



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**LA INFLUENCIA DE LA ASOCIACION A
UN GRUPO SOBRE EL GRADO DE
DEPRESION EN LOS SENESCENTES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N

MARIA ALICIA GOMEZ ROMERO

ELIZABETH ORTEGA BAEZ

ASESOR: Lic. Patricia P. de Buen Rodríguez

México, D.F.

M-0045172

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Lic Patricia de Buen Rodríguez por su asesoría, estímulo y apoyo moral.

Al Lic. Gilberto González Girón, por su interés y aportaciones.

Al Lic. Miguel Angel Rosado Chauvet por sus orientaciones y valiosa colaboración.

A todas aquellas personas, familiares y amigos, que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo.

A todos los senescentes que voluntariamente aceptaron colaborar en ésta investigación.

L. Ps. 4366

INDICE

	pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I .- ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE LA VEJEZ.	7
- Grecia Antigua.	8
- Imperio Romano.	11
- Cultura China.	14
- Edad Media y Renacimiento.	16
- Cultura Prehispánica y Colonial en México.	20
- Siglo XIX y Epoca Actual.	23
CAPITULO II.- ASPECTOS BIOPSIKOSOCIALES DE LA ANCIANIDAD.	30
- Aspectos Biológicos.	31
- Aspectos Psicológicos.	35
- Aspectos Sociales.	39
CAPITULO III.- DEPRESION.	46
- Antecedentes Históricos.	47
- Generalidades.	52

- Síntomas y tipos.	57
- Depresión en la Edad Senil.	78
CAPITULO IV.- GRUPOS.	87
- Aspectos Generales	88
- Grupo de Ancianos.	142
- Grupo Familiar.	144
CAPITULO V .- METODOLOGIA	154
- Objetivo.	155
- Hipótesis.	156
- Variables	157
- Procedimiento	158
- Instrumentos.	161
- Análisis Estadístico.	164
- Tabla de Comparaciones entre los grupos.	167
- Valores Estadísticos.	168
- Resultados y Conclusiones	174
APENDICE	178
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	187
BIBLIOGRAFIA	195

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Dentro del estudio de la Psicología, se han realizado numerosos estudios en torno a la conducta del infante, del adolescente y del adulto, sea ésta social, productiva, patológica, etc. Estas investigaciones han generado un amplio conocimiento y un mayor interés acerca de aquellos factores que determinan o desencadenan diversos tipos de comportamiento.

Con respecto al hombre senescente, el interés fundamental de la investigación se ha enfocado en el campo de las ciencias de la salud, existiendo así ramas de estudio especiales como la "Gerontología, que es aquella que estudia los fenómenos y problemas relacionados con la vejez; la Geriatria es aquella parte de la Medicina que estudia las enfermedades propias de la edad avanzada y la Gerontogenia definida como el conjunto de medios o procedimientos científicos para alcanzar una saludable y avanzada longevidad" (Martínez 1977, pag.235).

La importancia de estudiar este sector de la población, se debe a que el período de vida de las personas de edad avanzada en todo el mundo es más prolongado cada vez, gracias a los progresos médicos y de bienestar social.

Así tenemos que de acuerdo a la Academia de Medicina de

Nueva York, la población del mundo de más de 65 años llega ahora al 10% . En México de acuerdo al X Censo General de Población y Vivienda realizado en junio de 1980 (datos preliminares que aparecieron en agosto de 1981), reporta una población de 67,382,581 habitantes. La población mayor de 60 años asciende a 4,142,916 incluyendo habitantes que no manifestaron su edad, de los cuales 1,907,832 son hombres y 2,172,084 son mujeres, lo que representa el 5.85% de la población total.

Se proyecta que el total de la población mexicana para el año 2000 será aproximadamente de 106,000,000 habitantes de los cuales 9,915,633 habitantes tendrán más de 60 años.

Dentro de las etapas del desarrollo del ser humano hay períodos de transición en los cuales se producen verdaderas crisis fisiológicas que pueden desencadenar trastornos físicos y psíquicos.

El comienzo de uno de los períodos más críticos es el de la vejez, que aunado a los trastornos de tipo físico y psicológico que implica éste proceso, nos obliga a pensar en que existen múltiples factores que pueden acrecentar la aparición de trastornos psicológicos en el anciano, como son: el aislamiento y la soledad; la jubilación que les da la sensación de inutilidad y que disminuye sus

ingresos económicos; otro es el desplazamiento jerárquico dentro del núcleo familiar; la decadencia física; posibles accidentes o invalidez y, en algunos casos, el internamiento en una casa de asistencia.

Dentro de los trastornos Psicológicos que afectan al anciano, el que más comunmente se presenta es la depresión, precipitada por los factores anteriormente mencionados.

Desde el punto de vista psicológico es poca la investigación que se ha encaminado hacia el estudio de las características conductuales, motivacionales, de interacción, de producción, etc., del hombre anciano. Por lo que hemos considerado interesante abordar éste tema, por los problemas a nivel social, económico, psicológico y familiar que padecen, en virtud de que en nuestro país, a diferencia de otros, no se han realizado muchas investigaciones al respecto.

El presente trabajo está encaminado, por un lado a proporcionar al lector una panorámica documental general acerca del anciano y sus problemas; y por otro, nos hemos permitido presentar como tema de investigación de ésta tesis, un estudio de campo en un grupo de personas de edad avanzada, considerando que el problema de la senescencia constituye uno de los aspectos de nuestra sociedad que

exige un abordaje interdisciplinario sistemático, ya que la investigación del fenómeno en su carácter biológico, psicológico y social, en comparación con el gran interés aplicado en otras áreas, es realmente escaso.

En el Capítulo I, han quedado asentados los antecedentes históricos acerca del anciano.

En el Capítulo II se establece un enfoque biopsico social acerca del anciano a través del desglosamiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos.

En el Capítulo III se presenta una recopilación sobre los antecedentes históricos de la depresión, diversas definiciones, síntomas y etiología de la misma.

Este trabajo expone también la evolución de la sociedad con respecto a su comportamiento en grupo, así como aspectos importantes que se presentan dentro de los grupos sociales; también se hace mención de la influencia familiar sobre la integración y participación que tienen las personas en un grupo. En el Capítulo IV.

En el Capítulo V se establece la metodología seguida en la investigación, descripción del escenario de donde se extrajo la muestra de estudio, el planteamiento de las hipótesis, las condiciones y el desarrollo de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, así como del cuestionario elaborado, haciendo una descripción somera de am

bos, presentándose también el tratamiento estadístico dado a los datos, y los resultados obtenidos.

Las conclusiones del estudio y las sugerencias se incluyen en el Capítulo VI.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA VEJEZ

En el transcurso de la Historia Humana, las sociedades han ido enfrentando la situación de los viejos de muy diversas maneras y esto ha sido según las individualidades de cada una de ellas, en las que han influido las tradiciones, la religión, la política y la economía.

La situación de las personas de edad avanzada difiere en cuanto a civilizaciones, períodos o épocas de la Historia. Así tenemos que en algunas culturas como en Grecia y en el México Prehispánico, se identificaba a la ancianidad con la sabiduría y la grandeza; en otras los ancianos gobernaban y regían a través de Senados y Oráculos o se les consideraba líderes de la tribu, profetas, religiosos o curanderos, en otras culturas se les consideraba como una carga insoportable, abandonándolos a su suerte, como era costumbre entre los esquimales y otros pueblos urgidos por las necesidades más elementales.

Describiremos a continuación en forma más detallada la situación del anciano en diferentes culturas.

GRECIA ANTIGUA

Es importante hacer notar que dentro de la historia

de los griegos, se habla sobre la disposición que tenían los jóvenes para aprender de los viejos. Homero (S.IX -- A.C.) hace mención del "Consejo de Ancianos" al cual debían someterse todos los jóvenes ^{1/}; para Hipócrates (¿ 460-377? A.C.) la vejez se inicia a partir de los 56 años siendo el primero en observar los cambios de tipo físico que se van presentando en los ancianos, describiendo además con gran precisión muchas enfermedades de los mismos, aconsejando un determinado tratamiento para cada una de ellas. ^{2/}

Platón (428-347 ó 348 A.C.), habla sobre que el cuerpo es solo una apariencia y que la verdad del hombre es su alma inmortal que está vinculada con las ideas y con el propio cuerpo y que el alma es más libre cuando los apetitos y el vigor del cuerpo disminuyen. Considera que los hijos les deben respeto a los viejos padres, así como también que deben de poner a su servicio sus riquezas y su persona, se les debe rendir culto a los abuelos abrumados por la vejez porque son sagrados, resaltando un gran respeto por las vivencias de la ancianidad afirmando que

1/ Ojeda A.L.A. Psicoterapia Geriátrica. Tesina. U.I.A. 1983. pp.6

2/ IDEM. pp.7

éstas vivencias están determinadas por la existencia que se ha llevado en la juventud y en la adultés.

Comenta además que algunos viejos se quejan del trato que reciben de sus familiares y allegados, considerando que tan solo del mismo individuo depende el modo como percibe las penalidades de la vejez y como se enfrenta a las mismas. Concluyendo que para poder afrontar con serenidad y sabiduría el envejecimiento, es necesario haber llevado una vida íntegra en las etapas anteriores de la vida.

Aristóteles (384-322 A.C.) tiene una visión más negativa del anciano, opina que "el hombre progresa hasta los 50 años; hasta ésta edad posee la sabiduría y prudencia que le permiten conducirse justamente, pero en el momento en que el cuerpo empieza a envejecer, comienza también la decadencia del individuo en cuanto a sus capacidades; destaca su afán de disputa, asociado a la vejez el deterioro y la ruina; opina que, una enfermedad es la vejez prematura, pero la vejez es una enfermedad natural.

Esta idea general de la vejez conduce a Aristóteles a rechazar del poder a los ancianos, porque se ve en ellos a individuos devaluados, aconsejando a los mismos que se dediquen al sacerdocio, ya que ésta función implica

tan solo dar consejos y resoluciones".^{3/}

IMPERIO ROMANO

Hasta el siglo II A.C., el gobierno estaba formado por una oligarquía integrada por conservadores que eran ancianos; ellos dirigían la política, el ejército, administraban las finanzas y juzgaban los delitos graves, su voto tenía más valor que el de los otros ciudadanos y podían llegar a las altas magistraturas sólo en edad muy avanzada; encontrándose el Senado integrado por estas personas. La situación privilegiada de los viejos se reafirmaba en la familia, si un joven quería casarse necesitaba el consentimiento de su padre y de su abuelo si éste vivía; un padre podía vender a su hijo como esclavo y era considerado como un acto excepcional; un hijo que pegaba a su padre era condenado a muerte.

Cicerón (106-43 A.C.) estudió algunos aspectos de la vejez, para los romanos de su época, la vejez empezaba a los 61 años. Cicerón hace referencia a cuatro motivos

^{3/} Beauvoir de Simone. "El Punto de Vista de la Exterioridad". La Vejez. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1980 pp. 131, 132.

que según él influyen negativamente sobre el proceso del envejecimiento:

- 1.- La negación de una actividad remunerada, los condenaba a la pasividad.
- 2.- El debilitamiento corporal, las molestias y achaques físicos.
- 3.- El verse despojados de los placeres, el sentirse excluido, de las experiencias agradables y de las alegrías de la vida, o el tener que renunciar a éstas.
- 4.- Conciencia de la cercanía de la muerte.

Manifiesta Cicerón que "en la extrema miseria, la vejez no puede ser soportable ni siquiera para un sabio"^{4/}.

Destaca además el relevante papel desempeñado por la sociedad que determina las vivencias y el proceso de envejecimiento. "No hay nada más hermoso, que una ancianidad rodeada por una juventud que desea aprender de ella"^{5/}.

Trata de demostrar que a medida que aumenta la edad aumentan las aptitudes.

Séneca (47-65) menciona que "la vejez es una enfermedad incurable", mientras que Galeno de Pergamo (131-201)

^{4/} IDEM. pp. 142

^{5/} Op. cit. 1 pp. 7

comprobó que "la vejez, si bien no está libre de achaques, no es una enfermedad, ya que ésta última va siempre contra la naturaleza, rasgo que esta ausente en la vejez".^{6/}

Caton el Viejo (234-149 A.C.) declara: "la vejez tiene mala fama pero es por causa de prejuicios..." un -- hombre se mantiene ágil y alerta aún después de los 80 años y considera que "esa impotencia de la vejez llamada vulgarmente segunda infancia no se ve en todos los viejos sino en aquellos que son por naturaleza pobres de espíritu".^{7/}

En cambio tenemos que Juvenal (¿60-140?), en su Décima Sátira, describe a la vejez en una forma más cruda, "¡A que serie de males y a que males no está sometida una larga vejez. En primer lugar ese rostro deformado, horroroso, irreconocible; en lugar de piel un feo cuero, esas mejillas que cuelgan, esas arrugas semejantes a las de una mona madre. Los viejos son todos iguales: les tiembla la voz, los miembros también, no tienen pelo, su nariz es húmeda como la de los niños pequeños, para masticar el pan no tienen más que encías sin dientes... su paladar embotado

6/ IDEM. pp. 7

7/ Op. cit. 3 pp. 142

no les permite ya, saborear como antes los vinos y la comida. En cuanto al amor hace mucho tiempo que lo han olvidado... El precio de una larga vida son las pérdidas constantes, los duelos continuos y la vejez en medio de una gran tristeza;".^{8/}

La conquista romana acarrea una descomposición política y social, dándose junto con la decadencia del Imperio Romano la decadencia de la oligarquía; el Senado pierde poco a poco sus poderes, los privilegios de los ancianos disminuyen, desmoronándose definitivamente. El poder pasa a manos de los militares, es decir, hombres jóvenes; los magistrados se liberan de la autoridad del Consejo y el Emperador, que es un hombre joven, gobierna sin el Senado.

CULTURA CHINA

Durante siglos la civilización China se consideró estática y solidamente jerarquizada por exigir un poder centralizado y autoritario. Estaba compuesta por letrados cuya competencia y responsabilidad aumentaban con

^{8/} IDEM. pp. 145, 146.

los años, en la cúspide se encontraban los más ancianos, ésta posición se reflejaba en la familia, es decir, todos los miembros de una familia le debían absoluta obediencia al hombre de más edad debido a que poseía mayor experiencia. La mujer al llegar a vieja dejaba de ser duramente oprimida para pasar a tener autoridad sobre la educación de sus nietos a los que trataba con mucha dureza.

EL respeto hacia los viejos se extendía por toda la población, por lo que las personas trataban de aparentar mayor edad para gozar de tal privilegio. Al llegar a los 70 años de edad renunciaban a sus cargos oficiales a fin de prepararse para la muerte, conservaban su autoridad en la casa pero dejaban al hijo mayor el gobierno de la misma.

"Lao-Tsé (hacia 600 A.C.) considera que a los 60 años el hombre puede liberarse de su cuerpo por el éxtasis y convertirse en un santo.

En el Taoísmo, la longevidad aparecía como una virtud en sí misma, en el Neotaoísmo el fin supremo del hombre es la búsqueda de la larga vida.

En la Literatura China, los jóvenes suelen lamentar la opresión de que son víctimas pero la vejez jamás es

denunciada como azote".^{9/}

EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO

La Epoca Medieval comprende un período de mil años transcurrido entre la caída del Imperio Romano y el descubrimiento del Nuevo Mundo por Cristóbal Colón. Otro acontecimiento que marca el fin del mundo antiguo, fué la conquista del cristianismo sobre el Imperio Romano, difundiéndose entre los Bárbaros, convirtiéndose posteriormente en la ideología de occidente.

En el Siglo III, la iglesia tenía una imagen sombría de la vejez; así tenemos que San Isidoro de Sevilla (560-636 D.C.) decía que la juventud dura de los 35 a los 50 años, después es senecte, posteriormente sigue la vejez que dura hasta los 70 años o hasta la muerte".^{10/}

En ésta época los jóvenes gobernaban al mundo, estando los viejos excluidos de la vida pública a excepción de Gindasvinto (Siglo VII) que fué elegido rey a los 79 años por los Visigodos y Carlo Magno que reinó hasta los 72 años.

^{9/} IDEM. pp. 109, 110

^{10/} IDEM. pp. 150

La preferencia que tenfa la juventud y en particular la cesión del poder de padre a hijo influyó profundamente en la ideología que dominaba la Edad Media o sea el Cristianismo.

Belizario (¿494-565?) General Bizantino, describe de manera ejemplar las miserias de la edad avanzada: "invalidez, dependencia, pasividad y sobre todo la decadencia a que lo condenan la dureza y la ingratitud de los ^{11/} hombres".

El poeta italiano Dante Alighieri (1265-1321) compara la línea de la vida humana con un "arco que sube de la tierra al cielo hasta un punto culminante desde el cual vuelve a bajar. El cénit se sitúa a los 35 años, después el hombre declina lentamente de los 45 a los 70 años que es el tiempo de la vejez, posteriormente viene ^{12/} la vejez extrema".

Se considera que en la vejez el hombre se prepara para la muerte, que es su principal preocupación, convirtiéndose en piadoso para asegurar su salvación.

El Renacimiento prolonga las tradiciones del hombre de la Edad Media, sin embargo trata de promover una idea nueva y armoniosa del hombre, exalta la belleza del

^{11/} IDEM . pp. 173.

^{12/} IDEM . pp. 169.

cuerpo, por lo que la fealdad de los viejos parece más odiosa, principalmente la de la mujer, motivo por el cual se escribe poesía satírica y cómica, por ejemplo "La Celestina" de Fernando de Rojas (¿-1541) que describe la sociedad española de su tiempo, en ésta obra por primera vez la heroína principal es una anciana, la cual había sido prostituta siendo además "alcabueta, rufiana, interesada, intrigante y hechicera", en resumen poseía todos los vicios que desde la antigüedad se atribuían a las mujeres de edad, siendo castigada severamente al final de la obra.

Podemos observar un antifeminismo y prejuicios contra la mujer vieja en el humanista holandés Desiderio Erasmo (1469-1536) quien hace una descripción de las mujeres, como: "decrépidas, cadáveres ambulantes, osamentas infectas que exhalan por todas partes un olor sepulcral que, sin embargo, aclaman a cada instante "¡nada tan dulce como la vida!"...tan pronto muestran sus pechos flácidos y repugnantes, como tratan de despertar al vigor de sus amantes con los graznidos de sus voces temblorosas". En cambio la descripción que hace del hombre viejo es completamente opuesta a la de la mujer vieja, describiéndolo a un anciano modelo de la siguiente forma: "a los 66 años no tiene arrugas, ni cabellos blancos, ni anteojos, su tez es flore-

ciente; los otros, los que han llevado una vida libertina o aventurera parecen ser su padre".^{13/}

William Shakespeare (1564-1616) poeta y dramaturgo inglés, describía a la vejez "como aquella época de quebranto físico, de decadencia; la etapa de la vida en que el comportamiento y las vivencias se ven afectadas por cambios relacionados con la pérdida de las facultades mentales".^{14/}

Arturo Schopenhauer (1788-1860) filósofo alemán, considera el aspecto psicoespiritual de la vejez estimando que "existe una creciente armonía interior y un progresivo equilibrio".^{15/}

Durante ésta misma época, dos literatos alemanes - Friedrich Holderlin (1770-1843) y Carlos Guillermo Humboldt (1767-1835) opinan de igual manera sobre el concepto de juventud y vejez; según ellos "en la juventud se anhela y se sufre por las pasiones, mientras que en la vejez se goza la paz, se observa la vida con tranquilidad".^{16/}

^{13/} IDEM. pp. 178.

^{14/} Op. cit. 1 pp. 8

^{15/} IDEM. pp. 8

^{16/} IDEM. pp. 8

Johan W. Goethe (1749-1832) poeta alemán, muestra interés por dar consejos a las personas ancianas haciendo hincapié en la importancia de la conciencia de convertirse en anciano, ya que ésta conciencia le permitirá observar con tranquilidad sus limitaciones y así vivir conforme con su existencia.

CULTURA PREHISPANICA Y COLONIAL EN MEXICO.

El azteca que había sobrevivido a la guerra, la enfermedad y que llegaba a una edad avanzada para ser considerado un Huehuetque (anciano), ocupaba un lugar importante en la vida familiar y política, podía disfrutar durante sus últimos años, de una vida apacible y llena de honores. Si había desempeñado cargos dentro del gobierno o pertenecido al ajército, recibía alojamiento y alimento en calidad de retirado, incluso siendo simple Macehualli (campesino o cargador), participaba en los consejos de su barrio. Respetado por todos daba consejos por medio de discursos, amonestaba y hacía advertencias en las reuniones familiares y sociales, además de ser apreciado y respetado, el anciano azteca tenía el privilegio de tomar todo el octli (pulque) que quisiera hasta embriagarse con la gente de su generación sin ser molestado.

Entre los aztecas el padre era el jefe irrefutable de la familia, elegía a las esposas de sus hijos y unas ancianas eran las encargadas de pedir en matrimonio a la futura esposa, una vez aceptada la petición se presentaban los ancianos de la familia del novio para saludarla con las siguientes palabras: "hija mía que estas aquí, por tí son honrados los viejos y viejas y tus parientes; ya eres del número de las mujeres ancianas, ya has dejado de ser moza y comenzarás a ser vieja..."^{17/}

Cuando una mujer estaba embarazada, los parientes ancianos buscaban una partera que cuidara a la futura madre objetando que ella era una vieja desdichada y tonta.

Pasando a la civilización Maya, podemos decir que existen testimonios antiguos y modernos que demuestran que el respeto al anciano era inculcado en los jóvenes.

