

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES -- IZTACALA.

- PSICOLOGIA -



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL
Y DEPRESION EN ANCIANOS.

COI
31921
M3
1984-3

T E S I S :

Que para obtener el titulo de

LIC. EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

BEATRIZ SOLEDAD MARTINEZ POZO Y

FERNANDO QUINTANAR OLGUIN

Los Reyes Iztacala Edo. Mex.

septiembre 1984



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.

I N D I C E

INTRODUCCION. _____ pag. 1

CAPITULO I: **IZT.** 1000334

CARACTERISTICAS DE SALUD Y ENFERMEDAD DEL ANCIANO. _____ 18

CAPITULO II:

ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ. _____ 38

CAPITULO III:

DEPRESION Y CONDUCTA SEXUAL EN EL ANCIANO: ALGUNOS
ENFOQUES. _____ 51

CAPITULO IV:

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL Y DEPRESION EN EL
ANCIANO. _____ 80

APENDICE "A":

ALGUNOS DATOS SOBRE LA ANCIANIDAD EN MEXICO. _____ 99

APENDICE "B":

ALGUNAS CARACTERISTICAS SEXUALES DEL JOVEN Y EL ANCIANO. 104

BIBLIOGRAFIA: _____ 113

R E S U M E N

Se analiza la problemática de los ancianos, considerando aspectos médico-biológicos, sociales y psicológicos, haciendo incapie en la conducta sexual y la depresión en las personas de edad avanzada. Se reporta que en el anciano los tiempos de reacción y la mayoría de las funciones orgánicas van disminuyendo lentamente incrementándose a la vez la frecuencia de enfermedades; por otra parte, se observa que el anciano ha sido muy descuidado socialmente, y se le ha rodeado de ideales falsos, encontrándose que su rol social no es del todo claro, y sus problemas se incrementan más a partir de su jubilación. Desde el punto de vista psicológico, se ha notado que poco ha sido estudiado desde un enfoque conductual en lo que al anciano se refiere, aunque abunda la literatura con orientación psicodinámica y psiquiátrica, esto ha propiciado una carencia de intervención para la asistencia al anciano considerando sus características particulares también se encontró que la persona que sea sexualmente activa desde joven seguramente lo seguirá siendo en la edad avanzada, el anciano tanto hombre como mujer conserva y puede manifestar su conducta sexual, y cuando se le priva de esta puede generarse depresión, ya sea por prejuicio acerca de su sexualidad o por pérdida del cónyuge, y para tratar los problemas sexuales y depresivos se ha observado que las técnicas conductuales han sido más efectivas que el tratamiento psiquiátrico tradicional.

Por último, en el presente reporte también se considera como anciano a la persona mayor de 60 años, pues existe evidencia de que en esta edad es en donde se incrementan los cambios en la persona, y además se requiere mayor participación de los profesionistas para una mejor atención social y psicológica a nivel comunitario, educativo y clínico, pues en México, ninguna institución da un tratamiento adecuado al anciano, y hasta ahora las universidades lo han ignorado, sobre todo a nivel psicológico.

I N T R O D U C C I O N .

[En el campo de la Psicología, se han realizado numerosas investigaciones en diversos aspectos del comportamiento que han generado un mayor interés en aquellos factores que determinan o desencadenan diferentes formas de conducta en animales y humanos. Se han investigado problemas académicos, sociales, clínicos, etc., en niños, adolescentes y adultos según los problemas de interés que se presenten o preocupen más. Pero se ha descuidado un sector importante de la sociedad, formado por los ancianos, a los cuales socialmente se les considera como un colectivo de "no activos" que deben ser alimentados por los "activos", y cuya proporción entre los dos grupos es cada día más desfavorable para los activos.]

[Casals (1982), considera que las formas sociales de producción determinan en todas las culturas la suerte del anciano. La miseria o la riqueza y la seguridad o la inseguridad de la sociedad hacen a los ancianos infelices o poderosos. En el fondo la vejez aún en las situaciones de poder es respetada pero no amada ni deseada. El análisis de la historia de las civilizaciones demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado o cuando menos soportado oficialmente y criticado en la realidad.]

[Ursula Lehr (1977), considera que si se intenta iniciar una sinópsis histórica con el análisis de las manifestaciones precientíficas relativas al proceso de envejecimiento, se hace necesario reportar que desde el Antiguo -

Testamento se destaca constantemente la dignidad y sabiduría de la ancianidad y las cualidades que la adornan para desempeñar cargos elevados en la dirección de comunidades.]

En los pueblos primitivos, cuando la lucha contra la naturaleza no fué tan difícil, se propició la aparición de la religión y la magia. Normalmente el anciano asumió funciones de este tipo y pudo llegar a tener un gran poder -- que ya no dependió de la fuerza o la riqueza. Sin embargo, existen excepciones como la de los Incas, en donde las condiciones del anciano no se adecúan a los ejemplos comunes. Ellos disponían de una organización social que hacía útiles a las personas desde los cinco años. La etapa central de la vida del varón era el ser guerrero, pero después de esta él conservaba su autoridad en la familia y al alcanzar una edad avanzada participaba de la educación de los hijos, nietos y las labores artesanales.

La mayor parte de las sociedades, como la China, fueron relativamente estáticas y jerarquizadas. Según la reglamentación familiar de Confucio, el varón de más edad -- era el que mandaba en la familia. Entre las mujeres también la vejez era la mejor época ya que les permitía asumir un poder que antes no tenían. Según Lao-Tse la vejez era la vida en su forma suprema.

En el pueblo judío teóricamente la longevidad fué el máximo premio a la virtud del individuo, pero según Casals (1982) probablemente existía un recelo contra los viejos -- que abusaban de su poderío, de sus riquezas y del respeto que se les profesaba.]

En su República, Platón (427-347 A.C.; citado por Ursu

la Lehr, 1977) adopta respecto a la ancianidad una postura de máximo respeto por las vivencias de la misma, pues considera que tan sólo del propio individuo depende el modo como percibe las penalidades de la vejez y como se enfrenta a las mismas. Aristóteles (384-322 A.C.; citado por U. Lehr, 1977) traza una imagen negativa del anciano, pues para él la vejez prematura es una enfermedad y la vejez es una enfermedad natural.

Quien en aquella época dió una exposición más detallada del proceso de envejecimiento, fué Cicerón (106-46 A.C.) Para quien:

"...las facultades que se refieren al mundo del espiritual crece con la edad en los varones mejor dotados y de más clara inteligencia....dado que los ancianos poseen entendimiento, razón y capacidad reflexiva. No es con la fuerza corporal, - la agilidad o rapidéz como se hacen grandes cosas, sino por medio del pensamiento, la superioridad de la mente y la preeminencia de la propia opinión, cualidades de las que la vejez no sólo no se ve despojada, sino de las que se suele encontrar enriquecida en mayor medida que antes". (Citado por U. Lehr, págs. 18 y 19).

Para Casals la sublimación de los placeres humanos en la vejez, en aras de lo noble y espiritual, se convierte en una constante cultura en casi todas las sociedades posteriores y dura incluso hasta nuestros días.

En la época feudal, la sociedad estaba regida por la fuerza de las armas. Los caballeros defendían a la viuda y al huérfano, daban su sangre por su señor y no les importaba perder su fortuna. Exaltar estos valores era exaltar la juventud y dejar marginados a los que ya no pueden ser

héroes, ni pueden defender a nadie y que necesitaban dinero para vivir los pocos días que les quedaran.

En el campo, en contra de lo que se cree, el padre no conservaba su autoridad al envejecer, era suplantado por el hijo mayor que tomaba posesión de todos los bienes incluyendo la habitación del padre.

Los viejos que no tenían familia eran socorridos por el señor feudal o por el asilo y en las ciudades por la cooperación y su cofradía religiosa. En general todas estas ayudas eran miserables y los viejos quedaban reducidos a la mendicidad.

En esa época el papel del cristianismo respecto de este tema era ambivalente. Por un lado se crearon hospicios y hospitales donde se practicaba la caridad, pero el objetivo según Casals, era la caridad en sí misma como brenda de salvación y no el anciano como tal. Por otro lado, los viejos estaban excluidos de la vida pública.

Para Casals, es el cristianismo el que influye en la transmisión del poder de padre a hijo. Siendo Cristo la figura principal de la religión cristiana, destrona al padre y ocupa su lugar. Este queda relegado a una figura mítica de larga barba sentado en lo alto, pues quien dominaba era el hijo.

En el renacimiento el avance de la burguesía y su incipiente capitalismo hacen variar el sistema de valores, dando importancia a los contratos y escrituras comerciales y no a las armas. Existían dos corrientes generales de pensamiento, una fue la religiosa y espiritualista para la cual una vida juiciosa llevaba a una hermosa vejez, la edad

ayudaba a imprimir la imágen de sacralidad; la otra fué la visión materialista y burlesca de las cosas, en la que se criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder, dinero y mujeres comentando la sexualidad del viejo - con cierta repugnancia. En el renacimiento, por acumulación de riquezas, los viejos podían llegar a ser realmente poderosos, pero para los viejos pobres la invalidez, decadencia y miseria económica eran su alimento habitual.

En los siglos XVII y XIX gracias a la higiene, a la medicina y a la mejor alimentación aumentó la población mundial y se configuran más claramente dos categorías de ancianos según la clase social de procedencia: los ancianos ricos y los ancianos pobres. Las virtudes exigibles a un anciano en un capitalismo puritano son el rigor moral, la austeridad, la sofocación de las pasiones y el distanciamiento del mundo.

El avance del modo de producción capitalista suponían en las fábricas un ritmo de trabajo muy fuerte tanto a los como a los adultos, por ello, al no poder con la carga de trabajo, aumentaba el número de mendigos por las calles. A esto la burguesía respondió con la beneficencia, la atención del anciano pero conservando los estereotipos acerca de él.

La idea de un viejo respetado o temido, solo se aplicaba a un número reducido de ancianos, a aquellos que tienen recursos económicos. En las culturas más pobres, el viejo es el improductivo al que la comunidad debe sacrificar para no poner en peligro su continuidad como grupo.

Es también en el siglo XIX en donde se inicia el estu

dio objetiva de la psicología del envejecimiento. Cuando en 1835 el Belga Quetelet publicó el libro "Del hombre y del desarrollo de sus facultades", en él hace pública su opinión, de que nadie se había preocupado de estudiar el desarrollo moral e intelectual del hombre, ni de reconocer cómo cada edad se ve influida por el desenvolvimiento físico del mismo, ni cómo éste le imprime su acción.

Stanley Hall (1844-1924), reconocido como el padre de la psicología infantil y también llamado "el primer psicogerontólogo", afirma que:

"Estoy convencido como psicólogo, de que el status psíquico de los ancianos tiene gran importancia. La senescencia, al igual que la adolescencia posee sus propios medios de sentir, de pensar y de querer, así como su psicología propia, pues es tan relevante el régimen de la mente como el del cuerpo. Aquí las diferencias individuales son probablemente mayores que en la juventud".

(Hall, 1922; citado por U. Lehr, 1977)

Hall intentó corregir, mediante investigaciones empíricas, ciertas estereotipias relativas a la senectud y encontró que sus resultados contradecían la opinión general de que con los años crece el miedo a la muerte y de que -- por eso se vuelve más firme la vinculación a la religión. En base a encuestas, logró demostrar que los más jóvenes son los que tienen un miedo mucho mayor a la muerte y no los ancianos y además, la correlación "miedo a la muerte-actividad religiosa" es sumamente reducida.

