentarse pues de lo contrario vienen a ser algo equivocado e inusual que amerita se califique a la persona como moralmente perversa.

Con las publicaciones pioneras de los trabajos de Kinsey*, las investigaciones de Masters y Johnson* y aun con las publicaciones más o menos recientes de la Universidad de Duke sobre "Historia Natural de la Conducta Sexual en la Vejez" (1968 - 1969) apoyado por otra serie de investigaciones se ha logrado identificar un pequeño pero significativo cuerpo de conocimientos. Actualmente la Sexualidad es común tanto a jóvenes como a viejos y lo único equivocado es la perpetuación de tales creencias.

La capacidad para tener intercambio sexual y disfrutarlo no está perdido en los ancianos, existen una disminución en el vigor y la frecuencia de la respuesta sexual y esto no es sino hasta una edad ya avanzada que un apreciable número de gentes muestra poco interés y capacidad para las relaciones sexuales, además de existir una serie de factores psico-sociales importantes que limitan la sexualidad en esta etapa: la

viudez en las mujeres, la profesión y responsabilidades económicas en el hombre, la duda sobre la propia capacidad sexual y el miedo al fracaso dentro de ese terreno.

Una observación interesante hecha por Master y Johnson y apoyada por los estudios de Newman y Nichols* concluye con que los hombres que habían tenido un alto rendimiento sexual durante su juventud continuaban teniendo vida sexual en la vejez, existe una correlación positiva entre fuertes sentimientos sexuales en la juventud y un continuado interés sexual en la vejez.

Es importante mencionar que los patrones sexuales de interés y actividad coital difieren sustancialmente para hombres y mujeres de la misma edad.

La reaparición de una fuerte y notoria 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 contra el advenimiento de la vejez caracterizada entre muchas otras cosas por la declinación sexual.

* Bussee E.W. Pfeiffer. 1969.

"ASPECTOS SENSORIALES"

Respecto a los órganos de los sentidos el anciano pierde vista, oído, olfato, intensidad en la sensibilidad de la piel, como la sensación de presión, frío, calor y dolor.

La agudeza visual primera en madurar, es la primera en empezar a declinar. La pupila tiende a disminuir de tamaño haciendo que la reacción positiva a la luz tienda a decrementar, hay una disminución en la acomodación a la luz, el umbral de adaptación a la oscuridad aumenta. También se producen ciertos cambios específicos en cuanto a la visión de los colores ya que el cristalino tiende a adquirir una coloración amarillenta.

En la audición, el aumento de la rigidez en la membrana bacilar y la pérdida de células nerviosas figuran entre las principales causas de la pérdida del oído en el anciano, en el cual podemos encontrar: audición disminuída, alteración en la percepción de la sonoridad, mala localización del sonido y pérdida de la discriminación en particular del lenguaje.

En lo que se refiere al tacto se aprecia una reducción en cuanto a zonas que responden a éste cualesquiera que sean los estímulos, lo cual indica una disminución en la cantidad de receptores o en la sensibilidad de éstos.

En el campo del gusto, a los sesenta años la mayoría de las personas han sufrido la pérdida del 50% de sus papilas gustativas.

En general, en los ancianos está retardado el procesamiento de la información que llega por todas las vías sensoriales, los defectos propios de los órganos de los sentidos contribuyen a cierta incapacidad para organizar debidamente los datos sensoriales recibidos, pero el motivo principal de dicho deterioro lo vienen a constituir los defectos de organización dentro del Sistema Nervioso Central, precisamente a nivel de las estructuras encargadas de la percepción, o sea que los impedimentos tienen lugar más en los aspectos centrales que en los periféricos de la tarea perceptiva y cuanto más complejo es el juicio requerido más marcadas son las diferencias entre los grupos de edad.

El decline de las destrezas motoras también se relaciona claramente con el deterioro en los procesos perceptivos, ya que los movimientos hábiles tienen que estar guiados por las percepciones.

Vale la pena mencionar que las consecuencias que puede tener la disminución de la agudeza sensorial para el individuo dependerá de la importancia que tenga el aparato correspondiente en su vida diaria.

"A S P E C T O S P S I C O M O T R I C E S"

Las habilidades psicomotrices son aquellas actividades en que interviene movimientos voluntarios coordinados del cuerpo o algunas partes de éste, y la capacidad para ejecutar estos movimientos.

Con la edad estas actividades se tornan más pausadas, pero no está claro en que grado contribuyen a esto factores tales como: cambios en los órganos de los sentidos, o si están comprendidos los mecanismos centrales, o si dichos cambios son genéticos e irreversibles, o si están producidos por algún trauma, o afección reversible que se pueda prevenir.

Un método clásico para evaluar los cambios en las habilidades psicomotrices es el Tiempo de Reacción o Período que media entre la aparición de la señal y el comienzo del movimiento de respuesta. Ese tiempo de reacción aumenta con la edad independientemente de la modalidad sensorial estimulada y del tipo de respuesta medida.

La disminución en la eficiencia se registra sobre todo, durante las partes de la tarea motriz en que se están percibiendo las señales y preparando las acciones de respuesta o sea durante los tiempos de reacción, es probable que el incremento de este tiempo en las personas de edad se deba más que nada a cambios físicos.

Jordan y Rabbitt (1977) encontraron que cuando la complejidad de la tarea se incrementa, la diferencia en la velocidad de ejecución entre jó

venes y ancianos también. Con la práctica, este fenómeno tiende a desaparecer dejando un aparente retraso con la edad. Esta lentitud es mas que nada debida al incremento del tiempo de procesamiento central más que a factores periféricos.

El rendimiento físico de la gente de edad se ve disminuído por una serie de factores como la dificultad de superponer la preparación de una acción a la ejecución de una anterior y la irregularidad en cuanto a tiempo. Las personas de edad compensan la inexactitud de su desempeño tomándose más tiempo y reparando con más atención y constancia en lo que hacen.

Es importante observar: a) Los hábitos de ejercicio y las diferentes oportunidades de aprendizaje, ya que éstos pueden minimizar y reducir cerca de cero la lentitud con la edad; b) Los Patrones motivacionales también pueden reducir la lentitud; c) Las diferencias individuales son tan grandes que muchos ancianos son más rápidos que muchos jóvenes y que, d) Existe una correlación directa aunque baja entre respuesta lenta y funciones vitales.

"ASPECTOS COGNOSCITIVOS"

"Los viejos conservan suficientemente bien su intelecto si mantienen activa su mente y la emplean en toda su capacidad"

Cicerón

Desde el punto de vista psíquico el debilitamiento global de las actividades intelectuales es lo que más ha llamado la atención en el anciano. Este debilitamiento de las funciones mentales fruto de la edad avanzada suele ser muy lento, salvo que una enfermedad intercurrente cualquiera que sea le imprima un curso más acelerado.

Sin embargo debe tenerse en cuenta que todavía no ha sido posible encontrar una correlación significativa entre los cambios psicológicos y la edad lo cual no nos permite generalizar deduciéndose que el hombre no necesariamente llega a la vejez con merma de sus facultades mentales, citándose algunos ejemplos como son: De Vinci, Verdi, Freud, Tolstoi, Churchill, Miguel Angel, Cicerón y otros más.

También es importante considerar que los cambios cognoscitivos en la infancia tienen una dirección o forma específica basados en el proceso de crecimiento y maduración biológica, es decir que son: inevitables, trascendentales, con una dirección uniforme e irreversible; este proceso básico no restringe ni dirige los cambios cognoscitivos en el adulto, de los cuales probablemente, los más importantes son resultado de las experiencias de la vida y por lo tanto carecen de la uniformidad que se en-

cuentra o caracteriza el crecimiento intelectual infantil.

Las experiencias del adulto en el matrimonio, paternidad, trabajo, educación y otras pueden modificar significativamente su pensamiento con respecto a una área determinada. Las variaciones cognoscitivas debidas a la experiencia podrían tener una uniformidad relativa siempre y cuando actuaran en concierto con un restringido proceso de crecimiento biológico como sucede en la infancia, pero en ausencia de un director maduracional la uniformidad de los cambios podría estar positivamente correlacionada con la uniformidad de las experiencias, pero es difícil de encontrar individuos que hayan pasado por una serie uniforme de experiencias aún entre los miembros de una misma subcultura.

"A P R E N D I Z A J E"

La disminución de la agudeza sensorial, la percepción y los impulsos fisiológicos con la edad reducen la capacidad de aprender en el anciano, tomando ésta como una habilidad cognoscitiva de aprendizaje y no como la habilidad para expresar lo que se conoce en el caso de la ejecución, no obstante la disminución de esta capacidad de aprender se ve compensada con otros factores.

Estudios realizados con ratas indican, que si bien se registra déficits en el aprendizaje, éstos no son uniformes en todas circunstancias y sí son causados por una serie de variables. Es lógico suponer que ciertas experiencias anteriores pueden tener un carácter de transferencia negativa en diversas situaciones de aprendizaje durante la vida actual, ya que para el anciano existe una gran dificultad cuando trata de formarse nuevos hábitos para los cuales requiere modificar los que ya tenía o integrarlos a los nuevos.

Eisdofer* sugiere que la respuesta de inhibición puede ser una variable crucial en la aparente dificultad de aprendizaje en los ancianos, la inhibición de respuestas con la consecuente ausencia de reforzamientos y el aparente fracaso puede estar relacionado con una característica de miedo al fracaso, la tendencia a ser defensivo limita la respuesta por evitar el fracaso más que responder con la esperanza de acertar.

* Botwinick J. 1973.

Una diferencia fundamental en cuanto al rendimiento en el aprendizaje existente entre jóvenes y ancianos, radica en la cantidad de información que se debe retener o mantener en la memoria a corto plazo, la cual es la más perjudicada en los ancianos.

Muchos estudios sugieren también que la organización de la información que entra suele realizarse con mayores dificultades en las personas mayores. Además de que los ancianos parecen aprender con más facilidad todo lo relacionado con sus necesidades e intereses y no tienen dificultad en recordar esa información cuando se hayan frente a una situación real en la cual puede ser aplicada.

Los estudios de Welford (1976) dicen que la habilidad y al ejecución del aprendizaje en la vejez parecen no depender solamente de las capacidades físicas o mentales, sino también de la buena voluntad o buna gana para usar estas capacidades en su totalidad, o sea que mucho depende la motivación del individuo. Por otra parte, se ha visto que los ancianos manifiestan ansiedad en situaciones de aprendizaje, en particular si se les coloca en la necesidad de competir con individuos jóvenes.

Los ancianos aprenden mejor cuando se emplean métodos que se adaptan a sus propias modalidades y aptitudes, es necesario presentar los materiales de manera tal que puedan percibirse los elementos esenciales de la tarea e impartir las instrucciones claramente, de preferencia escritas y aminorando el ritmo o frecuencia de éstas para permitir que la persona entienda perfectamente a medida que se desarrolla la enseñanza.

"M E M O R I A"

Los estudios sobre memoria son muy ambiguos debido a la gran variedad de significados asociados con ésta, aquí nos referiremos a la memoria como un cambio de conducta que se da en función de la experiencia y que se mide en términos de un intervalo temporal entre ambas experiencias (tiempo), se explica más como una secuencia, un proceso de tiempo.

Los estudios indican una disminución con la vejez de la memoria a corto plazo más que la memoria a largo plazo, lo cual permite una deterioración progresiva de otras funciones intelectuales. Muchas investigaciones encuentran que el mayor problema de la memoria se refiere a la adquisición de la nueva información más que en la recuperación de ésta, además de que los ancianos suelen ser más susceptibles a las interferencias. En estas personas, existe una gran diferencia entre ambos tipos de memoria independientemente de que éstas dependan de un solo mecanismo; lo que se acepta generalmente es que en la vejez, la búsqueda y recuperación de nuevas memorias es deteriorada aún cuando la de las viejas memorias no lo estén o lo estén en menor grado. Lo que no se sabe es si esto se deba a la importancia que tengan los viejos recuerdos para la persona y por lo tanto sean evocados con más frecuencia o debido al tiempo que tengan almacenados éstos. Probablemente la razón más importante para que esto suceda sea que las células nerviosas van perdiendo el poder de captación de nuevas imágenes dificultando así la recuperación en la memoria reciente.

"I N T E L I G E N C I A"

En los estudios sobre vejez ningún problema ha recibido tanta atención como el que se refiere a la inteligencia y a pesar de la abundancia de investigaciones y datos recolectados muchas preguntas continúan manteniéndose.

Los hallazgos de investigaciones longitudinales en adultos y ancianos han originado dudas sobre la validez de la simple hipótesis que señala una pérdida progresiva y generalizada del intelecto.

Para los Psicólogos la inteligencia es una variable interventora que no es medible directamente pero puede ser inferida, de esta forma, los criterios para estudiar la inteligencia o la conducta inteligente son variables. En la investigación han sido utilizados diferentes dispositivos para medirla y hacer enunciados importantes acerca de la capacidad intelectual del individuo o del grupo.

Entre los numerosos problemas que existen para medir los cambios intelectuales se puede mencionar entre los más importantes: factores sensoriales, motivacionales, la aprehensión del anciano debido a una carencia reciente de exposiciones a situaciones de prueba, el temor de éstos a estar perdiendo su habilidad intelectual y la validez de los instrumentos utilizados que en este caso son las pruebas psicológicas.

Muchas veces se ha dicho que en la construcción de pruebas y en es-

pecial en las de inteligencia para gente de edad se deben utilizar distintas clases de funciones y criterios, ya que lo que miden no es relevante para el propósito para lo cual fueron creadas, generalmente no prestan atención a los problemas innatos al anciano sino que más bien involucran respuestas íntimamente relacionadas con los valores y problemas de los niños y adultos jóvenes, además de que la mayoría de las pruebas de inteligencia actuales están orientadas al aprendizaje escolar más que al desempeño en la vida, el nivel de educación, de escolaridad y los puntajes en las pruebas de inteligencia están correlacionados. Birren y Morrison (1961) utilizando las once subpruebas del WAIS encontraron que el nivel educacional de una persona es más importante que la consideración de la edad dentro de su habilidad mental, además enfatizaron la pérdida de control que tiene la estadística sobre los efectos de la educación, ya que exagera los efectos del decremento de la inteligencia con la edad cuando los ancianos tienen poca escolaridad. También se ha visto que los cambios biológicos durante la vejez afectan los resultados de las pruebas Botwinick y Birren (1963) Correll, Rokosz y Blanchard (1966) concluyeron que cualquier alteración en la salud del anciano por más ligera que ésta fuera, puede afectar adversamente su funcionamiento intelectual, Wilkie y Eisdorfer (1971) concluyen lo mismo.

Estudios similares a los anteriores sugieren que las habilidades mentales en los adultos, son en mucho una función de la posición socio-económica. Pressey y Kuhlen (1960) reportaron puntajes marcadamente diferentes en pruebas sobre habilidades generales de hombres con diferentes posiciones sociales.

Lo que sugieren todos estos estudios Transversales es que las diferencias de inteligencia con la edad pueden ser función de una gran variedad de factores los cuales afectan la inteligencia del sujeto desde etapas tempranas de su desarrollo pero que no pueden ser consistentes de un grupo de edad a otro; si esto es cierto, una mayor porción de la varianza atribuida a las diferencias de edad en estudios Transversales puede ser asignada más propiamente a diferencias en habilidades entre sucesivas generaciones y en consecuencia se debe estar precavido en cuanto a la precisión de las inferencias concernientes a las muestras estudiadas.

Pero a pesar de lo limitado y relativo de la información proporcionada por las pruebas de inteligencia éstas arrojan datos importantes para propósitos de investigación, ya que la inteligencia como es medida de sempaña un papel esencial para el éxito de cualquier conducta.

De las pruebas que miden inteligencia adulta, probablemente la que ha sido utilizada más ampliamente sea la de Wechsler, escala de inteligencia para adultos (WAIS) que comprende once subpruebas en donde cada una de ellas refleja diferentes pero también relacionados aspectos de la vida intelectual. Wechsler consideraba que todas las habilidades humanas declinaban progresivamente después de haber alcanzado la cima o punto culminante entre las edades de dieciocho a veinticinco años, la edad a la que se alcanza la cima o cúspide dependerá de la habilidad.

El papel que juega la edad dentro del concepto total del coeficiente intelectual (I.Q.) es muy importante, por ejemplo: Si un hombre de

veinticinco años y otro de setenta y cinco obtienen los mismos puntajes de coeficiente intelectual, querrá decir que la ejecución del anciano fue más pobre que la del joven, la razón es que el coeficiente intelectual tiene una corrección de edad como parte de su definición y está construido para reflejar el proceso "normal" de declinación en las habilidades intelectuales. Si en el lapso de vida de un hombre no se lleva a cabo ningún decremento de su ejecución en la prueba, su coeficiente intelectual se incrementaría conforme se va envejeciendo.

PATRON CLASICO EN LA VEJEZ.-

(Medidas Sensitivas y no Sensitivas a la Edad)

La inteligencia no es una cualidad unitaria, hay inteligencias y éstas varían con la edad de diferentes maneras y en diferente magnitud. Existe un patrón clásico de declinación con la vejez donde las habilidades verbales muestran un déficit relativamente pequeño con el avance de la edad, pero donde las habilidades psicomotrices declinan apreciablemente.

En la prueba de Wechsler esto toma forma cuando se comparan los puntajes de las subpruebas verbales con los de ejecución. El anciano ejecuta relativamente bien los primeros y pobremente los segundos, en este sentido los últimos son "Sensitivos" al proceso de envejecimiento y los primeros "Insensitivos" a éste, esta sensibilidad se refiere a la habilidad de discriminar entre grupos de edad.

Horn y Catell (1966 a 1967) Shaie y Strother (1968) M.C. Jones (1967) y muchos otros han demostrado cantidad de veces la existencia de este patrón clásico en la vejez.

Las subpruebas de Información, Vocabulario y Comprensión tienen las posiciones más altas y diseños con bloques, ordenamiento de figuras y símbolos y dígitos la más baja, estos últimos los cuales resultan "Sensitivos" a los cambios con la edad, pueden deber su sensibilidad debido a que involucran la velocidad la cual como se ha señalado anteriormente su

fre un decremento con la edad, por lo tanto psicométricamente las pruebas de velocidad son injustas e inapropiadas para los ancianos.

Birren, Botwinick, WEISS y MORRISON 1963) indican que las subpruebas que no sufren un decremento con la edad miden logros o realizaciones relacionados con una experiencia general en nuestra cultura lo cual puede ser considerado como "Información Almacenada" al contrario de las pruebas sensitivas al proceso de envejecimiento que involucran tareas manipulativas, funciones perceptuales y el procesamiento de una nueva información. El patrón típico de declinación en la vejez no solamente se observa en personas normales, sino que ancianos psicóticos muestran un patrón semejante aunque las subpruebas más sensitivas a la edad no necesariamente son las más sensitivas para discriminar entre los déficits intelectuales de los psicóticos y los no psicóticos.

Por otra parte, una serie de Psicólogos, entre ellos: Balinsky Goldfarb, Birren, Cohen y Riegel* realizaron una serie de estudios donde emplearon el método del análisis factorial con la prueba de inteligencia WECHSLER-BELLEVUE y WAIS aplicadas en ancianos, encontrando que existía un factor "G" análogo al de Spearman que mostraba elevada saturación en todas las subpruebas. Además de que el factor memoria atraía grandes partes de la varianza del factor "G" explicando la varianza de alrededor de la mitad de las subpruebas, deduciendo en consecuencia que la gente de edad depende mucho de la retención y la memoria.

* Goulet L. R. Baltes B.P. 1970.

cambios maduracionales.

La rigidez está determinada toda o en parte por factores culturales y experienciales completamente independientes de la edad por sí misma.