Diego de Landa (1524-1579) religioso e historiador español, hace referencia acerca de los mayas del siglo XVI con el siguiente comentario: "los mozos reverenciaban mucho a los viejos y tomaban sus consejos y así se jactaban de viejos, y eso decían los mozos; que pues habían visto más

17/ Boumpadre Ana María. Psicoterapia de Ancianos. Tesis U.I.A. México, 1978. pp. 19, 20.

que ellos, les habían de creer, lo cual si hacían, los demás les daban a ellos más crédito!^{18/}

Los ancianos mayas llamados Chases, ocupaban un lugar especial en los ritos familiares, religiosos y políticos, ayudaban al sacerdote encargado de llevar a cabo los sacrificios humanos, ayudando también en las ceremonias de la pubertad, siendo un anciano quien apadrinaba a los muchachos y una anciana a las muchachas.

Los Chases intervenían en una ceremonia que consistía en "hacer dioses" que tenía por objeto manufacturar ídolos de madera; los Chases siempre en número de 4 y el escultor, ayunaban mientras hacían las figuras con fines de sacrificios.

En el México Colonial las personas de edad avanzada vivían de la caridad; con el Cristianismo surgen instituciones que dan asilo a menesterosos de toda índole.

En el siglo XVI Fray Bernardino Alvarez (1514-1584) fundó el Hospital de Convalecientes y Desamparados donde se recibe y presta atención no solo a los enfermos sino también a los ancianos, a los dementes o inválidos.

En el Hospital de San Hipólito se funda y organiza un albergue para clérigos pobres y hombres impedidos por la vejez.

^{18/} IDEM. pp. 21

En el mismo siglo Don Vasco de Quiroga al crear sus comunidades daba cabida a los ancianos como participantes de su acción colectiva.

En el siglo XVIII el Virrey Bucareli y Ursúa (1717-1779) "funda el Hospicio de Pobres" para socorro de los legítimos necesitados, por su edad y sus enfermedades".

De este asilo para ancianos surgieron las demás instituciones".^{19/}

La Independencia y la Reforma establecieron como obligación del Estado el proporcionar ayuda al necesitado, así nació la Beneficencia que siguió dando al anciano la protección del asilo. Con la Revolución la beneficencia pública se sustituyó por la Asistencia Social.

SIGLO XIX y EPOCA ACTUAL

En el siglo XIX Europa se transforma; los cambios que se producen tienen una influencia considerable en la condición de los senectos y en la idea que la sociedad se hace de la vejez. Los progresos de la ciencia hacen posible reemplazar los mitos que se tienen de la

^{19/} Corkidi N. Gracia et. al. La Rehabilitación Física y Social de Individuos Ancianos Institucionalizados. Tesis. UNAM. México, 1979. pp. 12.

vejez por un verdadero conocimiento, permitiéndolo esto que la medicina cuide y cure a las gentes de edad avanzada.

De 1883 a 1889 en Alemania, Otto von Bismark (1815-1898), "creo el sistema de Seguros Sociales que se completó y extendió de 1890 a 1910, estaba destinado a cubrir los riesgos de accidentes de trabajo, protegía también a los asalariados contra la invalidez de la vejez, este régimen se estableció después en Luxemburgo, Rumanía, Suecia, Austria, Hungría y Noruega"^{20/}

Actualmente dentro de los países capitalistas que se ocupan realmente por dar al anciano un modo de vida honorable tenemos a Suecia, Noruega y Dinamarca, naciones poco pobladas, sin mayores problemas políticos y económicos y con una administración de tipo socialista.

En Suecia la gente de edad avanzada constituye el 12% de la población, todo ciudadano cobra una pensión a partir de los 67 años, edad fijada para el retiro. La persona que está jubilada cobra las dos terceras partes de su salario medio anual, calculado con arreglo a los 15 años en que fué mejor pagado. La situación es análoga en Noruega, donde el límite de retiro es de 70 años y en Din

^{20/} Op. cit. 3 pp. 252.

marca es de 67 años. A pesar de que éstas personas están protegidas económicamente, la Dra. Marianne Winsted, asistente social de la Clínica Universitaria de Estocolmo, ha declarado "hay mucha soledad en éste país, los ancianos que quieren compañía solamente pueden encontrarla en los asilos. Estas casas de descanso instaladas con todos los adelantos de la técnica, son una especie de "jaulas de lujo" para personas que buscan sobre todo una convivencia social, no una vejez aislada. Pero es la convivencia de los que no tienen ninguna actividad útil para la sociedad y que se sienten de más. Los ancianos en muchos casos intentan el suicidio como solución a su aislamiento".^{21/}

En otros países como en "Francia y Estados Unidos cada año crean clínicas, pensiones de ancianos, casas de descanso, residencias, incluso ciudades y aldeas donde se hace pagar lo más caro posible a las personas de edad que tienen los medios necesarios, por un confort y una atención que dejan a menudo que desear".^{22/}

En los países Socialistas como "Alemania Oriental, el 97% de la población senescente viven en su casa,

^{21/} Op. cit. 17 pp. 15,16

^{22/} Op. cit. 3 pp. 326.

muchos de ellos completamente solos; no hay asilos en el campo y las pocas instituciones estatales para el cuidado del anciano tienen una larga lista de espera. El Ministro de Salubridad Ludwing Meckinger (1978) comunicó que se está estableciendo una red de contactos sociales que ayudará a que los ancianos padezcan menos problemas y no permanezcan tan solos".^{23/}

En Checoslovaquia abundan los Clubes de Ancianos y Jubilados que retirados de toda actividad por los Sindicatos aprenden nuevas formas de ser útiles en la sociedad. Las personas solas encuentran rápidamente nuevas amistades y parejas, incrementándose los matrimonios de personas de más de 70 años.

En México, la Profesora jubilada Emilia Loyola, en el Primer Congreso Nacional de Geriatria, realizado en Toluca, Edo. de Mex., en abril de 1976 dice: "en México, la ancianidad está abandonada, y más aún, la que no disfruta de una pensión. Por eso, va constituyendose una población de viejos pasivos, sin independencia económica, que tiene que replegarse sobre sí misma en una sociedad cuya actitud hacia los ancianos, aún cuando disimulada, es con fre-

^{23/} Op. cit. 17. pp. 16.

cuencia de indiferencia y repulsión. Un alto funcionario del ISSSTE dijo: "son una carga para el Estado, olvidando nuestros servicios y la aportación económica que hicimos durante toda nuestra vida de trabajo. Es necesario que se deje de creer que el anciano es una carga, pues salvo en la decrepitud absoluta, el ser humano que ha rebasado los 60 años puede ser utilísimo si se le cuida, se le protege, se le ama y no se le considera como un estorbo".^{24/}

Actualmente se siguen creando diferentes tipos de instituciones para el cuidado de los ancianos siendo su objetivo principal el proporcionarles albergue, alimento, atención Médica (en la mayoría de los casos deficiente), descuidándose de ésta forma la rehabilitación integral del senescente, careciendo de programas encaminados a aminorar sus deficiencias físicas, conductuales y emocionales, de técnicas y de personal especializado en Geriatría.

En forma general, hemos tratado de presentar la situación del senescente en diferentes culturas y épocas. con el propósito de aportar datos acerca de cómo ha visto la Historia de la Humanidad al anciano, a través del tiempo.

^{24/} IDEM. pp. 17

po; aunque éste breve resúmen histórico, carece de validez científica. Por último, es importante destacar que siempre ha existido una influencia directa de la sociedad para determinar el rol del anciano, para que el hacerse viejo se convierta, o no, en un problema para el individuo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ojeda Aguilar Luis Alberto. Psicoterapia Geriátrica. Tesis. Universidad Iberoamericana. México, 1983 pp.6-8
- 2.- Beauvoir de Simone. La Vejez. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1980 pp. 105-338.
- 3.- Boumpadre Ana María. Psicoterapia de Ancianos. Tesis. Universidad Iberoamericana. México, 1983 pp. 16-21.
- 4.- Corkidi Nacach Gracia. La Rehabilitación Física y Social de Individuos Ancianos Institucionalizados. Tesis. UNAM. México, 1979 pp. 12.
- 5.- Soustelle J, Jaques. La Vida Cotidiana de los Aztecas en vísperas de la Conquista. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1983 pp. 197-198
- 6.- Kastenbaum Robert. Vejez Años de Plenitud. Editorial DIMASA. México, 1980.

CAPITULO II

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA ANCIANIDAD

a) ASPECTOS BIOLÓGICOS.

Al hablar del proceso de envejecimiento en el ser humano, nos estamos refiriendo a un fenómeno sumamente complejo en que suelen distinguirse para su estudio los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos.

"La senescencia es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo: a escala molecular, a nivel de la célula, y de los tejidos, de los órganos y sus funciones en todo el organismo, a nivel de la personalidad y podríamos añadir igualmente a nivel de los grupos humanos". (Ey, 1969).^{1/}

Es importante tener presente al hablar de envejecimiento en su carácter biológico dos factores o aspectos que influyen en éste proceso: el factor tiempo está intrínsecamente ligado a éste y el carácter relativo que le es inherente. La vejez desde el punto de vista anterior, sería el momento en que las manifestaciones externas de la materia presentan cambios característicos a su es-

^{1/} Ramos J. Ma. Martha. Estudio Comparativo en una Población Senescente a través del MMPI. Tesis UNAM, 1980. pp. 19.

tado original apreciables y medibles por el hombre y que significan generalmente una pérdida en su función, o como los cambios que el factor tiempo efectúa sobre la vida.

La vejez no se presenta repentinamente en un determinado momento, sino que viene desarrollándose a lo largo de la vida. Bravo W.S. (1977) considera que se empieza a envejecer en el momento del nacimiento, pues ciertamente la mayor velocidad de crecimiento ocurre en las primeras etapas de la vida; se ha calculado que el 99% de la velocidad de crecimiento ocurre en la vida intrauterina.

El inicio de la llamada etapa de involución o senescencia se ha situado como límite cronológico, alrededor de los 60 años, pudiéndose destacar los siguientes - cambios biofisiológicos como consecuencia de la edad (Payno, 1977):

a) Deseccación gradual de los tejidos por la agrupación de electrolitos en las células de los tejidos, por tal motivo el anciano deja ver, especialmente en la cara y manos, que su piel ha perdido su tersura, se ha vuel

2/ Payno M. El Problema Gerontológico en México. Madurez
2. 1977. pp. 23

to plegadiza y arrugada por la falta de agua en el epitelio.

b) Atrofia Celular por degeneración, retardo gradual de la división celular, aumento de la pigmentación celular e infiltración celular de grasas. Se observa la aparición de manchas que algunas personas llaman "flor de tumba", verrugas, encanecimiento y caída constante del cabello e incremento de la velloidad en el pabellón de la oreja y cejas, las encías comienzan un proceso de retracción, los incisivos parecen alargarse, el esmalte dental comienza a destruirse.

c) Disminución de la capacidad del organismo para producir anticuerpos o inmunizantes en los casos de infección. Al llegar a una edad avanzada el individuo empieza a manifestar diversas molestias somáticas u orgánicas y a contraer enfermedades en forma frecuente; siendo características de ésta etapa enfermedades como la arteriosclerosis, las afecciones prostáticas, algunos tipos de Diabetes o Infarto al Miocardio.

d) Degeneración progresiva y atrofia del Sistema Nervioso. Se presenta una disminución de la capacidad visual, auditiva, de emisión fonética, memoria, atención, etc. Encontrándose así que al disminuir, por ejemplo la capaci-

dad visual, conjuntamente se presentan enfermedades oftalmológicas como cataratas y glaucoma; la voz pierde sus tonos altos, su pureza y suavidad haciéndose menos clara. Produciéndose también alteraciones en la columna vertebral debido a la relajación de la musculatura dorsal, perdiendo la persona de edad avanzada poco a poco su posición erecta mostrando una postura encorvada, existiendo en algunos casos problemas de ambulación.

e) Retardo gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.

f) Gradual disminución de la velocidad, fuerza y resistencia a la fatiga de los reflejos.

g) Gradual disminución de la fuerza muscular.

f) Gradual disminución de los factores que en el joven mantienen constantes el funcionamiento interno de las células y tejidos (homeostásis), por ejemplo el pulso es lento, alteraciones en la presión sanguínea, la curva de la temperatura en la ancianidad es demasiado variable, su metabolismo basal es generalmente bajo, por ello frecuentemente tienen frío.

Sin embargo debe aclararse que tales cambios biofisiológicos se ven afectados en su más pronta o más tardía aparición por una gran diversidad de factores que van

desde factores de orden genético hasta consideraciones de orden social.

b) ASPECTOS PSICOLOGICOS

La vejez es una de las etapas más difíciles dentro del desarrollo humano y su vivencia una de las más - angustiantes e impactantea para algunas personas, presentando como consecuencia de ello síntomas hipocondríacos y regresivos, emergiendo conductas egocéntricas como medio para exigir la atención de las personas que les rodean y de ésta forma aligerar sus tensiones.

El deterioro de la personalidad que está íntimamente ligado a las actividades psicosociales se caracteriza por el gradual decremento de las facultades intelectuales, físicas, psicológicas y sociales de una persona como consecuencia del envejecimiento; observándose diferencias individuales entre ellos. Este decremento facultativo que se opera en la esfera intelectual y perceptiva habrá de reflejarse a un nivel superior de integración, al nivel de la personalidad del individuo tanto en su fase interna (autoimagen, sentimientos, actitudes) , como externa o de conducta adaptativa al medio.

Burdach (1819) dice: "que las susceptibilidades

del hombre anciano disminuyen, tanto en la cantidad, como en la intensidad y es indiferente a muchas cosas que le interesaban profundamente en años anteriores. Sus emociones son más calmadas y menos frecuentes, su poder de asimilación de nuevas ideas y de hacer cosas desacostumbradas está disminuido, olvida con facilidad la experiencia reciente o lo que él mismo ha dicho o hecho. Pensar en algo le toma más tiempo y, al igual que su poder de asimilación, también disminuye su productividad intelectual. Las creaciones nuevas y sustanciales que exigen raptos exaltados de la imaginación ya no se producen y, a pesar de que hay ancianos que han creado obras intelectuales de gran perfección, éstas son en parte el resultado de deliberaciones y juicios madurados, antes que de la imaginación creadora.^{3/}

Como ya se mencionó anteriormente existen alteraciones, de la memoria principalmente, para los acontecimientos recientes más que para los remotos. Otras características psicológicas normales en el anciano constituyen la disminución del interés y la incapacidad para aceptar ideas nuevas y cambios; observándose además dificultad para

^{3/} Mayer-Gross W. et. al. Psiquiatría Clínica II. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1974. pp. 275.

fijar su atención, disminución gradual y paulatina de la agudeza visual y auditiva; decremento de la curiosidad intelectual, del dinamismo y la iniciativa; presentándose en algunas ocasiones un estado de irritabilidad e impaciencia. Su imaginación es menos viva, es más sensible a la fatiga encontrándose su potencialidad de trabajo disminuido, siendo el esfuerzo más difícil de sostener.

Conforme se avanza en el proceso de envejecimiento, se observa otra serie más definida de alteraciones psíquicas más notables como por ejemplo: pérdida de la fluidéz mental expresada a través de la detención del pensamiento; dificultad de adquisiciones nuevas; tendencia a la repetición; modificaciones de la afectividad; hipersensibilidad en sus relaciones interpersonales. La conducta adaptativa al medio es por lo tanto, frecuentemente problemática.

Erickson y Sullivan (1978) mencionan que a través de mecanismos anteriormente probados por el individuo que han resultado ser útiles para el control de lo estímulos del medio y para proteger la integridad de su Yo, todo individuo tiende a reducir o evitar la tensión que proviene del medio ambiente. También comentan que si el desarrollo de la personalidad ha seguido un curso sano, el

sujeto vivirá su vejez con un cierto grado de angustia positiva o generadora de acción que le permitirá tener un adecuado contacto con la realidad. En cambio si el individuo está formado por una personalidad fragmentada, la etapa de la vejez constituirá un motivo para expresar su conflictiva no resuelta en etapas anteriores, viéndose en ocasiones acentuada dicha conflictiva por las condiciones sociales que prevalecen.

Huesca Lagunes (1977), en su artículo "La Moral Social y la Vejez", describe los cuadros reaccionales más característicos de la vejez; "todos ellos impregnados por la angustia y la depresión"^{4/}, de los cuales solo se hará mención de cinco:

* 1) Reacciones depresivas: causadas por la soledad, el aislamiento, la inseguridad por el presente y el futuro, etc., que aparecen simultáneamente con sentimientos de frustración y reivindicación. Suele manifestarse a través de una ansiedad profunda y difusa, y continuo malestar.

2) Hipocondría: se refiere a una exagerada preocupación de las funciones orgánicas, manifestándose en el senescente por una excesiva preocupación por la salud y

4/ Op. cit. 1

por un chantaje afectivo, refugiándose en la enfermedad.

3) Neurosis obsesivo fóbicas: a menudo se acompañan de fuertes tendencias represivas y de ansiedad difusa, trastornos en el sueño y de la aparición de fobias.

4) Reacciones paranoides: se expresan a través de actitudes agresivas y de desconfianza, de reacciones explosivas y de actitudes de sospecha.

5) Alteraciones sexuales: son relativamente frecuentes en el envejecimiento y en algunos casos se encuentran en las primeras fases del desarrollo de una demencia senil.

Existen otro tipo de alteraciones mentales más profundas que convergen con la vejez como por ejemplo: psicosis con trastornos de la afectividad, parafrenias, estados confusionales delirantes, psicosis arterioesclerótica, demencia senil, demencias preseniles primarias y seniles secundarias, etc.

c) ASPECTOS SOCIALES:

Para poder empezar a hablar del aspecto sociológico de la vejez, es importante tomar en cuenta que todo individuo es producto de su sociedad y su cultura. Siendo la problemática que enfrenta ésta población consecuencia

de las características de su sociedad.

Para ubicar la realidad y sentido de la vejez es indispensable observar el lugar que se le asigna a los ancianos y qué representación tienen en la sociedad actual así, tenemos que para los sociólogos constituyen un grupo minoritario que es definido en términos de su adaptación social; los antropólogos los consideran como portadores de cultura y tradición; para los economistas son un grupo marginado de las fuentes de trabajo, etc. —

Actualmente en las sociedades modernas principalmente capitalistas, empiezan a manifestarse serios problemas en el sentido de que para que un sistema social pueda funcionar debe estar en posibilidades de proveer condición y seguridad social a sus integrantes.

En algunos países altamente industrializados, las personas de más edad reciben una mayor participación de los recursos y gozan de más respeto, por ejemplo en Japón, donde según Erdman Palmore (1975) "El nivel de empleo de las personas mayores es más elevado que en otras naciones industrializadas: la mayor parte de los que dejan de trabajar lo hacen por voluntad propia o por razones de salud más que ser forzados a salir del trabajo por jubilación obligatoria, o algún otro tipo de discriminación... El ni-

vel social de los japoneses ancianos...Es sustancialmente más elevado que el de los viejos de otros países industrializados...Japón muestra que una tradición de respeto por los viejos puede mantener su nivel e integración relativa ^{5/}mente elevados, a pesar de la industrialización".

En otro tipo de sociedades modernas se encuentran cubiertas muchas necesidades materiales, sin embargo las psicológicas se han visto menguadas, tales como la condición y sentimiento de utilidad social, el orgullo por el trabajo, etc.

"En un país como México, elementos tales como la extensión geográfica, la estructura poblacional y demográfica y sobre todo la situación política y económica dan como resultado una atomización de grupos sociales con marcos de referencia y evolución muy distintos entre sí.

Así tenemos desde el individuo aislado y desprotegido que carece de lo esencial, hasta la organización que asegura una vejez digna y tranquila para aquellos que al canzaron esta etapa de su vida, sirviendo dentro de dicha organización". ^{6/}

^{5/} Kastenbaum R. Vejez, Años de Plenitud. Colección de la, Psicología y Tú. Edit. Harper, 1979. pp. 10.

^{6/} Cházaro L.R. "Aspectos Sociales de la Vejez". Hospital Central Militar. México, 1976. pp. 92.

La actitud del individuo mayor de 60 años ante la sociedad no se puede generalizar porque son muchos los factores que influyen en su conducta como son: el sexo, su estado de salud física y mental, su nivel educacional, su profesión u. oficio y su nacionalidad como las más importantes; así mismo la década de vida en que se encuentran de 60 a 70, de 70 a 80 y de más edad; por ejemplo: "la mujer de clase media o campesina, que prácticamente no interrumpe sus labores habituales, toma mejor ésta etapa de la vida, por el hecho mismo de que no se interrumpe bruscamente una actividad y la adaptación se hace paulatinamente. Lo mismo sucede con el hombre de clase media baja o campesino que sus mismas necesidades económicas lo obligan a continuar trabajando hasta edades avanzadas y generalmente así los sorprende la muerte. En cambio el hombre con mayor cultura y vida profesional muy activa es obligado a jubilarse o retirarse, con lo cual interrumpe bruscamente sus actividades sociales, cae en un estado de depresión, tanto más, cuando su estado de salud es bueno, siente que es un individuo lleno de experiencia, con un estado aceptable de salud que aún puede producir dentro de su particular actividad, empieza a sentirse inútil, pierde su autonomía y se hace dependiente de la familia prin

principalmente de sus hijos, esposa hermanos u otros parientes".^{7/} Cházaro Lara (1976).

El anciano al jubilarse, probablemente siente que es un estorbo dentro de la familia y la sociedad, trayendo como consecuencia que a medida que pasa el tiempo, vaya tomando una actitud pasiva y poco sociable, cayendo en una dependencia total; agudizándose éste estado cuando existen problemas de salud, deseando en ocasiones la muerte. Si al principio se entretenía con otro tipo de actividad como la pintura, música, viajes, etc. que antes le agrada realizar, termina por abandonarlos.

No todos los jubilados permanecen inactivos; muchos continúan activos en áreas relacionadas con sus preferencias o aficiones, otros cultivan nuevas actividades o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar. Cuando a pesar de la edad que tenga la persona se siente útil a su familia y a la sociedad, tolera mejor la adversidad, la enfermedad y todas aquellas contingencias de la vida.