A partir de la década de los veinte, en los Estados Unidos se fundan laboratorios y se inicia en las universi-

dades el estudio sobre el envejecimiento. En Rusia, las investigaciones de aquella época estuvieron determinadas por Pavlov, quien mediante experimentos con animales demostró que los perros viejos se condicionan más lentamente que -- los perros jóvenes y se confunden más al aprender. (U.Lerh 1977).

En 1926, Pavlov descubrió que si se administra una serie rápida de determinados estímulos, los animales de experimentación más viejos reaccionan con un estado de confusión. Esto según él, se debe a que las huellas del último estímulo influyen todavía en la reacción a los estímulos siguientes a causa de una menor velocidad de conducción de las vías nerviosas.

Según Edwards (1980), a partir de 1966 se extendió el uso de los procedimientos de condicionamiento clásico como ayuda a los pacientes geriátricos, y aunque las técnicas conductuales han sido desde hace tiempo una promesa para ayudar a los ancianos, solamente se empezó a difundir su empleo a partir de 1968. (De esto se hablará más ampliamente en capítulos posteriores.)

Ubicandonos en nuestro contexto, podemos observar que tenemos un gran historial referente al anciano. Para los Aztecas el ser anciano (huehuetque) era algo digno y agradable, siendo así que cuando elegían esposa para un hijo, eran las ancianas (cihuatlán) las encargadas de pedir la mano de la novia. Cuando una mujer estaba encianta y la familia era pudiente se hacía un banquete y era un anciano el que iniciaba los discursos antes que los jefes. Quien cuidaba del embarazo de la mujer era era una partera vieja,

de hecho, una de las principales ocupaciones de las ancianas aztecas era la medicina.

Si el anciano había servido al Estado recibía comida y alojamiento en calidad de retirado. En general entre los Aztecas el status del anciano era tal que, aún cuando perteneciera a la clase más baja dentro de la estructura social y política, tomaba parte en los consejos del barrio que habitaba y se tomaban en cuenta tanto sus discursos y consejos como sus advertencias y amonestaciones.

En el pueblo Maya, los mozos reverenciaban a los viejos y tomaban sus consejos, con lo cual ellos mismos se jactaban de ser viejos. El anciano Maya tenía gran importancia en las ceremonias y ritos de tipo familiar, político y religioso, ayudaban en las ceremonias de la pubertad, sacrificios y fabricación de ídolos.

Para los Mayas y los Aztecas la vida tiene dos aspectos fundamentales: uno previo de desarrollo corporal y aprendizaje, en el que el hombre se reproduce y cuida su descendencia y una segunda fase en la que el desarrollo (corporal, espiritual y filosófico del hombre.), le permite realizar tareas específicamente humanas en el orden familiar, religioso y político, sin tener las facultades corporales del joven.

En el México colonial también la tradición cristiana inspiró la creación de instituciones que daban asilo a menesterosos de toda condición, incluyendo a los ancianos que vivían de la caridad.

En el Siglo XVI, Bernardino Álvarez fundó el hospital de convalecientes y desamparados, en el que se recibía no

sólo a convalecientes sino también a los ancianos, inválidos y dementes. En el Hospital de San Hipólito se fundó y organizó un albergue para clérigos pobres y hombres imposibilitados por vejez. Don Vasco de Quiroga al crear sus comunidades daban cabida a los ancianos, como participantes de su acción colectiva.

En el Siglo XVIII el Virrey Bucareli, inauguró el Hospicio de pobre, "para socorro de los legítimos necesitados" por su edad y sus necesidades. De éste asilo de ancianos se derivaron las Instituciones posteriores.

La Independencia y la Reforma rompieron antiguos moldes y establecieron, como obligación del Estado, la de proporcionar ayuda al necesitado. Así nació la beneficencia que siguió dando al anciano la vieja protección del asilo.

Con la revolución, la beneficencia pública se sustituyó por la asistencia social.

[La atención de los ancianos propiamente dicho, se inicia en la década de los cincuentas, México es el pionero de América Latina en asuntos gerontológicos. El 22 de Diciembre de 1950 el Dr. Manuel Payno formó la Sociedad Mexicana de Geriatria y en Marzo de 1951 se empezaron a impartir los primeros cursos de esa especialidad en México y América Latina.

Las investigaciones actuales han demostrado que se -- han descuidado muchos aspectos de la vejez, empezando por su definición; muchas veces se han usado diferentes términos en forma indiscriminada tales como "vejez", "ancianidad" "senectud", "madurez", dando por hecho que se entienden, lo cual no es así, por ello, se hace necesario aclarar el sig

nificado de cada uno de estos conceptos.

El hasta ahora implacable proceso de envejecimiento es motivo de exhaustivas investigaciones que tienen como propósito retardar dicho proceso y aún detenerlo. El término envejecer puede tener varios significados. Como término biológico se usa para identificar cambios propios de la estructura orgánica, inherentes al ser humano, que van surgiendo con el tiempo y terminan con la muerte. Busse (1969) sugiere que el término "edad biológica" sea usado para los procesos genéticos, los cuales están relacionados con el tiempo pero son independientes del stress, el trauma o la enfermedad. El objetivo de las investigaciones sobre el envejecimiento es ampliar las expectativas de vida del hombre para que lleve a una edad avanzada en buen estado de salud y dueño de todas sus facultades.

3 Y Crandall (1980), considera que el envejecimiento es un proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que comienza con la concepción y termina invariablemente con la muerte. La última parte de este proceso es lo que se llama "senectud". Con los términos senectud y senescencia, se denomina al conjunto de procesos físicos y fisiológicos que surgen con la edad, por otra parte, la vejez o ancianidad son sinónimos que se pueden definir de diferentes formas en base a aspectos sociales, físicos, fisiológicos y cronológicos, (no hay acuerdo de cuándo se inicia exactamente la vejez, pero generalmente se confiere a personas de más de 65 años). Por último se entenderá por "senelidad", al conjunto de procesos patológicos tanto psicológicos como fisiológicos que surgen con la edad.

Busse y Blaze (1981) considera que un individuo "normal" es aquel relativamente libre de enfermedades e inhabilidades y cuya expectativa de vida no se ve reducida por la presencia de patologías serias. Desde un punto de vista bioquímico la normalidad generalmente esta basada en un derivado estándar de estadísticas médicas. Pero en las ciencias conductuales la normalidad puede ser la adaptación sucesiva a las deficiencias y disminución de las habilidades del organismo (se hablará de los términos normalidad y anormalidad en un capítulo posterior.)

Guillerme (1962) considera que la longevidad común del hombre, le confiere una situación privilegiada dentro del mundo animal. En el cual, además se observa que el crecimiento se produce con mucha menor rapidéz que en cualquier otra especie de mamíferos cuyo peso resulta comparable en edad adulta.

Anaya (1983) respecto a la longevidad, comenta que existen dos teorías sólidamente apoyadas por evidencias científicas...

Un grupo comrate la idea de que tenemos dentro del cuerpo una especie de reloj - cuyo programa se cumple de manera inexorable para hacernos envejecer. Están convencidos de que llegado el momento justo, este mecanismo cierra cada célula o grupo de ellas, cuando han alcanzado su término de vida útil. Atribuyendi tal fenómeno al estricto cumplimiento de un programa genético de duración celular, del que nadie se escapa.

Otro grupo considera que las células mueren o se deterioran aisladamente por un desgaste natural imprevisible, y no a cau

sa de un plan predeterminado de carácter genético. Green, aunque todavía no están muy seguros, que el proceso de la vejez no es irreversible y que el hombre puede detener su deterioro celular y prolongar el período de vida más allá de los cien años. (Anaya, 1983; pag. 339).

Antes de seguir comentando sobre otros aspectos del envejecimiento, se hace necesario aclarar que cualquiera - que sea la definición que se dé sobre el envejecimiento incluirá fenómenos que van desde eventos moleculares y celulares, a través de cambios fisiológicos y psicológicos en los individuos, hasta los problemas sociales que involucran las alteraciones de estos; por lo cual, se hace necesario un amplio espectro de teorías para explicarlos. (ver algunas de ellas en Shock, 1977).

La disciplina que estudia la edad avanzada es la Gerontología, término introduciendo en 1929 por el investigador Ruso N.A. Rybnikov (citado en; U. Lehr, 1977). El consideraba que la investigación del comportamiento en la senescencia ha de convertirse en una rama de especialización dentro de las ciencias del comportamiento, cuya finalidad sería investigar las causas y condiciones del comportamiento y sus cambios con la edad. La Gerontología abarca el período que media entre la madurez y la muerte.

Altschul (1976) dice; "que es más fácil hablar de la integración de la personalidad que de la madurez, pues esta implica la habilidad de posponer las respuestas emocionales o de suspenderlas para manifestar adecuadamente y expresar estados afectivos de manera socialmente aceptable.

Sin embargo, es necesario mantener las posibilidades de -- emocionarse profundamente, fuerte y duramente, para lo cual las personas deben aprender a reconocer sus emociones y a no negar su existencia. Es parte de la madurez el recono-- cer que los actos no son siempre por completo racionales. Tal vez, la gente más madura tenga el mayor número de sen-- timientos y el espectro más amplio de intereses en perso-- nas e ideas alejados de la experiencia cotidiana se encuen-- tran en estrecha relación con otro aspecto de la madurez, es decir la integración en la sociedad. La persona madura puede ser aquella que ha encontrado satisfacción en su --- trabajo y cuyos planes y ambiciones personales se han rea-- lizado o que se ha involucrado en un interés por los acontecimientos generales de su comunidad".(pag)

Solomon y Patch (1974), considera que neurofisiológica-- mente, se puede pensar del individuo en maduración como -- desplazándose a lo largo de la línea de desarrollo de la - encefalización...la maduración indica mayor utilización de niveles más elevados dentro-del encéfalo". Ellos señalan - también que "los cambios funcionales y orgánicos pueden -- ocurrir en cualquier edad, pero son más comunes después de los 65 años, lo que los hace característicos de la ancia-- nidad.Sin embargo, no necesariamente coincide la edad cro-- nológica con la edad biológica y puede ser difícil diferen-- ciar los signos y síntomas del envejecimiento normal de -- los debidos a procesos patológicos."

La problemática de la edad avanzada puede dividirse - en cuatro partes principales:

/ A) Aspectos biológicos. La biología de la vejez se --

ocupa en particular de explicar por qué los organismos ---
tienden a vivir determinados lapsos. El elemento principal
de la biología del proceso de envejecimiento es el tiempo.
Hay procesos que dependen inevitablemente del tiempo y que
limitan la capacidad de los organismos y células envejeci-
das para mantenerse por sí mismas. El potencial biológico
del envejecimiento no está limitado sólo por el haber ge-
nético, sino también por la acción del medio y del morbo.
En general el envejecimiento produce los siguientes cambios
orgánicos; aumento del tejido conjuntivo en el organismo,
pérdida gradual de las propiedades elásticas del tejido --
conjuntivo, desaparición del elemento celular del sistema
nervioso, reducción de la cantidad de células sin altera-
ciones de ningún tipo, aumento de la cantidad de grasa, --
merma del consumo de oxígeno, merma de la cantidad de san-
gre que bombea el corazón en estado de reposo, menor expul-
sión de aire de los pulmones que cuando el organismo es --
más joven, disminución de la fuerza muscular de las glán-
dulas sexuales y suprarrenales es menor que la común a la
mayoría de las personas.

(B) Fisiología y enfermedad. Entre las principales do-
lencias cuya aparición refleja el efecto de la vejez, se -
encuentran las enfermedades cardiovasculares, diabetes, la
gota, cáncer, los trastornos del climaterio y artritis, -
todas ellas con etiología incidiosa, endógena, crónica y -
progresiva.