Con el crecimiento intelectual se espera se minimize la rigidez ya que mucha de la literatura apunta hacia una relación entre coeficiente intelectual y rigidez, otros datos desmienten esto, encontrando una relación entre edad y rigidez completamente independiente de la inteligencia, pero aún así la relación intrínseca entre estas dos variables no puede ser negada, cuando un anciano es visto como brillante y capaz también será visto como una persona flexible y relativamente rápida en perseguir sus intereses.

CONSERVADURISMO Y CAUTELA. -

Una creencia muy popular es que los ancianos se caracterizan por puntos de vista muy conservadores y una conducta muy cautelosa.

El conservadurismo y la cautela tienen en común una inclinación a no hacer ningún cambio cuando en vez de resultar una ganancia se puede obtener una pérdida.

Muchas líneas de investigación sugieren que en la vejez se es más cauteloso lo cual parece estar en un malestar con lo incierto, la espera y el miedo al fracaso o al error, la cautela es vista de este modo como una defensa para los propósitos de Economía del Ego, donde el anciano

parece valorar más la precisión y el esmero que la velocidad, muy frecuentemente evitarán responder con tal de no cometer errores. Los ancianos parecen desear gran certidumbre en una situación antes de emitir una respuesta, las situaciones ambiguas proveen poca información y estructura y por este motivo son inciertas.

Los ancianos se comportan de tal manera porque verdaderamente existe en ellos una declinación de las habilidades con la edad, particularmente en aquellas funciones en las cuales han mostrado inclinación a comportarse cautelosamente. Los valores de orden social son principalmente de los jóvenes y la sociedad enfrenta al anciano con una repulsa y expectativa de fracaso. Se espera que éste se retire e inhiba sus respuestas para no cometer errores, además de la existencia de otras variables de personalidad que pueden relacionarse con la cautela.

INTERESES.-

La mayoría de los estudios referentes a los cambios de intereses con la vejez se deben a la obra de Strong, el cual observa que por regla general a medida que el individuo madura se va ocupando cada vez más de un número más reducido de actividades, aunque con mayor profundidad e intensidad. Los intereses que implican aptitudes físicas una acción esforzada o de empuje, cambiar o contradecir los hábitos o normas culturales establecidos, actividades de expresión lingüística y distracción disminuyen con la edad. Strong observó también que lo que más gusta a los veinticinco años, gusta más todavía a medida que aumenta la edad y que lo que menos gusta a esa edad, gusta aún menos con los años, además de que

la dedicación de la gente de edad a distintas actividades y pasatiempos depende directamente de su nivel cultural y educacional.

LA MUERTE.

Ultimamente gran número de científicos sociales reconocen que el morir constituye un factor importante de la personalidad, es decir, que el modo como terminamos nuestras vidas tiene tanta importancia como fuente de conocimientos como la manera en que la iniciamos. Los procesos psicológicos y sociales que involucra esta tarea considerados como tabú en la sociedad, cobran actualmente una nueva importancia, ya que el trabajo realizado sobre el morir puede conducir a la obtención de mejores procedimientos para manejarse con los ancianos.

Freud suponía que a medida que se acumulaban los años el "impulso de muerte" superaba el deseo de vivir. Pensaba que todo ser viviente tiene una tendencia fundamental a volver al estado inorgánico, siendo normal que la vida parezca menos soportable a medida que se avanza en años. A veces se suele explicar la resignación de ciertos ancianos a la muerte debido a la decadencia y fatiga que muchas veces éstos experimentan.

Paralelo a esto, Freud consideraba que nuestra propia muerte nos resulta inimaginable y cuando se hace el intento se le concibe de manera tal, que realmente sobrevivimos como espectadores. La escuela Psicoanalítica podría aventurarse a afirmar que en última instancia nadie cree en su propia muerte o que inconscientemente todos estamos convencidos de nuestra propia inmortalidad.

Otro punto de vista interesante y digno de considerar al respecto, es el de Erickson, el cual considera que la presencia de la desesperación como alternativa a la integridad yoica aparecerá señalada como temor a la muerte en aquellos ancianos que no pueden aceptar su propia vida como una experiencia única, singular y última. Erickson interpreta el temor a la muerte como una expresión de desesperación de vida que no pudo alcanzar la integridad. El anciano se percata de que no puede comenzar de nuevo ni modificar el camino que siguió, llegando a desesperarse a medida que se aproxima a su fin. Este fenómeno puede advertirse en personas con grandes insatisfacciones y remordimientos, que han llevado una vida muy convencional o conformista.

Este enfoque se complementa bien con las generalizaciones relativas a la importancia que tienen para los ancianos la recapitulación de la propia vida y los recuerdos. Los sentimientos de integridad o desesperación dependen necesariamente de una consideración retrospectiva del pasado.

David Cole en su libro "Superando el Miedo a la Muerte" dice que el hombre no teme a la muerte por sí misma, sino que la asocia con el miedo al tiempo, al deterioro, lo desconocido e irreversible, la pérdida de placer y la capacidad creativa así como a la pérdida del Self o de uno mismo.

Wolff (1968) sostiene que el temor a la muerte es un factor crítico en la vejez que desempeña un papel importante en la vida de la mayoría

de los ancianos. Considerando que las preocupaciones que se centran alrededor de esto son propias de un 80% de sus pacientes, sugiriendo además que la inquietud y los insomnios pueden encontrar su origen en ese temor.

Constituye un hecho infortunado el que a los ancianos no se les permita, por lo general, expresar sus temores o creencias acerca de la muerte y menos aún se les anime a que así lo hagan.

Kubler-Ross (1969), Cicely Saunders (1969), Pearson (1969) LeShanty (1969) y varios otros ponen mucho énfasis en que las personas que van a morir pueden experimentar gran alivio a su tensión emocional cuando se les permite expresar algunos de sus temores.

Weisman y Kastenbaum (1968) consideran que el morir en el anciano debe entenderse como parte integral del ciclo total de desarrollo, sugiriendo la existencia de un período pre-terminal, el cual puede describirse con razonable precisión y que es poseedor de características específicas, no solamente limitadas a síntomas médicos y signos vitales, sino que también pueden influir factores tales como: apatía social, reducción de las aptitudes, indiferencia a la comida, menor sensibilidad al dolor y una mayor incidencia de alucinaciones e ilusiones.

"ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS"

En la Psicopatología del anciano los factores sociales, están íntimamente relacionados con la constitución física, condiciones económicas y de familia, el carácter emocional de cada cual, el concepto de sí mismo y las distintas formas de reacción frente a las experiencias de la vida.

Las neurosis de las personas de edad lo mismo que la 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 potimerías de la vida las haya tenido semejantes cuando jóvenes. Las enfermedades mentales son más frecuentes en los ancianos que en cualquier otro grupo de edad, caracteres neuróticos inadvertidos o antiguos conflictos ambientales se hacen ostensibles en la vejes, siendo difícil frecuentemente trazar una frontera entre los trastornos psíquicos que acompañan normalmente la vejez, de aquellos que se atraviesan en situaciones circunstanciales o de aquellos que tienen un carácter puramente patológico.

Se han reconocido épocas críticas durante las cuales el anciano se halla más expuesto a las enfermedades, ciertos antecedentes y factores concurrentes son responsables de que se genere un desajuste neurótico en la vida posterior, como pueden ser:

DISFUNCIONES FISICAS.- La pérdida gradual de la visión y audición hacen que el individuo se vaya apartando de su grupo social y no participe en

las actividades de éste.

El funcionamiento de sus órganos y vísceras no es el mismo que en años anteriores, haciendo que el anciano se vuelva más ansioso, inconforme y narcisista, con tendencias a compadecerse.

Las reacciones frente a la declinación de la potencia sexual son muchas y variadas, pero una de las formas más comunes de reacción debido a la coartación social de la conducta sexual en el anciano, es el resentimiento por la manifestación de actividad sexual en los demás. Las fantasías sexuales como manera de adaptarse a las frustraciones y privaciones como se solía hacer en la infancia y adolescencia, creándose un círculo vicioso de fantasías prohibidas y autoerotismo con los consecuentes sentimientos de ansiedad, indignidad y preocupación hipocondriaca por las partes genitales con la consecuente depresión.

La magnitud de la amenaza de debilitamiento en los procesos físicos y biológicos y la forma que estos adquieren en las personas de edad, dependen mucho de la manera de que tales individuos hayan soportado peligros biológicos y situaciones de tensión en épocas anteriores.

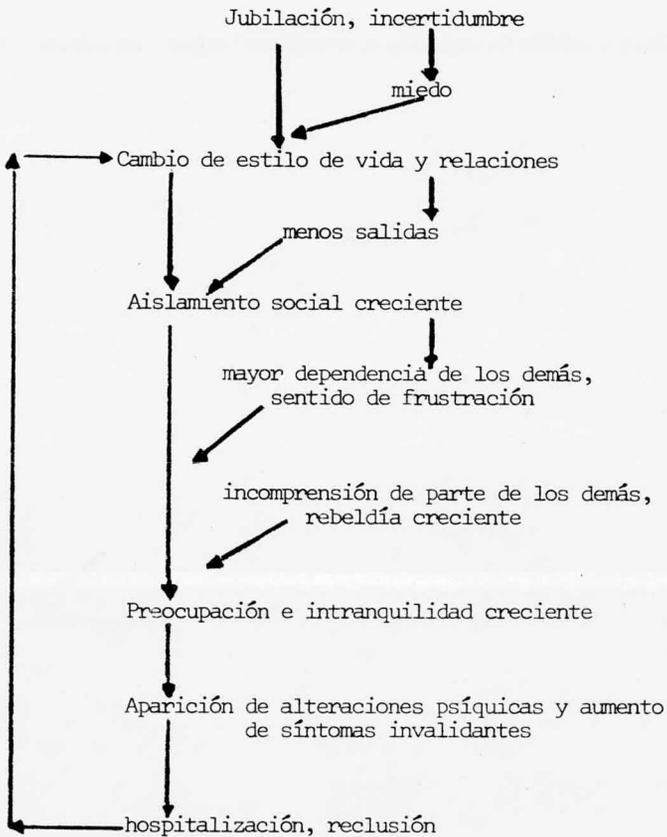
Así como las modificaciones del estado físico adquieren gran importancia en la situación general del anciano hay otros factores de gran trascendencia como son los psicológicos.

FACTORES PSICOLÓGICOS.- Las llamadas situaciones de "pérdida" principal

mente cuando se trata de relaciones que han sido significativas para el individuo son de suma importancia, así como también las consideraciones que hace Grotjahn al respecto en las que considera que el proceso de envejecimiento constituye un trauma al narcisismo puesto que representa y repite una amenaza de castración, considerando que las neurosis en la vejez son defensas contra esta ansiedad de castración. Hamilton considera este último período como una regresión a las dos primeras etapas de desarrollo.

En los comienzos de la senectud se produce un debilitamiento de los impulsos inconscientes siendo probable que buena parte de esta merma esté condicionada por factores sociales como lo puede ser la jubilación que conduce al individuo a una inactividad que exige una nueva orientación y adaptación. Las grandes exigencias que impone el yo incapaz de luchar con los impulsos instintivos del ello, se traducen en sentimiento de inferioridad, inseguridad y culpabilidad con los concomitantes sentimientos de agresión y hostilidad hacia la gente joven. Los conflictos preexistentes de la infancia y la niñez que han permanecido sin resolver y han sido reprimidos durante la madurez posterior se reactivan en la ancianidad y dan lugar a una conducta infantil y neurótica.

FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOSOMATICO DEL ANCIANO *



* Fuentes A.L. Fuentes A.R. 1978.

Todos estos cambios registrados en la vejez contribuyen a aumentar la incidencia de afecciones mentales, dentro de las cuales se puede apreciar que la Arteriosclerosis Cerebral y las Afecciones Cerebrales Seniles constituyen el rubro más importante en cuanto a primeras admisiones, presentándose en orden decreciente de importancia: Esquizofrenia, Alcoholismo, Trastornos de Personalidad, Reacciones Psiconeuróticas y Perturbaciones Psicóticas distintas a la esquizofrenia.

Observándose que la incidencia de personas solteras o viudas a los hospitales psiquiátricos es mayor que el de las personas casadas.

Alrededor del 60% de los ancianos que recurren al hospital para un primer reconocimiento han asistido a la escuela primaria, el 15% tienen estudios secundarios, el 5% cuentan con formación universitaria y un 20% que no han cursado la enseñanza oficial.*

Además de que, según las cifras del último censo federal de los EUA el grupo de analfabetos tienen una incidencia de un 90% en lo que se refiere a las enfermedades mentales así como un alto porcentaje de ancianos que concurren a los hospitales de salud mental para un primer reconocimiento parecen proceder de sectores económicos inferiores aunque esto último sea necesario determinarlo de acuerdo a la clase de enfermedad, ya que como se ha podido observar la Psicosis Maniáco-Depresiva se presenta en ancianos del sector socio-económico superior, mientras que la

* Porcentajes tomados de primeras admisiones hechas en hospitales Psiquiátricos públicos de EUA durante el año de 1963.

Paresia General y el Alcoholismo tienden a registrarse en el inferior.

Dentro de las afecciones mentales más comunes que se presentan en la vejez están:

DEPRESION.-

La depresión es una de las dificultades psicológicas encontrada más frecuentemente en personas de edad. Una condición básica para la obtención de dicha o satisfacción durante el envejecimiento es la habilidad para tolerarla, no sabiendo si el afecto depresivo es parte de la vida del anciano como tampoco hasta donde se puede considerar "Normal" y en donde es el inicio de un trastorno psiquiátrico.

Busse y Reckless (1961) dicen que dos de los síntomas más frecuentemente encontrados en pacientes ancianos con problemas psiquiátricos son los episodios depresivos y la hipocondriasis. Gente no considerada como "paciente" y aun con objetivos como los del M.M.P.I. la depresión es observada muy frecuentemente (Swenson, 1961, Britton y Savage, 1966, Botwinick y Thompson, 1962). De hecho, las tres escalas del M.M.P.I. que son más parecidas: depresión, hipocondria e introversión, muestran un pico o cima con los pacientes ancianos que soportan la observación de Busse-Reckless.

Pero no todos los estudios del Minnessota muestran elevadas puntuaciones en la escala de Depresión y todavía existen muchas preguntas entorno a la prevalencia del afecto depresivo en la vejez.

Los episodios depresivos aumentan en frecuencia y profundidad conforme avanzan los años de la vida, siendo esto muy a menudo la consecuencia de la pérdida de la autoestimación, debido a que se altera el funcionamiento de diversas áreas produciéndose a su vez sentimientos de desprecio, vergüenza e impotencia personal.

Krassoievitch (1976) considera que deben diferenciarse las depresiones cuyas primeras manifestaciones aparecen antes de la vejez de aquellas que se presentan por primera vez durante ésta. Las diferencias que deben hacerse entre los dos padecimientos residen en los aspectos siguientes: en la depresión del anciano no existe un tipo de personalidad previa característica como lo ha sido descrita en la Depresión Involuntiva. Quizás sea más adecuado utilizar en el anciano las nociones de una vulnerabilidad general de la personalidad o de estructuras desfavorables de ésta. Esto podría explicar el hecho de que solo una parte de los ancianos presentan un estado depresivo después de episodios traumáticos a los cuales está expuesta con frecuencia la población de edad avanzada en general.

A diferencia de los pacientes involutivos el estudio demostró que los ancianos que se deprimen viven a menudo en condiciones socio-económicas desfavorables. Además de que la depresión del anciano se asocia muchas veces con una enfermedad física, la que en cierta proporción de casos puede ser considerada como episodio traumático desencadenante, la muerte o enfermedad de un pariente adquieren particular importancia en los primeros estados depresivos del anciano.

En lo que se refiere a los intentos de suicidio este estudio confirmó que tanto hombres como mujeres deprimidos por primera vez recurren a los medios auto-destructivos más serios.

Krassoievitch muestra definitivamente que la vejez, con su serie de heridas físicas y afectivas favorece en los ancianos de personalidad más vulnerable un desequilibrio orientado hacia la Depresión Ansiosa y el Suicidio.

Caraveo y Krassoievitch (1977) haciendo una revisión a la luz del método explicativo encontraron que la depresión entre los ancianos de nuestra población se experimenta de la siguiente manera:

Los síntomas Psíquicos predominantes fueron:

- 1.- Ansiedad
- 2.- Irritabilidad
- 3.- Angustia
- 4.- Disminución de los Apetitos e Intereses

Los síntomas Somáticos predominantes fueron:

- 1.- Cansancio
- 2.- Trastornos en el Sueño
- 3.- Cefalea
- 4.- Disminución del Apetito
- 5.- Baja de Peso

Las Depresiones Psicóticas de la vejez se denominan por lo general

"Depresiones Reactivas" porque constituyen una reacción frente a las circunstancias del Medio. La diferencia entre Depresión Neurótica y Psicotica depende de la medida en que el individuo se aparte de la realidad y de la predisposición de éste a reconocer que no es por entero responsable de la pérdida del estima de Sí mismo y de que al menos, puede "Curar se" en parte.

HIPOCONDRIASIS.-

En adición de la Depresión, la hipocondriasis es otro síntoma frecuente en la vejez, que se presenta como una preocupación ansiosa por nuestro propio cuerpo o porción de éste que la persona considera está enferma o funcionando mal. La Hipocondriasis prevalece más entre las mujeres que entre los hombres y no solo es detectada por la entrevista Psiquiátrica sino también por algunas pruebas como el Minessota, aunque cabe hacer la observación hecha por el Dr. Terry Lee Brink (comunicación personal) de que muchas veces la escala de hipocondria del Minessota no arroja datos muy válidos, ya que los ancianos debido a su edad pueden experimentar realmente estos síntomas.

Busse y Pfeiffer (1969) consideran la hipocondriasis como un escape de los sentimientos de fracaso personal, el rol de enfermo es más fácil de tolerar que el rol de fracasado. Así mismo Walters y Woltman (1940) dan cuenta de gran cantidad de casos que se presentan durante los años del envejecimiento.

Por lo general, las indisposiciones hipocondríacas se relacionan

con la ingestión, digestión y evacuación, pero a menudo las hay en cuanto a los aparatos reproductor, excretor y a los sistemas cardiovascular y óseo.

La sintomatología de esta afección puede tener las siguientes formas:

- 1) Qué los intereses del anciano se desvíen o aparten de las personas u objetos que lo rodean, haciendo que su interés psicológico se centre en sí mismo, en su cuerpo y en el funcionamiento de éste.
- 2) Qué utilice los "síntomas" de las distintas partes de su cuerpo a modo de castigo o expiación parcial por la culpabilidad que implican sus sentimientos hostiles y de venganza hacia las personas más allegadas.
- 3) Qué la ansiedad se desvíe del plano psíquico hacia una preocupación menos inquietante por las dolencias y el funcionamiento del cuerpo.

NEUROSIS.-

Las primeras manifestaciones de neurosis generalmente aparecen antes de la vejez.

La neurosis de angustia no pierde su intensidad y suele mostrar síntomas somáticos más importantes, las circunstancias que la provocan durante las postrimerías 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, menos útiles, menos valoradas y más dependientes de alguien que en años anteriores.

La Neurosis obsesiva puede agravarse durante el envejecimiento y hacerse más evidentes las tendencias al orden, la limpieza y la rigidez moral. El anciano que presenta compulsiones, por lo general ya las ha presentado en épocas anteriores y las razones que contribuyen a que éstas aparezcan son diversas, se pueden presentar como consecuencia del aumento de ansiedad, la inseguridad y la inadecuación, como intento simbólico de simplificar el medio recurriendo a reacciones estereotipadas o restringidas frente a él o de resultados de fantasías eróticas, agresivas o de venganza que producen culpabilidad o ansiedad aguda.