Aquellas personas que rebasan los 60 años "necesitan la oportunidad de trabajar y de vivir confortablemente, porque los programas del Seguro Social y de las pen

^{7/} IDEM. pp. 96

siones son en sí inadecuados. El problema central del envejecer fisiológico, radica en la dificultad de conciliar el mundo edificado a todo lo que es lo largo de una vida con nuevos modos de pensar y de vivir que tienen las generaciones más jóvenes. Esto da lugar a una progresiva incompreensión del anciano y otros grupos de edades diferentes. Sería un error considerar que todas sus manifestaciones son consecuencias inexorables de su propio envejecer, muchas de ellas condicionadas por la estructura del sistema socioeconómico operante en que le ha tocado vivir. Es ésta estructura la que hace de los viejos un desventurado conjunto que estorba y es inútil. Son las pautas de los status sociales, familiares y laborales que los sitúan al márgen de toda posibilidad de función y productividad".^{8/}
Cházaro Lara (1976).

En nuestra época los avances de la ciencia han logrado que las personas de edad gocen de mejor salud que antes, conservándose con energía más tiempo, con lo cual su falta de actividad pesa aún más. Según los Gerontólogos, vivir en buen estado físico pero sin ninguna actividad es psicológica y socialmente poco deseable.

^{8/} IDEM. pp. 98,99

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ramos Jiménez Ma. Martha. "Estudio Comparativo en una Población Senescente a través del M.M.P.I." Tesis. UNAM, 1980. pp. 19,21,23,35-38,43-45.
- 2.- W. Mayer-Gross y col. "Psiquiatría Clínica II". Ed. Paidós, Buenos Aires. 1974. pp. 275.
- 3.- Ey Henri y P. Bernard Ch. Brisset. "Tratado de Psiquiatría" Edición Española. Toray Masson, S.A. Barcelona. Octava Edición. pp. 807,808,811,812.
- 4.- Kastenbaum Robert. "Vejez Años de Plenitud". Colección La Psicología y Tú. Ed. Harper, 1979. pp.9-12.
- 5.- Cházaro Lara Ricardo. "Aspectos Sociales de la Vejez" Memorias del Ier. Congreso Nacional de Geriatria. Hospital Central Militar. México, 1976. pp.92,96,98,99.
- 6.- Corkidi García Montiel Martha. "La Rehabilitación Física y social de Individuos Ancianos Institucionalizados". Tesis. UNAM. México, 1979. pp. 18
- 7.- Ojeda Luis Alberto. "Psicoterapia Geriátrica". Tesina Universidad Iberoamericana. México, 1983. pp. 48-52.

CAPITULO III

DEPRESION

a) Antecedentes Históricos.

Casi todo el mundo ha padecido períodos transitorios de decaimiento o de depresión como respuesta a circunstancias adversas. Estas experiencias pueden ser consideradas como fenómenos normales, sin embargo, existen algunas personas que presentan una vulnerabilidad excesiva ante situaciones penosas o desfavorables. Estos individuos tienden a reaccionar ante éstas circunstancias en forma tan exagerada que su conducta llega a ser patológica.

Estas alteraciones en el estado de ánimo, desde la antigüedad, han sido motivo de estudio. Así encontramos que en el siglo IV a.c. Hipócrates (¿460-377 a.c.) menciona que la locura estaba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La depresión descrita por Hipócrates como melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis.^{1/}

^{1/} Hill D. "La Depresión en la Historia". Depresión. Medcom Nueva York, 1970. pp. 3

Asclepiades (124-140 a.c.) en el siglo I a.c. recomendó "los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medios para aliviar la depresión."^{2/}

En la Biblia se mencionan dos casos de enfermedad mental en los que interviene la depresión: los de los Reyes Saúl y Nabucodonosor.

El comportamiento de Saúl desde su juventud había manifestado ciertas anormalidades, las cuales en su madurez se caracterizaron por falta de control de sus impulsos, suspicacia casi paranoide y extrema irritabilidad. Su depresión extrema se manifestó en el suicidio.

Nabucodonosor padeció de depresiones intensas que se caracterizaban por irritabilidad extrema y períodos en los cuales creía ser un animal salvaje.

Arateo de Cappadosia en su libro Enfermedades Agudas y Crónicas, habla sobre el tratamiento de ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maníacas (psicosis maníaco depresiva).

Celsus en su libro "De re medica" al igual que Arateo habla de la manía y de la melancolía como proble-

^{2/} IDEM. pp. 9

mas de tipo médico .

Soranos de Ephesus en su "descripción del cuadro clínico, señala como síntomas principales de la melancolía las siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad". ^{3/} Recomendando a los pacientes que presentaban este tipo de sintomatología participar en obras de teatro.

Durante la Edad Media, Constantino Africano, fundador de la Escuela de Medicina de Salerno, se hizo famoso por sus descripciones de los estados depresivos; él mencionaba que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica era la causa de la melancolía. Señalaba dos distintos tipos de melancolía; uno estaba localizado en el cerebro y el otro en el estómago. Fué el primero también en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. ^{4/}

Santo Tomás de Aquino (1225-1274) consideraba

^{3/} Calderón N.G. "Consideraciones Generales". Depresión. Editorial Trillas. México, 1984. pp. 12.

^{4/} Op. cit. 1

la melancolfa como un cambio en los humores corporales, pero creía que las enfermedades mentales eran producidas - por demonios y por influencias astrológicas.

Hasta 1630 se tenía la creencia de que la depresión se debía a influencias espirituales y demoniácas. Al publicar Robert Burton (1630) su tratado sobre "Anatomía de la Melancolfa", en el que marca una clasificación de los estados depresivos, desaparece la idea que se tenía anteriormente, iniciándose así un estudio formal sobre la depresión.

En el siglo XIX Philippe Pinel decía que el pensamiento de los melancólicos estaba concentrado en un objeto, encontrándose frecuentemente perturbados sus pensamientos y su memoria, pudiendo en ocasiones llegar al suicidio. Indicó como causas posibles de la melancolfa las psicológicas y las físicas dándole mayor importancia a las primeras.

Haslam en 1809, Boticario del Hospital Behtlem en Londres, hace una descripción de los diferentes síntomas de la depresión de la siguiente manera:

"Semblante ansioso y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares obscuuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo...

Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa".^{5/}

En 1896 Emil Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente Esquizofrenia.

Más tarde, con el surgimiento de las investigaciones de genética en el campo de la psiquiatría se juzgó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva. Siguiendo como mecanismo que todo paciente que presentaba un cuadro de depresión se consideraba que padecía el síndrome maniaco-depresivo. En consecuencia era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves".^{6/} Con este mismo criterio se continuó hasta los primeros 30 años de este siglo.

El cuadro de la psicosis maniaco-depresivas fué considerado en el México Prehispánico como un problema de tipo médico de acuerdo a la descripción que hizo el médico

^{5/} Op. cit. 3 pp. 12, 13.

^{6/} Op. cit. 1 pp. 9

co indígena Martín de la Cruz en 1552 en su Códice Badia no, en el que se dan ciertas indicaciones para su tratamiento.

El gran incremento de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos depresivos ha permitido hacer una clasificación precisa de éstos.

b) Generalidades.

Diferentes autores se interesan cada vez más - por estudiar la capacidad de sobrellevar la depresión en todas las etapas del desarrollo, como componente para una relativa salud mental. Cuando el medio exterior no ofrece un apoyo eficaz durante la depresión pasajera, la reacción se intensifica, las defensas de la persona se debilitan y sobreviene un estado patológico.

Para el Dr. Beck (1976) una de las dificultades en la concepción de la depresión es primordialmente semántica, debido a que el término ha sido diversamente empleado para designar un tipo particular de sentimiento o síntoma, un conjunto de síntomas (o síndrome) y una entidad patológica bien definida. El término depresión se

Utiliza a menudo para denominar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. En éstos casos es considerado como un síndrome, el cual es concebido a veces como una situación psicopatológica cuya intensidad (o grado de anormalidad) varía entre leve y grave. Menciona También que el trastorno de los sentimientos es generalmente una característica sobresaliente de la depresión. En los últimos años se ha hecho común considerar a ésta afección como un "trastorno primario del estado de ánimo" o como un "trastorno afectivo". La importancia central atribuida al componente afectivo de la depresión queda ejemplificada por la práctica de utilizar listas de adjetivos afectivos para medir y definir la depresión. La depresión tiene muchos otros componentes, aparte de la modificación del estado de ánimo.

El Dr. Beck (1976) define la depresión por sus siguientes características:

- 1.- "Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
- 2.- Trastorno vegetativo: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
- 3.- Un concepto negativo y de autocastigo: de-

seo de esconderse o morir.

4.- Cambio en el nivel de actividades: retardo
o agitación"⁷.

Para Frazier y Carr (1975) la depresión es caracterizada por sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento. Los síntomas más frecuentes de la depresión son: debilidad o letargo, anorexia, insomnio, pérdida de peso, malestar general, irritabilidad y enfermedades somáticas. Los sentimientos depresivos pueden ser adecuados a la situación que produjo la reacción. Estos casos son casi siempre de corta duración y no van acompañados de la pérdida de la propia estimación. Después de un período de lamentaciones el individuo puede volver con libertad a su vida normal. Sin embargo la depresión patológica es una reacción de una intensidad y duración inadecuada a la situación, aún cuando el factor desencadenante sea importante. El paciente deprimido se muestra poco interesado y poco comunicativo, su aspecto es enfermizo y melancólico, siente su vida como triste y sin interés.

A medida que su depresión avanza, puede presen-

7/ Diez Suárez Teresa . Depresión Postparto: Comparación de los Métodos Psicoprofilácticos y Bloqueo Epidural. Tesis. U.I.A., 1982. pp. 54.

tarse retardo motor y lantitud en los pocesos de pensa--
miento. Muestra una expresión facial de apatía y triste-
za con sollozos y suspiros frecuentes. Existe una gran
desesperanza y ausencia de placer por la vida, autodeva-
luación y sensación de vacío, así como una excesiva preo-
cupación por sí mismo. Es frecuente encontrar remordimien-
tos por pasados errores, que pueden ser reales o imagina-
rios, son comunes los sentimientos de fracaso y desprecio.
Cuando no hay retardo motor, se presenta mucha agitación,
caminando marcando el paso, retorciendo las manos y mos-
trando una penosa inquietud.

El Dr. Ramón de la Fuente (1985) médico del
Instituto Mexicano de Psiquiatría menciona que las prin-
cipales características de la depresión "proviene de una
desorganización de las funciones vitales; es decir que a
parte de afectar el ánimo de las personas trayendo como-
consecuencia melancolía y desesperanza profundas, presen-
ta bajas en su concentración, alteraciones del sueño y del
apetito, falta de interés y energía y en muchas ocasiones
sobreviene una angustia concomitante. Asevera además que
en la actualidad este tipo de depresiones son determina-
das por un desequilibrio químico de ciertas estructuras
cerebrales, pero no se tiene una idea precisa de las ver

deras causas" ^{8/}

De la misma manera el Dr. Shildkraut (1970) comenta "... en la actualidad no sabemos si existe un factor bioquímico o fisiológico que sea común a todos los síntomas depresivos. Tampoco sabemos si las depresiones normales que todos experimentamos como parte de las vicisitudes inevitables de la vida cotidiana tienen alguna relación esencial - en un plano bioquímico, fisiológico o psicológico - con esos estados de carácter más patológico." ^{9/}

Mortimer Ostow (1980) considera que "hay situaciones patológicas que afectan fundamentalmente a las glándulas suprarrenales y esas enfermedades causan trastornos en las funciones mentales, capaces muchas veces de adoptar la forma depresiva o de algunas de sus variantes por ejemplo: los glucocorticoides que se producen cuando el individuo está en estado de tensión y como ayuda ante ese estado. Dosis excesivas de estas hormonas (cortisona)

^{8/} Gaceta UNAM. "Los trastornos del Aprendizaje y el Alcoholismo, principales problemas Psicológicos en México" Enero 31, 1985. pp. 10,11.

^{9/} Shidkrant J.J. "Una Etiología Bioquímica". Depresión MEDCOM Nueva York, 1970. pp. 31.

durante períodos prolongados pueden inducir a una depre-
10/
sión."

Otro factor determinante en la depresión, es la herencia. Es importante investigar cuidadosamente los antecedentes familiares de un paciente deprimido ya que existe la posibilidad de que un pariente de éste haya padecido ésta enfermedad. Si uno de los progenitores tiene depresión grave muy cercana a la psicosis hay de 10 a 15% de probabilidades de que su hijo sufra de depresión seve-
11/
ra. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de éste el riesgo sería aproximadamente de la misma magnitud. Si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de probabilidades de padecer el mismo síndrome. "Por lo tanto se concluye que la depresión se encuentra en función de la herencia y del medio ambiente".

c) Síntomas y Tipos.

10/ Mortimer O. "La Depresión Psicológica de la Melancolía" Ed. Alianza. Madrid, 1980. pp. 84.

11/ Price J. "Genética de la Depresión". Depresión, MEE COM, Nueva York, 1970. pp. 85.

Como mencionamos en el inciso anterior, diferentes autores se han avocado al estudio de la depresión, observando que coinciden en la descripción de los síntomas, los cuales a continuación aparecen descritos a manera de síntesis, clasificándolos por áreas tomando como modelo el cuadro de Mendels (1977) :

Estado de Animo

Tristeza con o sin llanto	Generalmente el paciente depresivo muestra en sus inicios un estado de indiferencia hacia lo que anteriormente lo mantenía interesado prefiriendo permanecer encerrado en su casa
Insatisfacción	
Abatimiento	
Humor abatido	
Acentuado pesimismo	
Irritabilidad	
Autodesvalorización	

haciendo el mínimo esfuerzo para cualquier actividad, con una disminución absoluta de sus intereses vitales. Inmediatamente aparece la tristeza, en ocasiones debida a problemas reales que el enfermo acrecienta considerablemente y en otras sin motivo aparente suele sen-

tir deseos de llorar.

En relación con sus problemas supuestos o reales se muestra marcadamente pesimista, encontrándose con frecuencia pensativo y cabizbajo. En otros momentos no reconoce sentirse triste sino más bien inseguro, falta de confianza en sí mismo y con acentuado temor a resolver problemas que antes le parecían sencillos. Frecuentemente expresa apatía e indiferencia absoluta o presenta temor a situaciones cotidianas como salir a la calle, presentarse en el trabajo, bañarse, etc., sintiéndose despojado de apoyo emocional, vacío y solo, culpable y sin valor o inferior e insuficiente. El paciente a menudo pide apoyo emocional como afecto, confianza,

simpatía y atención.

Pensamiento

Pesimismo	A medida que la depresión evoluciona este tipo de sujetos se vuelven gradualmente ineficientes e irresponsables, con pérdida de interés, disminución de energías, incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, con un descenso en su concentración y atención. Generalmente es autocrítico encontrándose de manera invariable negación y distorsión de varias facetas de la realidad, mostrando en general una incapacidad creciente para salir adelante en su trabajo y en sus responsabilidades.
Ideas de culpabilidad y fracaso	
Autoacusación	
Pérdida de Intereses y motivación	
Atención y Concentración Lábil	
Alteraciones Perceptuales En el juicio crítico de sí mismo y de los demás	
Memoria disminuida	
Lentitud en el pensamiento	
Ideas obsesivas.	

Conducta y Aspecto

Negligencia en el aspecto personal

Retardo psicomotor

Agitación

Cambio en el nivel de actividades

Son claros indicios del estado depresivo un rostro triste, insatisfecho, una actitud decaída, y postura inclinada, denotándose su infelicidad en el momento en que empieza a hablar algunas personas muestran una sonrisa la cual es fría y superficial tratando de ésta forma de esconder su desesperación.

A medida que la depresión se hace más profunda, se denota un progresivo desinterés por el aspecto y cuidado personales: vestimenta desaliñada, sucia, presentando además una carencia en su arreglo físico aún en aquellas personas que de ordinario se arreglaban.

El retardo psicomotor se manifiesta por medio de una inhibición aparente y un decaimiento

de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos, siendo sus movimientos lentos y cautos como si estuviera realizando un gran esfuerzo.

Su discurso es espontáneo aunque procura participar en forma mínima y no involucrarse en las conversaciones.

En algunos casos se presenta un estado de agitación en vez de un retardo psicomotor, manifestando una inquietud excesiva tanto física como psicológica, siendo incapaz de mantenerse quieto aún por un período breve de tiempo, expresando abiertamente su ansiedad y su sufrimiento pidiendo ayuda y serenidad o calma.

Trastornos Somáticos

Pérdida del ape
tito

Pérdida de peso

Estreñimiento

Alteraciones del
sueño

Dolores y males

Alteraciones de
la menstruación

Pérdida de la
Lfbido

A medida que la enfermedad pro
gresa, los pacientes muestran
una acentuada pérdida del ape-
tito y cuando comen, la comida
les parece insípida. Es frecu
ente la pérdida de peso, bajan
do varios kilos en un período
corto de tiempo. El estreñi-
miento se presenta a menudo en
un paciente depresivo alcan-
zando grados realmente agudos,
no evacuando por espacio de u
na semana o más.

Además experimentan alteracioo
nes del sueño como: dificul-
tad para dormirse, despertádo
se durante la noche o a horas
tempranas de la madrugada, fre
cuentemente intranquilidad y
confusión, imposibilidad de vol
ver a conciliar el sueño, pesa

dillas. Sienten por la mañana como si no hubieran dormido ni descansado.

En algunos casos de depresión leve, el paciente presenta un aumento del apetito y del sueño.

Las personas que padecen de de
presión; normalmente acuden al médico debido a estos trastor
nos somáticos, los cuales no si
endo conscientes de su proble
mática emocional difícilmente
lo pueden manifestar al médico.
Normalmente se quejan de cefa
lea, neuralgias, sensación de o
presión en el pecho, sequedad
en la boca, dificultad para in
gerir y diversos dolores y ma
les, así como diversas altera-
ciones en el ciclo menstrual,
y pérdida de la líbido que va
desde una disminución del in-

terés de la actividad sexual hasta un rechazo de las relaciones sexuales.

Reacciones de Ansiedad

Tensión	La ansiedad es una respuesta
Indecisión	normal a amenazas dirigidas
Temores vagos e inespecíficos	contra uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o
Preocupaciones múltiples	valores muy preciados.
Temblores	Es común durante situaciones
Sudoración	que cambian continuamente y
Alteraciones de la memoria, concentración, pensamiento	que requieren de una adaptación inmediata, o durante un esfuerzo extremo.
Retardo Psicomotor	
Cambios Fisiológicos	Se ha observado "que la ansiedad normal" acicatea al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. Como contraste, la ansiedad exce
Irritabilidad	
Dependencia	
Interés y función sexual alterados	

siva no solo hace infelíz al individuo, sino que tiene un efecto deletéreo sobre su funci^{12/}onamiento." Se pueden alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, la habilidad para calcular y la eficacia psicomotora. "La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisioló^{13/}gicos característicos".

La persona ansiosa se muestra aprensiva, con una sensación de desagradable anticipada de des-

12/ Solomon P., Patch V.D. "Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Moderno, México, 1976. pp. 32,33.

13/ IDEM. 12. pp. 32,33.

ventura, peligro o perdición.

Puede volver a un individuo hi
peralerta, irritable e incierto,
puede inquietarse o permanecer
tenso, inmovil. Puede ser exce
sivamente dependiente o encon
trarse muy preocupado con sus
aflicciones, duerme mal y gene
ralmente el interés y función
sexual están alterados.

"La ansiedad está asociada con
una gran variedad de alteracio
nes funcionales como:

1.- Respiración excesiva

2.- Tensión musculoesquelética:
cefalalgia, constricción de
la parte posterior del cue
llo y del pecho, voz temblo
rosa, dolor de espalda.

3.- Respiraciones suspirantes

4.- Síndrome de hiperventila
ción: disnea, vértigo, pares
tesias.

- 5.- Trastornos funcionales gastr
o
intestinales: dolor ab
dominal, anorexia, nausea,
mal sabor en la boca, dis-
tensión, diarrea, constipa-
ción, sensación de "vacío" en
el estómago.
- 6.- Irritabilidad cardiovas-
cular: hipertensión sistó
lica pasajera, contraccio-
nes prematuras, taquicardia,
desfallecimiento.
- 7.- Disfunción genitourinaria:
frecuencia urinaria, disu-
ria, impotencia, dolor pélvi
co en las mujeres, frigidez.

Que la ansiedad sea normal o
anormal, depende de su intensi-
dad y duración y de las circuns
14/
tancias que la causen".

Conducta Suicida

Pensamientos

Amenazas

Intentos

La depresión desempeña una función central en las ideas de culpabilidad y desesperación que conducen al depresivo a creer que merece la muerte (auto-castigo) o a ver un futuro tan desagradable que desee mejor morir antes que vivir en su estado actual (huida).

Un depresivo agudo difícilmente lleva a cabo el suicidio debido a que puede existir un retardo profundo que inhibe la acción, cuando logra liberarse de éste estado, es mayor el peligro de un intento de suicidio.

El suicidio es más frecuente en los ancianos, "relacionándose con la pérdida del sentido de implicación en la familia

y en la sociedad; por esto, la tendencia creciente de la gente a dejar el hogar en que han pasado toda su vida para retirarse puede muy bien conducir a una todavía mayor incidencia de suicidios en el futuro. Se ha demostrado que en las comunidades donde los ancianos mantienen una función importante y venerable con relación a la familia y a la sociedad, el índice de suicidios es bajo" (Batchelor, 1957).^{15/}

Al valorar el peligro del suicidio en el paciente con ansiedad intensa, el grado de ansiedad probablemente sea más crítico que el grado de depresión.

La depresión ligera se expresa principalmente por

^{15/} Mendels J. "La Depresión". Ed. Herder. Barcelona, 1977 pp. 28.

una pérdida del interés en los asuntos ordinarios de la vida. Se pierde la espontaneidad. Todo proporciona menos satisfacción que antes requiriendo por lo mismo un esfuerzo extra. No se siente enfermo físicamente, pero tampoco se siente bien ni a gusto. La fatiga es excesiva. Mientras las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes, las preocupaciones reales y los trastornos corporales le preocupan más. Una persona con una depresión ligera como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos. Sin embargo, para él y para sus amigos algo ha cambiado.