(C) Los problemas sociales y económicos de la anciani-
dad son los que se refieren al empleo o actividad produc-
tiva del anciano. Mientras mayor sea el margen de vida de -

una persona sus necesidades de empleo, educación y demás - se harán más complejas y difíciles de satisfacer.

D) Los aspectos psicológicos comprenden una gran diversidad de problemas, en particular el efecto del envejecimiento sobre determinadas necesidades e impulsos, el efecto de la experiencia anterior sobre el proceso de envejecimiento, la psicodinámica de la vida emocional del anciano, el efecto de la edad sobre el aprendizaje, el funcionamiento psicomotor y el papel y alcance de los cambios sensoriales de la senectud así como la psicopatología de la vejez. (Crandall, 1979; Geist 1977).

Según la investigación del ISSSEMYM, existe un desconocimiento casi total sobre la población de ancianos de nuestro país, lo que impide una asistencia organizada a estas personas para atenderlas en los problemas arriba mencionados, pero sobre todo se impide la aplicación de actividades que tengan aspectos preventivos en relación a la enfermedad y a las alteraciones tan frecuentes en esta etapa de la vida. Se sabe que la problemática del anciano que vive en medio urbano o industrial es diferente del que vive en zonas rurales o pequeños poblados y, aunque también hay diferencias en la estructura familiar, en todos estos medios la familia debe tener una función de protección y de asistencia ya que de alguna manera la familia posibilitará la inserción social del anciano así como una mayor participación en la comunidad.

Tanto Casals (1982) como en el ISSSEMYM se considera que la preparación de la comunidad acerca de los problemas relacionados con el anciano, información sobre sus nuevas

posibilidades en una sociedad dispuesta a insertarlo en -- ella, ayudaría a evitar algunas de las consecuencias negativas de la institucionalización y la jubilación del anciano. Consecuencias de las que se sabe poco y de las que se destaca la necesidad del anciano por reiniciar nuevas relaciones interpersonales y familiares, así como nuevas actividades.

Quizá por lo antes mencionado, no sea de extrañar que según observaciones del ISSSEMYM, la depresión sea la alteración más frecuente de todas las alteraciones psicológicas del anciano. Sin embargo, la depresión generalmente ha sido considerada como consecuencia de problemas sociales o de salud, y como menciona McCay (1980) los cambios en la actividad sexual también pueden estar asociados con la depresión y sin embargo se le ha prestado poca atención a este aspecto.

Es por lo anteriormente mencionado, que la finalidad del presente trabajo será investigar las características de la vinculación entre los problemas depresivos del anciano y sus alteraciones en la conducta sexual; se identificarán los problemas depresivos en la vejez, y los tratamientos empleados; se identificarán, en segundo lugar, sus alteraciones sexuales y los resultados que se han encontrado en las investigaciones de estos y por último, se analizarán las posibles relaciones entre los problemas depresivos y las alteraciones en la conducta sexual en la ancianidad.

En general, la secuencia del presente trabajo será: enunciar los aspectos biológicos y fisiológicos que caracterizan al anciano en su salud y enfermedad, principalmente

te en los cambios de sus órganos sexuales y su estructura cerebral; en segundo lugar se mencionarán sus características sociales (la marginación que sufre el anciano y los -- problemas que causa su improductividad como desencadenantes de su depresión): posteriormente se mencionarán las características psicológicas, incluyendo los trastornos de la vejez (cómo se han tratado y en que nivel se encuentran las investigaciones de la psicología conductual); después se tratarán las estrategias de intervención a los problemas del anciano en lo que a depresión y alteraciones sexuales se refiere; y por último se comentarán algunas de las condiciones del anciano y sus perspectivas de atención.

" S O N E T O " .

Sí, pobre viejecita, ya ninguno te escucha.
los fastidios a todos con tu buena memoria;
tu lentitud es grande; su frivolidad mucha...
y te huyen porque siempre narras la misma historia.

Pero yo soy paciente, y sentado a tu puerta
escucharé. No temas; puedes hablar tranquila,
mientras meneas el viento las ramas de la huerta
y se muere a lo lejos un crepúsculo lila.

Déjalos que se vayan, en su atolondramiento,
a decir ellos y ellas palabras mentirosas,
y cuéntame, abuelita, tu mismo viejo cuento,
al compás de tus manos largas y sarmentosas.

CAP. I

CARACTERISTICAS DE SALUD Y ENFERMEDAD DEL ANCIANO.

Las teorías biológicas del envejecimiento tienen una base genética y suponen que el tiempo de vida de una especie animal está determinada por un programa que reside en los genes de la especie.

Las teorías fisiológicas ponen un mayor énfasis en la interacción entre células, tejidos y sistemas orgánicos y tienden a explicar los cambios que sufre el organismo con la edad, como una respuesta global del organismo intacto. A continuación se describen brevemente algunas de las teorías más importantes sobre el envejecimiento que guardan relación con la depresión y los trastornos sexuales (tomadas de Birren y Schaie, 1977; citadas en Shock, 1977).

-Teoría genética general. En base a datos estadísticos se ha podido observar que hay marcadas diferencias en los promedios de edad, de muerte o tiempo de vida entre diferentes especies de animales. Por ello es claro que hay algún programa genético que delimita el tiempo máximo de vida entre diferentes especies. En los humanos, las mujeres viven ocho años más, en promedio, que los hombres y se postula que las diferencias sexuales en la longevidad se debe a la gran cantidad de cromatina que se ha observado en las mujeres.

Existen dos teorías una que se refiere a la mutación somática la cual considera que la exposición a la radiación acelera el envejecimiento por las alteraciones que las células sufren en su estructura; la otra se refiere a

la teoría del error del envejecimiento celular, que considera que es debido al resultado de errores que pueden ocurrir en algún punto de la secuencia de transferencia de información bioquímica que altera la reproducción de las proteínas o enzimas.

Las limitaciones de estas dos teorías son que, en el caso de la radiación, los efectos ocurren en células en --proceso de división y los efectos de la edad por el contrario ocurren inicialmente en las neuronas y células masculinas. Además, la tasa a la cuál ocurren las mutaciones, en ausencia de radiación, indica que el número de células en las que se observan mutaciones en animales es muy pequeño en comparación con los cambios totales producidos por la --edad. En la teoría del error, se considera que es posible encontrar errores en varios puntos de la cadena de DNA; pero se desconocen muchos aspectos del proceso, lo cual dificulta su aplicación al proceso de envejecimiento (Setle,--1958; Menzies y Cold, 1972; Wheller y Lett, 1974; Cutler, 1982).

-Glándulas sexuales. El fracaso de las glándulas se--xuales también ha sido considerado como causa del enveje--cimiento, por tal motivo se han administrado hormonas se--xuales y trasplantado gónadas para retardar el proceso del envejecimiento (Mc Grady, 1968). En general hay poca evi--dencia de que el envejecimiento en mujeres sea un fenómeno biológico que pueda ser descrito como una disminución de --la secreción endócrina en los ovarios.

La administración prolongada de hormonas sexuales fe--meninas en la mujer post-menopáusica ha sido utilizada pa--

ra minimizar la totalidad de los efectos de la edad (Greenblatt, 1965). Esto se basa en la suposición de que el envejecimiento en la mujer se relaciona con el nivel de hormonas sexuales presentes en el cuerpo.

-Teoría del stress. Desarrollada por Selye (1966) y sus colaboradores, considera que el envejecimiento es el resultado de la acumulación, en el tiempo, de los efectos de la vida estresante. De acuerdo a Selye, algún stress -- puede requerir de la adaptación pausada del organismo al medio, quedando un residuo de deterioros de los cuales el organismo no se recupera completamente. Sin embargo, algunos fisiólogos han mostrado que el stress frecuentemente -- induce hipertrofia en algún órgano y por ésto puede ser -- benéfico.

Los científicos conductuales han definido al stress -- como una baja consistente o precisa de actividad. El stress puede ser debido a condiciones externas e internas. Los estímulos pueden ser físicos, psicológicos o sociales, y pueden originarse dentro o fuera del individuo. El estímulo -- que ocasiona stress se caracteriza porque es nuevo, intenso, rápido, cambiante, inesperado y puede producir fatiga, tedio, frustración o estados similares. Dicho estímulo puede ser percibido como potencialmente nocivo, amenazante, -- perjudicial, desagradable o abrumador para la capacidad -- adaptativa del organismo.

Las respuestas de stress pueden ser agrupadas en tres categorías: 1) respuestas fisiológicas, 2) respuestas conductuales incluyendo expresiones de afecto, y 3) estados subjetivos expresados mediante autoreporte. Las res-

puestas fisiológicas de stress según Selve, implican tres estados: 1) una reacción de alarma, 2) un estado de resistencia que implica un incremento en la capacidad para que el organismo responda, 3) un agotamiento caracterizado por una pérdida de la capacidad funcional para continuar.

Las respuestas conductuales usadas como definiciones operacionales de stress incluyen: una tasa de ejecución -- errática, incoordinación, incremento en los errores, fatiga, conductas perseverantes, reflejo de estados emocionales (como temor, tartamudeo, características exageradas -- del habla, etc.).

La presencia de actividad emocional ha sido usada --- post-facto para indicar un estado subjetivo y se refiere -- usualmente a algún cambio corporal desviado de un estado usual o normal así también como ansiedad, miedo, tensión, reporte de síntomas somáticos y depresión.

Se piensa que la edad juega un papele importante en la determinación de cómo una persona reacciona ante el stress, sin embargo, los mecanismos y parámetros involucrados no -- son claros. Se considera que algún evento en particular -- puede tener diferente intensidad y significado en los indi de diferentes edades y puede ser percibida como estresante o no. Lazarus (1966) sugiere que la proyección de una es-- tructura psicológica individual y los recursos de imitación pueden cambiar con la edad, y por lo tanto habra diferen-- cias en las respuestas ante el stress. Sugiere que el niño y el anciano pueden tener una reacción más drástica al s-- tress que otros grupos de edad, debido a que hav mayor de-- pendencia y tienen menos papeles sociales y menor cantidad

cantidad de conducta.

En el organismo viejo las medidas de la condición física existente después del stress son extremadamente importantes. Pero como indicativo, la patología secundaria al stress, puede ser difícil de diferenciar de los cambios relacionados a la edad y/o enfermedad preexistente. Si bien los estados emocionales que se desvían de la norma son una frecuente medida de stress en el joven, la depresión, por ejemplo, puede incrementarse con la edad (Bausse, 1969) y esto puede relacionarse con el estado de salud física (Lowenthal, 1977). Gaitz y Scott (1975), encontraron que la gente vieja estuvo más interesada acerca de su soledad, rechazo, relaciones interpersonales, el encontrar un nuevo compañero y sus problemas sexuales, que el grupo de personas jóvenes.

Eisdorfer (1972) considera que "en la jubilación existe una relación entre ésta, la salud y otros índices de adaptación". Algunos investigadores sugieren que el retiro tiene un efecto perjudicial a la salud (Ellison, 1968; Ryser y Sheldon, 1969), otros consideran que no hay un efecto consistente (Martin y Doran, 1967; Mc Mahan y Ford, 1955; Thompson y Streib, 1958). Spence (1968) observó que el retiro como un precipitante de enfermedad mental en la edad vieja ocurre sólo bajo circunstancias bastante especiales. Sugiere que un bajo estado de ánimo y depresión pueden ser una reacción apropiada en una situación de retiro.

Cambios biológicos y fisiológicos.

Desde el punto de vista médico los procesos biológi--

cos en la persona joven difiere de los del anciano, un -- ejemplo de esto es un estudio sobre cicatrización, que --- muestra que en un mismo intervalo de tiempo astronómico --i estos procesos se efectúan con mayor rapidez en un joven - que en un anciano.