En la Neurosis Fóbica es importante tener en cuenta que el anciano puede atribuir su fobia a sus incapacidades o impotencias físicas, como sucede en el temor a salir o desplazarse.

Los pacientes histéricos siguen presentando sus rasgos característicos de personalidad, en tanto que aparecen síntomas de tipo psicossomático y disminuyen las expresiones conversivas o disociativas. Sin embargo existen a veces, estados regresivos dramáticos.

Las formas de trastornos histéricos en la ancianidad constituyen sobre todo la exageración de algún defecto orgánico que suscite compasión o culpabilidad de quienes lo rodean.

Las Neurosis de Carácter que obviamente se inician con anterioridad también se agravan durante la vejez.

Los actos delictivos más frecuentes del anciano son los atentados sexuales tales como exhibicionismo y paidofilia, así como también los robos.

Dentro de la farmacodependencia, no es raro observar afición más o menos marcada por lo analgésicos y algunos hipnóticos. En lo referente al alcoholismo, hay autores que afirman que ciertos casos de alcoholismo en la vejez disminuye o desaparecen.

PSICOSIS.-

Se ha dicho que buena parte de los esquizofrénicos que llegan a viejos se observa una disminución en la intensidad de sus síntomas y su adaptación social.

En las Psicosis agudas de inicio en la vejez es importante considerar los factores infecciosos, tóxicos, dismetabólicos, así como las enfermedades sistémicas y los trastornos sensitivos y sensoriales. Por su frecuencia señalaremos el Síndrome de Charles Bonnet que consiste en alucinaciones visuales vespertinas en los pacientes que presentan agudeza visual disminuída.

En la Psicosis crónica se consideran como propias de la vejez las siguientes formas:

- a) Delirio de Perjuicio, donde el paciente cree ser perjudicado a través de robos e intrusiones en su domicilio y vida privada, con frecuencia coexisten trastornos amnésicos.
- b) Delirio Erotomaniáco caracterizado por la convicción de ser amado por una persona muchas veces más joven que el paciente.
- c) El delirio del Compañero que consiste en la idea de ser acompañado por un amigo imaginario y protector.
- d) El delirio en el que afirma el paciente su propia longevidad y el delirio de la negación de la muerte de un ser querido.
- e) Los delirios asociados con trastornos sensoriales: Charles Bonnet Delirio Dermatozoico y otros más. La mayoría de los casos de delirio se acompañan de síntomas depresivos.

DEMENCIAS.-

El Dr. Richard y el Dr. Constantinidis (1975) consideran a la Demencia como un estado de alteración individual y conjunto, adquirido, irreversible a largo plazo de diferentes funciones superiores principalmente cognitivas del Sistema Nervioso Central y también Conativas; que están ligadas a lesiones cerebrales, vasculares, degenerativas, tóxicas, traumáticas, infecciosas y tumorales. Se acompaña de una sintomatología neurológica variable que puede formar parte de enfermedades neurológicas conocidas. Se instala y se agrava de manera más o menos progresiva, dando lugar a modificaciones en la conducta: disminución de la autonomía y trastornos en las relaciones con los demás.

Desembocando de esta manera, en una desinerción e intolerancia sociales que tarde o temprano hacen necesario un tratamiento especializado.

Principales Aspectos Clínicos.- Los aspectos clínicos mas frecuentes corresponden a: 1) Demencias Seniles, Degenerativas o Puras, 2) Demencias Vasculares y 3) Demencias Mixtas (Degenerativas y Vasculares).

Las Demencias Seniles Degenerativas o Puras representan aproximadamente el 30% de las Demencias Seniles. Se inician alrededor de los 70-75 años y su frecuencia de aparición es mayor en las mujeres. Según la opinión de algunos autores existe un factor hereditario, mientras que para otros son mas importantes los factores situaciones y reactivos: jubilación, duelo, separación y otros, o factores precipitantes como: traumatismos, infecciones, intoxicaciones.

Las dos formas principales son: a) Demencia Senil simple y b) Demencia Senil Alzheimerizada. La evolución de la primera es lenta y puede tener una duración hasta de 8 años, donde el paciente se encuentra entonces totalmente desorientado en tiempo y espacio. Su memoria y operatividad son nulas, sus funciones instrumentales sin embargo, se encuentran bastante bien. La muerte sobreviene habitualmente por otra enfermedad sobre todo cardíaca o infecciosa. Otra posibilidad evolutiva es que avance el proceso atrófico-degenerativo y se agraven los síntomas describiéndose otros aparte de la Agnosia y la Afasia hasta constituir la Demencia Senil Alzheimerizada, síndrome afásico-aprático y agnóstico

del mismo tipo que el observado en la demencia presenil de Alzheimer.

Demencias Vasculares.- existen focos hemorrágicos o de reblandecimiento y el cuadro clínico fluctúa, hay períodos de agravamiento y otros de mejoría con estados confusionales intermitentes. La sintomatología no es homogénea. La frecuencia de este tipo de demencia es mas o menos la misma que la de las demencias seniles degenerativas. La muerte se produce después de una evolución de 2 a 3 años.

Demencias Mixtas.- son aquellas en las que existen lesiones degenerativas y vasculares, pudiendo predominar cualquiera de las dos. Los síntomas y signos son representativos de ambos tipos de lesiones. Representan aproximadamente el 40% de las demencias seniles. Su evolución es aproximadamente la misma que en las demencias degenerativas.

PSICOSIS ARTERIOESCLEROTICAS.-

Abarca aquellos trastornos mentales del anciano que tienen relación con un daño causado por el endurecimiento de los vasos sanguíneos cerebrales. La edad promedio de su aparición es de 66 años, aún cuando pueda presentarse en individuos de 45 años. Por lo general los síntomas tienen un comienzo abrupto, donde los factores hereditarios parecen desempeñar un papel importante, si bien no se conoce el mecanismo exacto. Afecta mas a los hombres que a las mujeres (3:1) desconociéndose el porqué, aunque es probable que sea debido a las hormonas.

El paciente se muestra intranquilo y muy a menudo sufre de alucina-

ciones. Presenta además, un cuadro de delirio que se apacigua poco a poco y lo deja en un nivel de funcionamiento considerablemente reducido. Durante esta declinación se afectan los procesos intelectuales, la memoria y el juicio. La deficiencia en el juicio puede afectar los cánones morales.

A la par de todo esto, también se manifiestan sensaciones de depresión y temor por el inminente quebranto de las facultades físicas y mentales.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.-

Es mas frecuente entre las mujeres que entre los hombres (3:2) y la edad promedio en que se presenta es alrededor de los 55 años, desconociéndose sus causas. Se caracteriza por un deterioro mental progresivo y rápido, con pérdida de memoria y razonamiento lógico, si bien en estos pacientes suele conservarse el discernimiento.

En conjunto, el cerebro presenta una atrofia general.

ENFERMEDAD DE PICK.-

Menos frecuente que la de Alzheimer, afecta mas a las mujeres que a los hombres, en una proporción de 2:1, considerándose que el factor genético desempeña cierto papel en su aparición.

El cuadro clínico es una lenta demencia progresiva con afasia, apro

sexia y agnosia.

Se presentan dificultades para pensar y concentrarse, el paciente se fatiga y distrae con facilidad, contrariamente a lo que sucede en el mal de Alzheimer, no afecta la memoria. La duración promedio de la enfermedad es de 5 años.

ENFERMEDAD DE JACKOB.-

El curso de la enfermedad, comparado con la de Pick y la de Alzheimer es rápido, pues dura entre 6 meses y 2 o 3 años, con un promedio de un año. No se conoce la causa ni el remedio de esta demencia progresiva que al final presenta parálisis motriz.

"T R A T A M I E N T O"

La psiquiatría contemporánea ya no considera los problemas emocionales del anciano como trastornos invalidantes y permanentes, ya que la Psicoterapia individual y grupal ha obtenido cierto éxito con este tipo de pacientes.

Freud, al referirse al valor de las técnicas psicoanalíticas como recurso terapéutico, decía que después de los cincuenta años, la elasticidad de los procesos mentales de los cuales depende el tratamiento es menor. Los ancianos ya no son educables, además de que el cúmulo de material que se debe tener en cuenta puede prolongar indefinidamente la duración del tratamiento, consecuentemente el psicoanálisis pierde su eficacia en este tipo de personas, ya que la "rigidez del yo" se traduce en opiniones y reacciones fijas.

Estos puntos de vista fueron puestos en duda y refutados, por autores como: Abraham, Jelliffe y Kaufman, quien considera que las neurosis y psicosis de este período son precisamente del tipo pregenital y nos habla del "Complejo de Edipo Invertido" según el cual tanto los individuos de edad como los dependientes ven a sus descendientes adultos como antes veían a sus propios padres, creándose una considerable ambivalencia cuando los ancianos que antes cuidaban de sus hijos mas tarde tienen que ser responsables ante ellos.

La Psicoterapia puede ser de gran utilidad en el tratamiento del an

ciano mal adaptado y mentalmente enfermo, aún en aquellos casos con síndromes encefálicos orgánicos. Siendo uno de sus principales obstáculos el propio temor del terapeuta a la vejez, la muerte y su actitud hacia la figura progenitora caduca y dependiente, lo cual puede acarrear un pesimismo inadecuado o un pronóstico demasiado optimista e irreal.

Los que debe tenerse presente es que el objetivo de la Psicoterapia en esta etapa, no es precisamente el de llegar a obtener un conocimiento más profundo sobre uno mismo, aunque esto pueda ser posible si la persona es elástica, inteligente y está motivada. El papel principal del tratamiento es el de proporcionar apoyo emocional reduciendo la ansiedad y hostilidad, fomentándose al mismo tiempo un sentido de seguridad y autoestima. Cualquier persona que el anciano vea como sustituto del progenitor y con papel aceptable puede fungir como terapeuta.

Se debe intentar satisfacer las necesidades que tiene el anciano de sentirse querido, ligado a algún grupo, donde se le reconocen sus méritos y su manera de ser. El sentimiento de pertenecer a un grupo y de compartir sus aspiraciones influye en el bienestar mental y físico de las personas; por esto es conveniente que en las colectividades se organicen grupos para que el anciano tenga ese sentimiento de solidaridad y utilidad social; por eso la Psicoterapia de Grupo también puede ser de gran utilidad ya que estimula la resocialización del anciano.

La Terapia Ocupacional es otra alternativa muy importante, ya que el anciano para no sentirse una carga necesita sentirse productivo. En

la vejez el trabajo en general, ya sea físico o intelectual, que nos demande un esfuerzo físico excesivo y ponga en actividad moderada los músculos y la mente contribuye a conservar la salud corporal y la lucidez, es indispensable para estimular al anciano y hacer que éste logre una vejez sana y con alicientes que le den sentido a su vida. Del mismo modo que se debe procurar que esté ocupado, también es importante proporcionarle algo nuevo, el aprender, por el hecho en sí, constituye un buen trabajo en la vejez por el ejercicio mental que esto produce.

La Terapia de Juego, cualquier entretenimiento sencillo que aleje a la persona de las reflexiones penosas y lo haga disfrutar es una alternativa muy positiva.

De igual importancia es el mantenimiento de una nutrición adecuada y el cuidadoso manejo de su salud, dando tratamiento temprano a cualquier enfermedad que se presente y evitando todo lo posible el aislamiento social y la sobreprotección.

En caso de ser necesaria la hospitalización, se deberá tratar al anciano rápidamente y enviarlo a su casa antes de que rompa definitivamente sus vínculos sociales.

Constantemente se están probando nuevos programas para hacer la vida del anciano mas significativa, fomentando programas de abuelos y abuelas, donde los ancianos puedan ofrecer sus servicios para actuar como abuelos de jóvenes o niños en orfanatorios.

"ASPECTOS SOCIALES"

En los grupos de animales parece no haber instinto o propensión innata a cuidar de los ancianos, ya sean padres o abuelos. El patrón usual entre ellos es abandonarlos tan pronto como el funcionamiento de sus habilidades ha declinado.

Solo a través del desarrollo de la cultura humana los ancianos fueron capaces de alcanzar cierta seguridad; en los orígenes de las Sociedades primitivas los ancianos logran cierta posición o estatus cuando éstas alcanzan un alto desarrollo en base a la Agricultura, asumiéndose que se mostrará un decline sustancial conforme se fuera avanzando hacia nuestras modernas sociedades industriales.

Algunos ejemplos de la literatura antropológica ilustran la elevada posición social y las grandes satisfacciones obtenidas por la mayoría de los ancianos de las Sociedades Agrícolas.

Los ancianos Palaung en North Burma estaban rodeados de prestigio y privilegios, la longevidad era considerada como un premio debido a una conducta virtuosa en la existencia previa. El anciano Kafir también gozaba de prestigio y acceso a las comodidades, mas que cualquier otro grupo. Entre los Aztecas el Calpullec o jefe de cada barrio o calpulli, es taba asistido por un consejo de ancianos, los huehuetque, probablemente los mas viejos y notables entre los jefes de familia, sin cuyo consentimiento el Principal o Calpullec no podía hacer nada. El mexicano que ha

bía logrado sobrevivir a la guerra, la enfermedad y a los médicos, y que llegaba a una edad venerable como para ser contado entre los huehuetque, desempeñaba un papel muy importante en la vida familiar y política, pudiendo disfrutar durante sus últimos años de una vida apacible y llena de honores. Si había servido al Estado, en los ejércitos o como funcionario, recibía alojamiento y alimento en calidad de retirado, incluso, siendo simple macehualli, tomaba lugar en los Consejos de su barrio, siendo respetado por todos, daba consejos, amonestaba y advertía, además de ser los únicos a los que se les permitía embriagarse con Octli (vino) en compañía de hombres y mujeres de su generación durante banquetes y comidas familiares.

A continuación se expondrán una serie de razones por las cuales los ancianos adquieren una posición de mayor importancia en el transcurso de las antiguas sociedades primitivas a las estabilizadas sociedades rurales:

1) Con el establecimiento de la agricultura se fue capaz de desarrollar un excedente de alimentos y un refugio para compartir con los ancianos, a la vez que se desarrolla un mayor capital y una mayor propiedad de personal, al cual se incrementa bajo el control de los ancianos, los cuales detentan el poder para dictar quienes tienen acceso a la propiedad y quienes la pueden heredar, siendo capaces de ejercer una fuerte influencia en la Sociedad en su conjunto y por ende mantener su posición de poder.

2) En este tipo de sociedades había generalmente mas oportunidad pa

ra realizar tareas útiles en las cuales podía auxiliar el anciano.

3) La importancia del crecimiento de las relaciones de la familia extensa pudieron ser manipuladas por el anciano para sostener y fortalecer su posición de poder. Los miembros ancianos de estas familias usualmente eran capaces de influir en los matrimonios, número de nacimientos y en los diferentes miembros de la familia, asegurando de esta manera la buena existencia del clan y su propia posición dentro de éste.

4) Los ancianos tendieron a ser la mejor autoridad en la acumulación de conocimientos, habilidades o destrezas técnicas para adaptarse a su ambiente, la mayoría de estos conocimientos eran retenidos por la memoria, haciendo que el anciano fuera el mejor camino a la información y el más apropiado para juzgar, creándole un semi-monopolio del conocimiento, visión y experiencia.

5) Por su gran conocimiento y experiencia, el anciano fue capaz de convertirse en el principal guía del crecimiento político, civil, judicial y religioso de este tipo de sociedades, ya que tenía el control de las posiciones más importantes dentro de todas las instituciones.

A continuación se expondrán las razones del decremento de la importancia social del anciano en las Sociedades Industriales.

En las Sociedades Industriales el poder de la familia extensa y el poder de los ancianos sobre ésta, declina grandemente.

El crecimiento de la especialización, la división del trabajo, la

producción en las fábricas y el movimiento general de determinadas funciones como son: la educación y la protección de la familia dentro del hogar a Instituciones especializadas fuera de éste, contribuyen a la disminución de la importancia de la estructura familiar en la Sociedad Industrial, donde la familia extensa es reemplazada generalmente por el pequeño grupo familiar compuesto por padres y dos o tres hijos menores de 18 años. Este tipo de familia parece adaptarse mejor a la demanda de una rápida movilidad espacial y social impuesta por los rápidos cambios industriales.

El anciano ya no cuenta con una importante influencia social o económica, las funciones productivas se realizan fuera de la familia y existen pocas oportunidades de realización de tareas útiles dentro del hogar, por lo tanto, si el anciano quiere gozar de un papel económico útil tiene que entrar en una desventajosa competencia en el mercado de trabajo, ya que los cambios de tecnología hacen obsoletos los conocimientos y tareas de los ancianos, incrementándose así, el número de personas retiradas y desempleadas entre ellos.

El conocimiento y experiencia de los ancianos en las Sociedades Modernas muy frecuentemente es considerado irrelevante debido a las condiciones cambiantes y lo innecesario que resulta el recurrir a ellos para consultarlos, ya que existen libros y una mayor difusión de los conoci-mientos por los nuevos medios de comunicación.

Para comprender la realidad y significación de la Vejez es indispen

sable examinar que lugar se les asigna a los ancianos y que representación se tiene de ellos en la Sociedad actual, ya que ésta es la que en última instancia decide si es una etapa digna de vivirse o no. Algunos investigadores sociales consideran a los ancianos como miembros de un grupo minoritario, privado de muchas satisfacciones que rara vez gozan de todas las ventajas de la mayoría de los ciudadanos y rodeados de prejuicios que restringen mucho sus oportunidades para obtener satisfacciones personales y participar en todo el rango de actividades disponibles a todos los demás miembros de la Sociedad.

Además, de que los ancianos voluntaria o involuntariamente mantienen las expectativas sociales y conductuales que con respecto a ellos se tienen haciéndolos diferentes a los demás.

Debe favorecerse la completa incorporación del anciano a la Sociedad actual, haciendo que la Seguridad Social cubra todos los sectores de la población, ya que en sociedades de grandes contrastes como la nuestra, la atención prestada a los ancianos desposeídos ocupa un lugar marginal, sobre todo por la incapacidad de éstos para "producir".

La prolongación de la vida dentro de los límites biológicos, depende más del medio en que se ha desarrollado la persona que de las posibles influencias hereditarias. En 1975, un grupo de especialistas de las Naciones Unidas rindieron un informe en el cual, afirmaban categóricamente que sea cual fuere la función que desempeñan los genes, sigue siendo cierto el hecho de que la gran mayoría de las diferencias en el

fenómeno del envejecimiento, al igual que en la esperanza de vida o la sensibilidad e incapacidad prematuras, pueden atribuirse al medio ambiente. Existiendo una estrecha relación entre el nivel de vida, mortalidad y expectativas de vida, en el sentido de que los grupos de mejores condiciones económicas viven más que los grupos desposeídos, es decir, que la esperanza de vida tiene estrecha relación con los índices socio-económicos. Mejores condiciones de vida son favorables para una plena realización del hombre, la pobreza con todas sus implicaciones perjudica el crecimiento y retarda la madurez física y mental.

En la vejez sobre todo las diferencias de clase social tienen una gran relación con la salud de los individuos.

Agenor Martí (I) considera que el problema actual de la vejez, por encima de cualquier otra cosa, tiene un origen social, no atraviesa igual el proceso de envejecimiento un anciano multimillonario que un campesino. "En la extrema miseria, la vejez no puede ser soportable ni siquiera para un sabio" decía Cicerón.

Desde cualquier punto de vista que se enfoque la vejez, en última instancia, ésta no es más que la manifestación de la naturaleza de las relaciones de producción existentes, en un país determinado.