El paciente con depresión intensa se halla fuertemente abatido o se siente físicamente enfermo, o ambos. Comúnmente está sombrío, desvalido, desesperado y carente de autoestima, se encuentran retrasados: su raciocinio, verbalización y movimientos (retardo psicomotor), o se puede hallar intranquilo, hiperalerta y tenso (agitación, ansiedad).

El paciente deprimido agitado se puede quejar constantemente de fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa, achaques y dolores.

Si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están tan

mal como la siente y puede presentar ideas delirantes complicadas, a menudo, de naturaleza hipocondríaca.

Tipos

La depresión ha sido objeto de múltiples estudios y discusiones en cuanto a los diferentes tipos que la conforman, observando que varios autores la han clasificado con diferentes nombres como por ejemplo Ostow en su libro "La Depresión Psicológica de la Melancolía". 1980 ^{16/}

- 1.- Si es por infortunio = Depresión reactiva.
- 2.- Después del Alumbramiento = Depresión postparto.
- 3.- Si ocurre en la década de los 60 años = Melancolía Involuntiva.
- 4.- Cuando el sujeto es presa de un estado de agitación = Depresión Agitada.
- 5.- Cuando se mantiene inerte = Depresión Retardada.
- 6.- Si la depresión tiene lugar a lo largo de

^{16/} Op. cit. 10. pp. 95.

episodios discontinuos y alternan los ataques de manía = Maníaco-depresiva.

7.- Cuando se asocia a rasgos clínicos claramente esquizofrénicos o cuando se produce a manera de episodios en un individuo que ha sufrido antes crisis esquizofrénicas, nos referimos a ella como = Melancolía esquizofrénica.

8.- Cuando es suave = Depresión

9.- Cuando es grave = Melancolía

Coppen Alec (1970) menciona que existen causas ambientales y psicológicas que se consideran como factores determinantes de la depresión exógena o reactiva, en otros casos no hay factores desencadenantes evidentes considerando a ésta como depresión endógena, pero en la práctica estos dos tipos presentan límites frecuentemente no bien definidos. A continuación describiremos más ampliamente cada uno de ellos:

Depresión Exógena.-

Llamada también reactiva, neurótica y psicógena. Es dependiente del ambiente y la disposición hereditaria es secundaria.

Cutheil (1959) define la depresión reactiva co

mo "un sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de intensidad y duración variables. No se trata de una enfermedad, sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción". ^{17/} Es una depresión desencadenada por sucesos perceptibles del medio ambiente a los que el sujeto responde, y que surgen en relación con experiencias de stress en individuos predispuestos. El factor de dicha disposición puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica, formándose en el sujeto una personalidad mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o adolescencia.

Este tipo de depresión se relaciona en forma muy estrecha con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana. Este malestar implica una experiencia en la que el individuo predispuesto sufre la pérdida (simbólica o real) de un objeto querido. Debemos tener mucho cuidado al considerar las condiciones que pueden predisponer a una persona a esta clase de respuesta, así como también la naturaleza de los factores que la precipitan, que tienen como característica una intensidad y duración

17/ Op. cit. 15. pp. 45.

que no están proporcionadas al acontecimiento.

Por lo anteriormente expuesto todos los estados depresivos que sobrevienen en estas circunstancias, se denominan estados depresivos reactivos o estados depresivos neuróticos, según se estime la causa exógena, psicológica o por las características propias de su personalidad.

En la depresión neurótica, el enfermo desea que se le escuche, que se le consuele y compadezca, pero al mismo tiempo acusa a los otros y a la suerte de su situación. Constantemente se queja de su estado psíquico, de su astenia y de su impotencia, la cual proyecta en su demanda de ayuda ambigua, insinuando la impotencia del médico para curarle, la ineficiencia de los medicamentos que se le proponen, etc. La necesidad que tiene de apoyarse en los demás y su deseo de afectividad lo pueden orillar a que se vuelva tiránico y agresivo con los demás. Unas palabras de consuelo pueden mejorar por un momento la reacción depresiva.

Depresión Endógena.-

También llamada psicótica y de melancolía. Es dependiente de la herencia y el ambiente desempeña un pequeño papel, no tiene una causa externa

evidente, parece surgir en forma espontánea y muestra tendencia a la repetición.

Este tipo de depresión se caracteriza por una franca alteración de la personalidad, pérdida de la auto-crítica y choque importante con el medio.

Los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, atribuyéndose su origen a una anormalidad bioquímica, caracterizándose por una serie de síntomas como: "un despertar muy temprano por la mañana...actividad re-tardada...pérdida de peso...grandes variaciones diurnas del estado de ánimo...delirios...sentimientos de inutilidad, etc."^{18/} La interpretación de la realidad se haya muy distorsionada. Esta depresión se acompaña de fenómenos patológicos como: delirios y alucinaciones relacionadas con el cuerpo y las funciones orgánicas.

Estos síntomas para algunos autores son mucho más leves o no existen en la depresión exógena.

Es importante hacer mención de otros dos tipos de depresión que van entrelazadas con las anteriormente mencionadas y que son la depresión simple y la depresión involutiva.

^{18/} Op. cit. 1. pp.9

Depresión Simple.-

El individuo no sufre ninguna alteración de su personalidad, encontrándose en un estado satisfactorio de salud mental.

Incorre en un cuadro depresivo por problemas psicológicos, ecológicos o sociales, que provocan un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales. Cuando el paciente se recupera actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

Depresión Involutiva.-

Denominada también melancolía involutiva, reacción involutiva psicótica, conducta involutiva y depresión de la edad madura.

Se presenta en la presenilidad y es más frecuente en las mujeres, específicamente en la época del climaterio. Su comienzo es insidioso y se relaciona con emociones o dificultades. Algunos autores creen que la base de esta reacción puede encontrarse en un desequilibrio endocrino resultante de la menopausia. Otros creen que el factor más significativo es el sentido psicológico del climaterio.

La naturaleza de los cambios endócrinos en el hombre en esta misma época no es bien conocida.

Es además una época de la vida que a menudo se relaciona con cambios característicos en la situación familiar y en las relaciones socioculturales.

La Depresión en la edad Senil

Desde largo tiempo atrás, la depresión ha sido reconocida como un humor característico de la senectud. La importancia médica de la enfermedad depresiva en la vejez y la amplia magnitud del problema, tanto en la práctica hospitalaria como en la comunidad, comenzó a dársele importancia en los últimos 20 años. La depresión se manifiesta con mayor frecuencia más o menos desde los 55 años: debido a que durante ésta etapa se presenta angustia por lo que les depara el futuro, así tenemos que, si no han tenido éxito en su trabajo, ven ahora pocas oportunidades para tenerlo, si lo han tenido, comienzan a sentir que no les ha dado la satisfacción esperada. Es también el período en que los hijos llegan a la adolescencia y desafían la confianza y el optimismo de sus padres. Es también el momento en que las noticias de la muerte de co

nocidos de la misma edad comienzan a producirse con inquietante frecuencia.

Las personas comienzan a hacerse reposadas, menos vigorosas, desinteresadas, ansiosas y quizá más irritables.

Observamos cambios en la perspectiva vital, puede darse un incremento del pesimismo. Hay también una tendencia a apartarse de las actividades usuales, buscándose nuevos intereses.

También hay una creciente preocupación por el cuerpo, llegando en ocasiones al estado de la hipocondría que se manifiesta a través de lamentaciones centradas en el hecho de que el cuerpo no funciona adecuadamente, de que está enfermo y de que el individuo morirá pronto.

Es importante mencionar los dos tipos principales de enfermedad senil depresiva. "El primero, conforma el cuadro clásico de depresión endógena semejante al de las psicosis maníaco-depresivas.

Los caracteres clínicos comprenden el perfil usual de retardo, culpa y autodesprecio, ideas hipocondríacas o delirios somáticos. La depresión está en su peor momento en la mañana y los trastornos en el sueño se caracterizan por un despertar temprano. En las depresiones



neuróticas, el trastorno emocional es generalmente menos profundo y reactivo ante la enfermedad física, la injusticia social y las vicisitudes. Una clara variación diurna de humor está ausente y hay un insomnio inicial o sueño intermitente durante toda la noche. La frecuencia de la enfermedad orgánica es mayor en este último grupo".^{19/}

El Dr. Miguel Krassoievitch (1973) llevó a cabo un estudio comparativo de dos grupos de pacientes de más de 65 años de edad internados en un hospital psiquiátrico por un cuadro depresivo. El primer grupo constaba de 119 pacientes que no habían sufrido episodios depresivos previos, en cambio los 84 pacientes del segundo grupo tenían antecedentes personales de depresión.

Los estados depresivos que aparecen por primera vez durante la vejez, tienen características que permiten diferenciarlos de los que se manifiestan en otras épocas de la vida.

En la depresión del anciano los factores hereditarios maniaco-depresivos son poco frecuentes, no existe una personalidad previa característica y la ansiedad

^{19/} Mayer-Gross W., col. "Psiquiatría Clínica II". Edit. Paidós. Buenos Aires. 2a Edición, 1974. pp. 315.

predomina en el cuadro clínico. Los intentos de suicidio, cuando existen, suelen ser graves.

Sainsbury (1962) menciona que un 35% de personas ancianas cometían suicidio. También descubrió que el vivir solo (39%) y el desamparo (16%) se asociaba más frecuentemente al suicidio en los ancianos, mientras que el trastorno de las relaciones personales eran el marco común para cometerlo en grupos de edad más jóvenes. Ayuso-Gutiérrez y col. (1979) desarrollaron una investigación acerca de los factores etiopatogénicos de las depresiones de la tercera edad. El estudio se llevó a cabo con 2 muestras de 100 sujetos: una de más de 65 años con una edad promedio de 68.2 y otra de menos de 65 con una edad promedio de 43.3, todos eran pacientes internados en el Hospital Clínico de Madrid. El criterio de clasificación que tomaron fué el siguiente: los cuadros bipolares corresponden a depresiones psicóticas y los unipolares a depresiones neuróticas o simples.

En el siguiente cuadro se puede observar que el 57% de las depresiones se iniciaron después de los 66 años por lo menos en éste grupo, quedando excluida la posibilidad de que se tratara de una depresión neurótica que hubiera dado con mucha anterioridad manifestaciones clínicas de elementos depresivos resultantes de una integra-

ción defectuosa de su personalidad.

Distribución de las depresiones en pacientes
de más de 65 años (N = 100):

Tipo de depresión	Comienzo de la enfermedad antes de los 65 años.	Comienzo de la enfermedad después de los 65 años.
Depresiones Unipolares (neuróticas o simples)	Mujeres	26
	Varones	14
	Total	40
Depresiones Bipolares (psicosis maniaco-depresivas)	Mujeres	0
	Varones	3
	Total	3

Tomado de Ayuso y col. "Depresiones de la Tercera Edad".
Acta Psiquiátrica. Psic. Amer. Lat., 25:187, 1979.^{20/}

^{20/} Op. cit. 3. pp. 177.

La valoración de los factores desencadenantes se realizó a través de la información proporcionada en la Historia Clínica por el paciente y sus familiares o por datos obtenidos por los psiquiatras o Trabajadores Sociales.

"Los factores desencadenantes que con mayor frecuencia se observaron fueron los siguientes:

- 1.- Situacionales.- fallecimiento de familiares de primer grado o cónyuges; situaciones de cambio en la residencia o en la estructura familiar, conflictos intensos en las esferas familiar, económico, laboral, etc.
- 2.- Somáticos.- Enfermedades físicas, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, depresión farmacógena, etc.

Los sucesos desencadenantes se situaron cronológicamente en el período de 6 meses anteriores al inicio de la fase depresiva, salvo los desencadenantes somáticos para los que se exigió ausencia de solución de continuidad con la aparición del trastorno afectivo. Los resultados obtenidos en el estudio de la incidencia de factores desencadenantes y de edad de aparición de la fase depresiva, permiten detectar la intervención de factores ambien

tales psicoreactivos y somáticos en el desarrollo de las depresiones del sujeto en la edad propecta. Esta mayor vulnerabilidad del anciano frente a los factores depresivos de naturaleza ambiental ha sido considerada por Mendiewicz y col. (1978), como determinado por factores de tipo genético".^{21/}

Por medio de investigaciones estadísticas se ha podido demostrar que las fases depresivas después de los 50 años muestran un curso menos intenso y más alargado, oscilando los intervalos libres entre los 7 y los 14 meses. Una desaparición de las fases depresivas en la vejez, solo se ha observado desde el punto de vista de que más allá de los 50 años siguen un curso tan suave que los pacientes no llegan a necesitar asistencia hospitalaria, (Kielholz).

"Por lo que respecta a los cuadros patológicos se destaca en general, la sustitución de la inhibición por una inquietud angustiosa y mayores alteraciones hipocondríacas".^{22/}

^{21/} Op. cit. 3. pp. 177,178.

^{22/} Bronisch F.W. "Psiquiatría Geriátrica". Edit. Científico Médica. Barcelona, 1965. pp. 58.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hill D. "La Depresión en la Historia" en Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970. pp. 8,9.
- 2.- Calderón N.G. Depresión. Edit. Trillas. México, 1984. pp. 12,14,16,177.
- 3.- Gaceta UNAM. "Los Trastornos del Aprendizaje y el Alcoholismo, Principales Problemas Psicológicos en México". 31 de enero de 1985. pp. 10,11.
- 4.- Schildkraut J.J. "Una Etiología Bioquímica". en Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970. pp. 31.
- 5.- Mortimer Ostow. La Depresión Psicológica de la Melancolía. Edit. Alianza. Madrid, 1980. pp. 94,95.
- 6.- Price John. "Genética de la Depresión" en Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970. pp. 25.
- 7.- Mendels Joseph. La Depresión. Edit. Herder. Barcelona 1977. pp. 18,29,45,50,51.
- 8.- Freedman Alfred M. y col. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. pp. 390,391.
- 9.- Calderón Narváez Guillermo . "La Depresión, Problema de Salud Pública". Revista de Salud Pública. México, 1981. Epoca V. Vol. XXIII, no. 5, sept-oct. 1981.
- 10.- Mc Clure J.N. "Farmacoterapia" en Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970. pp. 47,64.
- 11.- Solomon P., Patch V.D. Manual de Psiquiatría. Edit. El Manual Moderno. México, 1976. pp. 32,33,35.
- 12.- Ey Henry. Tratado de Psiquiatría. Edición Española: Toray Masson, S.A. Barcelona. Octava Edición . pp. 226,234,237.

- 13.- Bronisch F.W. "Psiquiatría Geriátrica". Revisión Española por Dr. Díaz Vázquez. Edit. Científico Médica. Barcelona, 1965. pp. 58.
- 14.- Mayer-Gross W. "Psiquiatría Clínica II". Edit. Paidós. Buenos Aires, 1974. pp. 315.
- 15.- Krassoievitch Z.M. "Aspectos Clínicos de la Depresión del Anciano". Conferencia presentada en la Tercera Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Guadalajara, Jal., 1973.
- 16.- Diez Suárez Teresa. "Depresión Postparto: Comparación de los Métodos Psicoprofilácticos y Bloqueo Epidural". Tesis. Universidad Iberoamericana. 1982. pp. 54.

CAPITULO IV

GRUPOS

Durante el transcurso del tiempo, los hombres para poder sobrevivir, se relacionaron entre sí con un propósito común: elaborar los recursos materiales necesarios para su subsistencia. Se le conoce como "comunismo primitivo" a la primera organización socioeconómica. En ésta sociedad no existe la propiedad privada, no hay "tuyo y mío", las relaciones de producción son comunitarias, siendo la tarea fundamental del grupo sobrevivir. Los hombres del clan, la horda o la tribu, se encuentran íntimamente ligados entre sí. No perciben su vida como individual, es decir, no existe la noción del "Yo" y "otro", se vive una existencia aglutinada.

En el momento en que el hombre descubre el fuego, deja de ser nómada y se convierte en pastor y agricultor, perfeccionando sus instrumentos de trabajo.

"Con el inicio de los oficios, el trabajo se individualiza y se diferencia, lo cual conduce en el plano social a la propiedad privada ya que a medida que la riqueza del grupo crece va quedando en manos de familias

aisladas" ^{1/}.

Como se puede observar, las particularidades del grupo extenso -tribu, clan, comunidad - y del grupo pequeño - familia, pareja - fueron conocidas desde la época antigua.

Posteriormente en la época feudal se vive como en una gran familia en donde cada uno se siente responsable del trabajo que tiene que desempeñar, teniendo cada quién un rol establecido, así como algo que aportar. Existe un sentimiento de pertenencia al feudo, al gremio, a la familia, siendo ésta última más importante que el propio individuo.

Los grupos familiares y laborales se caracterizaban por una relación estrecha de pertenencia, identificados por los mismos intereses y metas comunes. Su fuerza y unidad radica en que el grupo posee a sus miembros, diferenciándose por esto de otros grupos.

Por lo anteriormente expuesto podemos observar que la vida de la mayoría de los seres humanos está caracterizada porque se encuentran afiliados con otros se-

^{1/} Fernández Calderón Julieta y col. "El Grupo Operativo, Teoría y Práctica". Edit. Extemporáneos. México, 1983. pp. 20.

res humanos en grupos, siendo un hecho fundamental que los individuos se buscan pero también se eluden, existiendo una atracción o repulsión así como la oposición entre la simpatía y la antipatía; dependiendo de esto el que se inicie y continúe la interacción social.

Znaniecki (1965) menciona que "la atracción es como un juego de disposiciones individuales que pueden sufrir la influencia de factores situacionales, tales como la estructura social y la proximidad física".^{2/}

La explicación Clásica sobre la atracción social que proporciona Lindgren (1969) dice que "la universalidad de la atracción social puede explicarse por el hecho de que el niño de corta edad tiene que pasar varios años en un estado de dependencia y durante ese período sus necesidades sólo pueden ser satisfechas mediante otras personas. De éste modo el niño aprende a relacionar la presencia de los demás con la satisfacción de sus necesidades físicas: saciar su hambre, obtener calor, comodidad y seguridad".^{3/}

2/ Hollander P.E. "Principios y Métodos de Psicología". Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1968. pp. 198.

3/ Lindgren H.C. "Introducción a la Psicología Social". Edit. Trillas. México, 1975. pp. 35, 36.

Esta dependencia le proporciona satisfactorios que sirven para reforzar sus respuestas sociales, que tienen un valor práctico para el niño, ya que consigue algo que necesita. El proceso continúa durante su desarrollo en forma intermitente, es decir, no siendo siempre recompensado o reforzada dicha asociación.

Además de aprender a asociarnos con otros hombres también aprendemos en la infancia, que al cooperar con ellos y acceder a sus deseos podemos lograr que nos ayuden a satisfacer muchas de nuestras necesidades. Continuando dicho proceso en la edad adulta.

Thibaut y Kelley (1959) opinan que "cuando 2 ó más personas entran en contacto, inician un proceso exploratorio para "probarse" y descubrir qué ganarán y qué darán de mantener una relación activa. De acuerdo con éste enfoque, los grupos surgen cuando varias personas encuentran que sus necesidades se interrelacionan de tal modo, que todas sacarán suficiente satisfacción de una interacción continua. Solo pueden satisfacerse las necesidades sociales de gran parte de la gente mediante la interacción con otra gente".^{4/}

4/ Cartwright D. y Alvin Zander. "Dinámica de Grupos". Edit. Trillas. México, 1977. pp. 71

Así tenemos que las personas aprovechan la oportunidad de asociarse con otras personas, porque por medio de dicha asociación descubren semejanzas, dan indicios de su identidad o significación.

Las tendencias asociativas que otorgan gran parte de la motivación para formar grupos, parecen tener varias fuentes según diferentes autores, como Schachter (1959) que demostró que los sujetos que se encuentran en situaciones que aumentan la ansiedad, experimentan en la mayoría de los casos un deseo imperioso de estar con otra persona. También menciona que "la reducción de ansiedad producida por la presencia de otros se deriva en parte de que cada persona ayuda a la otra a definir la naturaleza de su trastorno emocional y a encontrar las respuestas apropiadas que habrán de darse".^{5/}

Festinger (1954) afirma que "los grupos tienden a construir su único punto de vista sobre el mundo -una realidad social -, que utilizan para validar sus creencias sobre el ambiente y sobre sí mismos cuando no existe un control independiente o no se dispone de él".^{6/}

^{5/} IDEM. pp. 71.

^{6/} IDEM. pp. 71.

Scott (1965) dice que "funcionan procesos similares respecto a los valores, pues la gente tiende a validar sus puntos de vista sobre lo que está bien moralmente, acudiendo a las normas y estándares de grupos respetados".^{7/}

Se pueden identificar, según Cartwright y Zander (1977), tres diferentes circunstancias que dan nacimiento a los grupos:

- a) una o varias personas pueden crear deliberadamente un grupo para lograr algún objetivo.
- b) un grupo puede formarse espontáneamente debido a la gente que viene a participar en él.
- c) un conjunto de individuos puede volverse grupo porque otra gente los trate de un modo homogéneo".^{8/}

Antes de mencionar cómo se forman los grupos y la clasificación que se puede hacer de ellos, sería conveniente revisar diferentes conceptos de grupo, ya que es difícil formular una sola definición que represente y a-

^{7/} IDEM. pp. 71.

^{8/} IDEM. pp. 68.

abarque todos los existentes.

Brodbeck (1958) aporta la siguiente definición: "grupo es una suma de individuos situados en ciertas relaciones descriptivas (es decir, observables) entre sí. Desde luego los tipos de relaciones ejemplificadas dependerán del tipo de grupo, sea una familia, un auditorio, un comité, un sindicato de trabajadores o una multitud".^{9/}

En base a ésta definición para que una serie de personas sean consideradas como grupo deben relacionarse entre sí de alguna forma definida, por lo que la base de un grupo son los individuos.