Se ha propiciado investigaciones en los campos de la fisiología y psicología orientados a probar mecanismos fisiológicos y sus efectos en la conducta, lo cual ha permitido por ejemplo, aplicar técnicas de bioetroalimentación en las alteraciones sexuales. La investigación también se ha orientado a probar modelos fisiológicos y estudios descriptivos de las diferencias entre ancianos y jóvenes, lo que ha permitido identificar parámetros en las mediciones psicofisiológicas que se emplean para tratar alteraciones por ejemplo en la conducta sexual. (De estos aspectos se -- hablará posteriormente.)

Según Frolkin (1977), las más intrincadas reacciones - adaptativas tales como movimiento, emociones y actos psicológicos complejos, son seguidos por cambios en el sistema - cardiovascular, respiratorio y demás, y como el envejeci--- miento se caracteriza por un decrecimiento progresivo en la - intensidad de los procesos adaptativos, estas limitaciones de las capacidades adaptativas promueven el desarrollo de patologías en edad avanzada, así como la posibilidad de -- que se perturben fácilmente los mecanismos reguladores del organismo.

En el envejecimiento hay cambios que se observan en - el carácter de los reflejos incondicionados y en los reflejos condicionados vegetativos asociados con cambios en la

corteza cerebral. Los reflejos condicionados de los sistemas cardiovascular, la respuesta galvánica de la piel y la secreción gástrica se producen más lentamente en las personas ancianas que en los jóvenes (Parchón, 1959; Botwinick y Konnetsky, 1960; Losey, 1963).

En general existen rasgos más visibles que se manifiestan en el cuerpo, según se va envejeciendo, dichos rasgos son:

Sistema Nervioso Central.

- Cerebro: casi después de nacer, el volumen del cerebro empieza a reducirse lentamente a causa de que diariamente se pierden millones de neuronas, aunque no en todas partes del cerebro en la misma proporción. Por ejemplo, la falta de sueño en los ancianos es un indicio de que hay una zona cerebral que ha perdido neuronas.

- Memoria e inteligencia: de forma similar, la falta de memoria y la supuesta baja en la inteligencia son atribuibles a la pérdida de neuronas (posteriormente el tema será ampliado). Un anciano puede memorizar tan bien como todo joven cualquier lista de palabras, pero sin una clave de apoyo tardará más en recordarlas.

- Reflejos: la lenta pero progresiva pérdida de células cerebrales hace que las señales nerviosas viajen a menor velocidad, por lo que se reacciona más lentamente a los estímulos externos.

Sentidos.

- La vista: en los ojos, el cristalino se empieza a endurecer casi desde la primera infancia. Al pasar los 40 años, el cristalino ha crecido tanto que cuesta trabajo --

distinguir bien los objetos cercanos y la persona necesita luz especial para leer de noche. Como la retina recibe menor cantidad de luz no podrá ver tan bien en la penumbra como antes. Normalmente una persona a los treinta años podrá leer sin anteojos, a los cincuenta conservará la misma visión para ver a distancia pero necesitará lentes para leer. A los sesenta años la vista habrá degenerado a tal extremo que la retina no tendrá casi luz y por ello, se manifestarán serios problemas para ver en la oscuridad.

- El oído: se atrofia más lentamente que la vista, pero igualmente terminará por dañarse, "antes de los treinta años es posible escuchar sonidos por encima de los 20 000 Hertz, las notas más agudas de la escala sónica; a partir de los treinta cuesta trabajo oír el chirrido de un grillo o el croar de una rana, calculados en una frecuencia de 15 000 Hertz; entre los cincuenta y los sesenta su nivel auditivo se reduce de 12 000 a 10 000 hz, los cuales son insuficientes para distinguir el chillido de un perro o el canto de un pájaro, además de que ya no se distinguen los tonos; de los sesenta en adelante, la sordera se acentúa y no es posible seguir las conversaciones normales ni escuchar sonidos de baja frecuencia como las notas graves de un órgano". (Anaya, 1983).

- El gusto y la voz: la voz se va haciendo más chillona y alta por la pérdida del dominio de las cuerdas vocales y por el endurecimiento de las fibras que elevan el tono al vibrar la garganta. Se seca continuamente la boca porque las glándulas salivales segregan menos humedad y cuando lo hacen es por períodos de tiempo más breve. A

los sesenta años se disfruta menos de los abores; porque la mayoría de las papilas gustativas de todo hombre se han atrofiado y de aproximadamente 245 botones del gusto que tenían por papila, sólo le sirven ochenta y ocho.

- Piel. : en la piel es donde se marcan los primeros signos del envejecimiento. La epidermis se atrofia, pierde lozanía, flexibilidad y suavidad; disminuye su tonicidad, su elasticidad se atenúa; la piel palidece o se amorena; al tacto, parece a la vez más seca y más fofa, está como apergaminada. Aparecen manchas pigmentadas y barros. Los mayores trastornos se producen o predominan en las regiones descubiertas de la epidermis, más afectadas por los factores externos.

- Cabello: el cabello encanece, se hace ralo y más fino, y en ocasiones se cae totalmente.

Aparato Respiratorio.

Se observa un deterioro progresivo e irreversible del aparato broncopulmonar en las personas ancianas. Sus consecuencias son: insuficiencia pulmonar, bronquitis crónica, enfisema, esclerosis pulmonar, extrema vulnerabilidad a las infecciones especialmente las gripales, aparición de insuficiencias cardíacas de las cavidades derechas del corazón. Las mucosas de la nariz, de la faringe y de la laringe son objeto de atrofia. Desde el punto de vista pulmonar, tenemos las sofocaciones al menor esfuerzo, la palabra a menudo jadeante, la tos frecuente y la frecuente necesidad de espectorar.

Aparato Cardiovascular.

El corazón tiene un aumento de la grasa sub-pericárdica, las valvulas se endurecen y su capacidad de unión es imperfecta, el endocardio aumenta de espesor. El ritmo es algo más lento y los soplos sistólicos son bastante frecuentes en el foco mitral y en el aórtico.

Comunmente se dice que al envejecer las arterias toman forma de "caña de pipa", por ejemplo al nivel de las sienas, la arteria temporal aparece sinuosa y dura, lo cual sin embargo, no quiere decir que haya disminuido su calibre, por el contrario con frecuencia aumenta.

El ritmo cardíaco permanece considerablemente constante a lo largo de toda la vida. La media es de unas 72 pulsaciones por minuto para el sexo masculino y de 76 pulsaciones para el femenino, aunque se observa una cierta disminución por la edad.

Aparato Digestivo.

La función digestiva no es ya, en una persona anciana totalmente idéntica a la de un joven. El envejecimiento se produce a todos los niveles; bucal, estomacal, intestinal hepático, pancreático. En la cavidad bucal las primeras alteraciones son dentales, la pérdida completa de los dientes obliga a masticar con las encías, y cada vez se hace más difícil de realizar a causa de la atrofia que la edad produce en las encías e incluso en los maxilares. La disminución de la secreción salival puede asimismo hacer más lenta la digestión en las personas ancianas. La mucosa gástrica sufre algunas modificaciones sin ser graves, pero algunas veces la aparición de una atrofia disminuye la secreción del jugo gástrico y sobre todo del ácido clorhídrico.

La mucosa intestinal se atrofia y se va haciendo cada vez menos apta para cumplir con su papel de membrana de intercambios, la digestión no es adecuada, se afina la musculatura de las paredes.

A partir de los 50 años, el hígado disminuye de volúmen y peso, aunque la función biliar apenas sufre modificaciones, el hígado pierde su facultad de transformar los azúcares.

El páncreas se atrofia, aunque su poder amilolítico y lipolítico apenas disminuye, no ocurre lo mismo con su poder proteolítico, de donde la peor asimilación de las proteínas y el aumento de una flora intestinal de putrefacción.

Aparato Locomotor.

Con la edad se presenta un debilitamiento progresivo de los músculos, que junto con el desgaste natural del tejido óseo contribuye a que la espalda se encorve y se comprima, con lo cual disminuye la estatura de la persona en un promedio de cinco centímetros tanto en los hombres como en la mujeres hasta los setenta años. En contraste, los cartílagos y huesos de la cabeza crecen con la edad a un ritmo entre cinco y ocho milímetros cada diez años aunque el cerebro reduce su volumen.

Con el envejecimiento los músculos sufren tres tipos de trastornos: la atrofia, la disminución del tono y de la caída de la fuerza muscular. Las articulaciones pierden su movilidad y su fuerza, con la edad se convierten en sede de lesiones degenerativas y de reumatismos crónicos.

Uñas y Dientes.

Las uñas crecen más lentamente con la edad. A los --- veinte años crecían a razón de 0.94 milímetros por semana, mientras que a los sesenta crecen a una velocidad de 0.71 milímetros en el mismo período y este ritmo va disminuyendo gradualmente, hasta que a los setenta años crecen a un ritmo de 0.60 mm. por semana.

Respecto a los dientes, la principal causa de su deterioro y pérdida con la edad es la disminución de la capa de dentina. Así en promedio se pierden siete dientes a los cincuenta años, ocho a los sesenta y diez a los setenta -- años.

Organos Sexuales.

Aparato genital femenino: los ovarios sufren una atrofia total que los transforma en un verdadero bloque fibroso. Algunos años después de la menopausia, puede encontrarse todavía algunos folículos primarios o secundarios degenerados que tienen tendencia a transformarse en quistes. - En el ovario senil sólo se encuentran: cuerpos fibrosos y producciones blancas; el tejido conjuntivo reemplaza a las células sexuales. No es posible el embarazo.

Aparato genital masculino: la alteración más importante se refiere a los conductos seminíferos; la túnica externa sufre una esclerosis progresiva con aumento del tejido colágeno y degenerescencia de las fibras elásticas; los -- elementos seminíferos son reemplazados progresivamente por el tejido conjuntivo: estos trastornos pueden presentarse muy precozmente; en 1/3 de los casos antes de los setenta

años y 5/6 después de los setenta.

Por lo que respecta a la espermatogénesis, en más de la mitad de los casos, los testículos y los canales contienen en abundancia espermatozoides después de los setenta años. Señalemos que el número de anomalías en los espermatozoides no aumenta con la edad.

El apogeo de la vida sexual se sitúa entre los 20 y los 45 años. La capacidad reproductora del hombre no sufre durante este período ninguna modificación notable. Su comportamiento sexual cambia muy poco. En cuanto a la regularidad de los ciclos menstruales en la mujer, suele permanecer estable hasta la menopausia. Sólo después de este período disminuye progresivamente la actividad genital hasta los 75 - 80 años.

Aspectos Psiconeurológicos.

Los cambios en el organismo, que se han estudiado con mayor detalle en la edad avanzada, son los que corresponden al cerebro. Nuevas técnicas y un mayor entendimiento del mecanismo patológico básico se han facilitado el definir más adecuadamente algunas de las alteraciones del cerebro y otros desordenes secundarios que están asociados con la edad en los tejidos y órganos. Se han generado discusiones acerca de si los cambios en el cerebro de gente anciana son consecuencias "fisiológicas" del envejecimiento y cuales pueden ser patológicas.

La neuropatología del anciano es inevitablemente un tópicó complejo que se dificulta más por la variedad de tipos de células y la heterogeneidad de los tejidos afectados, así como también por la diversa naturaleza de las en-

fermedades que pueden ser consideradas.

Las lesiones encontradas en cerebros de gente anciana saludable y aparentemente normal han dado datos básicos a la gerontología y han provocado discusiones acerca de sus causas, severidad y distribución. Hay cambios externos como son el engrosamiento gradual de la dura y leptomeninges. De los cambios internos, los que más comúnmente se presentan en el cerebro son los que corresponden a los ganglios basales y a los del sistema ventricular, dentro de los cuales se van acumulando sustancias en las células cerebrales. Particularmente, las neuronas son de mayor consideración - patológicas ya que en ellas se presentan alteraciones que dan forma a cierto tipo de demencia, como la enfermedad de Alzheimer y que son indicios de la senescencia.