El problema de la Vejez no consiste en proporcionar medidas parciales más o menos acertadas, sino en la esencia clasista de las sociedades, no pudiendo resolverse a fondo los problemas inherentes al anciano

(I) CUBA. "Desmentir la Vejez"

hasta que no se cambien las estructuras políticas del país en que éste vive. El ensayista Juan Pérez de la Riva abordaba esta cuestión, diciendo que se muere a todas las edades, y centenarios ha habido tanto entre los pobres como entre los ricos, pero ¿cuántos de cada clase? o mas bien ¿en qué proporción?

En una publicación del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, editada en New York hace tres años, se confirmaba que las investigaciones realizadas en el campo de la Gerontología Social revelan que la situación de las personas de edad, su conducta, sus aspiraciones y su género de la vida son en gran medida funciones de toda la cultura, de sus valores, aspiraciones, pautas sociales y prácticas políticas y económicas.

En una entrevista publicada en junio de 1974, Dmitri Chebotariov director del Instituto de Gerontología de la Academia de Medicina de la URSS, manifestó que actualmente, en la mayor parte del mundo donde la miseria, el hambre y las enfermedades acompañan a los sectores pobres de la población, solo el 5% de la población mueren de viejos.

JUBILACION.

Otra de las crisis mas serias provocadas por nuestros sistemas viene siendo la jubilación, o sea la suspensión definitiva del ejercicio de alguna actividad profesional, la cual dá derecho a una serie de prestaciones por parte de la colectividad; y viene a ser uno de los sucesos mas importantes dentro de la reestructuración del sistema de tareas del indivi-

duo, por la carencia absoluta de preparaci3n que se tiene para enfrentar la, de aqu3 que actúe drásticamente en el proceso de envejecimiento y el que el parámetro de la edad jubilatoria sea considerado como sinónimo de vejez.

La jubilaci3n se establece por varias razones: conveniencias administrativas, para absorber en parte el exceso de mano de obra existente, permitir el ascenso a los jóvenes y la serie de prejuicios que existen en torno al anciano y lo cuestionan como trabajador, como su supuesta ineptitud para aprender las nuevas técnicas que impone la tecnología moderna.

La respuesta ante la jubilaci3n varía de un individuo a otro, dependiendo del tipo de trabajo desempeñado, la personalidad del trabajador y sus intereses fuera de su ocupaci3n. Existen diferencias de clase en cuanto a esta experiencia. Los que trabajan por cuenta propia tienden a dejar de trabajar más tarde que los asalariados.

La situaci3n del anciano suele ser mejor en el campo en algunos aspectos, como son el hecho de que en las familias campesinas el anciano siempre encontrará alguna ocupaci3n sencilla y útil que pueda realizar.

Respecto a las pensiones de jubilaci3n en la vejez, éstas no siguen el curso ascendente del costo de la vida y el monto de pensi3n para los jubilados está dado únicamente por el sueldo base y no por la suma total de percepciones, en caso de que la persona tenga derecho a su pensi3n.

Además de que el trabajo, a la vez que puede resultar esclavizante y fatigoso, también es un elemento de equilibrio que actúa como un factor de integración a la Sociedad, ya que es el eje de las relaciones de cada individuo, fija la posición de éste en la estructura social y su relación con la sociedad. La secuencia de tareas y el contenido de las mismas está ligado al lugar que se ocupa en la estructura social y al papel que se juega en ésta, de aquí la necesidad de analizar las relaciones existentes entre la pérdida de tareas del trabajador y los cambios que se operan en la esfera familiar y la red de comunicación del individuo con su entorno.

Es importante hacer la distinción entre envejecimiento y jubilación, ya que son dos problemas diferentes, tratando a la jubilación mas como una cuestión de decisión personal de cada trabajador, basado en su capacidad y habilidad actual, que dependiendo de su edad cronológica, disminuyéndose paulatinamente las horas de trabajo, de tal manera que el sujeto pueda adaptarse mejor a esta situación.

De los dicho anteriormente, nos podemos percatar de que el medio social actúa como un generador de angustia para el anciano, puesto que no brinda los medios necesarios para atenuar su problemática, sino que por el contrario, lo relega a un comportamiento de pasividad, acentuando los procesos de deterioración, que como se mencionó anteriormente guardan una estrecha relación con la inactividad.

El anciano también es un ser social, que al llegar a la jubilación,

debería de encontrar una institución formalmente definida que le permitiera incorporarse de nuevo en el marco productivo existente. La jubilación debería ser un reajuste entre la función productiva que se realiza y los recursos fisiológicos con que cuenta el individuo y no ser solo la familia el medio por el cual el anciano jubilado se relaciona con su sociedad.

EL EJEMPLO CHINO.

En las nuevas familias chinas, los ancianos ocupan un lugar muy especial. En la ley sobre el matrimonio de la República Popular China, (2) está estipulado que los hijos adultos, que tengan buena salud, deben auxiliar en sus necesidades a sus padres demasiado viejos para trabajar. Si los abuelos o abuelas cubren o no totalmente sus necesidades, corresponde pues a los miembros mas jóvenes hacerlo. El mejoramiento constante de los diferentes servicios colectivos, el desarrollo general de las fuerzas productivas, en el futuro deberá permitir a la sociedad China tomar totalmente a su cargo la satisfacción de todas las necesidades materiales de la vieja generación, equivocándonos si creyéramos que "tomar a su cargo" los jóvenes a los viejos no fuera mas que una necesidad emanada del estado de desarrollo económico actual, la prueba de ello, es que cuando los viejos reciben una pensión que les permite vivir solos, se les encuentra no obstante en las familias con las nuevas generaciones. El braceo permanente de los miembros de la sociedad de todas las edades, de la lactancia a la vejez, tiene una significación política evidente.

(2) 1º de Mayo. 1950, Título IV, art. 13.

Contrariamente a lo que sucede en nuestras sociedades, en China no se considera que un viejo trabajador sea inútil, que se haya convertido en una carga. Permitir que se fusionen las cualidades de entusiasmo y audacia de las jóvenes generaciones con la experiencia política de los ancianos, da una mezcla explosiva y mayores fuerzas a la revolución.

Desde la Revolución Cultural, la función social de los viejos se ha acrecentado y ensanchado más. Muchos ancianos, según sus fuerzas trabajan 2, 3 y 4 horas al día, ya sea en los talleres de servicios, en las guarderías o en las escuelas, organizan exposiciones públicas sobre la lucha de clases, en las cuales aportan sus testimonios sobre la antigua sociedad, dan cursos de historia reciente y vivida. Todas estas actividades sociales, productivas, culturales, tienen como resultado inmediato su plena participación en la vida política de las masas. En China también se da mucha importancia a la constitución física, se dice que la mayoría de los ancianos practican cuando menos un deporte, así como con frecuencia han tenido lugar encuentros deportivos entre equipos compuestos por ancianos.

La sociedad China que no está movida por la ganancia, cuando no considera como productoras las únicas actividades que reportan beneficios materiales, naturalmente viene a modificar radicalmente sus relaciones con los ancianos "improductivos", no les hace caridad, tiene tanta necesidad de ellos como ellos de ella, mientras que poner en manos de una administración el cuidado de mantenerlos, es negar con los hechos su utilidad social irremplazable.

En China, para los ancianos que no tienen familia, los asilos no son la única alternativa, se han reportado casos, que por común acuerdo, éstos van a vivir con parientes lejanos e incluso con otras familias amigas que son "huérfanas" de abuelos.

POBLACION DE ANCIANOS EN LA REPUBLICA MEXICANA.

México tiene un acelerado crecimiento de población, con un aumento anual promedio de 3.3%. Este intenso ritmo de crecimiento deriva de una notable disminución de los índices de mortalidad, junto con una no reducción de la natalidad.

La expectativa media de vida casi se ha duplicado de principios de siglo a la fecha, aunque en México, como país subdesarrollado, el 56.7% de su población son menores de 20 años.

En términos de la población total y tomando en cuenta otras etapas de la vida, el grupo mayor de 60 años se ha mantenido más o menos constante, un 5.5% de la población total pasan los 60 años. En términos absolutos este grupo aumenta cada vez más.

En 1960-1970 hubo un incremento de 769,493 ancianos, calculando que para 1980 habrá más de tres millones y medio de ancianos.

Aunque como se dijo anteriormente la población de México es predominantemente joven, la disminución en las tasas de mortalidad debido a los efectos de las campañas contra muchas enfermedades, no se traducirán en

un aumento considerable de la proporción de personas de edad avanzada dentro de los próximos decenios. El progreso en la lucha contra las enfermedades ha favorecido más a los que se encuentren en la primera mitad de la vida, sin embargo, se va notando cada vez más la tendencia de que sus efectos favorezcan también a la segunda etapa de la vida.

Primero se redujo la muerte al comienzo del curso de la vida, en lactantes y niños, luego siguieron los grupos de edad intermedios y actualmente el mejoramiento de las probabilidades de vida puede alcanzar también a los grupos de edad mas avanzada.

Las condiciones socio-económicas de la población, la disponibilidad de los servicios asistenciales, la dispersión y densidad de la población y los factores geocológicos de la zona correlacionan significativamente en lo que se refiere a la esperanza de vida.

Siendo Quintana Roó donde se presenta la mayor esperanza de vida de la República, así como los estados centrales y occidentales de la frontera norte, la parte meridional de la Península de Baja California y la parte norte y oeste de la Península de Yucatán son las zonas donde la población tiene menor esperanza de vida, siendo ésta un cálculo probabilístico sobre una población sometida a los mismos riesgos de morir en un territorio y en un época dada, lo que dificulta establecer hipótesis sobre su causalidad en una entidad determinada, en un país cuya complejidad ecológica es evidente y donde se presenta toda una variedad socio-económica.

Entre las hipótesis que pueden enunciarse para tratar de explicar la alta expectativa de vida que tienen determinadas entidades, están las de tipo ecológico, epidemiológico, el tipo de actividades a que se dedica la mayoría de la población, servicios y la ingesta alimentaria.

METODOLOGIA

"M E T O D O L O G I A"

HIPOTESIS DE TRABAJO.-

Se encontrarán correlaciones significativas o números mayores a .4329 entre los datos socio-económicos, de salud, niveles de Actividad Actual y los puntajes del WAIS, M.M.P.I. y BENDER, es decir que se espere que cuanto más alto sea el nivel socio-económico del individuo mejor será su Salud Física, tendrá un nivel de Actividad mayor y los puntajes de las pruebas mostrarán una menor deterioración y características psicopatológicas, esperando lo contrario de aquellas personas con bajos niveles socio-económicos.

SELECCION DE LA MUESTRA.-

De la población de personas ancianas, tomando como inicio de la Vejez la edad de 60 años, se tomó un grupo de 20 sujetos que reuniera los siguientes requisitos: Pertenecer al sexo masculino, tener 60 años o más y estar dispuestos a colaborar voluntariamente.

La selección se hizo al azar, esperando obtener una muestra representativa ya que los sujetos eran abordados tanto en la calle, como en cines, parques, otros lugares públicos, así como por personas conocidas que sabían de la existencia de ancianos que probablemente aceptarían la participación en el estudio.

El investigador explicaba a grandes rasgos el proyecto de Investiga

ción, en que consistían los estudios: dibujos, rompecabezas, preguntas, etc, sin entrar en pormenores diciéndoles que clase de pruebas eran o que medían éstas, además del tiempo mínimo que se requería para su aplicación.

Así fue como en el transcurso de 10 meses se llegó a completar el grupo, cuya diversidad de características lo hacía bastante heterogéneo.

Una vez superadas las dificultades impuestas, como las de disponer de un grupo de ancianos y lo difícil que es lograr su cooperación para llevar a cabo un estudio de este tipo, se decidió que el tiempo durante el cual se realizaría el estudio, así como el lugar donde se llevaría a cabo éste, estaría totalmente determinado por los sujetos a estudio, dependiendo de los horarios que cada uno de ellos considerara más cómodo por no interferir con sus actividades cotidianas, trabajo, pasatiempos, horas de descanso. Lo que sucedió en todos los casos, fue que el investigador asistía a sus casas, 15 personas fueron visitadas en sus hogares, mientras que otras 5 lo fueron en su trabajo. Los horarios fueron generalmente en la tarde, a 14 personas el estudio les fue aplicado en la tarde y a 6 en el transcurso de la mañana.

La duración del estudio tuvo un mínimo de tiempo de 5 horas repartidas en dos días cuando menos y 5 días cuando máximo, ya sea consecutivos o salteados tratando de conservar siempre el mismo horario para cada persona así como tratar de terminarlo en el transcurso de la semana en que éste se hubiera iniciado, cosas que en el mayor número de casos

se hizo posible.

Cabe hacer la observación de que el hecho de que los sujetos se presten a colaborar voluntariamente en la Investigación les hace compartir ciertas características que los diferencian de aquellos que no se ofrecen como voluntarios.

A continuación se presenta un cuadro donde se describen los sujetos que participaron en el estudio en base a una serie de características como: a) Edad. b) Ocupación.- la profesión que ha ejercido la persona durante la mayor parte de su vida, aunque actualmente ya no se dedique a ella. c) Escolaridad.- el total de años que haya estudiado la persona. d) Estado Civil. e) Nivel Socio-Económico.- el cual se determinó en base a cinco factores: Ingreso Mensual, Vivienda, Automóvil, Posesión de Bienes Inmuebles y Escolaridad. f) Actividad Actual.- en la cual se emplearon los siguientes parámetros: 1.- Trabaja Normalmente, con un horario de 8 hrs. 3.- Trabaja y tiene pasatiempos. 4.- trabaja exclusivamente en sus pasatiempos. 5.- No trabaja ni tiene pasatiempos. g) Estados de Salud.- 1.- Sano en general. 2.- Con una enfermedad no incapacitante y 3.- Con una enfermedad incapacitante. h) Ejercicio Físico.- 1.- Lo hace a diario. 2.- Esporádicamente. 3.- Nunca lo hace.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LA POBLACION UTILIZADA

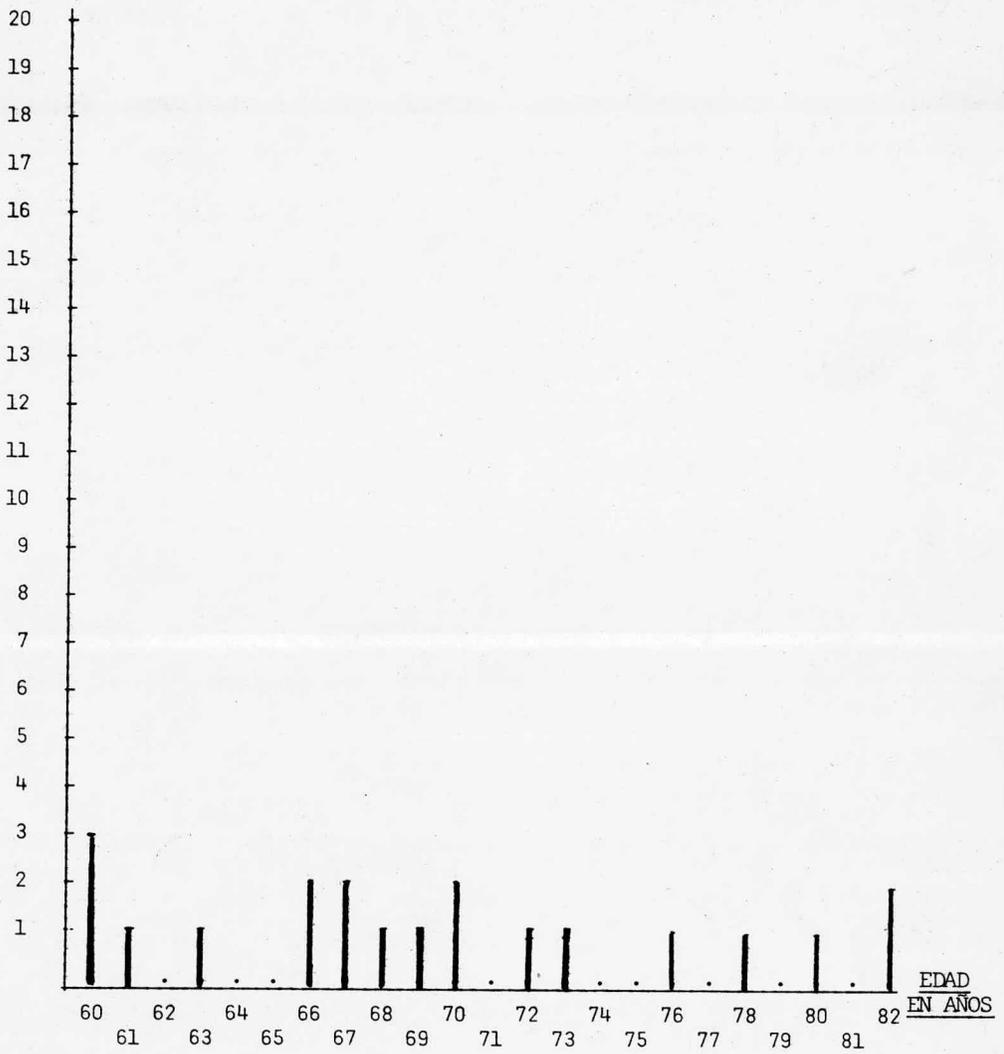
SUJETOS	EDAD	OCUPACION	EDO.CIVIL	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIO-ECONOMICO	ACTIVIDAD ACTUAL	EDO.SALUD	EJERCICIO FISICO	ING.MENSUAL
1	63 años	Comerciante (Negocio <u>Pro</u> pio)	Casado	6 años	Medio-alto	Trabaja Normalmente	Sano	No hace	\$ 15,000.00
2	67 años	Comerciante	Soltero	13 años	Medio	Trabaja Normalmente	Enf. No In capacitante	Esporádicamente	\$ 20,000.00
3	66 años	Comerciante	Casado	9 años	Medio	No Trabaja	Enf. Inca pacitante	No hace	\$ 12,000.00
4	70 años	Contador Privado	Casado	8 años	Medio	Trabaja Normalmente	Sano	Diario	\$ 11,000.00
5	68 años	Contador Público	Casado	13 años	Medio	Trabaja Normalmente	Sano	Esporádicamente	\$ 15,000.00
6	78 años	Mecánico (Negocio <u>Pro</u> pio)	Casado	3 años	Medio-alto	No trabaja	Enf. No In capacitante	Esporádicamente	\$ 20,000.00
7	61 años	Comerciante	Casado	10 años	Medio-alto	Trabaja nor malmente y tiene pasa-tiempos	Sano	No hace	\$ 10,000.00
8	69 años	Comerciante	Casado	4 años	Clase-baja	Trabaja nor malmente y tiene pasa-tiempos	Enf. No In capacitante	Diario	\$ 2,000.00
9	66 años	Comerciante (Obrero Ca-lificado)	Casado	5 años	Medio-bajo	Trabaja nor malmente	Enf. No In capacitante	No hace	\$ 15,000.00
10	60 años	Ferrocarrilero	Casado	11 años	Medio	Trabaja me-nos tiempo	Enf. No In capacitante	No hace	\$ 11,500.00