Lewin (1948) hace un análisis más profundo; menciona que "la similitud entre personas, solo permite clasificarlas, reunir las bajo el mismo concepto abstracto, mientras que pertenecer al mismo grupo social implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre las personas. No es la similitud o la disimilitud lo que decide si dos individuos pertenecen al mismo o a diferentes grupos; lo decide la interacción social u otros tipos de interdependencia".^{10/}

^{9/} IDEM. pp. 60.

^{10/} IDEM. pp. 60.

Considerando la orientación de Brodbeck y Lewin, Cartwright y Zander proporcionan la siguiente definición: "Grupo es un conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a éstas interdependientes en algún grado significativo"^{11/}

Homans (1950) define al grupo en base a la interacción de sus miembros "si decimos que los individuos A, B, C, D, E, forman un grupo, ello significará que por lo menos se tienen las siguientes circunstancias. En cierto tiempo A interactúa más con B, C, D, E... que con M, N, L, O, P, .. a quienes preferimos considerar como extraños o miembros de otros grupos; B también interactúa más a menudo con A, C, D, E... que con los extraños y así por el estilo con los otros miembros del grupo"^{12/}. Es decir que dos individuos llegan a la interacción si la conducta de cada uno afecta directamente la de la otra.

Con un enfoque semejante Newcomb (1961) dice que lo que "distingue a un grupo es el que sus miembros compartan normas respecto a algo. La extensión que abarquen las normas compartidas puede ser grande o pequeña,

^{11/} IDEM. pp. 60.

^{12/} IDEM. pp. 61.

pero a nivel mínimo incluyen cualquier cosa que distinga los intereses comunes de los miembros del grupo. También incluyen normas sobre los papeles de los miembros del grupo... Esos rasgos distintivos del grupo - normas compartidas y papeles entrelazados - presuponen una relación de interacción y comunicación más que transitoria".^{13/}

Scheidlinger (1952) define lo que es un grupo en base a la orientación psicoanalítica de Freud como sigue: "dos o más personas constituyen un grupo psicológico si han escogido el mismo objeto - modelo (líder) o los mismos ideales o ambos, en sus superegos y por consiguiente se han identificado entre sí. Redl F. (1951) siguiendo ésta línea, postuló que la formación de grupos también ocurre cuando varios individuos han usado los mismos objetos como medios de liberar similares conflictos internos. Más aún el líder podría ser objeto de identificación en base al amor o al odio que por él tienen los miembros del grupo. Como resultado de esos nexos comunes con el líder, todos los cuales pueden funcionar juntos en cualquier grupo, surgen los lazos afectivos entre los individuos".^{14/}

^{13/} IDEM. pp. 61.

^{14/} IDEM. pp. 62.

Bass (1960) define al grupo "como un conjunto de individuos cuya existencia como conjunto recompensa a los individuos"^{15/}.

En 1954, Deutsch M. proporciona la siguiente definición: "un grupo sociológico existe (tiene unidad) hasta donde los individuos que lo componen persigan metas promovedoramente interdependientes. Un grupo psicológico existe (tiene unidad) hasta donde los individuos que lo componen se perciban a sí mismos como buscadores de metas promovedoramente interdependientes"^{16/}.

El grupo es definido por Smith (1945) de la siguiente forma "puede definirse un grupo social como una unidad consistente de un número plural de organismos separados (agentes) que tienen una percepción colectiva de su unidad y que tienen la habilidad o la tendencia de actuar o que están actuando de un modo unitario hacia el ambiente"^{17/}.

Bales (1950) construye la siguiente definición: "se define un grupo pequeño como cualquier número de per

^{15/} IDEM. pp. 62.

^{16/} IDEM. pp. 62.

^{17/} IDEM. pp. 62.

sonas que interactúan entre sí en un encuentro cara a cara o en una serie de tales encuentros, en que cada miembro recibe alguna impresión o percepción de todos los otros miembros lo bastante distintiva para que pueda, en ese momento o en un interrogatorio posterior, dar alguna reacción a cada uno de los otros como persona individual, aunque solo sea recordar que el otro estaba presente".^{18/}

Menciona Olmsted (1963) "que un grupo es un número reducido de miembros que interaccionan cara a cara y forman lo que se conoce como grupo primario".^{19/}

Lindgren (1975) describe a los "grupos primarios como aquellos en los que las relaciones interpersonales se llevan a cabo directamente y con gran frecuencia, suelen realizarse en un plano más íntimo y existe mayor cohesión entre sus miembros".^{20/}

Para Sprott (1958) la interacción de los miembros es básica para definir un grupo; menciona que es "una pluralidad de personas que interactúan en un contexto dado, más de lo que interaccionan con cualquier otra perso-

^{18/} IDEM. pp. 62

^{19/} González N.J. "Dinámica de Grupos, Técnicas y Tácticas" Edit. Concepto S.A. México, 1978. pp. 13.

^{20/} IDEM. pp. 13, 14.

^{21/}
na".

Kelch (1972) considera que "un grupo puede defi
nirse como dos o más personas con relaciones interdepen-
dientes y que comparten una ideología, es decir, valores,
creencias y normas que regulan su conducta mutua".^{22/}

Por último mencionaremos la definición que pro
ponen Cartwright y Zander (1971) "cualquier persona parte
neciente a un grupo particular, queda afectada de alguna
forma por el hecho de la membresía. Es de esperarse que
los efectos de la membresía sobre una persona serán ma-
yores cuando más fuerte sea el carácter de grupo de la
serie de individuos que constituyen dicho grupo".^{23/}

Cualquier grupo se origina en la sociedad en
un momento determinado del tiempo y conjuntamente con
una serie particular de condiciones. La condición funda-
mental para formar un grupo es que una o varias personas
consideren que la reunión de ciertos individuos puede lo
grar algún propósito. Los propósitos considerados para la
formación de grupos son diversos, por ejemplo Cartwright y

^{21/} IDEM. pp. 14.

^{22/} IDEM. pp. 16.

^{23/} IDEM. pp. 17.

Zander hacen una clasificación general que sirve para designar algunos tipos de grupos:

- 1.- "Grupos de trabajo: se forman grupos de trabajo para ejecutar una tarea en forma más eficiente, al elegir y coordinar la conducta y los recursos de un conjunto de individuos.
- 2.- Grupos para resolver problemas: el propósito fundamental de muchos grupos es resolver problemas. La base racional para formar esos grupos es creer que así se logrará con mayor eficacia una solución, se eliminará antes por otra mejor o se adoptará con mayor rapidez si un conjunto de personas trabajan unidas en el problema que no se asigna a un solo individuo o a varios que trabajen en forma independiente.
- 3.- Grupos de acción social: el deseo de influir sobre el curso de los acontecimientos sociales, combinado con la comprensión de que los individuos que actúan solos rara vez ejercen gran influencia, frecuentemente ocasiona el crear grupos de acción

social.

- 4.- Grupos mediadores: en una sociedad compleja se crean muchos grupos con el propósito de coordinar las actividades de otros grupos, distribuir recursos entre ellos o reconciliar intereses antagónicos.
- 5.- Grupos legislativos: gran parte de nuestra conducta está gobernada por reglas, regulaciones, leyes o políticas impuestas, por decisiones de grupos cuyo propósito fundamental es formular tales legislaciones.
- 6.- Grupos de clientes: se reúnen con el propósito de "mejorar" de alguna forma a los miembros de grupos que piden ayuda".^{24/}

A través de los años, Sociólogos y Psicólogos, han propuesto diversos compendios de clasificación de grupos seleccionando algunas propiedades y en base a estas definirlos según se presenten o no tales propiedades, como las siguientes: número de miembros, grado de confianza y unión, nivel de interacción física entre los miembros, reglas que gobiernan las relaciones entre los miembros, etc.

"Aunque sería posible construir un número con-

^{24/} Cartwright D. y Zander. Op. cit. 4. pp. 69.

siderable de tipos de grupo combinando esas propiedades de modos distintos, por lo común solo han resultado dicotomías:

formal - informal
 primario - secundario
 pequeño - largo
 gemeinschaft - gesellschaft
 autónomo - dependiente
 temporal - permanente
 consensual - simbiótico

Otras clasificaciones de grupo se han hecho en base a sus objetivos o ambientes sociales por lo que se puede decir que hay grupos de:

trabajo
 terapia
 sociales
 comités
 clubes
 pandillas
 equipos
 de coordinación
 religiosos, etc." ^{25/}

Otro criterio de clasificación de grupo, es reportado por Bernard (1946), los divide en primarios y en derivados o secundarios. "Un grupo primario es una organización de relaciones personales directas, en la cual se selecciona la personalidad o la conducta de los individuos desde los primeros años, mientras que un grupo derivado es una organización de relaciones directas o indirectas de los individuos y abarca todas las formas de agrupación elaboradas, a partir de los grupos primarios".^{26/}

Clasificación de los grupos según Bernard:

- | | | |
|---|---------------|---|
| 1.-Grupos de contacto directo. Primarios. | A) Racionales | a) Genéticos: son los más duraderos, los miembros cambian pero los grupos permanecen situados en el mismo lugar y llevan a cabo en lo esencial, las mismas funciones durante muchas generaciones (la familia, la vecindad y los grupos de juego). |
|---|---------------|---|

^{26/} González N.J. Op. cit. pp. 30

- b) Clubes y asociaciones con fines fijados previamente: de los grupos primarios de relaciones directas son los más permanentes, y de carácter voluntario.
- c) Asambleas deliberantes: tienen un alto grado de racionalidad, sus miembros deliberan e intercambian ideas y opiniones acerca de su problema común y de importancia para ellos (problema político, legal, científico).
- d) Grupos de discusión: su función principal es discutir, no trata de dirigir la conducta colectiva fuera del grupo.
- e) Clases para instrucción:

su propósito fundamental es la enseñanza, aun que la discusión también se puede dar.

f) Auditorio: no toma parte en las discusiones, se limita a atender al conferenciante o a quien actúa. Por medio de la radio y la T.V. este tipo de grupo es de contacto indirecto.

B) No racionales a) Semiclubes: sus miembros (se diferenci cambian frecuentemente, an de los ra- no todos se reúnen en cionales por- el mismo lugar, ni al que son menos mismo tiempo. Se orga permanentes y nizan alrededor de al se organizan . gunas personalidades por sugestión del ambiente importan o sobre una tes y sus intereses se base irracio- centran en el ritual nal). de las relaciones social

les corteses, no tienen la permanencia y presión que tiene el club (comidas, diversiones, etc.).

b) Reuniones y manifestaciones: éstos grupos están formados por dirigentes políticos con el fin de que proporcionen apoyo a intereses y creencias políticas, religiosas, etc. Existe discusión, sugerencia y comunicación de actitudes emotivas.

c) Multitudes y motín: lo que compone a la multitud generalmente es una emoción intensa o un impulso de curiosidad. En el motín domina sobre todo la emoción que hace que los participantes pierdan la inhibición

racional.

2.-Grupos de contacto indirecto. Secundarios.

Estos grupos están formados por asociaciones y el público en general, sin embargo se pueden producir, ocasionalmente, contactos directos cuando los representantes de los públicos y de las asociaciones, se reúnen para discutir y tomar deci
27/
siones formando asambleas deliberantes.

Sprott (1958) clasifica los grupos en primarios y secundarios. Considera que el grupo primario debe ser relativamente pequeño, sus miembros tienen contacto cara a cara, hay una identificación mutua entre sus integrantes, conciencia de la presencia de otros miembros, lazos afectivos expresados en el "nosotros". En los grupos secundarios, sus miembros se relacionan indirectamente, no conocen a todos sus integrantes, se mantienen unidos por medios simbólicos, el lenguaje y mediante la unidad administrativa. Diferencia 3 tipos de grupos pequeños o primarios:

- a) "Aquellos que se refieren a muchos intereses y actividades: las relaciones entre los miem

broso son generales, en el sentido de que no se refieren a ningún aspecto específico de la vida, como la familia, el poblado y el vecindario.

- b) Aquellos que solo se dedican a un interés o tipo de actividad, pero que tienen cierta permanencia: nacen de la necesidad de formar grupos especiales para satisfacer necesidades sociales particulares, por ejemplo: el club que tiene la finalidad de la recreación.
- c) Grupos cara a cara en una situación particular: son artificiales, se forman con propósitos experimentales especiales y se desintegran después de lograda la meta, por lo tanto no tienen tanta permanencia como los dos anteriores; por ejemplo comités, grupo para la solución de problemas en el laboratorio, grupos de discusión." ^{28/}

Así mismo divide a los grupos primarios según su función en naturales y en artificiales. Considerando como naturales a los poblados en donde se nace y se vive

y a los artificiales como aquellos que se forman deliberadamente con un propósito específico, como podría ser un grupo de discusión.

Sprott incluye en los grupos secundarios a las muchedumbres y al público, basándose en la descripción que hace Merrill (1969) de los mismos:

- a) "La muchedumbre según Merrill, es una colección de individuos relacionados cara a cara, entre los cuales se estableció "rapport", lo que implica que cada miembro del grupo reaccione inmediata y espontáneamente a los sentimientos y actitudes de los demás miembros y esto determina el aumento de la emocionalidad, la disminución del sentimiento de la responsabilidad y de los poderes de crítica así como el relajamiento de los controles normales.
- b) Merrill define al público diciendo que en él predomina lo intelectual sobre lo emocional, y esto lo distingue de la muchedumbre que es movida, básicamente por las emociones. Los miembros generalmente, no se reúnen en un mismo lugar al mismo tiempo y no conocen a los

otros miembros; su interés principal es la discusión y no la acción, aunque ésta también se puede dar. El público consiste en todas aquellas personas que tienen un interés común, que piensan, hablan y discuten acerca de él, para lograr cierto consenso. La comunicación se logra a través de los medios masivos ^{29/} de comunicación".

Clasificación de los grupos según Spratt:

I) Primarios:

A) Según su interés:

1) Aquellos que se refieren a muchos intereses y actividades.

2) Aquellos que solo se dedican a un solo interés o actividad, con cierta permanencia.

3) Cara a cara, en situación particular.

B) Según su función

1) Naturales (familia, vecindad, poblado.)

2) Artificiales (laboratorio).

II) Secundarios:

- 1) Muchedumbre.
30/
- 2) Público.

Olmsted (1963) también divide a los grupos en primarios y secundarios, considera que en los grupos primarios se dá una unión emocional, cálida, íntima y personal entre sus integrantes, la solidaridad está basada en los sentimientos y no en el cálculo, el contacto es directo y la conducta está dirigida hacia fines mutuos o comunes. En los grupos secundarios las relaciones entre los miembros son impersonales, racionales, frías, sin compromiso y formales.

Otra forma de clasificación de grupos, la proponen Mac Iver y Page (1969) tomando en cuenta los siguientes elementos:

"Su tamaño

La interacción del grupo

Los intereses del grupo

Su organización

O cualquier combinación de estos elementos.

30/ Sprott W. H. J. "Grupos Humanos". Edit. Paidós. Buenos Aires, 1958.

Ellos proporcionan la siguiente lista de los principales tipos de grupos existentes en la estructura social:

Agrupaciones u Organizaciones

I.- Categoría principal: Unidades territoriales precisas; tipo genérico; la comunidad.

Tipos específicos: la tribu, la nación, la región, la ciudad, el pueblo, la vecindad.

II.- Categoría principal: Unidades basadas en la conciencia de un interés y sin una organización definida.

a) Tipo genérico: la clase social.

Tipos específicos: la casta la élite, la clase en competencia y la clase corporativa.

b) Tipo genérico: Grupo étnico y racial.

Tipos específicos: Grupos de

Bases de agrupación

I.- Criterios principales:

1.- Esfera de intereses más inclusiva.

2.- Ocupación de un determinado territorio.

II.- Criterios principales:

1.- Actitudes semejantes de los miembros del grupo.

2.- Organización social definida. Criterios adicionales para los tipos específicos:

1.- Aptitud para trasladarse de un grupo a otro.

color, grupos de inmigrantes, grupos nacionales.

c) Tipo genérico: la masa.

Tipos específicos: masa con un interés común; masa con un interés semejante.

III.-Categoría principal.

Unidades basadas en la conciencia de un interés y con una organización definida: las asociaciones.

a) Tipo genérico: el grupo primario.

Tipos específicos: la familia, el equipo o compañía, el club.

b) Tipo genérico: la gran asociación.

Tipos específicos: el Estado, la iglesia, la corporación económica, la unión laboral, etc.

Diferencias de status, prestigio, oportunidades y rango económico.

Criterios adicionales para los tipos específicos: origen del grupo, estirpe, tiempo de residencia, características físicas.

Criterios adicionales para los tipos específicos:

1.-Interés transitorio (común o semejante).

2.-Agrupación momentánea.

III.- Criterios principales:

1.-Esfera de intereses limitada.

2.-Organización social definida.

Criterios adicionales para los tipos específicos:

- 1.-Número de miembros li
mitado.
- 2.-Contacto personal en-
tre sí.
- 3.-Grado de reconocimiento
formal.
- 4.-Tipo de interés que se
persigue.

Criterios adicionales
para los tipos específi
ficos:

- 1.-Número de miembros re
lativamente ilimitado.
- 2.-Organización social
formal.
- 3.-Predominio de las re-
laciones impersonales.
- 4.-Tipo de interés que
^{31/}
se persigue".

Lindgren (1962) divide a los grupos de la si-
guiente manera:

31/ IDEM. pp. 39,40.

- a) **Primarios y Secundarios:** en el primer caso las relaciones interpersonales se dan directamente con gran periodicidad; en el segundo caso las relaciones tienen un carácter indeterminado, impersonal y con más distancia social y geográfica.
- b) **Formales e informales:** los grupos formales son aquellos que precisan una estructura compleja para alcanzar y mantener sus objetivos. Los informales requieren de una estructura simple, pues una estructura compleja impide su desarrollo y su funcionamiento.
- c) **Exclusivos e inclusivos:** en los exclusivos solo se aceptan cierta clase de personas (ejemplo: asociaciones de Arquitectos). En los grupos inclusivos se acepta a toda clase de personas, inclusive llegan a solicitar adhesiones (partidos políticos y clubes).
- d) **Propios y ajenos:** en el primer grupo, los miembros tienen un profundo sentido de mútua identificación, al grado de que sus integrantes se sienten fuera de lugar y aislados cuando no se encuentran en el contexto

del grupo. En los ajenos se la no aceptación por los grupos propios, siendo separados por un aumento en la distancia social.

e) Cooperativos y competitivos: en los cooperativos, los miembros trabajan conjuntamente para alcanzar metas mutuamente aceptadas.

En los competitivos, los integrantes trabajan para obtener una parte de las recompensas, al alcance de los miembros del grupo.

Cooley (1909) hace la clasificación que hasta la fecha se sigue utilizando en cualquier trabajo sobre grupos:

- a) Grupos Primarios y
- b) Secundarios.

Los grupos primarios se caracterizan porque sus integrantes están ligados por lazos emocionales íntimos, tienen contacto directo, espontáneo, cara a cara; son primarios porque proporcionan al individuo su primera y más completa experiencia de relación social.

En los grupos secundarios los miembros participan no como personalidades totales sino sólo con relación a capacidades especiales y concretas; el grupo no es un fin en sí mismo, sino instrumento para otros fines. Las re

laciones son "frías", estipuladas o contractuales, racionales, formales.

Sbandi (1980) hace una recopilación de diferentes clases de grupos mencionando a sus autores, siendo ésta la siguiente:

1.- Grupos abiertos y grupos cerrados:

En los grupos abiertos, son admitidos otros miembros a intervalos regulares o con frecuencia. En los grupos cerrados no se acepta un miembro más una vez conformado el grupo.

2.- Grupo propio y grupo ajeno:

La diferencia estriba en relación con la comunicación interhumana y con frecuencia es aplicada en conexión con estereotipos que tienen su origen en la pertenencia a determinados grupos. Es importante ver como los participantes consideran su grupo y el de los demás.

3.- Grupo de pertenencia y grupo de relación:

Según Hyman (1966) "el grupo de pertenencia es aquel en que uno se halla en un momento dado. El de relación es aquel al que uno se

siente unido al menos por el sentimiento,
aunque de facto no pertenezca a él todavía".^{32/}

4.- Grupos homogéneos y grupos heterogéneos:

"Esta diferencia se refiere a determinados caracteres de los miembros de un grupo.

Cuanto mayor sea el número de caracteres comunes de los miembros, tanto mayor será la homogeneidad del grupo y viceversa".^{33/}

5.- Según su duración se pueden dividir en pasajeros y permanentes o estables e inestables.

Según el grado de dependencia de un grupo respecto de otras figuras sociales puede hablarse de grupos autónomos o dependientes.

En cuanto a sus necesidades: en consensuales y simbióticos.

6.- Grupos de autoexperiencia y grupos de trabajo:

"El grupo de autoexperiencia es aquel en que-en general- se reflexiona sobre el pro

^{32/} Sbandi P. "Psicología de Grupos" Edit. Herder. Barcelona, 1980. pp. 100.

^{33/} IDEM. pp. 101.

pio comportamiento del grupo y de sus miembros. El de trabajo se caracteriza por el objetivo principal que se propone, que es realizar una labor de carácter productivo".^{34/}

7.- Grupos terapéuticos y grupos no terapéuticos:

"Hace referencia al carácter "curativo" de un grupo . El grupo terapéutico tiene como finalidad la curación de sus miembros".^{35/}

A continuación hablaremos de los elementos básicos que conforman un grupo estructurado, entendiéndose - por éste, según Sbandi (1980) "el que consta de varias personas que mantienen entre sí una intensa interacción, dirigida a conseguir una meta común y participan en un sistema de valores (ideología del grupo) del que se derivan unas normas válidas para todo miembro. Cada uno de los miembros se hace cargo de los roles (funciones) que, de acuerdo con la meta común, le corresponden".^{36/}

1.- Número de miembros:

El número ideal de miembros que conforma un grupo para su mejor funcionamiento, varía

^{34/} IDEM. pp. 101.