La Demencia del Envejecimiento.

En el cerebro del hombre anciano, se presentan cambios tanto a nivel macroscópico como microscópico. Algunos son comunes, aparecen en el inicio de la vida y según su distribución pueden ser considerados como "patológicos" en el sentido de indicar un proceso de enfermedad. Además, el interés práctico en estas alteraciones estriba en la posibilidad de que sean causas de enfermedades neurológicas y psiquiátricas en el anciano (Dyan, 1972). Desafortunadamente lo patológico y la disminución de estudios clínicos que lo estudian son condiciones que se han complicado y confundido con la falta de especificaciones cualitativas de muchas de las lesiones patológicas y desórdenes clínicos observados como cambios superficialmente similares encontra-

dos en gente anciana normal y en los de demencia senil llamada enfermedad de Alzheimer.

Al considerar los aspectos patológicos de la demencia en el envejecimiento es necesario distinguir entre los que se deben a procesos exógenos tales como traumas, enfermedades vasculares, infecciones del cerebro y otras alteraciones patológicas y aquellos asociados a procesos degenerativos restringidos al cerebro.

En la demencia senil el cerebro muestra un moderado - pero variable grado de atrofia, usualmente pasando entre - 1000 y 1100 gr. En pacientes jóvenes con enfermedad de --- Alzheimer el cerebro pesa menos de 1000 gr. y la atrofia - es más marcada en las regiones frontales, occipitales y -- temporales. La más importante diferencia entre demencia -- senil y senescencia es cuantitativa, pues se considera que hay un número mayor de lesiones presentes en la demencia senil (Dayan, 1970). Shorander y Sjören (1970) y Tomlison (1970), señalan que todas las áreas de la corteza cerebral en cerebros de pacientes con demencia senil muestran mu-- chas más placas calcáreas y conglomerados de neuronas que los sujetos control normales, de la misma edad. También -- existe la posibilidad de que las últimas causas de las dis-- funciones cerebrales sean las perturbaciones asociadas de las conexiones entre neuronas cerca de la unión de sinap-- sis (Gonatos y Gambetti, 1970), y tal vez los presuntos -- desórdenes del transporte interneuronal también participen en las disfunciones cerebrales (Terry, 1971).

La etiología de la demencia senil y de la enfermedad de Alzheimer no es conocida. La ocurrencia de las sorpren-

dentés lesiones patológicas en el envejecimiento aparentemente normal ha llevado a la especulación de que se deben al "envejecimiento prematuro" o a una "abiotrofia", hipótesis que hasta el momento han sido estériles.

La enfermedad de Pick es un caso muy poco usual de demencia presenil que clínicamente se caracteriza por una demencia progresiva severa, signos de lesiones corticales locales y por severas atrofas cerebrales localizadas.

La rareza de este trastorno dificulta su estudio y lo que se conoce es que las severas lesiones de los lóbulos temporales resultan en perturbaciones de la memoria y afasia, el daño de los lóbulos parietales lleva a dislexia y anorexia y su etiología igual que en los casos anteriores, es desconocida.

Algunas de las enfermedades "degenerativas" de los ancianos como arterioesclerosis, osteoporosis, esclerosis pulmonar y neoplasias son consideradas físicamente separadas de las entidades patológicas. Su etiología se estudiaba independientemente del "envejecimiento fisiológico" de los tejidos u órganos involucrados, pero como es difícil establecer donde se inicia el envejecimiento normal y donde el patológico, se hace necesario hacer una distinción entre los cambios que suceden con el tiempo y las diferencias individuales.

De todas las definiciones hasta ahora dadas, no hay una completa aceptación de lo que es el "envejecimiento", sin embargo el común denominador de las definiciones de envejecimiento biológico es el factor tiempo. Esto permite hacer una distinción entre envejecimiento primario y secundario.

dario. El primero se refiere a los procesos biológicos que no dependen del tiempo, y el segundo se refiere a la disminución de habilidades que resultan de varias disfunciones en el organismo, lo que incrementa la probabilidad de muerte. El momento de muerte y el máximo de supervivencia está determinado genéticamente en todas las especies. Además, el fenómeno de envejecimiento de éstas, puede ser conceptualizado en la estructura de una teoría de sistemas. Un sistema puede ser definido como una ordenación dinámica de las partes y procesos establecidos en una relación mutua. Los organismos vivientes complejos son sistemas abiertos que funcionan a través de la transferencia de energía, y solamente en ellos se encuentra el fenómeno de la senescencia, la cual puede ser conceptualizada como una declinación en la propulsión libre de energía en el tiempo. La eficiencia en un sistema en la transferencia de energía biológica refleja su habilidad para existir en un ambiente.

Considerando hasta aquí lo mencionado, se puede observar que la eficiencia en la transformación de energía biológica y la habilidad de supervivencia disminuyen conforme el organismo envejece. Para los objetivos de la presente exposición se considerará que el envejecimiento es la disminución progresiva de capacidad fisiológica y funciones en el organismo, aún cuando se refiere a la disminución de habilidades que resultan de varias disfunciones en el organismo, lo que incrementa la probabilidad de muerte. El momento de muerte y el máximo de supervivencia está determinado genéticamente en todas las especies. Además el fenómeno de envejecimiento de éstas, puede ser conceptualizado

en la estructura de una teoría de sistemas. Un sistema puede ser definido como una ordenación dinámica de las partes y procesos establecidos en una relación mutua. Los organismos vivos complejos son sistemas abiertos que funcionan a través de la transferencia de energía, y solamente en ellos se encuentra el fenómeno de la senescencia, la cual puede ser conceptualizada como una declinación en la propulsión libre de energía en el tiempo. La eficiencia en un sistema en la transferencia de energía biológica refleja su habilidad para existir en un ambiente.

Considerando hasta aquí lo mencionado, se puede observar que la eficiencia en la transferencia de energía biológica y en la habilidad de supervivencia disminuyen conforme el organismo envejece. Para los objetivos de la presente exposición se considerará que el envejecimiento es la disminución progresiva de capacidades fisiológicas y funciones en el organismo, aún cuando la distinción entre declinación biológica relacionada con la edad y las enfermedades específicas prevalentes en la vida tardía, no siempre sea clara.

LA SALUD EN EL ANCIANO.

Podemos considerar que la salud es la habilidad de mantener un estado estable y un equilibrio dinámico entre uno mismo y el ambiente, aún cuando sucedan cambios en este, esta habilidad es llamada homeostásis o principio de constancia, el cual se puede ver alterado por la presencia de enfermedades y por el proceso de envejecimiento.

Bier (1974), considera que el envejecimiento y la en-

fermedad no son sinónimos, aunque por lo común los viejos sean los más enfermos y resume sus consideraciones generales acerca del envejecimiento en los siguientes puntos:

- 1.- El envejecimiento es un proceso normal, parte de la -- secuencia de un desarrollo total en todo el ciclo de vida.
- 2.- Desde un punto de vista fisiológico, algunas funciones tales como las propias de la sangre se mantienen en la vejez.
- 3.- En los sistemas fisiológicos se presenta una reducción de funciones con la edad.
- 4.- Hay notorias diferencias individuales en los efectos -- de la edad.
- 5.- La edad afecta en forma diferente a distintos sistemas orgánicos.
- 6.- Los cambios con la edad en las sustancias celulares -- son mínimos.
- 7.- Conforme se avanza en la edad, el envejecimiento de un organismo se caracteriza por una reducción en las habilidades físicas e intelectuales. Una parte de esta reducción -- en las habilidades puede ser atribuída a la, pérdida de las células y unidades de funcionamiento en distintos órganos del cuerpo.
- 8.- Al incrementar la edad, las respuestas fisiológicas y el ajuste al stress disminuyen y se presentan en forma más lenta que en los jóvenes.
- 9.- Con la edad disminuyen los impulsos sensoriales en calidad y cantidad.
- 10.- El envejecimiento es un reflejo del desajuste en la sensibilidad y adecuación de muchos mecanismos de control

fisiológico.

11.- Los factores ambientales pueden influir en el patrón genético básico del envejecimiento.

12.- Hay necesidad de más información en los mecanismos -- fisiológicos y biológicos del envejecimiento.

Hasta el momento se han revisado brevemente algunas teorías biológicas del envejecimiento, se han descrito los cambios que sufre el organismo al envejecer, así como algunas diferencias biológicas entre los ancianos y los jóvenes; por lo que en el siguiente capítulo se revisarán brevemente los aspectos del envejecimiento.

" D O S V I E J O S "

Dos viejos en la playa platicaban
sin saber que yo cerca, les oía.
¡Si vieran la pareja que formaban;
sentados frente al mar...y anocheecía.

Uno hablaba de un barco que tenía,
domador de las grandes olas bravas,
de los peces que entonces recogía:
y el otro, silencioso, le escuchaba.

Contaron sus hazañas, sus alardes
y así fueron los dos, matando el rato.
¡Abuelo...vamonos que va es tarde...!
una niña acaba con los relatos.

"Adios...Hasta mañana...si Dios quiere".
y mañana será como pasado,
como ayer, como hoy y como siempre...
y se fuerón cada uno por su lado.

Dos viejos en la playa platicaban... (bis)

CAPITULO II : ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ.

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los periodos que se considera más crítico de la existencia humana es el de la vejez, la cual no es una etapa autónoma, sino que es parte del desarrollo de toda la vida pasada y de la herencia. La vejez no solo se manifiesta a nivel individual sino que también puede caracterizar a toda una población.

La vejez en una población, se origina gracias a las aportaciones de la medicina, debido a que prolongan la vida y mejoran la calidad de la misma; por la disminución de la natalidad y de la mortalidad; por la reducción del nivel de productividad, de las guerras y de las migraciones. En realidad todos estos factores han actuado durante los últimos siglos dentro de los mecanismos sociales de producción y distribución que conforman una cultura, una forma de vida y una estructura familiar que provoca a su vez como resultado el incremento en la proporción de ancianos en la sociedad. Para los demógrafos, el envejecimiento consiste en el aumento en la proporción de las personas de edad en una población y no en el aumento de su número.

El envejecimiento en los individuos:

Existen importantes diferencias en la duración de la vida y por lo tanto en la vejez, en función de variables tales como el sexo, la clase social o la profesión.

Casals (1982) reporta que la organización mundial de



la salud considera a las personas de entre 60 y 74 años como personas de edad, a las de 75 a 90 años viejas o ancianas y a las de más de 90 años como muy viejas. Algunos sociólogos opinan que depende de las actividades o aspectos del individuo que puedan considerarse se deberá utilizar una edad u otra como criterio para calificar a un individuo como anciano o no. En este caso habrá que hablar de vejez en términos laborales, vejez en términos sanitarios etc. Casals considera que esas diferencias en los criterios pueden complicar la investigación sobre la vejez, dificultando la comparación entre estudios, y considera como ancianos a las personas de 65 años, más porque parece existir un consenso entre diferentes autores, sobre esta edad, que por otra cosa, (de hecho no fué posible encontrar investigaciones en las que se analicen los criterios para elegir la edad de 60 o 65 años como el inicio de la vejez).

IZT. 1000334

Aspectos ideológicos del anciano y la sociedad:

Las sociedades humanas se organizan en base a valores religiosos, morales e ideológicos que, independientemente de lo que piensa un individuo particular, se imponen como los valores oficiales y por tanto socialmente verdaderos. Los grupos dominantes han sido los que tradicionalmente han impuesto o adoptado el contenido de dichos valores a sus conveniencias. La definición de anciano no ha sido la excepción a ésto, ya que la especificación de características de

la ancianidad ha estado influida por la ideología dominante en un momento dado y en el lugar en el que surge la propuesta de su definición.