SUJETOS	EDAD	OCUPACION	EDO.CIVIL	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIO- ECONOMICO	ACTIVIDAD ACTUAL	EDO.SALUD	EJERCICIO FISICO	ING.MENSUAL
11	82 años	Empleado	Casado	12 años	Medio	Trabaja Normalmente	Sano	Diario	\$ 12,400.00
12	60 años	Contador Público	Casado	15 años	Medio-alto	Trabaja me- nos tiempo	Enf. No In- capacitan- te	No hace	\$ 20,000.00
13	73 años	Empleado	Casado	10 años	Medio	Unicamente tiene pasa- tiempos	Sano	Diario	\$ 7,000.00
14	67 años	Ingeniero	Casado	16 años	Medio-alto	Trabaja nor- malmente y tiene pasa- tiempos	Enf. No In- capacitan- te	Diario	\$ 18,000.00
15	80 años	Maestro primaria	Viudo	16 años	Medio-alto	Trabaja me- nos tiempo y tiene pa- satiempos	Sano	Esporádi- camente	\$ 7,000.00
16	76 años	Ingeniero	Casado	18 años	Medio-alto	Trabaja nor- malmente y tiene pasa- tiempos	Sano	Esporádi- camente	\$ 20,000.00
17	60 años	Empleado Federal	Casado	11 años	Medio	Trabaja Normalmente	Enf. No In- capacitan- te	No hace	\$ 11,500.00
18	70 años	Maestro de Obras (Comerciante)	Viudo	Ninguna	Medio	Trabaja me- nos tiempo y tiene pasa- tiempos	Sano	Diario	\$ 15,000.00
19	82 años	Cobrador	Viudo	8 años	Medio-bajo	Trabaja en pasatiempos	Enf. No In- capacitan- te	Diario	\$ 7,000.00
20	72 años	Ginecólogo	Casado	19 años	Medio-alto	Trabaja me- nos tiempo y tiene pasa- tiempos	Enf. No In- capacitan- te	Diario	\$ 11,000.00

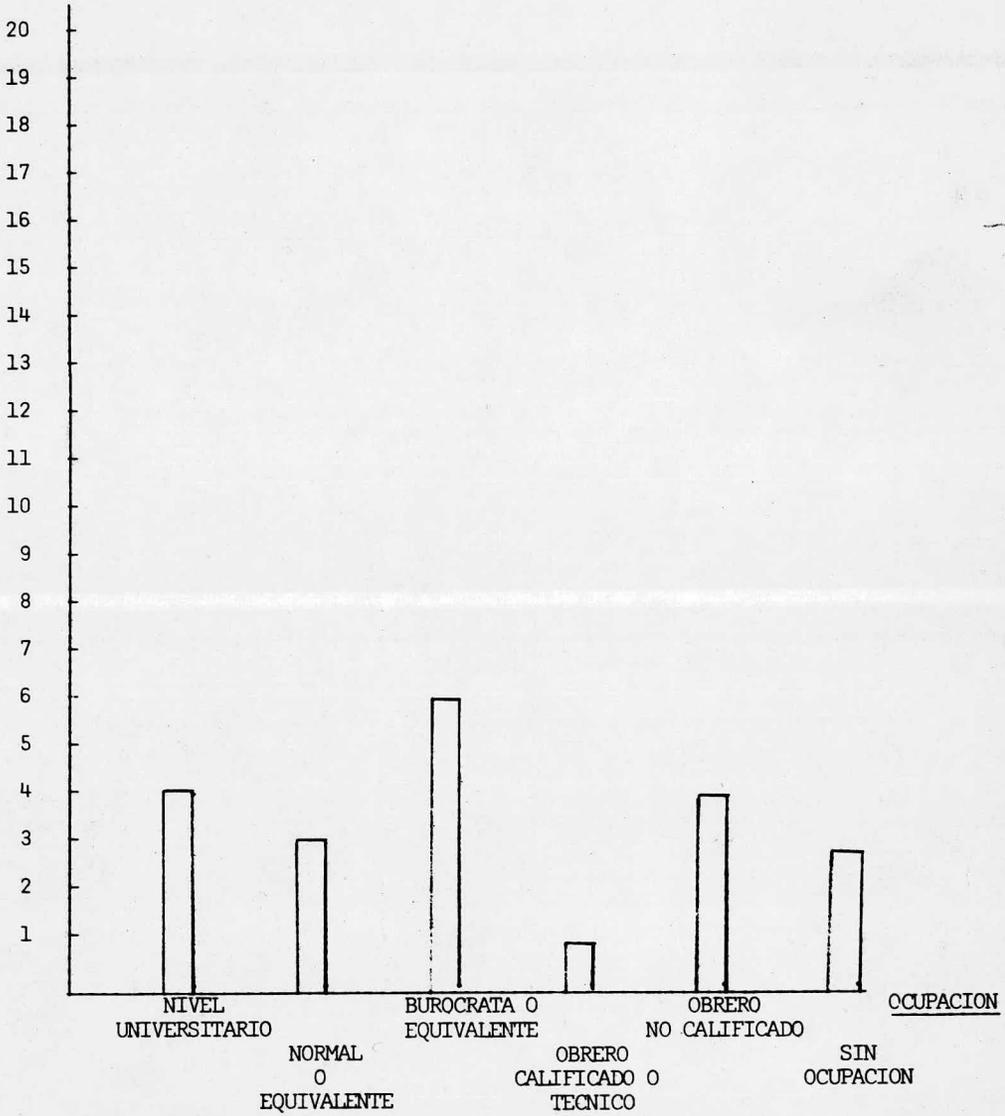
G R A F I C A S

- CARACTERISITICAS DE LA MUESTRA
- DATOS SOCIO-ECONOMICOS
- ESTADO DE SALUD Y NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL

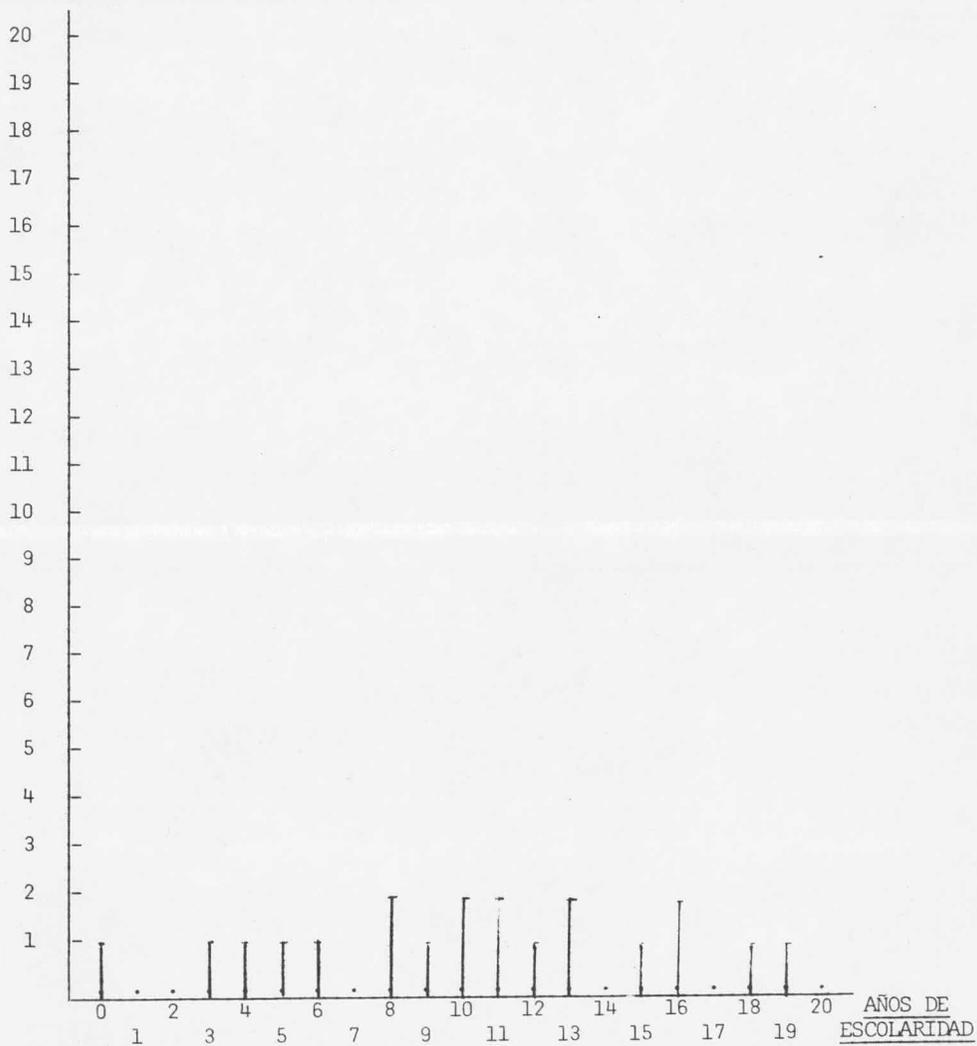
NUM. DE SUJETOS



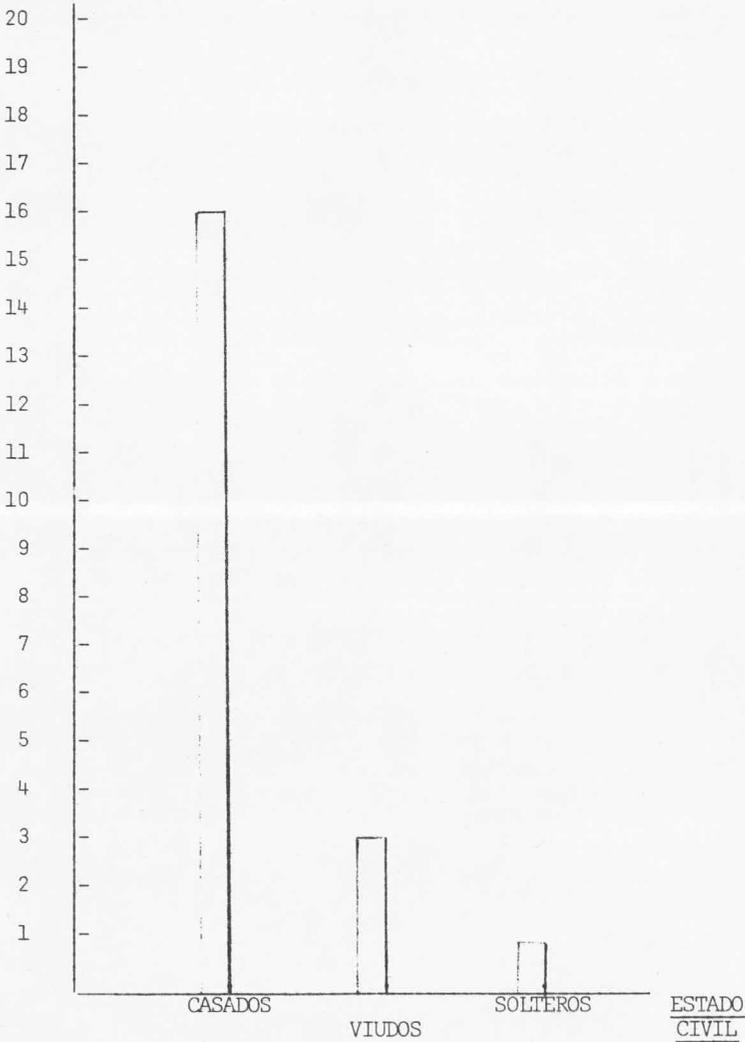
NUM. DE SUJETOS



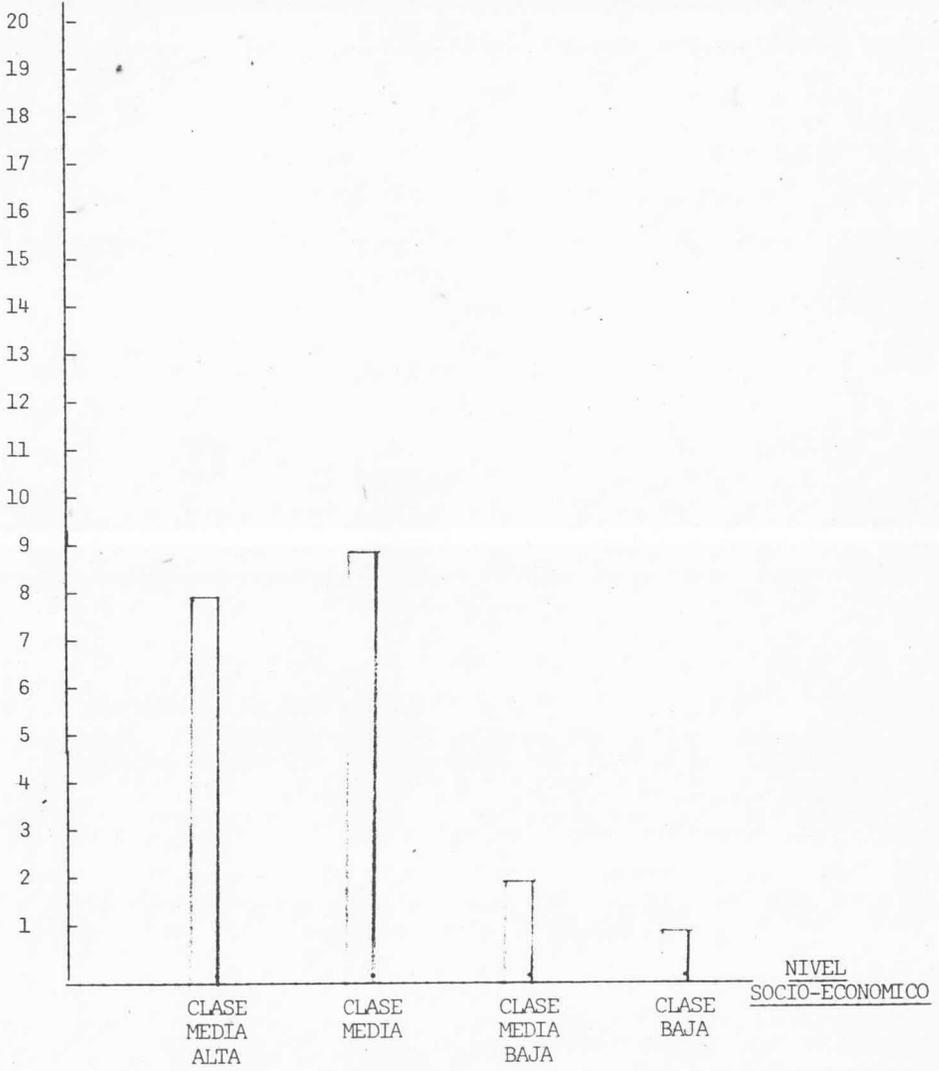
NUM. DE SUJETOS



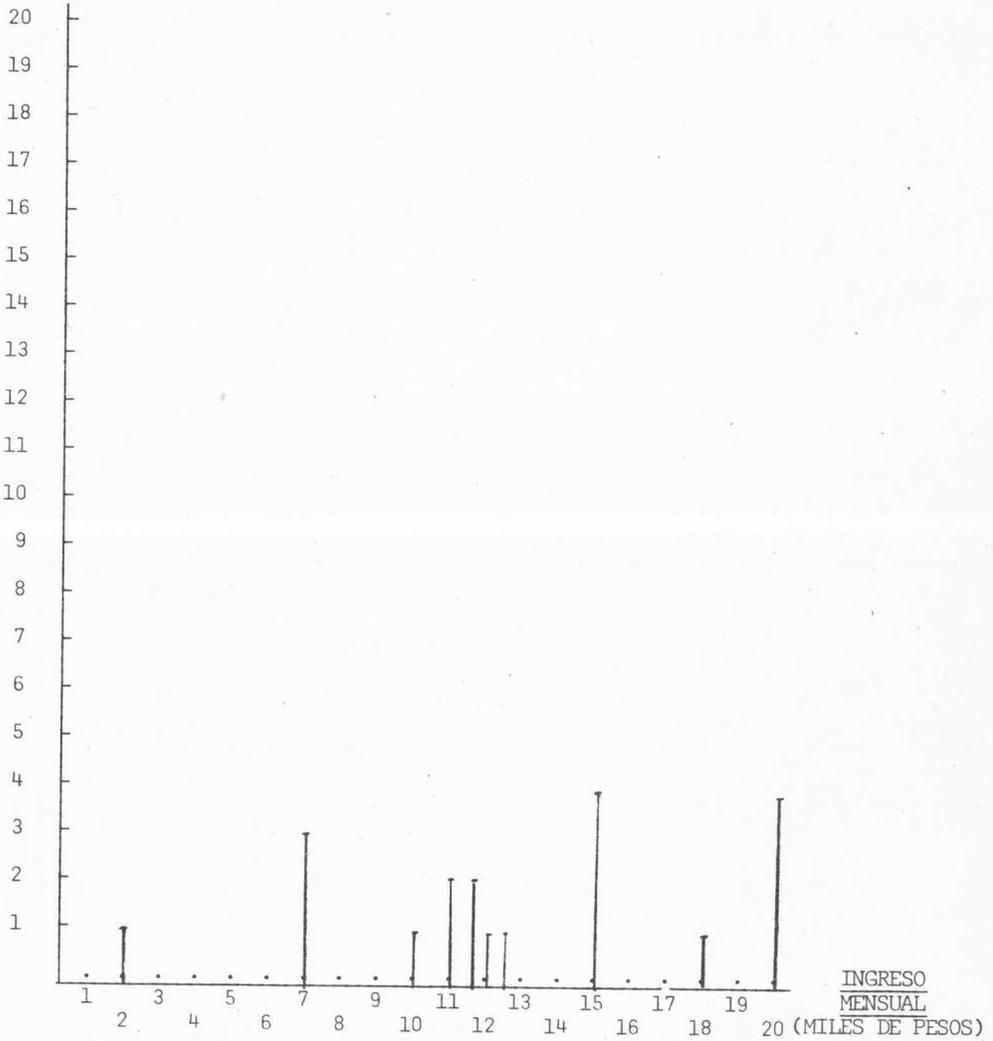
NUM. DE SUJETOS



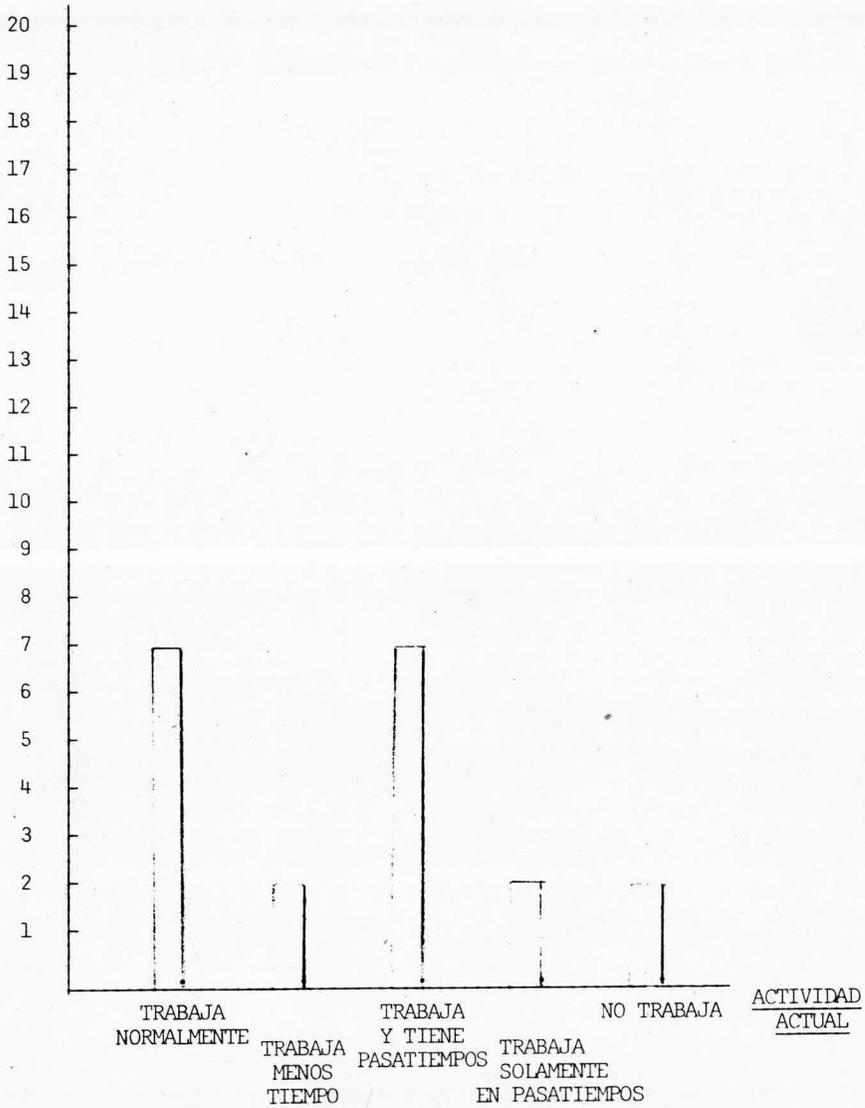
NUM. DE SUJETOS



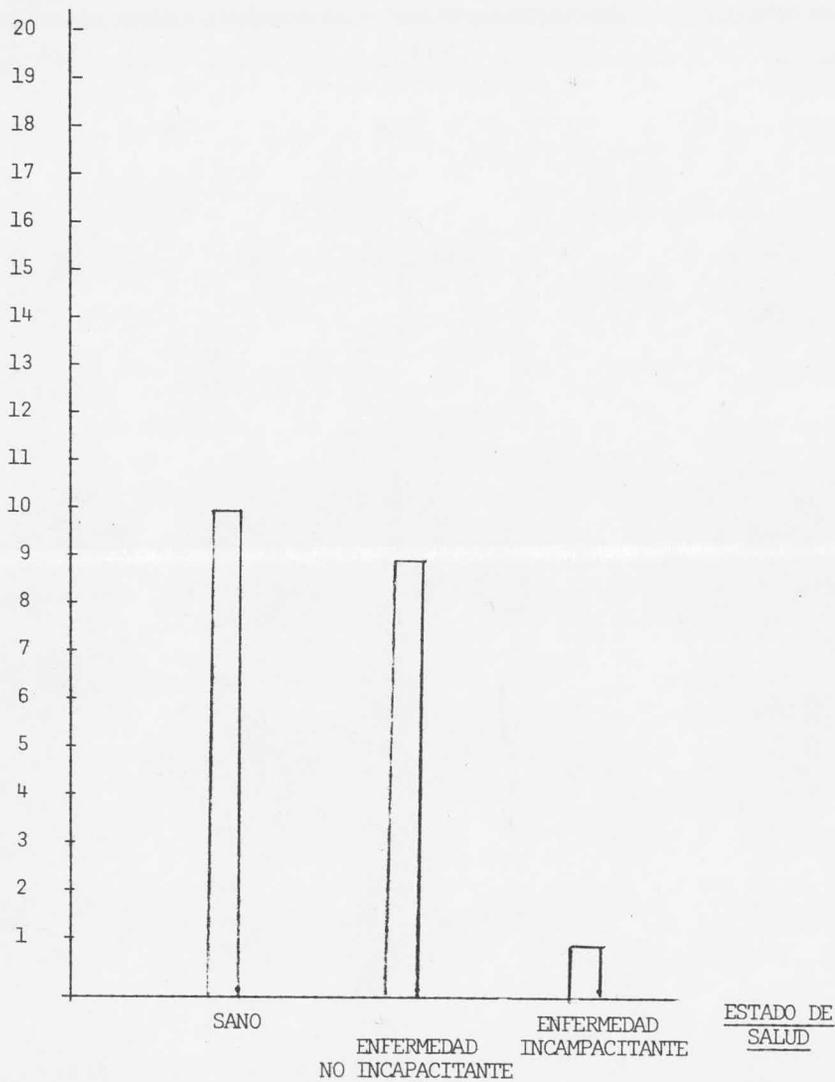
NUM. DE SUJETOS



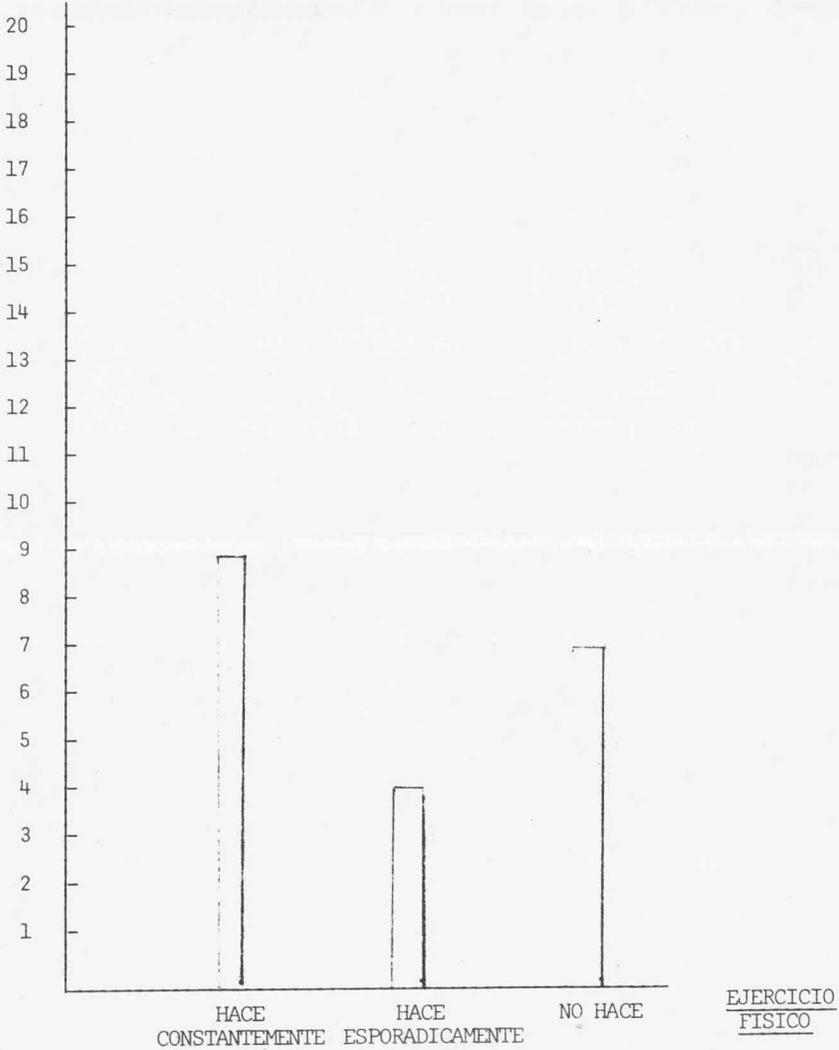
NUM. DE SUJETOS



NUM. DE SUJETOS



NUM. DE SUJETOS



M A T E R I A L

Se utilizó la Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS) que consta de 11 subpruebas, las cuales se clasifican en varios grupos atendiendo a los factores específicos que evalúan cada una de ellas; así tenemos que el primer grupo es el denominado estrictamente Verbal y al cual corresponden las subpruebas de Información, Comprensión, Semejanzas y Vocabulario, debido a que son verbales tanto las operaciones necesarias para resolver las tareas implicadas como las respuestas. El segundo grupo se denomina de Atención y Concentración, al cual pertenecen las subpruebas de Aritmética y Retención de Dígitos. En la escala de Ejecución también encontramos dos grupos de subpruebas, las Visuales a las cuales pertenecen Completamiento de Figuras y Ordenamiento de Figuras y las Visomotrices que abarcan Ensamble de Objetos, Diseño con Cubos y Símbolos y Dígitos.

De cada subprueba se obtiene un Puntaje Crudo, el cual será transformado a un Puntaje Pesado que representa la proporción o peso que se ha dado a cada una de las subpruebas dentro del total de la Prueba. El último paso consiste en transformar estos últimos puntajes a una calificación en términos de Coeficiente Intelectual C.I. tanto para la Escala Verbal como para la de Ejecución y toda la prueba en general.

El Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I. fue otra de las pruebas empleadas, el cual es una técnica objetiva para evaluar la personalidad por medio de Escalas, cuatro de Validez: ?, L, F, K y nueve clínicas: Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Tendencia

Psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomania (Ma) y Sociabilidad (Si).

De todas estas escalas se obtiene un Puntaje en Bruto, agregándosele a cinco de ellas un Factor K para obtener los Puntajes Corregidos.

Las calificaciones del M.M.P.I. pueden graficarse produciendo un perfil que permita rápidamente observar como han quedado distribuidas las calificaciones de las 9 escalas patológicas y las 4 de Validación.

La última prueba utilizada fue la Gestáltica Visomotora de Bender, compuesta por 9 tarjetas de dibujos de figuras muy sencillas que vienen en blanco y negro, las cuales el sujeto debe tratar de reproducir con lápiz sobre una hoja en blanco. Se calificaron utilizando el "Sistema de Variables para el Análisis Cualitativo de la Producción según Bell", tomándose únicamente en cuenta las formas de las figuras. a) según el Contorno b) según la Organización c) Orientación Espacial d) Diferenciación de las Formas e) Perseveración f) Tamaño g) Omisiones. Obteniéndose una calificación máxima de 9 errores para cada uno de los siete incisos.

FORMULAS ESTADISTICAS UTILIZADAS

Para describir nuestro grupo de datos, decidimos ofrecer dos tipos de medidas estadísticas: Una medida de Tendencia Central o valor representativo de una serie de datos, y una medida de Variabilidad que nos indica como se dispersan las calificaciones, la naturaleza de las distribuciones de éstas.

Para la primera, utilizamos la Media (M), cuya fórmula es:

$$X = \frac{\sum X}{N}$$
 donde $\sum X$ es la suma de cada uno de los datos y N es el número total de sumandos.

Para la segunda, o sea la medida de Variabilidad, utilizamos la Desviación Estándar que es:

$$S = \sqrt{\frac{\sum X^2 - n \frac{(\sum X)^2}{N}}{N-1}}$$

donde $\sum X^2$ es la suma de cada uno de los datos (cuadrados) elevados al cuadrado.

Para obtener las Correlaciones de todos los datos entre si: puntajes arrojados por las pruebas, datos socio-económicos, de salud y niveles de ocupación actual, se decidió emplear los Métodos Estadísticos siguientes:

Coeficiente de Correlación de Rango de Spearman (rs)

$$= 1 - \frac{6 \sum d^2}{n^3 - n}$$

donde d es la diferencia entre los rangos de las dos medidas que estamos correlacionando y n el número de sujetos en la muestra.

Y Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson para las variables paramétricas

$$r_{xy} = \frac{n \sum Xr - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[(n \sum X^2 - (\sum X^2)) (n \sum r^2 - (\sum r)^2)]}}$$

donde r_{xy} es la correlación entre 2 variables

$\sum x$ y $\sum r$ y $\sum xr$ es la suma de la multiplicación de los productos de los valores x y r .

Tomándose un nivel de significancia de .05 para las Correlaciones obtenidas, es decir que todos aquellos números mayores a .4329 se considerarán significativos.

R E S U L T A D O S

- Se presentan los Rangos, Promedios y Desviaciones Estándar de las características socio-económicas, de salud y nivel de actividad actual de la muestra. TABLAS I y II.
- Se presentan los Rangos, Promedios y Desviaciones Estándar de las Subpruebas del WAIS, las escalas del M.M.P.I. y los errores cometidos en el BENDER. TABLAS III, IV y V, además de los respectivos Perfiles Generales para todo el grupo de cada prueba con excepción del BENDER.
- Por último se encuentran las Matrices de correlaciones de todos los datos entre si TABLAS VI - XV.

NIVEL
SOCIO-ECONOMICO

Clase Media
Alta 8

Clase Media
9

-

Clase Media
9

Clase Media
Baja
2

Clase Baja
1

INGRESO
MENSUAL

\$ 20,000.00
4

\$ 12,700.00

\$5,150.00

(\$17,850.00-\$7,550.00)

\$ 18,000.00
1

\$ 15,000.00
4

\$ 12,400.00
1

\$ 12,000.00
1

\$ 11,500.00
2

\$ 11,000.00
2

\$ 10,000.00
1

\$ 7,000.00
3

\$ 2,000.00
1

TABLA II
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
ESTADO DE SALUD Y NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUALES

	RANGO	PROMEDIO
<u>ACTIVIDAD ACTUAL</u>	Trabajan normalmente	Trabajan menos tiempo, incluyendo pasatiempos
	7	
	Trabajan menos tiempo	
	2	
	Trabaja y tiene pasatiempos	
	7	
	Trabaja solamente en pasatiempos	
	2	
	No trabaja	
	2	
<u>EDO. SALUD</u>	Sano en general	Enfermedad no incapacitante 9
	10	
	Enfermedad no incapacitante	
	9	
	Enfermedad incapacitante	
	1	
<u>EJERCICIO FISICO</u>	Hacen constantemente	Hacen esporádicamente
	9	
	Hacen esporádicamente	
	4	
	No hacen	
	7	

TABLA III
CARACTERISTICAS DEL WAIS
(PUNTUAJE NATURAL)

<u>SUBPRUEBA</u>	<u>RANGO</u>	<u>PROMEDIO</u>	<u>DESVIACION ESTANDAR</u>
<u>INFORMACION</u>	13 - 29	20.90	4.77 (25.67 - 16.13)
<u>COMPRESION</u>	16 - 27	21.80	3.07 (24.87 - 21.80)
<u>ARITMETICA</u>	8 - 18	12.30	2.94 (15.24 - 9.36)
<u>SEMEJANZAS</u>	8 - 25	17.95	5 (22.95 - 12.95)
<u>RETENCION DE DIGITOS</u>	7 - 14	9.80	1.70 (11.50 - 8.10)
<u>VOCABULARIO</u>	52 - 74	64.70	5.62 (70.32 - 59.08)
<u>SIMBOLOS Y DIGITOS</u>	11 - 48	27.65	10.10 (37.75 - 17.55)
<u>FIGURAS INCOMPLETAS</u>	7 - 20	13.85	3.38 (17.23 - 10.47)
<u>DISEÑO CON CUBOS</u>	20 - 47	29.25	8.12 (37.37 - 21.13)
<u>ORDENAMIENTO FIGURAS</u>	6 - 20	15.70	4.87 (20.57 - 10.83)
<u>ENSAMBLE DE OBJETOS</u>	5 - 29	21.25	6.87 (28.12 - 14.38)
<u>COEF. INTELECT. VERBAL</u>	108 -142	122.75	9.86 (132.61-112.89)
<u>COEF. INTELECT. EJECUCION</u>	84 -133	108.20	11.15 (119.35- 97.05)
<u>COEF. INTELECT. TOTAL</u>	98 -138	117.35	9.88 (127.23-107.47)

PERFIL GENERAL DEL WAIS (1)

COEFICIENTE INTELECTUAL VERBAL PROMEDIO.-	122.75
COEFICIENTE INTELECTUAL DE EJECUCION PROMEDIO.-	108.20
COEFICIENTE INTELECTUAL TOTAL PROMEDIO.-	117.35

Existe una buena Dotación Natural, favorecida por un medio que ha sido capaz de proporcionar las oportunidades suficientes para estimularla y desarrollarla.

El nivel de pensamiento es de tipo funcional. La Memoria es buena cuando se refiere a situaciones pasadas y que se encuentran relacionadas con intereses particulares del sujeto, encontrándose un decremento en acontecimientos recientes o inmediatos.

La Capacidad de Atención y Concentración se encuentra bastante disminuída, pudiendo influir en esto un factor de ansiedad provocado en mucho por la situación a prueba.

La Capacidad de Juicio se halla muy bien conservada, permitiendo que el sujeto pueda desenvolverse adecuadamente dentro de su núcleo social proporcionando las respuestas que se esperan de él ante determinadas situaciones.

En su Capacidad Analítico-Sintético se observa un gran decremento, así como en su Coordinación Viso-motora, Organización y Percepción Vi-

sual.

Existe un Índice de Deterioro de un 27% el cual sobrepasa lo esperado a la edad promedio de la muestra (2)

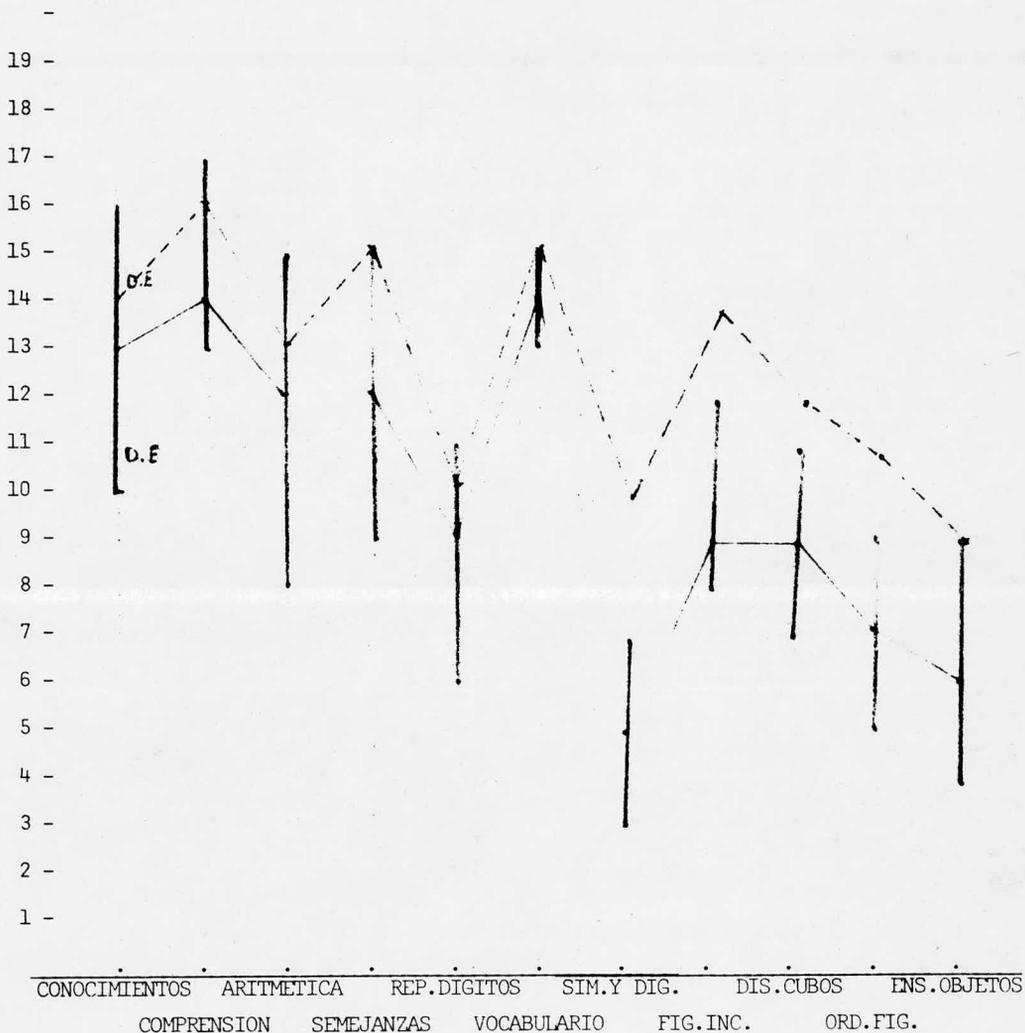
(1) En base a las "PRACTICAS DE EVALUACION DE LA PERSONALIDAD"
Facultad de Psicología. UNAM.

(2) Fórmula de Índice de Deterioro $\frac{M - NM}{M} \times 100$ donde

M= Habilidades mantenidas a través del tiempo

NM= Habilidades no mantenidas

PERFIL GENERAL DEL WAIS PARA TODO EL GRUPO



— Puntaje pesado

----- Puntuaciones Normalizadas, considerando el deterioro esperado según las edades

TABLA IV
CARACTERISTICAS DEL M.M.P.I.