^{35/} IDEM. pp. 102.

^{36/} IDEM. pp. 104.

según diferentes autores. Así tenemos que Slater (1968) en base a una investigación que realizó encontró que los grupos que funcionaban mejor eran los de 5 miembros y que en los grupos con un número mayor de miembros existía mayor dificultad para organizarse porque se observaba un comportamiento agresivo y de competencia. En los grupos de menos de 5 miembros observó poca comunicación de ideas y participación, por miedo a la desintegración grupal.

Bales (1966) comenta que cuando aumenta el número de miembros, "disminuyen las tensiones en el grupo, aumenta la participación en las actividades comunes, es más fácil distribuir las funciones. También menciona que el "tiempo disponible para intervenir verbalmente aumenta a medida que disminuye el número de miembros"^{37/} es decir, que a menor número de miembros, será mayor el tiempo disponible para intervenir, sin embargo es im-

^{37/} IDEM. pp. 106.

portante tener en cuenta que el que se habla, no depende solamente del factor tiempo, ya que pueden existir inhibiciones personales, emociones o deseos de poder que se encuentren encubiertos tras las interacciones y que influye para que la cantidad de tiempo para hablar no sea equitativo.

En base a una investigación efectuada por Indik (1965) acerca de la relación negativa entre el tamaño del grupo y satisfacción de los miembros comenta lo siguiente: "es posible que el tamaño del grupo afecte lo atractivo de éste al afectar otras propiedades de dicho grupo. Si esas propiedades se vuelven menos satisfactorias al aumentar el tamaño, habrá una correlación negativa entre tamaño y atractivo. Sin embargo, es posible que ciertas condiciones (por ejemplo: cuando el obtener una meta exige un número elevado de personas) los grupos grandes tengan más propiedades para satisfacer que los pequeños".

38/

2.- La meta del grupo:

La meta de un grupo no debe considerarse como la suma de las metas de cada miembro ni siquiera si se diera el caso de que fueran semejantes o idénticas. La meta del grupo nace en el momento en que las motivaciones de cada participante, puedan llegar a un denominador común. Las formas de conseguir una meta común, pueden ser muy diversas, como por ejemplo por una decisión de la mayoría, por un compromiso o por la imposición de una sola persona. La meta del grupo podrá ser considerada como tal, mientras dure el acuerdo común, siendo un elemento importante de la meta la claridad de ésta para todos los miembros. Para la información de meta se pueden distinguir 2 aspectos: el primero se refiere a cómo los miembros elaboran metas para el grupo. El segundo explica como la meta para un grupo, se vuelve meta de grupo.

"Es razonable suponer como condición necesaria para que exista la meta de grupo el

que por lo menos algunos miembros tengan una meta para el grupo; es decir, un concepto del resultado que prefieren para el grupo. En términos generales, tres clases de influencias parecen determinar la meta del miembro para el grupo: la naturaleza de sus motivos, su concepción sobre las metas pre-establecidas del grupo y su punto de vista sobre las relaciones entre el grupo y sus ^{39/}circunstancias sociales".

En lo que respecta al segundo aspecto, "formar una meta de grupo exige que varias metas para el grupo, sostenidas por distintos miembros, se conviertan de algún modo en meta única capaz de conducir las actividades ^{40/}del grupo".

3.- Normas:

Son las pautas que rigen la conducta de los miembros del grupo y que en conjunto forman lo que se llama código. La finalidad de las

39/ IDEM. pp. 441.

40/ IDEM. pp. 444.

normas es propiciar una estructura estable con el propósito de alcanzar objetivos planeados.

"Las normas pueden ser implícitas y explícitas; las primeras son aquellas que son sobreentendidas en virtud de su carácter tácito y las segundas son aquellas que requieren de una instrucción previa para tener conocimiento de ellas. También pueden ser clasificadas en formales e informales. Las primeras son las impuestas por la autoridad; las informales vienen dadas por las costumbres de grupo".^{41/}

Homans (1969) explica que las normas son como "ideas en la mente de los miembros del grupo, que indican lo que un determinado miembro debería hacer u omitir en determinadas circunstancias".^{42/}

Las normas debilitan el miedo de los integrantes del grupo en cuanto a que suprimen

^{41/} Op. cit. 19. pp. 21.

^{42/} Op. cit. 32. pp. 110.

la inseguridad en el comportamiento; de ahí la inclinación general de los miembros de todo nuevo grupo que surge a manifestarse en términos normativos. También adquieren un carácter de atenuantes de los conflictos en cuanto que regulan el comportamiento de unos miembros con respecto a otros. Podemos concluir que las normas ayudan a manter la unidad interna del grupo.

4.- Las interacciones en el grupo (roles):

A las maneras de interactuar, o a la participación, también se les conoce con el nombre de "roles". Los roles, las maneras de relacionarse o las interacciones se reconocen como las funciones que necesita desarrollar todo grupo para que produzca y también crezca.

Distintos roles pueden ser ejercidos en distintos momentos por diferentes miembros.

Hartley y Hartley (1969) definen en forma general el rol de la siguiente manera: "totalidad estructurada de todas las espectativas en cuanto a las tareas, conducta, con-

vicciones, valores e interacciones de una persona que ocupa una posición en el grupo y que debe desempeñar una función decisoria".^{43/}

En base a la definición anterior es importante tener en cuenta 2 aspectos: las expectativas de los miembros del grupo y la función que tiene quién lo desempeña. "Los roles específicos del grupo aparecen durante el proceso de formación del mismo, apenas se ha encontrado la meta común. En cada grupo hay una serie de roles que pueden ser desempeñados alternativamente por diferentes miembros, de acuerdo con las aptitudes de cada uno y con las necesidades del grupo".^{44/}

En forma general Fernández y Cohen (1983) describen tres categorías de roles o maneras de interaccionar:

- 1.- "Roles para la tarea del grupo: los roles de los participantes se relacionan aquí con

^{43/} IDEM. pp. 113.

^{44/} IDEM. pp. 113.

la tarea que el grupo decide realizar o es
tá realizando. Su propósito es facilitar y
coordinar los esfuerzos del grupo relacionados
con la selección y definición de un pro
blema común y con la solución de ese pro-
blema.

2.- Roles de constitución y mantenimiento del
grupo: los roles de ésta categoría se orien
tan hacia el funcionamiento del grupo como
tal. Tiene como objetivo alterar o mantener
la forma de trabajo del grupo; al mismo tiem
po pretenden fortalecerlo, regularlo y perpe
tuarlo como tal.

3.- Roles individualistas: las participaciones
aquí se dirigen hacia la satisfacción de las
necesidades individuales de los participan
tes. Su propósito es algún objetivo particular
que no es relevante, ni a la tarea del
grupo ni al funcionamiento del grupo como
tal".^{45/}

Benne y Sheats (1969) formularon una clasi

45/ Op. cit. 1. pp. 51, 52.

ficación de los roles de los miembros como sigue:

- a) Roles que se refieren a la tarea del grupo:
Este aparato comprende todos los roles cuyas funciones están directamente relacionados con la meta del grupo.
- b) Roles que se refieren a la composición social del grupo:
En éste, se incluyen todos aquellos roles que estimulan las relaciones interhumanas dentro del grupo con miras a mantener la consistencia de éste.
- c) Roles que se refieren a las necesidades del individuo dentro del grupo:
Se refieren a las formas de comportamiento, que reflejan las motivaciones propias de los miembros del grupo.

Procesos de Grupo.

Por lo revisado anteriormente, podemos observar que cuando algunos individuos se reúnen y satisfacen un conjunto de características, se crea una estructura que posee un sistema estable de interacciones dando inicio a lo

que se designa grupo. Dentro de ésta estructura se producen fenómenos y se desarrollan ciertos procesos. Como la descripción de todos y cada uno de ellos es amplia, solamente mencionaremos aquellos que varios autores han considerado como más relevantes:

A) Cohesión:

se refiere al grado en que los integrantes de un grupo desean permanecer en él. Los miembros de un grupo sumamente cohesivo, se preocupan más de su membresía, por lo que están más motivados para contribuir al bienestar del grupo, a participar en las actividades del mismo y a alcanzar los objetivos propuestos.

Festinger (1951) sostiene que la cohesión de grupo es "la resultante de todas las fuerzas que actúan sobre los miembros para que permanezcan en el grupo".^{46/}

Salazar J.M. (1980) enumeró un conjunto de condiciones que propician que el grupo desarrolle un mayor grado de cohesión, siendo es

46/ Op. cit. 4. pp. 109.

tos los siguientes:

- 1.- "Que los miembros posean actitudes o intereses similares.
- 2.- Que se produzca una interacción frecuente.
- 3.- Que se den experiencias recompensantes dentro del grupo.
- 4.- Que exista un líder hábil que pueda resolver conflictos y tratar con miembros "problema".
- 5.- Que esten ausentes personalidades "problemáticas" dentro del grupo.
- 6.- Que se planteen tareas que requieran la actividad cooperativa para su realización.
- 7.- Que exista una comprensión clara de las metas que persiguen, por parte de los miembros del grupo.

Una de las condiciones enumeradas, tal vez la más importante, en la cohesión del grupo, es la de que se planteen actividades que requieran la participación cooperativa de todos para su realización. Es decir, que los miembros sientan individualmente que comparten un destino común con los otros miem-

^{47/}
bros".

Otro elemento que es conveniente tener presente en relación a la cohesión de grupo, es lo concerniente al papel que juega el que la persona tenga una comprensión clara de las metas del grupo, de los medios por los cuales esas metas pueden ser alcanzadas y la medida en que su intervención personal puede contribuir al alcance de las mismas.

El tamaño del grupo se encuentra en relación con el grado de cohesión, es decir, en grupos grandes la cohesión es menor, siendo frecuente que surjan subgrupos formados por miembros que se ven más frecuentemente, que poseen actitudes similares e intereses comunes; observándose que a mayor atracción mutua entre los miembros, la cohesión de grupo será mayor.

b) Interacción:

^{47/} Salazar J.M. et. al. "Psicología Social". Edit. Trillas. México, 1980. pp. 205, 206.

"La interacción social se refiere en esencia a una relación recíproca entre dos o más individuos cuya conducta es mutuamente dependiente. Así mismo, puede ser concebido como un proceso de comunicación que lleva a ejercer influencias sobre las acciones y las perspectivas de los individuos".^{48/}

Schutz (1958) designa a la interacción social como una situación interpersonal, es decir, una situación en la cual dos o más personas interactúan con cierto propósito no siendo necesario que deba existir una relación cara a cara. La conducta de un individuo puede estar delimitada por las perspectivas de otras personas que no se encuentran físicamente presentes en ese momento, por ejemplo: los integrantes de una familia que se encuentran en diferentes ciudades mantendrán una fuerte relación interpersonal. Cuando la interacción cara a cara es más prolongada posee varias características:

^{48/} Op. cit. 2. pp. 182.

1.-Interdependencia de conducta entre las partes interactuantes:

Esta se refiere a la forma en que la conducta de una de las personas sirve de estímulo a la otra.

2.-La mutua expectativa de conducta:

Comprende el sentido de las percepciones interpersonales recíprocas.

3.-La evaluación implícita:

Esta se trata de que los individuos se valoran unos a otros en base a sus acciones, motivos y satisfacciones que aportan. La necesidad de interacción social puede explicarse de varios modos. En primer término, cumple la función de infundir aquellas peculiaridades que compartimos con los demás. En segundo término la interacción influye en el desarrollo de la personalidad distintiva del individuo. También se ha encontrado que la interacción reduce el efecto de tensión, así tenemos que Schachter (1959) "Halló que en condiciones tensas de temor o hambre los individuos exhiben un deseo más acentuado de man-

^{49/}
tener contacto con otros".

Resumiendo se podría decir que en cuanto ma
yor sea la interacción - verbal o de otro
tipo - entre los miembros del grupo, dispon-
drán de mayor información para basar sus sim
patías y antipatías. Entendiéndose de lo an
terior que a mayor interacción, más definidos
serán los sentimientos de los miembros del
grupo entre sí.

c) Membresía:

La membresía es un factor que es importante
tener en cuenta en cualquier grupo, debido a
que las personas que pertenecen a él son a-
fectadas de alguna forma por dicha membre-
sía. La persona puede ser o no un miembro,
puede considerar atrayente o no la posibili
dad de ser miembro y el grupo a su vez pue-
de aceptarlo o rechazarlo, por lo tanto la
membresía puede ser voluntaria o involunta-
ria.

Cuanto más fuerte sea el "caracter de grupo"

en los individuos que constituyen dicho grupo, mayores serán los efectos de la membresía. Los grupos a los que pertenece o no una persona afectan el tipo de persona que es "se dice que una persona que es miembro de un grupo está "en" el grupo y se localiza dentro de sus límites; pero es obvio que la membresía no compromete necesariamente toda la persona; puede solo ser importante para ciertos segmentos de su vida. Los grupos se diferencian muchísimo por el grado en que involucran la persona en su membresía".^{50/} A veces la membresía hace que la persona dependa del grupo en muchas cosas de las que necesita, siendo importante en ésta dependencia la relación entre la persona y el grupo. Así tenemos que "la relación de un individuo hacia el grupo es de atracción positiva si el grupo lo motiva a convertirse en miembro o a seguir siéndolo: de atracción negativa si no desea pertenecer y de atracción

^{50/} Op. cit. 4. pp. 64.

neutral si la membresía le es indiferente. Se dice que es sumamente cohesivo el grupo cuyos miembros se relacionan con él por un alto grado de atracción positiva. Probablemente tal grupo es "fuerte" en el sentido de tener la capacidad de retener miembros, movilizar sus energías para apoyar las metas del grupo y lograr la adherencia a estándares del grupo"^{51/}.

Jackson (1959) comenta que cuando los miembros de un grupo consideran al individuo sometido a los lineamientos surgidos de adherirse a las reglas del grupo, se estará hablando de aceptación positiva. También considera que la aceptación neutra es aquella en que los miembros sienten indiferencia o toleran la conformidad de la persona a las normas del grupo. Cuando los miembros tratan al individuo como no perteneciente al grupo, excluyéndolo de la membresía, en éste caso se estará hablando de la aceptación

^{51/} Idem. pp. 64.

negativa. Así mismo menciona que se obtiene la total "membresía psicológica cuando una persona queda atraída positivamente por el grupo y es positivamente aceptada por éste"^{52/}.

d) Liderazgo:

Las personas se asocian de manera que mejor convenga para poder alcanzar metas comunes. En ocasiones se elige una directiva, en otras a una sola persona que los dirija. En los grupos informales, en ocasiones, una persona es el centro de atención y en otras, el grupo escoge a otro de los miembros. En otras circunstancias, en una misma reunión, el liderazgo puede pasar a varios participantes en distintos momentos.

Es importante señalar la diferencia existente entre liderazgo y líder. Fernández C. y Cohen (1973) entienden por liderazgo "las funciones que el grupo necesita realizar para lograr sus objetivos"^{53/}.

^{52/} IDEM. pp. 65.

^{53/} Fernández y Cohen. Op. cit. 45.

Los líderes son los miembros que desempeñan las funciones de liderazgo.

Klein J. (1961) define al liderazgo como la capacidad para obtener de otros la respuesta ^{54/} deseada".

El líder puede absorber todas o la mayoría de las funciones haciéndose responsable de ellas, aunque designe a otros miembros la realización de las actividades.

"El líder asume el status más alto dentro del grupo; status que le da autoridad normativa (autocracia, paternalismo) o autoridad funcional (participativo), ya que interviene en situaciones específicas que demandan su capacidad y estimula con su comportamiento patrones de comportamiento en el grupo. Como tal, el líder asume la suma de roles positivos (participativo) o negativos (autocracia). Un líder es siempre un facilitador potencial de la cohesión del grupo, en tanto

54/ Klein J. "Estudio de Grupos". Fondo de Cultura Económica. México, 1980. pp. 20.

55/
permita que cada uno crezca".

Enseguida enlistaremos 14 funciones del líder que facilitan la comprensión de dicho papel, tomadas de Krech, Crutchfield y Ballachey (1962).
56/

- "1) El líder como ejecutor de las decisiones tomadas por el grupo.
- 2) El líder como planificador.
- 3) El líder como persona que fija la política del grupo (es decir el modo de alcanzar la meta).
- 4) El líder como experto.
- 5) El líder como representante del grupo de cara al exterior.
- 6) El líder como árbitro en las relaciones internas entre los miembros del grupo.
- 7) El líder como juez que concede el premio o dicta el castigo.
- 8) El líder como juez y mediador en las penden

55/ Kisnerman N. Servicio Social de Grupo. Edit. Humanistas. Tercera Edición. Buenos Aires, 1976. pp. 118.

56/ Sbandi. P. Op. cit. pp. 117, 118.

cias.

- 9) El líder como modelo.
- 10) El líder como símbolo del grupo.
- 11) El líder como representante de una responsabilidad individual.
- 12) El líder como teórico del grupo; él determina la ideología del grupo.
- 13) El líder como figura paterna.
- 14) El líder como cabeza de turco.

Las funciones anteriormente expuestas pueden ser desempeñadas por diferentes miembros del grupo dependiendo de la actitud o expectativas del miembro hacia la función.

Thomas Gordon (1965) dice que el liderazgo como patrón "debe colocar en primer lugar los valores humanos, facilitar la realización del hombre por su capacidad creadora, la libre expresión de su individualidad, la actualización del hombre en su personalidad única, crear condiciones psicológicas que permitan a los miembros del grupo participar activamente en los objetivos del grupo y en la toma de decisiones".

Grupo de Ancianos.

Cuando las personas de edad avanzada se retiran de sus actividades habituales, de manera forzada o voluntaria, cuando se ven afectadas en su salud, cuando presentan carencias económicas y su status social se ve afectado, sufriendo a la vez pérdidas de seres queridos y amistades o cuando se ven forzados a cambiar de residencia, se observa que todos estos factores van desencadenando soledad, aislamiento, depresión, abandono, amargura, etc. Esta actitud se va incrementando por el comportamiento de los demás y de la propia sociedad que van orillando a estas personas hacia la segregación.

Cuando la actividad del anciano va progresivamente disminuyendo conduce a un deterioro físico y mental siendo al parecer la actividad física la que favorece el rendimiento mental y físico.

Lehr (1980) en su teoría de la actividad nos dice "que una persona solo es feliz y se siente satisfecha si es activa, que produzca algún rendimiento y que sea útil a otras personas. Por el contrario, aquella que no es útil, que ya no desempeña función alguna en la so-

58/
ciudad se muestra desgraciada y descontenta".

Los medios de comunicación masiva (periódico, radio, televisión, revistas, etc.) orilla al anciano a comunicarse poco con los demás.

En base a la teoría de la actividad anteriormente expuesta, aparecen los programas de activación y reactivación para los ancianos. Tanto los grupos informales como los organizados, (como serían los Clubes de la Tercera Edad y otras asociaciones similares) se proponen la activación de las personas en edad proveya y la socialización de éstas.

El Club de la Tercera Edad busca ofrecer un lugar que facilite a los ancianos la posibilidad de reunirse con sus semejantes; permitiendo que puedan ofrecer al grupo sus experiencias; dando oportunidad de desarrollar su creatividad y capacidad de aprendizaje; favoreciendo las satisfacciones de las necesidades básicas de los seres humanos como por ejemplo: la participación, la comunicación, las relaciones humanas y la autoestima; facilitando la superación de problemas individuales a través

58/ Lehr U. Psicología de la Senectud. Edit. Herder. España, 1980. pp. 80.

de la metodología de trabajo y de la programación de actividades.

Sería benéfico que los ancianos se reunieran entre sí y que a su vez, tuvieran convivencia con personas de otras edades, propiciando de ésta manera su adaptación a la etapa senecta.

Grupo Familiar.

A través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales, el ser humano ha sobrevivido en todas las sociedades, siendo ésto inherente a la condición humana. Observándose en la antigüedad grandes agrupamientos con una distribución estable de las funciones. A medida que se necesitan nuevas habilidades y las sociedades se van haciendo más complejas se da una diferenciación de estructuras sociales.

Tan antigua como la especie humana es la familia la cual ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un continuo proceso de evolución. "La forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo da-

dos. No hay nada fijo e inmutable en la familia excepto
 en que está siempre con nosotros".^{59/}

Westermarck (1921) y sus continuadores consideran "que ha habido un desarrollo uniforme de la familia desde los antropoides antecesores del hombre hasta la civilización, en forma predominante y monógama en la que el padre ocupa un lugar importante".^{60/}

Otros estudiosos como Briffault (1927) y sus discípulos expresan lo contrario, es decir, "que la organización de la familia tenía principalmente una base maternal y de que el rol del padre era transitorio, y relativamente superficial y sin importancia. Con el tiempo sin embargo, el padre asumió un lugar permanente dentro del núcleo familiar".^{61/}

En términos de Otto Klineberg (1954) "la sociedad impone al hombre el deber de cuidar de sus hijos como una suerte de retribución por los derechos que tiene so-

^{59/} Ackerman N.W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ediciones Hormé S.A. Edit. Paidós. Buenos Aires, 4a. Edición, 1974. pp. 35.

^{60/} IDEM. pp. 36.

^{61/} IDEM. pp. 36.

62/
bre su mujer".

No siempre la familia ha significado padre, madre e hijo, sino que también ha estado compuesta por todos los que vivían bajo un mismo techo o que se sometían a la autoridad de una cabeza suprema, un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente lo social.

Así tenemos que a través de una combinación de factores se forman los vínculos familiares; factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia es la unidad básica de la sociedad que tiene como fin la perpetuación de la especie, es decir, la unión del hombre y la mujer para engendrar descendencia, asegurar su crianza y educación. Psicológicamente para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua, y están ligados económicamente en interdependencia mutua para el suministro de sus necesidades materiales.