La ancianidad como problema es un fenómeno que se observa en los países industrializados, no porque la industria - sea la causa, sino porque gracias a ella se generan mejores condiciones de higiene y se favorecen los descubrimientos de la ciencia médica que aumentan el tiempo de vida.

Parece ser que la ancianidad como problema tiende a referirse más a varones viejos que a mujeres. Esto podría deberse a que el valor máximo de la sociedad es la productividad, ya que en base a ella se mide y se exalta al individuo es tan importante un alto nivel de productividad que constantemente se estudian distintos métodos para conseguir que el rendimiento sea máximo en un tiempo mínimo.

En sí, los problemas político-sociales de la vejez, se refieren casi siempre a viejos pobres. El viejo al que generalmente se considera problemático es el perteneciente a los estratos bajos y medios de la sociedad; la diferencia de clases se evidencia cuando se observa que no son los mismos problemas los que se presentan en un viejo rico y en un viejo pobre, por ejemplo, los problemas de salud del viejo rico no parecen ser tan graves como los del viejo pobre, ya que cuenta con muchos más medios económicos y materiales para cuidarla. Por otra parte, Casals indica que las cifras de mortalidad son mayores para los varones pobres, lo cual en

general, podría indicar que incluso hay diferencias en la -
problemática de vida del anciano pobre y la anciana pobre.

La tercera edad resume, acentuándolas, todas las desigualdades sociales ya que la vejez depende de lo que ha sido la vida activa, de las privaciones, de las preocupaciones y de la pobreza, que son características de esa vida activa que ayudan a envejecer.

El sistema de valores impuesto por la ideología dominante, con respecto a la productividad del individuo, tiene características que ponen al anciano en contradicción con el sistema en que vive, pues de hecho el valor del ser humano - puede medirse en dinero y la mayoría de las veces así se -- hace.

Así, desde el nacimiento hasta los veinte años el valor del individuo aumenta, porque lo que se gasta en él es como una inversión que luego producirá un beneficio. A los veinte años el individuo llega a su valor máximo, ya que tiene toda su capacidad productiva por delante. A los cuarenta y cinco años su valor es cero ya que ha partir de ese momento por lo general, todo lo que produzca lo consumirá él mismo posteriormente.

En el momento de la jubilación el valor negativo de la persona es máximo ya que no va a producir más y en cambio - si va a consumir, la muerte restaura el equilibrio en el -- punto cero.

Cuando el individuo se jubila, además de ya no ser pro

ductivo puede darse cuenta de que se le considera viejo y sentirse inútil al verse a sí mismo como una carga para la sociedad, en el sentido de que ya no aporta nada a ella. -- Bajo estas condiciones es inútil adornar las formas de hablar del derecho al merecido descanso, de venerar la "exelsa figura del hombre que ha llegado a la cumbre de la vida alcanzando el don de la experiencia, del consejo y la bondad". La realidad es que el anciano representa una carga y se procura que para la sociedad dicha carga pese lo menos posible.

Casals hace notar que un breve análisis del texto anterior muestra que el mismo es claramente ideológico, pues intenta hacer llegar a la población ideas y conceptos que ha fuerza de repetirlos sean aceptadas por todos como válidas.

Un análisis no muy profundo de lo que en una sociedad se dice y lo que en realidad se hace en relación al tema de los ancianos, permite descubrir grandes contradicciones del sistema social, que trasciende el tema de los ancianos en sí mismo.

El sistema social inculca a la población que vale lo que produce y paralelamente, en la actual coyuntura occidental, dicho sistema no deja producir ni a los ancianos, ni a un gran número de mujeres y de jóvenes. Estos tres grupos de personas son los que no pueden integrarse a un sistema aunque vivan y sean producto de él, de ahí que se propicien movimientos de desencanto social, que sin ser necesariamente violentos pugnan por mejores condiciones de vida, y una mejor

atención al anciano.

Trabajo y jubilación en el anciano:

En la sociedad se llama viejo a aquellos que como grupo social se retiran del mundo productivo y tiene que alimentarse sin trabajar. Para Burns y Brown (), el trabajador viejo puede ser definido en términos de su edad biológica o la del calendario. La primera es una definición fisiológica y representa una medición compuesta de capacidades físicas. La segunda es una definición cronológica, que asume una correlación entre capacidades físicas y "x" número de años cumplidos, así un trabajador será viejo o no según la definición que se le aplique. Casals (1932) aclara que la edad de entrada a la ancianidad no puede fijarla el investigador en función de las necesidades de su estudio, sino que vienen marcadas por causas socioeconómicas, como son la estructura familiar del anciano, el momento de la jubilación, etc.

Por jubilación se entiende la interrupción, por lo general de una manera brusca, de la actividad laboral o profesional desarrollada durante la vida o una parte importante de ésta, en base a la edad cronológica del individuo. El elemento definitorio básico para la jubilación es la edad y no la condición física o psicológica del trabajador.

Cuando a una persona se le jubila se concreta en ella la contradicción básica existente en la sociedad entre lo -

ideológico y lo irreal. Por un lado se le dice al anciano - que ha llegado la hora del 'merecido descanso', que ya ha -- trabajado lo suficiente y también más sutilmente, que ya ha dado a la sociedad lo que tenía que darle y que ahora toca el turno a los más jóvenes. El individuo por lo general tiene de creer todo esto, pues parece ser su mejor consuelo. -- Por otro lado el jubilado sabe y ve que en la sociedad se -- le aparta del mundo de los que valen.

En la práctica, el abandono brusco de toda actividad - produce una sensación de aburrimiento, peligrosa para la integración física y psicológica de la persona, pues el deterioro, la inactividad y el aburrimiento por la monotonía generalmente lo conducen a la muerte en unos pocos años (Cassals 1982).

A nivel psicológico la jubilación a una edad fija y la falta de participación personal en otras actividades, parecen propiciar en la persona jubilada la idea de que a su -- edad no puede esperar alcanzar una buena condición física y emocional o un buen estado de salud en general.

A los ancianos se les puede considerar como un grupo - marginal en el sentido de que una de sus características es que la mayor parte de su existencia se ubica fuera del circuito de la producción y reproducción de bienes y servicios.

En la sociedad tal cual esta constituida, se confunden la productividad con creatividad. Se olvida que, en la medida de sus posibilidades, el anciano tiene todavía algo que -

crear, aunque su nivel de productividad de bienes y servicios sea inferior a la del joven.

Algunas investigaciones de laboratorio conducidas por psicólogos industriales para determinar la influencia de la edad en la productividad han permitido encontrar algunos principios como son:

- 1) Las personas ancianas son más lentas que las jóvenes para organizar nuevos datos y para actuar en terminos de nuevas tareas.
- 2) La persona anciana tiende a perturbarse cuando se requiere velocidad.
- 3) Las diferencias entre las ejecuciones individuales tienden a incrementarse con la edad.
- 4) Las destrezas industriales se pueden mantener hasta edades mucho más avanzadas que aquellas que pueden ser aprendidas con razonable velocidad bajo programas de entrenamiento.
- 5) Los ancianos se sienten mejor en grupos pequeños que en grupos grandes.
- 6) Los estudios de ejecución de alguna actividad deben considerar métodos de cambio asociados a los cambios de nuevas actividades para los ancianos.
- 7) La medición de funciones motoras simples y funciones sensoriales tienen poco significado para la predicción de la ejecución en actividades industriales complejas.

En una investigación del ISSEMYM () se observó que con la edad aumenta el gusto y regularidad en un ritmo de trabajo y un método, puntualidad, atención concentrada -

y vigilancia, buena voluntad, disciplina, prudencia, paciencia y trabajo bien terminado. Se encontró que disminuye el ausentismo, la vista, el oído la fuerza, la precisión manual, la robustez, la diligencia, la energía, la iniciativa, el dinamismo y la sociabilidad.

Los investigadores del ISSEMYM realizaron entrevistas a 180 hombres y 100 mujeres jubilados de la ciudad de Toluca, observando los aspectos que permiten aproximarse más al conocimiento de un diagnóstico psicológico y social del jubilado, como la edad el sexo, escolaridad, estado civil, trabajo, contexto familiar, estado civil actual y sus características psicológicas como son los trastornos de la memoria, percepción, lenguaje, pensamiento, relaciones interpersonales, desorientación espacio-temporal, problemas psicomotores, emocionales y deterioro de la personalidad.

* En las 280 entrevistas de los jubilados se observó que las actividades de los jubilados están muy reducidas y que gran parte de su tiempo transcurre en su casa o en la habitación donde vive. Sus actividades por lo general son arreglar la casa, tejer, leer, ver televisión o cuidar a los nietos, casi no se indican actividades recreativas fuera del hogar tales como viajes, cine teatro, etc.

Los jubilados que tienen un nivel profesional o docente continúan con lecturas, su horario es muy peculiar, duermen temprano y se levantan temprano. En este caso, la mayoría seguía aportando económicamente a la familia donde vivía, sacando de sus pensiones.

Las limitaciones de las actividades de los ancianos llevan a que su relación interpersonal esté caracterizada

matrimonial. Además la familia -padre, madre, hijos- cumplen hoy funciones que en otros tiempos estaban a cargo de la familia externa, como son el cuidado de los niños y de los ancianos, el mantenimiento de la casa, la absorción de las tensiones individuales, etc. La única función que se le atribuye al anciano en este esquema es pasiva, la de ser atendido. Con ello el esquema familiar propuesto no abandona a los ancianos, pero tampoco les asigna ninguna función concreta.

En el segundo enfoque se analiza el tema desde una perspectiva de clase social. La familia tradicional tenía como función importante la transmisión del patrimonio. Esta función incluso dentro de un esquema familiar nuclear -sigue siendo importante entre la burguesía, lo que permite hablar de dos tipos de ancianos; los que tienen patrimonio y los que no lo tienen. Como ya se ha sugerido anteriormente, el anciano rico no es personalmente objeto de preocupaciones excepto por los problemas que afectan a su salud. En los grupos sociales pobres, la misma necesidad de sobrevivir alejaba a los hijos del hogar paterno. Hoy cabe pensar más en una familia extensa emocional en la que cada núcleo vive independientemente, pero existe una relación afectiva, a pesar de la separación física que existe. Aparte de esta función básica de la familia, ésta forma parte de los mecanismos de inculcación de la ideología dominante. Desde esta perspectiva marxista la población anciana tampoco cumple una función clara.

→ Encontramos que tanto en uno como en otro esquema el papel del anciano dentro de la familia no está definido. -

En las familias de personas maduras, que ya no tienen hijos les quedaría la función de ser una unidad de consumo en la que la sociedad puede estar interesada y la función de integración matrimonial que a nadie afecta. La capacidad de consumo de los ancianos es por el momento limitada y quizá por ello nadie se ha preocupado hasta el momento de las familias ancianas a nivel teórico, ya que en nada intervienen en la marcha de la sociedad, ni en las formas sociales de producción.

Cuando el anciano se queda en el campo con algunos de sus hijos el problema vital y familiar no es grave. Posiblemente es suplantado en su papel de jefe de familia en la medida en que pierde fuerza y energía para dirigir la actividad y queda relegado a un segundo lugar. No obstante los problemas vitales que ello puede representar, con frecuencia ese es un proceso lento y en cualquier caso no hay un salto brusco de la actividad a la inactividad.