<u>ESCALA</u>	<u>RANGO</u>	<u>PROMEDIO</u>	<u>DESVIACION ESTANDAR</u>
<u>L</u>	1 - 13	5.45	3.46 (8.91 - 1.99)
<u>F</u>	1 - 18	8.85	4.48 (13.33 - 4.37)
<u>K</u>	4 - 19	10.75	4.56 (15.31 - 6.19)
<u>Hs</u>	3 - 24	12.55	5.13 (17.68 - 7.42)
<u>D</u>	12 - 32	23	4.94 (27.94 - 18.06)
<u>Hi</u>	6 - 32	17.65	6.64 (24.29 - 11.01)
<u>Dp</u>	12 - 32	18.50	5.61 (24.11 - 12.89)
<u>Mf</u>	19 - 31	24.65	2.68 (27.33 - 21.97)
<u>Pa</u>	5 - 14	8.80	2.63 (11.43 - 6.17)
<u>Pt</u>	17 - 34	26.40	5.15 (31.55 - 21.25)
<u>Es</u>	18 - 38	28.20	6.40 (34.60 - 21.80)
<u>Ma</u>	12 - 28	20.15	3.91 (24.06 - 16.24)
<u>Si</u>	15 - 50	31.20	8.58 (39.78 - 22.62)

PERFIL GENERAL DEL M.M.P.I. (1)

Sujetos que piden ayuda por el temor a padecer un padecimiento psiquiátrico.

Se aislan emocionalmente, teniendo relaciones inadecuadas con la familia, son apáticos e indiferentes, no parece interesarles el mundo y se encierran dentro de ellos mismos, manteniéndose fuera de contacto con su medio ambiente.

Poseen tendencias obsesivo-compulsivas que se manifiestan por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismos, acompañada con un panorama del mundo generalmente amenazador y hostil.

Tienen sentimientos de culpa constante, además de diversos temores de tipo específico, preocupaciones diversas y actos compulsivos variados.

También muestran una tendencia a la Depresión e Introversión, preocupándose grandemente por cuestiones de tipo sexual, así como por el bienestar de su cuerpo y su salud.

Se caracterizan también por una buena dosis de egoísmo y narcisismo.

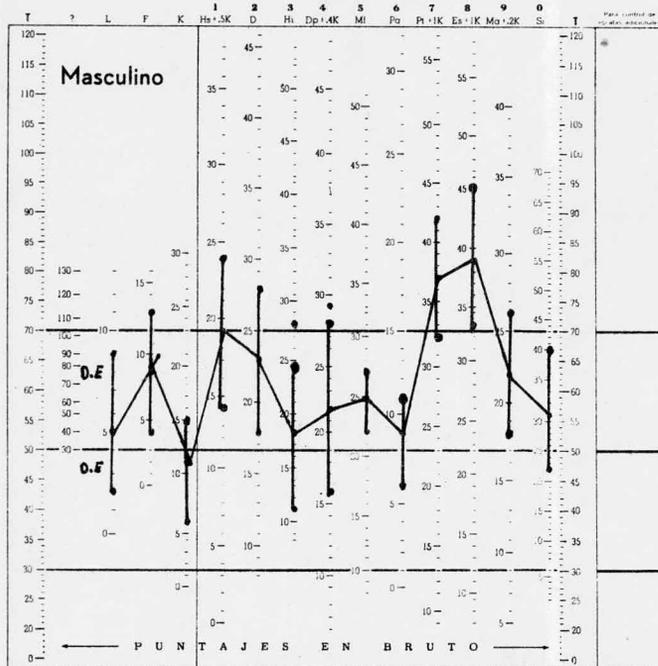
(1) De acuerdo al Manual del Dr. Rafael Nuñez "Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) a la Psicopatología" Ed. El Manual Moderno, S.A. 1968.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



Nombre _____ (letra de molde) _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto

T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	
5	9	11	13	23	17	18	25	9	26	28	20	31
Agregar factor K		6	4		11		11	2				
Puntaje corregido		19	22		37		39	22				

Fracciones K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
30	15	12	6							
29	15	12	6							
28	14	11	6							
27	14	11	5							
26	13	10	5							
25	13	10	5							
24	12	10	5							
23	12	9	5							
22	11	9	4							
21	11	8	4							
20	10	8	4							
19	10	8	4							
18	9	7	4							
17	9	7	3							
16	8	6	3							
15	8	6	3							
14	7	6	3							
13	7	5	3							
12	6	5	2							
11	6	4	2							
10	5	4	2							
9	5	4	2							
8	4	3	2							
7	4	3	1							
6	3	2	1							
5	3	2	1							
4	2	2	1							
3	2	2	1							
2	1	1	0							
1	1	1	0							
0	0	0	0							

NOTAS

INDICE

8 7" 1 2 9 4 0 6 3 - (25)° 5 - 9 11



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

TABLA V

CARACTERISTICAS DEL BENDER *

(ERRORES COMETIDOS EN LA PRODUCCION DE LAS FIGURAS)

<u>TIPO DE ERROR</u>	<u>NUMERO DE SUJETOS QUE LO COMETIERON</u>	<u>PORCENTAJE DE SUJETOS QUE LO COMETIERON</u>	<u>PROMEDIO DE ERRORES POR SUJETO</u>
<u>CONTORNO CONFUSO</u>	3	15 %	1 error por sujeto
<u>REPRODUCCION INCORRECTA</u>	7	35 %	2.2 errores por sujeto
<u>ROTACION</u>	9	45 %	1.4 error por sujeto
<u>NO DIFERENCIACION</u>	15	75 %	2.9 errores por sujeto
<u>PERSEVERACION</u>	6	30 %	2 errores por sujeto
<u>ALTERACIONES DEL TAMANO</u>	1	5 %	1 error por sujeto
<u>OMISIONES (DE ANGULOS O CURVAS)</u>	10	50 %	1.9 error por sujeto

* Se calificó de acuerdo al "Sistema de Variables para el Análisis Cualitativo de la Producción en el B.G. según J.E. BELL"

(Tomando en cuenta las formas de las figuras)

TABLA VI

MATRIZ DE CORRELACIONES DE LOS DATOS SOCIO-ECONOMICOS Y SALUD

	EDAD (3)	OCUPACION (4)	ESCOLARIDAD (5)	EDO.CIVIL (6)	NIVEL SOCIO- ECONOM. (7)	ACTIVIDAD ACTUAL (8)	INGRESO MENSUAL (9)	EDO. SALUD (10)
OCUPACION (4)	.197							
AÑOS DE ESCOLARIDAD (5)	.095	-.820						
ESTADO CIVIL (6)	.063	-.335	.136					
NIVEL SOCIO-ECO- NOMICO (7)	.334	.062	-.416	.274				
ACTIVIDAD ACTUAL (8)	.363	-.134	-.139	-.148	-.154			
INGRESO MENSUAL (9)	-.175	-.616	.228	.081	-.275	-.299		
ESTADO DE SALUD (10)	-.240	-.183	.037	.059	.290	.986	-.180	
EJERCICIO FISICO (11)	.788	-.340	.148	.062	.123	-.121	-.307	-.217

TABLA VII

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL WAIS CON LOS DATOS SOCIO-ECONOMICOS Y DE SALUD

	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	NIVEL SOCIO-ECONOM.	ACTIVIDAD ACTUAL	INGRESO MENSUAL	EDO.SALUD	EJERCICIO FISICO
<u>INFORMACION</u>	-.252	-.786	.720	-.180	-.561	-.045	.125	-.130	.100
<u>COMPRESION</u>	-.149	-.447	.351	-.181	-.231	.097	.049	.075	.020
<u>ARITMETICA</u>	-.288	-.693	.392	-.185	-.382	-.106	-.115	-.195	-.098
<u>SEMEJANZAS</u>	-.200	-.592	.519	-.025	-.353	-.128	.173	-.219	.021
<u>RETENCION DE DIGITOS</u>	-.459	-.783	.337	-.096	-.348	-.548	.188	-.129	-.247
<u>VOCABULARIO</u>	-.014	-.643	.240	-.497	-.195	-.096	-.121	-.180	.219
<u>SIMBOLOS Y DIGITOS</u>	-.478	-.721	.555	-.093	-.414	-.060	.200	-.015	-.407
<u>FIGURAS INCOMPLETAS</u>	-.439	-.544	.230	-.320	-.483	-.099	.217	-.190	.337
<u>DISENO CON CUBOS</u>	-.133	-.523	.298	-.379	-.657	-.038	.290	-.122	.144
<u>ORDENAMIENTO FIGURAS</u>	-.454	-.628	.328	.095	-.223	.271	.298	-.212	-.186
<u>ENSAMBLE DE OBJETOS</u>	.278	-.689	.463	-.073	-.497	-.073	-.021	-.160	-.181
<u>COEF. INTELEC. VERBAL</u>	.045	-.750	.719	-.217	-.556	-.235	-.063	-.338	.226
<u>COEF. INTELEC. EJECUCION</u>	.176	-.514	.645	.020	-.342	.018	.142	-.062	.165
<u>COEF. INTELEC. TOTAL</u>	.087	-.779	.745	-.128	-.597	-.159	.050	-.253	.133

TABLA VIII

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL WAIS ENTRE SI

	COMP.	ARIT.	SEMEJ.	RET.DE DIGITOS	VOCAB.	SIMB.Y DIGITOS	FIGURAS INCOMP.	DISEÑO C/CUBOS	ORDEN. FIG.	ENSAM. OBJETOS	C.I.V.	C.I.E.	C.I.T.
<u>INFORMACION</u>	.325	.539	.653	.366	.533	.670	.574	.534	.579	.558	.814	.639	.817
<u>COMPRESION</u>	-	.333	.414	.002	.545	.381	.083	.289	.340	-.259	.622	.087	.423
<u>ARITMETICA</u>	-	-	.140	.254	.295	.358	.110	.223	.212	.173	.565	.083	.389
<u>SEMEJANZAS</u>	-	-	-	.079	.439	.542	.489	.242	.423	.248	.653	.424	.610
<u>RETENCION DE DIGITOS</u>	-	-	-	-	-.006	.594	.424	.053	.246	.274	.187	.143	.195
<u>VOCABULARIO</u>	-	-	-	-	-	.330	.266	.268	.308	.122	.675	.303	.570
<u>SIMBOLOS Y DIGITOS</u>	-	-	-	-	-	-	.728	.461	.530	.305	.580	.583	.656
<u>FIGURAS INCOMPLETAS</u>	-	-	-	-	-	-	-	.550	.560	.462	.361	.693	.583
<u>DISEÑO CON CUBOS</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	.654	.310	.491	.766	.692
<u>ORDENAMIENTO FIGURAS</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.377	.421	.590	.562
<u>ENSAMBLE DE OBJETOS</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.269	.583	.461
<u>COEF. INTELEC. VERBAL</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.595	.910
<u>COEF. INTELEC. EJECUCION</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.873
<u>COEF. INTELEC. TOTAL</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA IX

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL WAIS CON LOS DEL BENDER

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
<u>INFORMACION</u>	.133	-.432	.272	.258	.062	.316	.214	-.068	.183	.301	.136	.449	-.245
<u>COMPRESION</u>	.336	-.538	.255	-.376	-.343	-.191	-.277	.035	-.200	-.204	-.335	.015	-.277
<u>ARITMETICA</u>	-.024	-.204	.202	-.248	-.199	-.209	.054	.327	.055	.279	.072	.275	-.152
<u>SEMEJANZAS</u>	.214	-.529	.340	.331	-.106	.346	.164	-.001	-.128	.233	.140	.449	-.387
<u>RETENCION DE DIGITOS</u>	.212	-.273	.446	.175	.231	.356	.648	-.165	.237	-.026	-.266	.257	-.266
<u>VOCABULARIO</u>	-.057	-.227	-.005	-.010	-.350	-.026	-.035	.327	.270	.069	.077	.313	-.245
<u>SIMBOLOS Y DIGITOS</u>	.051	.568	.381	.279	.076	.334	.349	-.243	.074	-.021	-.087	.523	-.343
<u>FIGURAS INCOMPLETAS</u>	-.232	-.370	.069	.220	.047	.173	.251	-.232	.132	.052	-.005	.547	-.166
<u>DISEÑO CON CUBOS</u>	-.054	-.194	-.110	-.047	-.116	-.147	-.249	-.145	.184	-.054	-.030	.253	.149
<u>ORDENAMIENTO FIGURAS</u>	.096	-.214	.010	.196	.013	.256	.067	-.016	.398	.088	.116	.361	.077
<u>ENSAMBLE DE OBJETOS</u>	.041	.033	.148	.297	.190	.298	.427	.039	.329	.352	.347	.290	.035
<u>COEF. INTELEC. VERBAL</u>	.368	-.601	.368	-.011	-.323	.021	-.066	.094	0	-.388	-.115	.323	-.433
<u>COEF. INTELEC. EJECUCION</u>	.071	-.295	.055	.196	-.109	.082	-.045	-.256	.177	-.039	.087	.414	-.038
<u>COEF. INTELEC. TOTAL</u>	.254	-.515	.250	.088	-.260	.050	-.055	-.068	.092	-.021	-.026	.416	-.281

TABLA X

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL WAIS CON LOS DEL BENDER

	FORMA CONTORNO	REPRODUCCION INCORRECTA	ROTACION	TALLA DIFERENCIAL	PERSEVERACION	ALTERAC. TAMAÑO	OMISIONES
<u>INFORMACION</u>	-.081	-.269	-.444	-.296	.397	.004	-.195
<u>COMPRESION</u>	.355	.123	.181	.244	-.027	.398	.385
<u>ARITMETICA</u>	-.092	-.047	-.504	-.187	-.226	-.184	-.296
<u>SEMEJANZAS</u>	-.110	-.445	-.276	-.114	-.374	.143	.052
<u>RETENCION DE DIGITOS</u>	-.033	-.187	-.509	-.270	-.204	-.248	-.212
<u>VOCABULARIO</u>	.227	.078	.067	.119	-.032	.180	.280
<u>SIMBOLOS Y DIGITOS</u>	.043	-.355	-.547	-.197	-.266	-.108	-.071
<u>FIGURAS INCOMPLETAS</u>	.019	-.335	-.307	-.318	-.128	-.059	-.250
<u>DISEÑO CON CUBOS</u>	-.119	-.267	-.281	-.126	-.182	-.032	-.102
<u>ORDENAMIENTO DE FIGURAS</u>	-.032	-.297	-.001	.032	-.156	-.178	-.075
<u>ENSAMBLE DE OBJETOS</u>	-.622	-.520	-.351	-.781	-.624	-.454	-.616
<u>COEF. INTELEC. VERBAL</u>	-.047	-.454	-.353	-.138	-.375	.125	.128
<u>COEF. INTELEC. EJECUCION</u>	-.265	-.612	-.363	-.317	-.343	-.109	-.090
<u>COEF. INTELEC. TOTAL</u>	-.160	-.584	-.403	-.249	-.402	.015	.028

TABLA XI

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL M.M.P.I. CON LOS DATOS SOCIO-ECONOMICOS Y DE SALUD

	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD	EDO.CIVIL	NIVEL SOCIO- ECONOM.	ACTIVIDAD ACTUAL	INGRESO MENSUAL	EDO.SALUD	EJERCICIO FISICO
<u>L</u>	.177	-.579	.447	.084	-.450	.056	.294	-.019	.195
<u>F</u>	.082	-.137	-.350	.218	-.356	-.093	-.460	-.181	.014
<u>K</u>	-.162	-.711	.627	-.008	-.411	-.007	.493	-.095	-.104
<u>Hs</u>	-.341	-.467	.248	.036	-.104	.391	.045	.344	-.351
<u>D</u>	-.377	-.146	-.034	.070	.018	.389	-.128	.343	-.554
<u>Hi</u>	-.301	-.542	.417	.158	-.056	.421	.153	.377	-.292
<u>Dp</u>	-.543	-.616	.309	-.042	.119	.084	-.025	-.143	-.353
<u>Mf</u>	-.108	-.501	.022	-.102	-.090	.155	-.284	.088	.173
<u>Pa</u>	-.060	-.538	.094	-.167	.212	.266	-.271	.209	.199
<u>Pt</u>	-.240	-.364	.103	.375	.071	-.218	-.201	-.317	-.201
<u>Es</u>	-.046	-.299	-.042	.367	.368	-.191	-.253	-.288	-.080
<u>Ma</u>	-.214	-.574	.326	.178	-.206	-.381	-.290	-.494	-.227
<u>Si</u>	-.031	-.013	-.346	.066	.248	-.050	-.468	-.134	-.130

TABLA XII

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL M.M.P.I. ENTRE SI

	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
<u>L</u>	-.512	.648	.083	-.015	.305	.023	-.004	-.290	-.362	-.475	-.207	-.466
<u>F</u>	-	.684	-.156	.069	-.302	-.021	.210	.373	.475	.603	.034	.791
<u>K</u>	-	-	.071	0	.338	.346	-.188	-.289	-.167	-.302	.105	-.755
<u>Hs</u>	-	-	-	.516	.859	.426	.026	.180	-.022	.100	.082	-.171
<u>D</u>	-	-	-	-	-.949	-.967	-.970	.937	-.960	-.952	-.954	-.955
<u>Hi</u>	-	-	-	-	-	.603	-.045	.047	-.058	-.052	.032	-.295
<u>Dp</u>	-	-	-	-	-	-	.155	.153	.105	.073	.200	-.148
<u>Mf</u>	-	-	-	-	-	-	-	.116	.041	.025	-.014	.007
<u>Pa</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	.285	.312	.141	.172
<u>Pt</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.828	.579	.269
<u>Es</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.532	.460
<u>Ma</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.091
<u>Si</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA XIII

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL M.M.P.I. CON LOS DE BENDER

	FORMA CONTORNO	REPRODUCCION INCORRECTA	ROTACION	TALLA DIFERENCIAL	PERSEVERACION	ALTERAC. TAMAÑO	OMISIONES
<u>L</u>	-.139	-.430	-.034	-.138	-.388	-.098	.197
<u>F</u>	-.113	.435	.158	.078	.210	-.097	-.159
<u>K</u>	-.291	-.539	-.337	-.285	-.579	-.244	-.031
<u>Hs</u>	-.074	-.318	-.228	-.119	-.057	-.346	-.012
<u>D</u>	-.408	-.545	-.616	-.769	-.559	-.201	-.596
<u>Hi</u>	.001	-.336	-.101	-.121	-.149	-.235	-.102
<u>Dp</u>	-.243	-.263	-.374	-.464	-.366	-.230	-.397
<u>Mf</u>	-.104	.223	.037	-.085	-.015	-.232	-.121
<u>Pa</u>	-.185	.065	-.009	-.090	-.012	-.250	-.036
<u>Pt</u>	-.256	-.003	-.165	-.144	-.254	-.155	-.442
<u>Es</u>	-.327	-.078	-.097	-.079	-.226	-.227	-.253
<u>Ma</u>	-.053	-.287	-.446	-.121	-.281	-.249	-.201
<u>Si</u>	.006	.396	.176	.103	.311	.076	-.081

TABLA XIV

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL BENDER CON LOS DATOS SOCIO-ECONOMICOS Y DE SALUD

	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD	EDO.CIVIL	NIVEL SOCIO- ECONOM.	ACTIVIDAD ACTUAL	INGRESO MENSUAL	EDO.SALUD	EJERCICIO FISICO
<u>FORMA CONTORNO</u>	-.120	.366	-.123	-.167	-.045	.035	-.075	-.090	-.194
<u>REPROD. INCORREC.</u>	-.140	-.020	-.440	-.087	.397	.212	-.511	.137	-.182
<u>ROTACION</u>	.163	.092	-.441	.162	.474	.452	-.134	.402	.261
<u>FALTA DIFERENC.</u>	.204	-.106	-.103	.210	.351	.193	-.046	.128	.190
<u>PERSEVERACION</u>	.150	.008	-.419	-.072	.204	.253	-.274	.176	.023
<u>ALTER.TAMAÑO</u>	.180	-.588	.102	-.506	.076	-.131	-.337	-.353	.236
<u>OMISIONES</u>	.366	-.175	.034	.012	.165	.132	-.200	.057	.366

TABLA XV

CORRELACIONES DE LOS DATOS DEL BENDER ENTRE SI

	<u>FORMA CONTORNO</u>	<u>REPRODUCCION INCORRECTA</u>	<u>ROTACION</u>	<u>TALLA DIFERENCIAL</u>	<u>PERSEVERACION</u>	<u>ALTERAC. TAMAÑO</u>	<u>OMISIONES</u>
<u>FORMA CONTORNO</u>	-	.515	.362	.607	.751	.546	.500
<u>REPRODUCCION INCORRECTA</u>	-	-	.520	.492	.781	.220	.234
<u>ROTACION</u>	-	-	-	.473	.468	.390	.307
<u>TALLA DIFERENCIAL</u>	-	-	-	-	.700	.379	.692
<u>PERSEVERACION</u>	-	-	-	-	-	.331	.470
<u>ALTERACION TAMAÑO</u>	-	-	-	-	-	-	.405
<u>OMISIONES</u>	-	-	-	-	-	-	-

"INTERPRETACION DE RESULTADOS"

Escala de Inteligencia para adultos WAIS

El perfil General obtenido en la aplicación de esta prueba a los 20 sujetos, concuerda con los resultados y observaciones de estudios semejantes realizados con ancianos por Horn y Catell (1966 a 1967), Shaie y Strother (1968) M.C. Jones (1967) y otros más, donde se observó que las habilidades que mejor se conservan con la edad son aquellas medidas por las Subpruebas Verbales: Vocabulario, Comprensión, Conocimientos y Similitudes, que confirmando lo dicho por Weiss y Morrison (1963) tienen mucho que ver con las oportunidades culturales y el medio en que se ha desarrollado el individuo, el éxito en estas subpruebas en mucho depende del aprendizaje de fórmulas verbales estereotipadas las cuales son capaces de sobrevivir aún cuando las funciones subyacentes necesarias para su adquisición estén desorganizadas.