"La familia se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura. En ese sen

tido la familia sirve a dos objetivos distintos. Uno es interno -la protección psicosocial de sus miembros - el otro es externo - la acomodación a una cultura y la transmisión de ésta cultura -".^{63/} Es decir que un producto de la evolución es la familia, ya que es una unidad flexible que se adapta facilmente a las influencias que tanto desde adentro como desde afuera la afectan.

Con la sociedad industrial urbana la familia ha perdido algunas funciones que en algunos momentos fueron consideradas como obligaciones de ésta. En la actualidad los ancianos viven apartados en asilos o casas de asistencia. El hijo que se ha independizado de los padres tiende a visitarlos con frecuencia, dándose apoyo mutuo en forma material y emocional, intercambian sus experiencias trascendentales e interactúan en forma diferente a como lo hacen con otras personas no emparentadas.

Puner (1974) investigó sobre las relaciones afectivas entre padres ancianos y sus hijos y encontró que "la respuesta del ambiente familiar hacia los ancianos ha disminuído, a pesar de que para ellos son fundamen

63/ Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. "Un Modelo Familiar". Gedisa Mexicana S.A. México, 1983. pp. 79.

tales el afecto y el soporte de la familia, al grado que cuando lo pierden, un porcentaje del 10 al 12% tienen que aislarse en las instituciones sociales".^{64/}

Sussman y Burchinal's (1962) comentan "que a medida que la gente envejece se relaciona más con sus familiares próximos que con otros parientes. El lazo familiar funciona también para los aspectos económicos y sociales, tales como el intercambio mutuo de servicios, regalos, consejo y asistencia financiera; enfermedades, dificultades y crisis entre las dos generaciones".^{65/}

Brody (1970) y Cotorell (1974) señalan "la importancia que para el anciano tiene, afectiva y socialmente la relación con la familia a pesar de que no está integrado físicamente a la vida diaria de sus familiares".^{66/}

En una investigación realizada por Johnson Elizabeth y Bursk Bárbara (1977) encontraron que los ancianos "con mejor salud y con mejor actitud hacia el envejecimiento tenían mejores relaciones familiares".^{67/}

64/ Arrijoja Guerrero Gloria. La Anciana en el Contexto Familiar, un Análisis Clínico. Tesis UIA. México, 1985. pp. 80

65/ IDEM. pp. 80.

66/ IDEM. pp. 81.

67/ IDEM. pp. 82.

Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la comunidad, las relaciones familiares pueden estar influenciadas por una gran variedad de factores, como pueden ser un ambiente social amistoso, protector o bien uno hostil y peligroso.

Cada individuo no tiene una sino varias familias, tiene la familia de su infancia, la familia del matrimonio y de la paternidad, y la familia del ocaso cuando es abuelo. En cada una de estas etapas de la vida en familia el individuo debe de integrar sus emociones en los roles familiares adecuados.

Un ambiente social que sea peligroso puede hacer que una familia se desintegre, o por el contrario, puede traer como consecuencia que se incremente su solidaridad.

La familia debe de ajustarse desde dentro a la amplia gama de inconvenientes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros. Bajo condiciones favorables se mantiene la armonía familiar, bajo condiciones de tensión y conflicto excesivos pueden surgir rivalidades y odios mutuos amenazando de esta forma la integridad familiar.

Las relaciones familiares van modulando las fuerzas emocionales y facilitando o inhibiendo algunos canales de desahogo emocional, alienta algunos impulsos individuales y subordina otros. De igual manera estructura y proporciona la seguridad, el placer y la autorrealización, moldea el sentido de responsabilidad que debe tener el individuo por el bienestar de los otros y proporciona modelos de éxito y fracaso en la actuación personal y social.

La interacción familiar puede intensificar o disminuir la ansiedad; ésta interacción estructura el marco humano en el que se expresan los conflictos y contribuye al triunfo, o al fracaso en la solución de estos conflictos. En la lucha, la elección de defensas especiales contra la ansiedad está también influenciada selectivamente por la estructura familiar.

"Las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en las experiencias de la vida familiar cotidiana. El punto muerto de todas las fuerzas que "forman o destruyen" la salud mental es el "dar y tomar" emocional de estas relaciones. El grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así en gran parte su destino mental.

- 13.- Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. "Un Modelo Familiar". Gedisa Mexicana S.A. México, 1983. pp. 79.
- 14.- Arrijoja Guerrero Gloria. La Anciana en el Contexto Familiar, un Análisis Clínico. Tesis. UIA. 1985 pp. 80.

CAPITULO V.

METODOLOGIA

Los individuos de edad avanzada, por razones bio-psicosociales experimentan en mayor o menor grado, un estado depresivo, el cual puede ser afrontado y manejado de manera adecuada por algunos de ellos, en cambio, éste mismo estado puede llevar a otros a no querer interactuar socialmente, hasta llegar al aislamiento o al suicidio.

Objetivo General:

Conocer el estado depresivo de tres grupos de senescentes en base a la asociación a un grupo social.

Objetivos Específicos:

- Analizar los efectos de pertenencia a un grupo en los estados depresivos de los senescentes.
- Detectar las diferencias en los estados depresivos en tres grupos de senescentes.

Planteamiento del problema:

Como se analizó a través del marco teórico, los senescentes pasan por estados depresivos; siendo importante conocer que tanto influye el asociarse o integrarse a

un grupo social en un alto o bajo índice de sintomatología depresiva; por lo cual el problema planteado es: ¿La integración a un grupo social se encuentra en relación a mayor o menor sintomatología depresiva en los senescentes?.

Hipótesis:

H_1 Las personas senescentes que no pertenecen a un grupo social presentan diferencias significativas en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, en comparación con los senescentes que pertenecen a un grupo social.

H_0 No existen diferencias significativas en la Escala de Automedición de la Depresión De Zung en un grupo de senescentes que pertenecen a un grupo social y un grupo de senescentes que no pertenecen a un grupo social.

H_2 Hay diferencias significativas en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en un grupo de senescentes que pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN y un grupo de senescentes que pertenecen a cualquier tipo de grupo social.

H_0 No hay diferencias significativas en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en un grupo

de senescentes que pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN y un grupo de senescentes que pertenecen a cualquier tipo de grupo social.

H_3 Existen diferencias significativas en la Escala de Automedicación de la Depresión de Zung entre hombres que pertenecen a cualquier grupo social y hombres que no pertenecen a un grupo de tipo social.

H_0 No existen diferencias significativas en la Escala de Automedicación de la Depresión de Zung entre hombres que pertenecen a cualquier grupo social y hombres que no pertenecen a un grupo de tipo social.

H_4 Existen diferencias significativas en la Escala de Automedicación De la Depresión de Zung entre mujeres que pertenecen a culaquier grupo social y mujeres que no pertenecen a un grupo de tipo social.

H_0 No existen diferencias significativas en la Escala de Automedicación de la Depresión de Zung entre mujeres que pertenecen a cualquier grupo social y mujeres que no pertenecen a un grupo de tipo social.

Variables:

Variable Independiente.- El asociarse o no a un grupo social.

Definición Operacional:

Que el senescente tenga contacto físico y verbal con tres o más sujetos de sus mismas características reunidos en un lugar determinado, que participe en las actividades del grupo interactuando y compartiendo normas con sus diferentes miembros, tratándose de alcanzar un objetivo común.

Que el senescente no se encuentre asociado a un grupo social, ni tenga contacto físico y verbal con tres o más sujetos de sus mismas características.

Variable Dependiente:

Mayor o menor sintomatología depresiva, manifestada a través de las puntuaciones de la Escala de la Automedición de la Depresión de Zung.

PROCEDIMIENTO**1.- Selección de la Muestra:**

De la población de personas de edad avanzada tomando como inicio de la vejez la edad de sesenta años, se tomó un grupo de noventa sujetos que no fueron elegidos azarosamente, sino que fué

un grupo de sujetos autoseleccionados, es decir, que se les invitaba a participar en el llenado de la prueba y del cuestionario y ellos voluntariamente colaboraban o simplemente se negaban a participar. El tipo de muestreo utilizado no fué probabilístico. La muestra fué dividida en tres grupos independientes en base a la pertenencia a un grupo de tipo social, al número de veces que se reunían semanalmente y a la no pertenencia a un grupo de tipo social.

De los noventa sujetos, treinta pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, y se reúnan por lo menos cuatro veces a la semana, otros treinta a diversos grupos de tipo social, los cuales se reunían cada ocho días y los treinta restantes a ningún grupo social.

Los sujetos debían reunir las siguientes características:

- Tener 60 años o más.
- Escolaridad mínima primaria.
- Que no presenten ningún impedimento físico.
- Que no trabajen.
- Que pertenezcan a la clase social media.

2.- Estudio Piloto:

Para obtener la validez del cuestionario se llevaron a cabo veintiún aplicaciones con siete sujetos de cada grupo pero no fueron incluidos en la población total estudiada.

A cada respuesta, se le asignó un valor considerando la escala de cinco a uno si la declaración era fayo rable y de uno a cinco si era desfavorable. Posteriormente se elaboraron tres tablas de análisis de reactivos; u na que contenía los datos sobre el nivel socioeconómico, otra sobre integración familiar y la tercera sobre integración grupal.

En base a las gráficas de análisis de reactivos que fueron elaboradas (se graficó el puntaje del reactivo y el puntaje total menos el puntaje del reactivo), se consideró necesario modificar algunos de éstos. Se hicieron las modificaciones necesarias procediéndose entonces a la aplicación de noventa cuestionarios y noventa Escalas de Automedición de la Depresión de Zung.

Cabe hacer la aclaración que la última parte del cuestionario correspondiente a las razones de no per tenencia a un grupo social, fué elaborada de diferente forma; se presentaba al sujeto una lista de afirmaciones

a las cuales debía responder verdadero o falso y también una serie de preguntas abiertas, las cuales exploraban los motivos de no querer pertenecer a un grupo, el tipo de gru po al que les gustaría pertenecer y las características que debía reunir un grupo para poder asociarse. A las res puestas se les dió un valor de uno a falso y de dos a ver dadero. Las respuestas de las preguntas abiertas se clasi ficaron en base a la frecuencia de las respuestas.

3.- Instrumentos:

Fueron aplicados a cada uno de los sujetos de la muestra la Escala de Automedición de la Depresión de Zung y un cuestionario* que explora cinco aspectos que son:

Datos Personales

Nivel Socioeconómico

Integración Familiar

Integración Grupal y

Razones de no pertenencia a un grupo de tipo social.

Esta última parte fué aplicada únicamente a los sujetos que no eran miembros de un grupo social.

Este cuestionario se elaboró debido a que se vió

*Ver Apéndice.

la necesidad de tener un conocimiento de los miembros de cada uno de los grupos, su posición en cuanto a su integración familiar y grupal, así como las razones de la no pertenencia a un grupo social. Los datos personales y el nivel socioeconómico sirvieron como variables para escoger la muestra. La parte que comprende integración familiar, se elaboró con el objeto de explorar en forma global, la opinión que el sujeto tiene de sí mismo respecto a su convivencia con sus familiares. En el apartado correspondiente a integración grupal, se exploró la opinión de los sujetos que asisten a un grupo de tipo social, respecto a su participación e integración en el grupo. La última parte del cuestionario como ya se mencionó anteriormente, fué aplicada únicamente a los sujetos que no pertenecían a un grupo social. Se investigaron las razones de su no pertenencia, así como sus sugerencias sobre a qué tipo de grupo les gustaría pertenecer y con qué características.

En los reactivos de integración familiar y grupal, los sujetos tenían que contestar a cada declaración adoptando una posición en un continuo que va del - acuerdo total al desacuerdo total y de siempre a nunca:

a) Totalmente de acuerdo.

- De acuerdo.
 - A veces sí, a veces no.
 - En desacuerdo.
 - Totalmente en desacuerdo.
- b) - Siempre.
- La mayoría de las veces.
 - Con regular frecuencia.
 - Ocasionalmente.
 - Nunca.

Como se señaló en los párrafos anteriores, la calificación otorgada a cada una de las respuestas de los sujetos fué considerando la escala de cinco a uno si la declaración era favorable y de uno a cinco si era desfavorable.

La Escala de Automedición de la Depresión de Zung también fué aplicada con el objeto de medir cuantitativamente la depresión en los sujetos de estudio. Esta escala comprende una lista de veinte declaraciones, cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los veinte temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la personalidad, a un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen:

- Muy pocas veces.
- Algunas veces.
- La mayor parte del tiempo.
- Continuamente.

4.- Aplicación de Instrumentos:

Se visitaron cuatro Clubes de la Tercera Edad del INSEN donde se invitó a los integrantes de los grupos a colaborar en la presente investigación, se aplicó el cuestionario y la prueba a las personas que quisieron participar voluntariamente. Los otros sesenta sujetos fueron entrevistados en la calle, parques, iglesias y otros lugares públicos.

La invitación a colaborar con la investigación y las instrucciones de la prueba y del cuestionario se dieron en forma grupal e individual.

La mayoría de los senescentes muestreados aceptaron voluntariamente, se mostraron interesados y narraban sucesos personales después de la aplicación o durante ella.

5.- Análisis Estadístico:

El análisis de los datos obtenidos se realizó a través de un diseño de tipo diferencial

de dos muestras independientes; debido a que en ésta investigación no se manipuló la variable, sólo se midieron condiciones, es también un diseño ex post facto.

Una vez obtenidas las puntuaciones en bruto, se procedió al cálculo de la media (\bar{X}) como medida de tendencia central, cuya fórmula es:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

Donde $\sum X$ es la suma de cada uno de los datos y N es el número total de sumandos.

La desviación estandar (s) como medida del grado de variabilidad y el cálculo del modelo " t " para muestras independientes a fin de obtener diferencias entre los grupos y detectar las diferencias significativas que en su caso pudieran existir, siendo sus fórmulas las siguientes:

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

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

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

En los cuadros siguientes aparecen los resulta
dos obtenidos de las comparaciones entre los grupos.

TABLA DE COMPARACIONES ENTRE 145 GRUPOS

GPS		I									
Claves	Subgrupos	gl	.05	.01	EAMD	NSF	FAM	GPO	NPR	IG	
G I	MI y HI =1-2	28	2.048	2.763	0.743	1.163	0.241	2.742			
	MI y MOG =1-3	42	2.019	2.700	0.823	0.651	1.005	2.087*			
	MI y HOG =1-4	32	2.038	2.745	2.224*	4.371**	1.635	2.304*			
	MI y MSG =1-5	32	2.038	2.745	2.425*	0.850	0.009				
	MI y HSG =1-6	42	2.019	2.700	0.325	2.419*	1.285				
	HI y MOG =2-3	24	2.064	2.797	0.158	0.864	0.886	1.434			
	HI y HOG =2-4	14	2.145	2.977	1.115	1.441	0.754	0.356			
	HI y MSG =2-5	14	2.145	2.977	0.068	0.336	0.230				
	HI y HSG =2-6	24	2.064	2.797	0.562	0.325	0.443				
	G II	MOG y HOG =3-4	28	2.048	2.763	1.650	4.073**	2.560*	0.990		
MOG y MSG =3-5		28	2.048	2.763	0.069	0.505	0.847				
MOG y HSG =3-6		38	2.025	2.713	0.606	3.793**	2.362*				
HOG y MSG =4-5		18	2.101	2.878	1.198	2.795*	1.362				
HOG y HSG =4-6		28	2.048	2.763	2.005	1.673	0.683				
G III	MSG y HSG =5-6	28	2.048	2.763	0.464	0.799	1.012		1.858	2.929**	
GI - GII		58	2.002	2.664		1.795	0.303	1.791			
GIII		58	2.002	2.664		1.851	0.821				
GII - GIII		58	2.002	2.664		0.283	1.185				
M - H		58	2.002	2.664		3.541**	2.394*	2.745**			

Claves:

GPS = Grupos.

MI y HI = Mujeres y hombres INSEN.

MOG y HOG = Mujeres y hombres otros grupos.

MSG y HSG = Mujeres y hombres sin grupo.

gl = Grados de libertad: *P=.05 **P=.01

EAMD = Escala de Automedición de la Depresión de ZUNG.

NSF = Nivel socioeconómico.

FAM = Integración familiar.

GPO = Integración grupal.

NPR = Tipos y características de pertenencia a un grupo.

IG = Razones de no pertenencia a un grupo social.

VALORES ESTADISTICOS DE LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG. (EAMD).

Grupos	N	Media	Desviación estandar
G 1	24	55.6250	8.5201
G 2	6	52.8383	9.1960
G 3	20	53.5000	8.5317
G 4	10	46.9000	11.1201
G 5	10	53.2000	12.3630
G 6	20	55.3000	10.1831

Diferencias significativas:

G 1 - G 4 P = .05 Mujeres INSEN Y Hombres otros grupos.

G 1 - G 5 P = .05 Mujeres INSEN Y Mujeres sin grupo.

CUADRO 2.

VALORES ESTADISTICOS DEL NIVEL SOCIOECONOMICO (NSE).

Grupos	N	Media	Desviación estandar
G 1	24	14.9583	3.9725
G 2	6	17.5000	4.9699
G 3	20	15.6500	3.0655
G 4	10	20.8000	3.3599
G 5	10	16.6000	5.5418
G 6	20	18.2500	4.8869

Diferencias significativas:

G 1 - G 4 P = .01 Mujeres INSEN y hombres de otros grupos.

G 1 - G 6 P = .05 Mujeres INSEN y hombres sin grupo.

G 3 - G 4 P = .01 Mujeres de otros grupos y hombres de otros grupos.

G 3 - G 6 P = .01 Mujeres de otros grupos y hombres sin grupo.

G 4 - G 5 P = .05 Hombres de otros grupos y mujeres sin grupo.

CUADRO 3.

VALORES ESTADÍSTICOS DE INTEGRACION FAMILIAR (FAM).

Grupos	N	Media	Desviación estandar.
G 1	24	17.1250	7.8314
G 2	6	18.0000	7.9750
G 3	20	14.7000	8.0857
G 4	10	20.7000	4.7152
G 5	10	17.1000	6.9033
G 6	20	19.5000	4.1486

Diferencias significativas:

G 3 - G 4 P = .05 Mujeres de otros grupos y hombres de otros grupos.

G 3 - G 6 P = .05 Mujeres de otros grupos y hombres sin grupo.

CUADRO 4.

VALORES ESTADISTICOS DE INTEGRACION GRUPAL (GPO)

Grupos	N	Media	Desviación estandar.
G 1	24	83.5000	8.0488
G 2	6	73.3333	8.1404
G 3	20	78.6500	7.3504
G 4	10	75.0000	10.4350
G 5	10	--	--
G 6	20	--	--

Diferencias significativas:

G 1 - G 2 P = .05 Mujeres INSEN y hombres INSEN.

G 1 - G 3 P = .05 Mujeres INSEN y mujeres de otros grupos.

G 1 - G 4 P = .05 Mujeres INSEN y hombres de otros grupos.

CUADRO 5.

VALORES ESTADÍSTICOS DE TIPOS Y CARACTERÍSTICAS DE PERTENENCIA A UN GRUPO (NER).

GRUPOS	N	Media	Desviación estandar.
G 1	24	--	--
G 2	6	--	--
G 3	20	--	--
G 4	10	--	--
G 5	10	4.1000	0.9944
G 6	20	3.4500	0.6863

Los senescentes que no pertenecen a un grupo social, preferirían asociarse a grupos de tipo cultural, sugiriendo que exista una buena comunicación en estos.

CUADRO 6.

VALORES ESTADÍSTICOS DE RAZONES DE NO PERTENENCIA A UN GRUPO SOCIAL (IG).

Grupos	N	Media	Desviación estandar.
G 1	24	--	--
G 2	6	--	--
G 3	20	--	--
G 4	10	--	--
G 5	10	14.4000	1.3499
G 6	20	16.4500	2.4810

Diferencias significativas:

G 5 - G 6 P = .01 Mujeres sin grupo y hombres sin grupo.

Las mujeres que no pertenecen a un grupo social, manifiestan un menor rechazo a la pertenencia a un grupo social que los hombres que no pertenecen a un grupo social.

CUADRO 7.

6.- Resultados:

En base a las hipótesis elaboradas, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Se rechaza la H_1 porque no se encontraron diferencias significativas en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung entre senescentes que no pertenecen a un grupo social y senescentes que pertenecen a un grupo social; por tal motivo se confirma la H_0 . (ver cuadro 1).

En cambio se encontraron diferencias significativas entre sexos en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung existiendo mayor sintomatología depresiva en las mujeres que pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, a diferencia de las mujeres que no pertenecen a un grupo social, confirmándose la H_4 (ver cuadro 2).

Se acepta la H_0 de la H_3 ya que no existen diferencias significativas en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung entre hombres que pertenecen a cualquier grupo social y hombres que no pertenecen a un grupo de tipo social. (ver cuadro 1).

Se acepta la H_0 de la H_2 ya que no se encontraron diferencias significativas en la Escala de Autome

dición de la Depresión de Zung en un grupo de senescentes que pertenecen al INSEN y un grupo de senescentes que pertenecen a cualquier tipo de grupo social, haciendo la aclaración que las mujeres que pertenecen al INSEN presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres de otros grupos. (ver cuadro 1).

7.- Conclusiones:

En base a los cuadros presentados podemos concluir que:

Las mujeres de los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, tienen mayor depresión que los hombres de otros grupos y que las mujeres que no pertenecen a un grupo social. (ver cuadro 2).

Las mujeres de los Clubes de la Tercera Edad del INSEN tienen menor nivel socioeconómico que los hombres de otros grupos y los hombres que no pertenecen a un grupo social. (ver cuadro 3).

Las mujeres de otros grupos, tienen un menor nivel socioeconómico que los hombres de otros grupos y los hombres que no pertenecen a un grupo social (ver cuadro 3).