La situación que afecta a más ancianos y la más corriente es la del envejecimiento dentro de la ciudad. Al tiempo que la persona envejece desaparece su actividad laboral, sus hijos abandonan el hogar, su domicilio se deteriora y con frecuencia cuando llega la jubilación se crea una dependencia. Su salud empieza a ser más delicada y quizá pierda a su cónyuge.

La producción capitalista adapta la estructura familiar a sus necesidades productivas. El varón debe mantener a su mujer y a sus hijos, a los que debe preparar para integrarse en el proceso productivo. Este esquema deja completa libertad al hijo, quien organiza su existencia separada

mente. No existe obligación de atender al padre en su vejez. No hay tampoco ningún papel importante reservado al anciano. Teóricamente es el Estado quien debe velar por él.

Para Crandall (1980) y Levigstone (1974) el monto de los ingresos de los ancianos jubilados, determina el tipo de vida que llevarán y la forma en que se enfrentarán a su medio, pues según ellos, el que un anciano se sienta desplazado de sus actividades devalúa la imagen que el anciano tiene de sí, y con la jubilación pierde muchas oportunidades que lo motiven a realizar algo más, si llegan a presentar alguna forma de depresión, aunque no por esto se está indicando que la jubilación sea la única causa de depresión en el anciano.

El haber vivido en una familia desintegrada puede propiciar en el anciano una falta de habilidades para integrarse a un grupo, puede propiciar en su matrimonio la presencia de conflictos familiares, etc., Kent (1975 c) (citado por Crandall 1980 pg 186) considera que los problemas de falta de actividad laboral y los prejuicios sociales que hay sobre el anciano son algunos de los numerosos factores que también influyen tanto en la expresión sexual como en la estructura familiar del anciano, e incluso considera que los factores más importantes que influyen en el 90% de los problemas sexuales del anciano son de origen psicosocial. Es por lo antes mencionado, que el hecho de haber vivido en épocas de gran inestabilidad familiar, debe ser tomado en cuenta para entender la problemática que viven los ancianos y las tendencias de búsqueda de seguridad de parte de la mayoría de los jubilados y de los ancianos en general. Así

pues, tambien hay que considerar otros factores de tipo social, como son la estructura familiar, el estado civil, la situacion laboral, e incluso algunos otros como son, los años de estudio de los ancianos, y los avances tecnologicos en las industrias, que son factores que pueden influir las reacciones psicologicas de los ancianos (U. Lehr 1980).

En los siguientes capitulos se reportaran algunas de las investigaciones en la psicologia del anciano y se analizaran brevemente algunos de los factores antes mencionados, que pueden tener alguna importancia psicologica para los problemas de depresion y sexualidad en el anciano.

" M I V I E J O "

Es un buen tipo mi viejo
que anda sólo y esperando
tiene la tristeza larga
de tanto venir andando.

Yo lo miro desde lejos
pero somos tan distintos
es que creció con el siglo
con tranvía y vino tinto.

Viejo mi querido viejo
ahora ya caminas lerdo
como perdonando el viento
yo soy tú sangre mi viejo
soy tú silencio y tú tiempo.

El tiene los ojos buenos
y una figura pasada
la edad se le vino encima
sin carnaval ni comparza

Yo tengo los años nuevos
y el hombre los años viejos
el dolor lo lleva dentro
y tiene historia sin tiempo

Viejo mi querido viejo
como perdonando el viento
yo soy tú sangre mi viejo
soy tú silencio y tú tiempo

Yo soy tú sangre mi viejo
soy tú silencio y tú tiempo.

CAPITULO III. DEPRESION Y CONDUCTA SEXUAL EN EL ANCIANO : ALGUNOS ENFOQUES.

Enfoque Psiquiátrico.

En la Psiquiatría se considera que es posible entender un fenómeno clínico desde su causalidad, en la cuál es preciso disponer de antemano del conocimiento y de las condiciones necesarias y suficientes para producir el fenómeno clínico observado. Así pues, el dominio de la causalidad está dado por "los elementos integrantes de la estructura orgánica y la conciencia" .

Según los psiquiatras cuando la alteración de la función cerebral da nacimiento a la alucinación o al delirio, entonces el conjunto de experiencias internas del individuo connota el contenido de muchas alucinaciones o delirios, un contenido que siempre es individual y específico según la biografía que conforma la vida del sujeto.

Con respecto al envejecimiento aún en nuestros días es difícil diferenciar el envejecimiento "sano" del envejecimiento "patológico", actualmente la mayoría de las investigaciones tienden a definir o describir ese proceso -- partiendo de los marcos teóricos de la Biología y Fisiología desconociendo los aspectos psicológicos de la vejez. Estos según la geropsiquiatría, pueden ser entendidos si se reconocen las diferentes necesidades según se avanza en la edad. De esa forma el anciano "sano" es aquél que aún -- puede satisfacer por sí mismo esas necesidades, ya que ha satisfecho esas necesidades puede olvidarse de sí y pensar en los demás.

En la práctica de la psiquiatría y la psicología se ha observado que las depresiones son más frecuentes en la senectud que en cualquier otra edad, esto se atribuye a -- que con la edad disminuye progresivamente la capacidad de vivencias placenteras (comida, sexualidad, música, actividad corporal.) y aumenta la inseguridad personal./

En sí, la palabra depresión tiene un gran número de -- implicaciones de distinto significado en la teoría y la -- práctica de la psicología y la psiquiatría. En México la -- Sociedad Mexicana de Graduados de Psiquiatría realizó en -- 1963 un simposium que trataba los problemas de la depre--- sión y se encontró que no se manejaban los mismos concep-- tos. Así, bajo estas condiciones/la depresión quedaba cong-- tituida como un problema conceptual que puede ser enfocado desde diferentes puntos de vista./

En 1980, M. Strevilevich publicó una ponencia en la -- que reporta que no obstante las diferencias entre psiquia-- tras, hay algunos puntos en los que existe consenso acerca de las depresiones en la vejez, como son:

- 1.- Tanto en los viejos como en los jóvenes son frecuentes los síndromes depresivos endógenos. (orig. -- [unclear])
- 2.- En el anciano existe una relación estadística entre el estado de salud física y el comienzo de cuadros depre-- sivos.
- 3.- Aunque entre los arterioescleróticos se presente la -- depresión con relativa frecuencia, no hay relación cau-- sal entre esas condiciones.
- 4.- El suicidio por estado depresivo suele ser más frecuen-- te entre los ancianos y según algunos ancianos que tu--

vieron intentos fallidos, lo hicieron para eliminar aquella vivencia insoportable que la imaginación consideraba como eterna.

- 5.- Algunas depresiones constituyen la primera manifestación de un síndrome parkinsoniano a la que se unirán posteriormente el temblor y luego la rigidez.
- 6.- Hay psicosis maniaco-depresivas cuya primera fase depresiva puede aparecer durante el envejecimiento, mientras que los estados maniacos pueden presentarse durante toda una vida catalogada culturalmente como de personas trabajadoras.
- 7.- Hoy se puede detectar mejor las pseudodemencias y las pseudodepresiones y los cuadros de depresiones que simulan demencias, pueden mejorar rápidamente con electrochoques.

La psicoterapia de la depresión debe ajustarse en sus técnicas, plazos y objetivos a las modalidades de cada tipo de depresión y a cada paciente, de ahí la necesidad de versatilidad en las habilidades del terapeuta.

La depresión en el anciano según la psicología fenomenológica y cognitiva.

En la psicología fenomenológica se considera que "el mundo circundante" del anciano se ve reducido por todos los cambios que sufren los órganos de los sentidos en la edad avanzada. Es decir, el campo que mira el anciano pierde siempre interés y reduce horizontes conforme se avanza en edad (Patiño, 1980).

Desde un punto de vista existencial, el mundo del vie

jo gira básicamente sobre este aspecto: "mundo existencial tranquilo y mundo existencial con aflicción". En este punto, la muerte como idea y como fenómeno inevitable no juega un papel importante en el mundo tranquilo, se ubica mejor en "el mundo existencial de la aflicción", siendo esta idea la pauta rectora del resto de la vida del anciano y lo que determina el contenido Psicológico de ella.

U. Lehr considera, que el desarrollo debe concebirse como un conjunto de cambios vivenciales (qué piensa y siente la persona) y de conducta, como un continuo temporal -- del curso de la vida diaria del individuo, así la personalidad es una configuración constantemente cambiante de pensamientos, sentimientos y acciones que tienen lugar en el entorno social o que persisten toda la vida. Lo anterior, según Lehr, podría indicar que la psicología ha de partir de la base de la comparación de la conducta en tres esferas temporales: A) el acto aislado; B) el curso diario; y C) el curso de la vida. Estas esferas temporales facilitarían la comprensión de la evolución de una alteración psicológica, evolución que no siempre se observa en una evaluación psicológica aún con instrumentos estandarizados.

Según U. Lehr (1977) el envejecimiento es un proceso de cambio" que se desarrolla tanto en el ámbito biológico y fisiológico, como en la áreas social y psicológica. Ella dice que generalmente en la investigación sobre el envejecimiento se olvida que tales cambios no afectan específicamente a las funciones corporales sino también a las funciones intelectuales, afectivas, emocionales y conductuales, así como a las estructuras sociales en las que vive el an-

ciano. Para ella el objetivo de las investigaciones gerontológicas debe ser el proceso entero de envejecer y no tan sólo la edad avanzada.

En la psicología cognocitiva se considera que el desarrollo de una alteración psicológica como la depresión, se puede iniciar cuando una persona se ha sensibilizado demasiado a cierto tipo de situaciones en la vida diaria, tales como la muerte de parientes, el rechazo por parte de los padres, etc. y que esas experiencias predisponen al individuo a reaccionar con una sobre sensibilización emocional a situaciones análogas en su vida tardía.

El estudiar el fenómeno de la depresión lleva a observar que los pacientes tienen sentimientos de encuentro consigo mismo, en los que se expresan ideas repetitivas de devaluación tales como: "mi familia me ignora", "mi cuerpo se está acabando", "ya no tengo futuro", etc. En un estudio sobre pacientes deprimidos, se encontró que éstos presentaban pensamientos distorcionados e ilógicos respecto a su autoestima (Beck, 1963) y que esas aberraciones del pensamiento incluían abstracciones selectivas, inferencia arbitraria y magnificación de los hechos.

Beck (1974), dice que hay numerosos reportes clínicos e investigaciones que están de acuerdo en que pueden identificarse los siguientes eventos precipitantes de la depresión: la perturbación de una relación con una persona, pérdida de pasatiempos y ocupaciones, fracaso en lograr una meta, reveses económicos, alteraciones físicas inesperadas y disminución del estímulo social o reputación. Cuando tales eventos son contruídos o conceptualizados como una --

substracción del dominio personal y propician la depresión se les llama entonces eventos precipitantes. /

Beck propone la siguiente tabla, en la que esquematiza los cambios que hay de un estado normal o saludable a uno depresivo ante diferentes eventos.

T A B L A .
CAMBIOS DE ESTADO NORMAL A DEPRESIVO.

ITEMS	C A M B I O S	
	ESTADO NORMAL	ESTADO DEPRESIVO
ESTIMULOS	RESPUESTAS	
.Objeto amado	Afecto	Menos emoción,aversión
.Actividades favoritas	Placer	Aburrimiento
.Humor	Diversión	Aburrimiento
.Nuevas oportunidades	Entusiasmo	Indiferencia
.Estimulos novedosos	Curiosidad	Falta de interés
.Maltrato	Cólera, ira	Autocrítica, tristeza
META O ESFUERZO	D I R E C C I O N	
.Gretificación	Placer	Evitación
.Bienestar	Ansiedad	Autodescuido
.Autopreservación	Supervivencia	Suicidio
.Hazaña, realización	Buen éxito	Retirada
	V A L O R A C I O N	
.Acerca de sí mismo	Realista	Desvalorizarse
.Acerca del futuro	Esperanzado	Desesperanzado
.Acerca del ambiente	Realista	Abrumarse

ACTIVIDADES BIOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS.	S I N T O M A	
.Apetito	Hambre espontánea	Disminución del apetito
.Sexualidad	Deseo espontáneo	Disminución del deseo
.Sueño	Tranquilo	Disturbio
.Energías	Espontáneo	Fatiga.