La subprueba de Repetición de Dígitos tiene una notable disminución con respecto al resto del Perfil, hablándonos de las deficiencias tantas veces señaladas ya en los ancianos en su Atención y Memoria Inmediata, hallándose que la Memoria pasada se encuentra bastante bien conservada.

En la parte de Ejecución hay una baja considerable, sobre todo en lo que respecta a las subpruebas de habilidades Visuomotoras, siendo las más deficientes las de Símbolos y Dígitos y Ensamble de Objetos que implican funciones tales como: Memoria Inmediata, Integración Visuomotoras, Velocidad Motora y Capacidad de Imitación y Reproducción.

En el grupo puramente Visual la subprueba de Ordenamiento de Figuras también se encontró muy disminuída, hablándonos de un detrimento en la agudeza y percepción visual.

En general, el Perfil arrojado por el WAIS en este estudio está de acuerdo con los estudios de Baltes y Strother (1964) sobre la existencia de un deterioro o acumulación de datos en las estructuras centrales y sensoriales del anciano, que tienden a reflejarse en las pruebas psicomotrices, y que sobre todo como demuestra Ohlsson (1975) afecta el Procesamiento de Información que llega por todas las vías sensoriales, estando la declinación de las destrezas motoras relacionadas con el deterioro de los procesos perceptivos ya que los movimientos hábiles tienen que ser guiados por las percepciones, encontrándose una gran correspondencia de todo esto con los resultados obtenidos por medio del Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I.

Tomando en cuenta que la selección de la muestra se llevó a cabo dentro de la población normal y dadas las características que presentaron los sujetos a través de todo el estudio, consideraremos el Perfil de Personalidad General del Anciano, mas que nada como el conjunto de rasgos psíquicos que acompañan al proceso natural de envejecimiento así como reacciones de conducta que se deben única y exclusivamente a situaciones circunstanciales, afirmando lo dicho por Belknap* de que todos los cambios abruptos en las condiciones de la vida de los ancianos producidas por modificaciones dentro de su núcleo familiar u otras instituciones sociales, así como también las transformaciones físicas que se suceden en el organismo tienden a acompañarse de las correspondientes conductas adaptativas que conducen a ciertos cambios y modificaciones en las tendencias básicas de personalidad.

El aislamiento emocional y las relaciones interpersonales inadecuadas, mas que algo intrínseco al anciano son una reacción lógica ante la marginación e incompreensión de que es objeto ya no solo por la sociedad, sino también por su familia, el abandono sufrido por parte de sus seres queridos y la devaluación que muy frecuentemente se hace de su persona. El mundo que le rodea le va limitando cada día más y más las alternativas para una participación activa dentro de él, orillándolo a vivir cada vez más dentro de sí mismo en un mundo propio de fantasías y recuerdos, ya que en la realidad no son contempladas sus necesidades afectivas de

* Geist H. 1977.

salud y posición social adecuada, por lo tanto la apatía e indiferencia tienen su razón de ser debido a la carencia de esperanza ya no solo en un mañana sino de un presente.

La desadaptación y dependencia enmascaradas en la juventud por otros intereses y circunstancias favorables se tornan aparentes ante la jubilación y pérdidas afectivas importantes, volviéndose la persona más egoísta e introvertida, exigiendo de los demás protección y tolerancia hacia sus debilidades.

Sus tendencias obsesivo-compulsivas que se manifiestan por medio de angustia, inseguridad y desconfianza en sí mismo, tienen una base real, el anciano es consciente de la mengua de sus capacidades tanto físicas como mentales, explicándose así, el perfil Psicasténico obtenido.

Los sentimientos de hostilidad y agresión hacia los jóvenes por la importancia y privilegios concedidos a éstos por la sociedad incrementan en mucho sus sentimientos de culpabilidad.

En acuerdo con Wolff (1968) la existencia de temores en la vejez desempeña un papel crítico durante esta etapa sobre todo el que se refiere a la muerte y que nunca es estimulado a que se exprese.

Las tendencias a la Depresión, Introversión e Hipocondría confirman los hallazgos de Busse-Reckless y Cowdry (1962) en estudios semejantes utilizando el M.M.P.I. así como los de Krassoievitch (1977) en los que

definitivamente demuestra que la vejez con su serie de heridas físicas y afectivas favorece en el anciano de personalidad mas vulnerable a presentar una Depresión, la cual no se encuentra en ancianos normales con un buen bagaje socioeconómico y cultural como en el caso de nuestra muestra.

Con respecto a las tendencias hipocondríacas, cabe decir por último que muchas veces subyacen bajo estas verdaderas dolencias y malestares físicos, ya que la salud del anciano no es del todo buena, apoyando en mucho lo argumentado por el Dr. Terry L. Brink (1978).

Interpretación de Correlaciones

Se encontró una correlación positiva alta entre Edad y Ejercicio Físico, lo cual quiere decir que en el grupo de ancianos sometidos a estudio aún se siguen conservando hábitos de ejercicio que en ningún momento se oponen a la edad.

También se encontraron correlaciones negativas muy altas con aquellas subpruebas del WAIS que como se dijo anteriormente son "Sensitivas" al proceso de envejecimiento, o sea aquellas que miden las capacidades Perceptuales y Manipulativas del individuo. A mayor edad existe una disminución de la Atención, Memoria Inmediata, Percepción Visual, Integración Visomotriz, Velocidad Motora y Capacidad de Imitación y Reproducción corroborándose las investigaciones de Baltes y Strother (1964) Ohlsson (1976) sobre la existencia de un deterioro en las capacidades físicas y fisiológicas antes que las puramente psicológicas, que afecta mas que nada las estructuras sensoriales y el Sistema Nervioso Central del anciano, relacionándose también a esto la disminución de las habilidades motoras, ya que éstas son guiadas por las percepciones. Otra correlación negativa significativa fue hallada entre la edad y tendencia Psicopática lo que quiere decir apoyando los estudios de Strong* que a medida que se avanza en años hay una disminución de rebeldía y todo aquello que implique cambiar o contradecir los hábitos o normas culturales establecidas y que requieren de una acción esforzada o de empuje, se restringe el campo de intereses existiendo una mayor convencionalidad y aceptación de las situaciones sociales.

* Geist H. 1977.

En lo que se refiere a Ocupación se obtuvieron correlaciones negativas muy altas con la mayoría de las pruebas así como con Escolaridad e Ingreso Mensual apoyando una vez más los supuestos fundamentales de la "Teoría de la Actividad" que sostienen Havighurst, Neugarten y Tobin (1968). Correlacionados con un alto nivel profesional que nos habla también de una escolaridad elevada se encuentran Posición Económica Alta, un menor deterioro de Funciones Perceptuales y Visomotrices, mayores capacidades Verbales, incluyendo niveles de Pensamiento y Juicio también mas desarrollados, es decir que la Inteligencia se conservó tanto mejor cuanto más intensamente se trabajó en la juventud y madurez.

La estimulación producida en este caso por el ejercicio de una profesión ha conducido a resultados ya varias veces obtenidos por Pfeiffer (1970) Palmore y Kivett (1977) Kurtz y Kyle (1977) y que también han tenido altas correlaciones con un alto nivel Socioeconómico y Educativo.

En lo que a personalidad se refiere, se encontraron resultados semejantes a los predichos por estos autores, en donde se afirma que las dificultades de ajuste de la personalidad no son inherentes al envejecimiento, sino que más bien con el producto de la situación en que los ancianos se encuentran y sus reacciones a éstas, obteniéndose correlaciones negativas altas entre niveles ocupacionales y características de tipo Hipocondríaco, Histérico, Psicopático y Maníaco, hablándonos de que una persona ocupada que aún ejerce su profesión tendrá una menor disposición a presentar rasgos patológicos relacionados con las entidades nosológicas nombradas anteriormente, y tendrá una personalidad mas equili

brada, libre de conflictos y tensiones que aquellas personas que se encuentran desocupadas.

La Escolaridad altamente relacionada con las subpruebas del WAIS confirman lo dicho por Birren y Morrison (1961) de que el nivel educativo de una persona es más importante que la consideración de la edad dentro de su habilidad mental. Las pruebas de inteligencia miden aptitudes escolares y conocimientos adquiridos tanto en el pasado como en el presente.

En acuerdo con el Informe rendido en 1975 por un grupo de especialistas de las Naciones Unidas en el cual se afirmó categóricamente que las diferencias en el proceso de envejecimiento se atribuyen más que nada al medio ambiente, se encontraron correlaciones negativas muy altas entre nivel Socio-Económico y partes de ejecución del WAIS y Bender, indicándonos que a una mayor posición económica y actividad física habrá un menor deterioro fisiológico y cognoscitivo.

Las correlaciones obtenidas entre Salud y Vida Activa están de acuerdo con los hallazgos de Ohlsson (1976) confirmando que sin salud la participación del individuo en su medio se ve muy disminuída, además de que la actividad logra minimizar el deterioro fisiológico, incluyendo las funciones cognitivas y reducir la tendencia a la Depresión, la cual en nuestro grupo de ancianos normales se observó tiene una correlación negativa de casi Uno con todas las subpruebas y escalas de los estudios aplicados, deduciéndose que la Depresión no es inherente al anciano per

teneciente a una población normal sin problemas psicológicos, psiquiá-
tricos o neurológicos.

"CONCLUSIONES"

En el anciano normal existe un debilitamiento gradual de funciones y capacidades de base predominantemente orgánica que se llevan a cabo fundamentalmente en el Sistema Nervioso Central, ocasionando detrimentos Perceptuales, Psicomotores y Cognoscitivos como en el caso de la Atención y la Memoria para sucesos recientes ya que la Memoria para hechos pasados se ha conservado.

Muestran un Perfil de Personalidad Psicasténico en el cual la tendencia a la Depresión no aparece como algo inherente al proceso de envejecimiento, hallándose más que nada características maníacas que actúan como fuentes de energía permitiendo al anciano mantenerse interesado por la vida.

Las personas estudiadas sostienen patrones de conducta ocupacionales de acuerdo a sus capacidades presentes, que les han ayudado a permanecer insertos dentro de las estructuras familiares y sociales de su contexto, ayudando en mucho, sino a detener cuando menos a disminuir todos aquellos riesgos considerados como intrínsecos al proceso de envejecimiento, cosa que se ha podido realizar en mucho debido a la conjunción de una serie de factores tales como una posición Económica que les ha permitido cubrir sus necesidades básicas y tener acceso a niveles educativos y ocupacionales que han enriquecido su vida desde muy jóvenes.

B I B L I O G R A F I A

- ARIAS G.F.- "Introducción a la técnica de la Investigación en ciencias de la administración y del comportamiento". Editorial Trillas. México 1975.
- ALEXANDER F. "Psiquiatría Dinámica". Editorial Paidós. Buenos Aires 1962.
- BENDER L. "El Test Gestaltivo Visomotor y su aplicación en clínica". Editorial Paidós.
- BLEVLER E. "Tratado de Psiquiatría". Espasa-Calpe, S.A. Madrid 1971.
- BOTWINICK J. "Aging and Behavior". Springer Publishing Company Inc. New York 1973.
- BRINK T.L. Capri D. DE NEEVE V. JANAKES C. OLIVEIRA C. "Senile Confusion: Limitations of Assessment by the Fare-Hand Test, Mental Status Questionnaire and Staff Ratings". Journal of the American Geriatrics Society. Vol.- XXVI; No. 8. Printed in U.S.A. 1978.
- BRINK T.L. SOLIS B. "Métodos Diagnósticos para la Deterioración Senil". No publicado.
- BROYELLE C. "La mitad del cielo". Editorial Siglo XXI. Capítulo II.
- BUSSE E. PFEIFFER E. "Behavior and Adaptation in late life". Little Brown and Company. Boston 1969.
- CARAVEO J. ARZATE P. KRASSOIEVITCH M. "Estudio clínico de la depresión en el anciano: un enfoque fenomenológico". Psiquiatría. Vol. 7. No. 2, 1977. págs. 44-52
- CICERON. "Los Oficios a los Deberes de la Vejez- De la Amistad". Editorial Porrúa, S.A. México 1975.

CUELI J. REIDLL. "Teoría de la Personalidad". Editorial Trillas. México 1975.

EPSTEIN L.J. "Depression in the elderly". Journal of Gerontology. May 1976. Vol. 31 (3), 278-282. K

ESCOBAR A. "Simposium Senectud" Actualidades Médicas y Quirúrgicas 1973. Academia Nacional de Medicina.

• FUENTES A.L. FUENTES A.R. "Salud y Vejez". Ediciones Caballito, S.A. México, D.F. 1978.

GEIST H. "Psicología y Psicopatología del Envejecimiento". Editorias Paidós. Buenos Aires. 1977.

GOULET L.R. BALTES B.P. "Life-Span Developmental Psychology. Research and Theory". Academic Press. New York and London 1970. R

PLUTCHIK R. "Fundamentos de Investigación Experimental". Editorial Harla. México 1975.

JORDAN T.C. RABBITT P.M. "Response times to stimuli increasing complexity as a function of ageing". British Journal of Psychology. May 1977. Vol. 68 (2). 184-201. R

JULES M. "La Cultura contra el hombre". Editorial Siglo XXI. 1978.

KAHANA E. "Perspectives of aged on victimization, ageism and their problems in urban society". Gerontologist. Apr 1977. Vol. 17 (2). 121-129. R

KOLB C.L. "Psiquiatría Clínica Moderna". La Prensa Médica Mexicana. México 1976.

KRASOIEVITCH M. "Psicopatología No Demencial". Psiquiatría. Vol. 5. No.2 pág. 33. 1975.

KRASOIEVITCH M. "Aspectos Clínicos de la Depresión en el anciano". Psiquiatría. Vol. 6 No. 1. pág. 29. 1976. R

KRASOIEVITCH M. ESQUERRA J. "Semiología y Clínica de las Demencias en gerontopsiquiatría". Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Vol. 16. Núm. 1.1975.

KURTZ J. KYLE D. "Life Satisfaction and the exercise of responsibility". Social Work. Jul. 1977. Vo. 22 (4). 323-324. R

KURTZMAN J. GORDON P. "Homo-Longerus.- La Prolongación de la Vida Humana". Editorial Lasser Press Mexicana, S.A. México 1978.

LARA H. RAMIREZ L. "Estudio Epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un sistema de seguridad social (I.S.S.S.T.E.)". Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría". Vol. 16. No. 4. 1975.

LARA H. RAMIREZ L. "Estudio Epidemiológico de padecimientos neurológicos dentro de un sistema de Seguridad Social (I.S.S.S.T.E.)". Salud Pública de Mé- R

xico. Vol. 18. Núm. 4. 1976.

LIPTON M. "Age differentiation in depression: Biochemical Aspects". Journal of Gerontology. May 1976. Vol. 31 (3). 293-299. R

MARTI A. "Desmentir la Vejez". CUBA. pág. 33-40.

MAYER-GROSS W. SLATER E. ROTH M. "Psiquiatría Clínica II". Editorial Paidós. Buenos Aires 1974.

MC. GUIGAN "Psicología Experimental". Editorial Trillas. México 1975.

NUÑEZ R. "Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) a la Psicopatología". Editorial El Manuel Moderno, S.A. México 1968.

OHLSSON M. "Information processing related to physical fitness in elderly people". Reports from the Institute of Applied Psychology. V. Stockholm. 1976, No. 71. p 12. R

PALMORE E. KIVETT V. "Change in life satisfaction: A Longitudinal study of persons aged 46-70". Journal of Gerontology. May 1977. Vol. 32 (3). 311-316. R

PATÍÑO J. "26 Lecciones de Psiquiatría Clínica".

RAPPAPORT L. "La Personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1978.

- RAPPAPORT D. "Tests de Diagnóstico Psicológico". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- RICHARD J. CONSTANTINIDIS J. "Aspectos clínicos y problemas diagnósticos de las demencias orgánicas en el adulto". Psiquiatría. Vols. No. 2. Mayo - Agosto 1975. pág. 23-32.
- ROUBICEK J. "The electroencephalogram in the middle-age and the elderly". Journal of the American Geriatrics Society. Apr 1977. Vol. 25 (4). 145-152. R
- SOLOMON P. PATCH V. "Manueal de Psiquiatría". El Manual Moderno. México 1972.
- SOUSTELLE J. "La Vida cotidiana de los aztecas". Fondo de Cultura Económica 1974.
- TANNER I. "La Soledad: El temor de Amar (análisis Transaccional Aplicado)". Editorial V Siglos. 1978.
- TYLER L. "Psicología de las Diferencias Humanas". Editorial Marova. Madrid 1972.
- YOUNG R. VELDMAN D. "Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta". Editorial Trillas. México 1974.
- WELFORD A.T. "Motivation, Capacity, Learning and Age". International Journal of Aging and Human Development. 1976, Vol. 7 (3), 189-199. R

"Psicogeriatría". Organización Mundial de la Salud-Informe Técnico. 1972.

507.

"Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y de la Vejez". Serie de Estudios Técnicos # 171. Ginebra 1959.

"I Congreso Nacional de Geriatría". Memorias. Toluca. Abril 1976. C

"Personalidad del Anciano". Gobierno de Edo. de México.



Impresiones "ARIES"

COLOMBIA NUM. 2 ALTOS 2

(ESQ. CON BRASIL)

MEXICO 1, D. F.

5-26-04-72

5-29-11-19