Los hombres que pertenecen a otros grupos socia

les, tienen un mayor nivel socioeconómico que las mujeres que no pertenecen a un grupo social. (ver cuadro 3).

Las mujeres que pertenecen a otros grupos sociales tienen una menor integración familiar que los hombres que pertenecen a otros grupos sociales y los hombres que no pertenecen a un grupo social. (ver cuadro 4).

Las mujeres de los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, tienen una mayor integración de grupo que los hombres del INSEN y de otros grupos, así como de las mujeres de otros grupos. (ver cuadro 5).

Las mujeres que no pertenecen a un grupo social, manifiestan un menor rechazo a la pertenencia a un grupo social que los hombres que no pertenecen a un grupo social. (ver cuadro 7).

Entre los grupos G-I y G-II o sea entre los sujetos que pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN y los que pertenecen a otros grupos sociales, no existen diferencias significativas en el nivel socioeconómico, integración familiar ni en integración grupal. (ver cuadro 1).

Entre los sujetos que pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN y los que no pertenecen a un grupo social, no existen diferencias significativas

en el nivel socioeconómico ni en integración familiar.

(ver cuadro 1).

Entre los sujetos que pertenecen a otros grupos sociales y los que no pertenecen a un grupo social, no hay diferencias significativas en nivel socioeconómico ni en integración familiar. (ver cuadro 1).

Se encuentran diferencias significativas entre sexos, tanto en nivel socioeconómico, siendo mayor el de los hombres, como en integración familiar, siendo también mayor el de los hombres y en integración a grupos siendo mayor en las mujeres.

APENDICE

APENDICE

La Escala de Automedición de la Depresión de Zung, fué creada en 1965 por los doctores William W. R. Zung y N. C. Durham, profesores e investigadores de psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Duke y del Hospital de Administración de Veteranos y Miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría. La escala comprende una lista de veinte declaraciones, cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión.

Los veinte temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión, a un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen:

- Muy pocas veces
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo y
- Continuamente.

A continuación aparece el formato de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung y el cuestionario elaborado, del cual ya se hizo referencia en el apartado

de instrumentos en el Capítulo V.

FORMATO DE LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del tiempo.	Continuamente.
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes solia hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de constipación.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haria un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

CUESTIONARIO

S. _____
 CLAVE: _____

El presente cuestionario tiene por objeto recopilar información para elaborar un trabajo de tesis. Agradecemos su valiosa colaboración.

Colonia en la que vive: _____ Edad _____ Sexo _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____
 Trabajo: sí () no () Pensionado: sí () no ()

A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE PREGUNTAS, MARQUE CON UNA "X" DENTRO DEL PARENTESIS LAS RESPUESTAS QUE MAS SE ACERCAN A SU REALIDAD.

- 1.- Señale su tipo de vivienda:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casa sola propia | <input type="checkbox"/> departamento rentado |
| <input type="checkbox"/> departamento propio | <input type="checkbox"/> casa de asistencia |
| <input type="checkbox"/> casa sola rentada | |
- 2.- Su vivienda cuenta con:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 recámaras ó más | <input type="checkbox"/> sala |
| <input type="checkbox"/> 2 recámaras | <input type="checkbox"/> comedor |
| <input type="checkbox"/> 1 recámara | <input type="checkbox"/> cuarto de servicio |
| <input type="checkbox"/> 2 baños | <input type="checkbox"/> jardín |
| <input type="checkbox"/> baño | <input type="checkbox"/> patio |
| <input type="checkbox"/> cocina | <input type="checkbox"/> garage |
- 3.- ¿con qué artículos cuenta?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> televisión | <input type="checkbox"/> grabadora |
| <input type="checkbox"/> teléfono | <input type="checkbox"/> lavadora |
| <input type="checkbox"/> radio | <input type="checkbox"/> auto-servicio |
| <input type="checkbox"/> tocadiscos | <input type="checkbox"/> videocassette |
| <input type="checkbox"/> horno microondas | |
- 4.- Su ingreso total mensual es aproximadamente de:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> \$ 9,000.00 a 12,000.00 | <input type="checkbox"/> \$ 21,000.00 a 30,000.00 |
| <input type="checkbox"/> \$ 13,000.00 a 15,000.00 | <input type="checkbox"/> \$ 31,000.00 a más |
| <input type="checkbox"/> \$ 17,000.00 a 20,000.00 | <input type="checkbox"/> Ninguna |
- 5.- Sus gastos mensuales son aproximadamente de:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> \$ 5,000.00 a 8,000.00 | <input type="checkbox"/> \$ 17,000.00 a 20,000.00 |
| <input type="checkbox"/> \$ 9,000.00 a 12,000.00 | <input type="checkbox"/> \$ 21,000.00 a más |
| <input type="checkbox"/> \$ 13,000.00 a 16,000.00 | |
- ¿Cuántas personas viven con usted?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ninguna | <input type="checkbox"/> de 7 a 9 personas |
| <input type="checkbox"/> de 1 a 3 personas | <input type="checkbox"/> de 10 a más personas |
| <input type="checkbox"/> de 4 a 6 personas | |

A CONTINUACION MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE MEJOR EXPRESE SU SENTIR ACERCA DE LO QUE SE LE PREGUNTA.

EJEMPLO:

Me encuentro tan saludable como la mayoría de mis amigos.

<u>totalmente</u> de acuerdo	X de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	-----------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

6.- He sientto a gusto con las personas con quien vivo

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

7.- Las personas con quien vivo me aprecian

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

8.- Mi opinión es valiosa para las personas con quien vivo

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

9.- Frecuentemente converso con las personas con las que vivo

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

10.- He gusta visitar a mis parientes

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

¿Pertenece usted a algún grupo? SI () NO ()
De que tipo _____ Cada cuando se reúnen _____

SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA, EN CASO DE QUE SU RESPUESTA HAYA SIDO NEGATIVA CONTESTE LA HOJA No. 5

11.- He gusta asistir a las reuniones del grupo

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

12.- He reúno con mi grupo para realizar actividades en común

<u>totalmente</u> de acuerdo	de acuerdo	a veces sí a veces no	en desacuerdo	<u>totalmente</u> en desacuerdo
---------------------------------	------------	--------------------------	---------------	------------------------------------

13.- Prefiero convivir con los integrantes del grupo a estar solo.

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

14.- He gusta tener cada vez más amigos

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

15.- Prefiero convivir en grupo con personas de mi edad:

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

16.- Me siento integrado al grupo al que pertenezco

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

17.- La mayoría de las veces el grupo muestra una actitud amigable hacia mí

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

18.- Siento que la mayoría de las veces los integrantes del grupo no me entienden.

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

19.- La mayoría de los integrantes del grupo son respetuosos conmigo.

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

20.- Siento que hay gente en el grupo que no me acepta

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

21.- Me gusta colaborar en las actividades que realiza el grupo

<u>totalmente</u> <u>de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>a veces sí</u> <u>a veces no</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>totalmente</u> <u>en desacuerdo</u>
--	-------------------	--	----------------------	---

22.- El grupo para mí representa un compromiso

DE LAS AFIRMACIONES QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN CONTESTE COMO SE LE INDICA EN EL EJEMPLO:

EJEMPLO:

Quando voy al cine me divierto

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>X</u> <u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------

23.- Participo en las actividades del grupo

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

24.- Me gusta expresar mis ideas en el grupo

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

25.- Me siento a disgusto de participar en las actividades del grupo

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

26.- Siento que mi participación en el grupo es considerada útil

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

27.- Creo que el grupo me comprende

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

28.- Me agrada convivir con los integrantes del grupo

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

29.- Siento que el grupo me acepta

<u>siempre</u>	<u>La mayoría de las veces</u>	<u>con regular frecuencia</u>	<u>ocasionalmente</u>	<u>nunca</u>
----------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

30.- EXISTEN PERSONA QUE POR DIVERSAS RAZONES NO PERTENECEN A UN GRUPO, SI USTED SE ENCUENTRA EN ESTA SITUACION, DE LA LISTA QUE SE PRESENTA A CONTINUACION MARQUE CON UNA "X" LAS QUE MAS SE ASEMEJEN A SU REALIDAD.

	FALSO	VERDADERO
No tengo tiempo para asistir a un grupo	[]	[]
Prefero estar solo	[]	[]
No conozco ningún grupo	[]	[]
No encuentro un grupo que me agrade	[]	[]
No me llevo bien con personas de mi edad	[]	[]
No me gusta salir	[]	[]
Tengo problemas de salud que me impiden asistir	[]	[]
Me irrita con facilidad	[]	[]
No me agradan las reuniones	[]	[]
No me interesa integrarme a un grupo	[]	[]
No queda lejos el grupo al que me agradaría pertenecer	[]	[]

31.- Por otros motivos, especifique: _____

32.- ¿A que tipo de grupo le gustaría pertenecer? _____

33.- ¿Que características considera que debe reunir un grupo para que usted se sienta a gusto de participar en él? _____

LE DAMOS LAS GRACIAS POR SU COLABORACION

CONCLUSIONES y SUGERENCIAS.

CONCLUSIONES.

Como se mencionó en el marco teórico, la situación de los ancianos ha variado dependiendo de las diferentes épocas y civilizaciones; siendo considerados desde la autoridad máxima hasta una carga insoportable abandonándolos a su suerte. Así tenemos que en algunas culturas, filósofos como Homero, Platón y Aristóteles, difieren en su forma de concebir a la ancianidad. Al igual que en la Grecia Antigua, en el México Prehispánico, se identificaba a la ancianidad con la sabiduría y la grandeza; en otras los ancianos gobernaban y regían a través de Senados y Oráculos, o se les consideraba líderes de la tribu, profetas religiosos o curanderos y opuestamente, en algunas otras como un estorbo.

Actualmente la sociedad considera viejo a un individuo cuando pierde su capacidad de producción y entonces sólo se le permite subsistir dependiendo de los demás.

La vejez no se presenta repentinamente en un determinado momento, sino que viene desarrollándose a lo largo de la vida, siendo la senescencia un fenómeno bio-

lógico que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo, abarcando toda una serie de cambios sensoriales, homeostáticos y nerviosos, pero también perturbaciones de orden psicológico, existiendo además un decremento facultativo que se manifiesta principalmente en las esferas intelectual y perceptiva, afectando la personalidad del individuo, tanto en su fase interna (autoimagen, sentimientos, actitudes), como externa o de conducta adaptativa al medio.

Dentro de los trastornos psicológicos que se presentan en esta etapa, se encuentra la depresión, precipitada por los factores anteriormente mencionados.

Con el fin de propiciar la adaptación en las personas a la etapa senecta aparecen tanto los grupos informales como los organizados que se proponen la activación de las personas en edad proecta y la socialización de éstas, permitiendo que puedan ofrecer al grupo sus experiencias, dando oportunidad de desarrollar su creatividad y su capacidad de aprendizaje; favoreciendo las necesidades de participación, comunicación, relaciones humanas y autoestima.

Los sujetos que participaron en la presente investigación no fueron elegidos azarosamente, sino que fué

un grupo de sujetos autoseleccionados, es decir, que se les invitaba a participar en el llenado de la prueba y del cuestionario y ellos voluntariamente colaboraban o simplemente se negaban a participar.

Posiblemente la característica de depresión puede estar relacionada con la aceptación o rechazo a la participación en el estudio y como no hubo posibilidades de seleccionarlos al azar, entonces se mantuvo la autoselección como constante en los grupos.

De la población estudiada se observó que las mujeres de los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, tienen mayor depresión que los hombres de otros grupos y que las mujeres que no pertenecen a un grupo social.

Así mismo encontramos que existen en los grupos estudiados diferencias significativas entre sexos; tanto en nivel socioeconómico siendo mayor el de los hombres como en integración familiar siendo también mayor en los hombres y en lo que se refiere a integración a grupos es mayor en las mujeres.

También encontramos que las mujeres que no pertenecen a un grupo social, manifiestan un menor rechazo a pertenecer a un grupo social que los hombres que no pertenecen a un grupo social.

Habría que preguntarse ¿porqué las mujeres ancianas manifiestan menor rechazo a pertenecer a un grupo social? y también ¿porqué las mujeres que pertenecen a un grupo social institucionalizado reportan mayor depresión que el resto de la población estudiada?.

La depresión involutiva se presenta en la presenia y es más frecuente en las mujeres, específicamente en la época del climaterio. Algunos autores creen que la base de esta reacción puede encontrarse en un desequilibrio endócrino resultante de la menopausia. Otros creen que el factor más significativo es el sentido psicológico del climaterio. Es además una época de la vida que a menudo se relaciona con cambios característicos en la situación familiar y en las relaciones socioculturales.

Probablemente ésta es una explicación del porqué en la investigación realizada, las mujeres que pertenece a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, tienen mayor depresión que el resto de la población estudiada. Aunado a lo que menciona Schachter (1959) en el sentido de que los sujetos que se encuentran en situaciones que aumentan la ansiedad, experimentan en la mayoría de los casos un deseo imperioso de estar con otra persona. También menciona que "la reducción de la ansiedad producida

por la presencia .de otros se deriva en parte de que cada persona ayuda a la otra a definir la naturaleza de su trag torno emocional y a encontrar las respuestas apropiadas que habrán de darse".

SUGERENCIAS

- 1.- Que aumenten las investigaciones de tipo social, biológicas, psicológicas y económicas en la población senescente con el propósito de tener un mayor conocimiento de ésta población e implementar programas de prevención y adaptación para poder enfrentar dicha etapa en forma más productiva y digna.
- 2.- Que se aplique un pre-test para explorar sintomatología depresiva en senescentes antes de integrarse a algún Club de la Tercera Edad del INSEN y un post-test a esa misma población, pero pasado un tiempo, considerando su integración y participación dentro del grupo; con el propósito de investigar si existen cambios en su nivel de sintomatología depresiva. Se sugiere ésta investigación para poder constatar si los ancianos que asisten a algún Club de la Tercera Edad del INSEN, son sujetos depresivos que asisten a dichos grupos para evitar que su depresión sea mayormente patológica.
- 3.- Que se formen más grupos sociales en donde se haga sentir al senescente un ser humano útil, productivo,

- que se sienta comprometido consigo mismo teniendo intereses y responsabilidades que le darían un sentido a su vida, permitiendo de ésta manera una mejor adaptación a la etapa que está enfrentando.
- 4.- Es importante que en México se analice detenidamente el papel que deben jugar las personas de edad avanzada, reconsiderando por un lado su capacidad potencial para seguir sirviendo y por otro lado el derecho y la necesidad que tienen de no ser marginados y de participar de los beneficios de nuestro desarrollo.
 - 5.- Es fundamental darle a los ancianos la oportunidad de desarrollar tareas que sean socialmente reconocidas. Para ello, es necesario continuar educando y capacitando a las personas durante su madurez. Prepararlas para la última etapa de su vida y mostrarles claramente las alternativas posibles de acción a las que pueden tener acceso.
 - 6.- Sería interesante realizar una investigación para conocer las causas por las que la mujer tiende a presentar mayor sintomatología depresiva que el hombre.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman N.W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ediciones Hormé, S.A. Edit. Paidós, Buenos Aires. 4a. Ed. 1974.
- 2.- Alonso M. Diccionario de Español Moderno. Edit. Aguilar. Sexta Edición. Madrid, España, 1981.
- 3.- Arrijoja Guerrero Gloria. La Anciana en el Contexto Familiar un Análisis Clínico. Tesis UIA. México, 1985.
- 4.- Bauleo A. Ideología, Grupo y Familia. Edit. Folios Ediciones. México, 1974.
- 5.- Beauvoir de Simone. La Vejez. Edit. Sudamericana. Buenos Aires, 1980.
- 6.- Boszormeny Nagy I. y L. Framo J. Terapia Familiar Intensiva. México, 1972. Edit. Trillas.
- 7.- Bronisch, F.W. Psiquiatría Geriátrica. Revisión Española por Dr. Díaz Vázquez. Edit. Científico Médica. Barcelona, 1965.
- 8.- Boumpadre Anna María. Psicoterapia de Ancianos. Tesis Universidad Iberoamericana. México, 1983.
- 9.- Calderón N.G. Depresión. Edit. Trillas. México, 1984.
- 10.- Calderón N.G. "La Depresión, Problema de Salud Pública". Revista Salud Pública. México, 1981. Epoca V, Volúmen XXIII, Núm. 5, Sept-Oct. 1981.
- 11.- Cartwright y Zander A. Dinámica de Grupos. Edit. Trillas. México, 1977.
- 12.- Corkidi Nacach Gracia. La Rehabilitación Física y Social de Individuos Ancianos Institucionalizados. Tesis, UNAM. México, 1979.

- 13.- Chazaro Lara Ricardo. "Aspectos Sociales de la Vejez".
Memorias del Primer Congreso Nacional de Geriatriá.
Hospital Central Militar. México, 1976.
- 14.- Díaz-Guerrero R. El Diferencial Semántico del Idioma Español. Edit. Trillas. México, 1975.
- 15.- Didier A. e Yues M. La Dinámica de los Grupos Pequeños. Edit. Kapelusz. Buenos Aires, 1971.
- 16.- Diez Suárez Teresa. Depresión Post-parto: Comparación de los Métodos Psicoprofilácticos y Bloqueo Epidural. Tesis UIA. 1982.
- 17.- Diliguenski G.F., et al. Psicología Social. Edit. Cártago de México. México, 1979.
- 18.- Ey Henry. Tratado de Psiquiatría. Edición Española. Toray-Masson, S.A. Barcelona. Octava Edición.
- 19.- Freedman M., et al. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1973.
- 20.- Fernández Calderón Julieta y Cohen de S. El Grupo Operativo, Teoría y Práctica. Edit. Extemporáneos, México, 1983.
- 21.- Gamieta D. Ma. del Carmen. El Aislamiento en los Ancianos. Tesis UIA. México, 1985.
- 22.- GACETA UNAM. "Los Trastornos del Aprendizaje y el Alcoholismo, Principales Problemas Psicológicos en México". 31 de Enero de 1985.
- 23.- González N.J.J. et al. Dinámica de Grupos. Técnicas y Tácticas. Edit. Concepto S.A. México, 1978.
- 24.- Hill. D., "La Depresión en la Historia". Revista Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970.
- 25.- Hollander P.E. Principios y Métodos de Psicología. Amorrortu Editores. Buenos Aires,

- 26.- Kastenbaum Robert. Vejez, Años de Plenitud. Colección La Psicología y Tú. Edit. Harper, 1979.
- 27.- Kastenbaum R. Vejez Años de Plenitud. Edit. DIMASA. México, 1980.
- 28.- Krassoievitch Z. M. "Aspectos Clínicos de la Depresión del Anciano" Conferencia presentada en la 3a. Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Guadalajara, Jal., 1973.
- 29.- Klein J. Estudio de Grupos. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1980.
- 30.- Kisnerman N. Servicio Social de Grupo. Edit. Humanitas. Tercera Edición. Buenos Aires, 1976.
- 31.- Lapassade G. Grupos Organizaciones e Instituciones. Granica Editor. Barcelona, España, 1977.
- 32.- Lehr U. Psicología de la Senectud. Edit. Herder. España, 1980.
- 33.- Levin J. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Edit. Harla. México, 1979.
- 34.- Lindgren H. C. Introducción a la Psicología Social. Edit. Trillas. México, 1975.
- 35.- Mayer-Gross W., et. al. Psiquiatría Clínica II. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1974.
- 36.- Mc Clure J.N. "Farmacoterapia". Revista Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970.
- 37.- Mendels Joseph. La Depresión. Edit. Herder. Barcelona, 1977.
- 38.- Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. "Un Modelo Familiar" Gedisa Mexicana S.A. México, 1983.
- 39.- Mortimer Ostow. La Depresión Psicología de la Melancolía. Edit. Alianza, Madrid, 1980.
- 40.- Murphy E. "Social Origins of Depression in Old Age". British Journal of Psychiatry. 1982.

- 41.- Myers J.M. "Screening for Depression in a Community Sample". Arch Gen Psychiatry. Vol. 39, Oct. 1982.
- 42.- Neugarten B. "Personality and the aging process". Gerontologist. The British Library. 1972. Vol. 12.
- 43.- Ojeda Aguilar. Psicoterapia Geriátrica. Tesis UIA. México, 1983.
- 44.- Pardinás F. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Siglo, Veintiuno Editores S.A. México, 1980.
- 45.- Price John. "Genética de la Depresión" Revista Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970.
- 46.- Ramoz Jiménez Ma. Martha. "Estudio Comparativo en una Población Senescente a Través del M.M.P.I" Tesis UNAM., 1980.
- 47.- Rodríguez A. Psicología Social. Edit. Trillas. México, 1971.
- 48.- Salazar J.M. et. al. Psicología Social. Edit. Trillas. México, 1980.
- 49.- Sbandi Pio. Psicología de Grupos. Edit. Herder. Barcelona, 1980.
- 50.- Secord. P. y Backman C.W. Psicología Social. Edit. McGraw Hill. México, 1976.
- 51.- Schildkraut J.J. "Una Etiología Bioquímica". Revista Depresión. MEDCOM. Nueva York, 1970.
- 52.- Solomon P., Patck V.D. Manual de Psiquiatría. Edit. El Manual Moderno. México, 1976.
- 53.- Soustelle y Jacques. La Vida Cotidiana de los Aztecas en Vísperas de la Conquista. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1983.
- 54.- Sprott W.H.J. Grupos Humanos. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1958.

- 55.- Tecla A. y Garza A. Teoría, Métodos y Técnicas de la Investigación Social. Ediciones de Cultura Popular. México, 1978.
- 56.- Varela Escarza Laura T. Actitudes de los Estudiantes Universitarios Hacia Algunos Problemas de Actualidad. Tesis UNAM. México, 1980.
- 57.- Whittaker J.O. La Psicología Social en el Mundo de Hoy. Edit. Trillas. México, 1979.
- 58.- Yves M.J. La Dinámica de los Grupos Pequeños. Edit. Kapelusz. Buenos Aires, 1971.