(Beck, 1974)

Hasta la fecha han sido estudiados ampliamente los síntomas de la depresión en personas mayores de 60 años, pero lo que ha faltado investigar han sido los componentes o síndromes de la depresión en el anciano, por ejemplo --- Guerland (1973), considera que las características sexuales forman un factor que propicia ciertos tipos de depresión, por su parte Radlofr y Ratl (1979), han mostrado evidencia reciente que sugiere que la mujer puede ser más susceptible a la depresión que el hombre. En base a lo anterior, Oltmac, Michal y Steer intentaron diferenciar la estructura de la depresión en hombres y mujeres mayores de 59 años, trabajaron con una muestra de 502 personas (173 hombres y 329 mujeres) con un rango de edad de 60 a 94 años. Un 83.1% eran blancos y 16.9% negros. El estatus marital fué de 43.3% casados, 4.2% divorciados, 4.6% separados 9.1% solteros y 38.9 viudos. Como instrumentos que usaron para medir la depresión se tiene el inventario Wakefield para la depresión.

Estos autores encontraron que efectivamente en la mujer vieja hay mayor puntuación de depresión que en el hombre viejo, que ambos tienen insatisfacción general y que -

en la mujer anciana los síndromes de la depresión son más diferenciados.

Punto de vista conductual acerca de la depresión.

Ordy y Brizzer (1975) consideran que mucha de la investigación de la conducta animal y humana ha sido explicada por leyes y teorías en términos de relación estímulo y respuesta sin referencia alguna a la base biológica de la conducta (organismo). De acuerdo a ésta visión E-O-R como variables que intervienen, los eventos psicológicos son inferidos de observaciones descriptivas de la conducta que ocurre en respuesta a estímulos ambientales, en lugar de descripciones introspectivas de la experiencia. Esta forma de conceptualizar los problemas psicológicos ha propiciado la realización de investigación experimental en la que se estudian las relaciones del organismo con su medio, además dichas investigaciones han generado estrategias de intervención o técnicas de tratamiento para distintos problemas psicológicos.

Edwards (1980), reporta algunos casos de investigaciones como el de Beltes y Zerbe (1975), quienes con estrategias de condicionamiento operante efectivo en conductas de autocuidado usando diferentes tipos de comidas como reforzadores para sujetos de 67 años. Baltés y Lascomd (1976), con otro diseño de ABA y empleando reforzadores sociales y fichas, lograron reducir la frecuencia del alboroto en sujetos de 80 años institucionalizados.

Mac Donald (1978), usando un diseño de ABAB, con verbalizaciones como reforzadores sociales (B) o ignorándolos (A) lograron incrementar la tasa promedio de verbalizacio-

nes adecuadas en pacientes geriátricos aislados.

Salter y Salter (1975), ampliaron una elaborada estrategia de orientación en la realidad y actividades cotidianas la cuál duró dos meses. Los sujetos fueron cuarenta y cinco hombres de 60 a 86 años, todos diagnosticados con -- síndrome cerebral orgánico y otros desórdenes. Con ellos -- lograron incrementar la participación cotidiana, la reo--- riantación de la realidad y las actividades recreativas, u sando como reforzadores dulces, cigarros y contacto social. Después de cuatro meses el número de pacientes considera-- dos como motivados alcanzó el 76% notándose además una me-- joría en la condición física de estos pacientes.

El aspecto más obvio de la depresión es una marcada -- reducción en la frecuencia de ciertas clases de activida-- des y un incremento en la frecuencia de otras, usualmente evitación y escape. Para Wolpe (1972) la definición clíni-- ca de depresión es: "un estado emocional con retardo en -- los procesos psicomotores y del pensamiento, así como sen-- timiento de culpa, autocrítica y desiluciones, sin embargo no se observa claramente la forma en que una persona depri-- mida se relaciona con su medio, ni que conductas específi-- cas las caracterizan." Para Fester (1974) en la persona de -- primida la actividad sexual y del comer se hacen menos gra-- tificantes que en un principio. En la persona deprimida, -- según él, la actividad sexual puede ser menos reforzante, quizás porque hay disminución de los componentes sociales y verbales implicados en ella. La persona deprimida no cuen-- ta con repertorio conductual adecuado para interactuar con su medio y el objetivo de la terapia para dicha persona se

ría el disminuir aquellas conductas que consistentemente - le generen al anciano consecuencias negativas y establecer le un repertorio que le genere consecuencias positivas.

La depresión puede ser definida funcional o topográficamente. Una descripción topográfica del repertorio de una persona deprimida, según Fester, no la distingue de una persona normal pues algunas de las conductas de una persona deprimida puede ser del repertorio conductual de una persona no deprimida. La persona deprimida se distingue de una que no lo es por un incremento relativo de frecuencia de ocurrencia de sus ejecuciones con las que va perdiendo reforzadores. Así, la depresión conviene definirla en base a su topografía. Para Fester, la frase "análisis funcional de la conducta" implica una descripción sistemática en la cuál la significancia de una actividad de la persona está conectada con la forma en que opera en el ambiente en ambas direcciones de la piel. Es decir dos ejecuciones conductuales no necesariamente podrían ser consideradas las mismas cuando se analizan funcionalmente porque su importancia conductual está íntimamente relacionada con la forma en que los reforzadores la mantienen.

Según Fester, en la psicología una interpretación es conductual porque los elementos componentes de la relación funcional entre ejecución y ambiente pueden ser descritos objetivamente, como podría serlo cualquier otro evento natural. Fester considera que es útil distinguir entre conducta sintomática y un análisis conductual del sujeto, ya que este análisis no necesariamente rechaza la autoevaluación del paciente como no conductual. La forma en que un -

paciente deprimido habla de sí mismo es una clase importante de información factual y no será conductual no objetiva cuando se le considera como síntomas o características patológicas del mismo.

Bajo las condiciones anteriores, la depresión clasificada como reactiva parece ser una categoría definida funcionalmente en lugar de topográficamente, ya que el común denominador entre personas deprimidas es el decremento en la frecuencia de muchas clases de actividades reforzadas positivamente.

Existen circunstancias en las que la depresión es una respuesta normal y adecuada a ellas, como por ejemplo cuando la persona que ha sufrido una pérdida o una privación grave presenta una depresión, que se desvanece pronto, conforme nuevos objetos o eventos suplantán lo que se perdió.

Para algunos terapeutas conductuales como Wolpe (19) una depresión es patológica cuando no se restaura la función adaptativa, cuando es excesivamente grave o demasiado largo en función de la privación que la causó o ha surgido fuera del contexto de pérdida o privación. Según él, existen tres grupos distintos de circunstancias en la que se observa la conducta depresiva:

- a) Como una exageración o prolongación de la respuesta normal ante pérdida.
- b) Como consecuencia de una respuesta de ansiedad intensa y prolongada.
- c) Como consecuencia de no poder controlar situaciones interpersonales, propiciando una impotencia de acción que se debe a los efectos inhibidores de la

respuesta de "ansiedad neurótica".

Por otra parte, Peter M. Lewinsohn (1974), enumera una serie de suposiciones acerca de la depresión en base a la teoría conductual y que son:

- 1.- Una baja tasa de reforzamientos positivos contingentes a la respuesta (R.P.C.R.) que actúa como estímulo incondicionado para alguna conducta depresiva, como disforia, fatiga y otros síntomas somáticos.
- 2.- Una baja tasa de R.P.C.R. constituye una explicación suficiente para otro tipo de síndromes depresivos tales como la baja tasa de conductas que acompañan a la depresión.
- 3.- La cantidad total de R.P.C.R. recibidos por un sujeto pueden ser una función de tres conjuntos de variables:
 - a) El número de eventos (incluyendo actividades) que son potencialmente reforzantes para el sujeto.
 - b) El número de eventos potencialmente reforzantes que pueden ser provistos por el ambiente.
 - c) La propia conducta instrumental del sujeto.

Para Lewinsohn, una descripción esquemática de la teoría conductual de la depresión indica que en ésta: (a) la cantidad total de R.P.C.R. es menor para un sujeto deprimido que para uno no deprimido, (b) la presencia de la depresión se ve acompañada por una reducción de R.P.C.R. , (c) la intensidad de la depresión covaría con la tasa de R.P.C.R. , (d) el mejoramiento del sujeto se ve acompañado

por un incremento en los R.P.C.R.

Según Lewinsohn, en la terminología conductual la depresión es conceptualizada como un fenómeno de extinción y en relación con la literatura gerontológica, él observó varias similitudes entre los ancianos y las personas depresivas tales como:

- 1.- Uno de los hechos más notorios tanto del envejecimiento como de la depresión es que hay una reducción progresiva en la tasa con que se emite una conducta. Desde una terminología conductual, la persona anciana reduce su tasa de respuesta, lo que podría indicar que su conducta no es adecuadamente reforzada por su ambiente, y con esto Lewinshon sugiere que el anciano está en un programa de extinción.
- 2.- El anciano y la persona deprimida tienen puntos en común, tales como los sentimientos de rechazo, la disminución de los intereses, los síntomas psicofisiológicos, la disminución de la autoestima, etc.
- 3.- Los ancianos y los deprimidos tienen problemas de motivación y el número de eventos potencialmente reforzantes es reducido.
- 4.- Los ancianos y los deprimidos se cierran en sí mismos en sus recuerdos, sus fantasías y su pasado.

Después de recolectar una serie de datos acerca de las características de los ancianos y de las personas deprimidas, Lewinshon y Phillamy (1972), encontraron que tan

to unos como otros tienen características similares que -- han sido investigadas e incluso los ancianos sanos tienen puntos en común tanto con los ancianos deprimidos como con otro tipo de pacientes deprimidos, concluyen su reporte -- proponiendo tres hipótesis que sólo futuras investigaciones podrán probar, dichas hipótesis, son:

H.1: El número de eventos y actividades con reforzadores potenciales van disminuyendo con la edad.

H.2: La disponibilidad de reforzadores en el ambiente individual del anciano se ve disminuída, porque se le separa de niños, amigos, socios en los negocios, y en general de todas aquellas personas con las que ellos pueden mantener una interacción social reforzante.

H.3: Hay diferencias sistemáticas en la medición de destrezas sociales en grupos que difieren en edad, al incremento de la edad va asociado un decremento en la destreza social.

Las actuales investigaciones parecen confirmar las hipótesis anteriores, sin embargo, no se cuenta todavía con información suficiente para poder decir la última palabra respecto de ellas.

La Conducta Sexual en la edad avanzada.*

Muchas de las ideas acerca del sexo en ancianos están determinadas por juicios sin fundamento, una de estas ideas es la de que el sexo, el amor y el romance sólo pertenecen al joven. Las virtudes de la ^{privación} abstinencia sexual se han enfatizado en exceso como factor para promover la longevi--

dad. En contraste con muchas creencias occidentales, que hasta recientemente continuaban proclamando las consecuencias nocivas del exceso sexual, los filósofos hindúes y chinos pensaban que la actividad sexual continuaba en el hombre toda la vida y era el camino hacia la eterna juventud y aunque esto parezca exagerado, las cifras de mortalidad, en consonancia con las creencias y las estadísticas en los Estados Unidos muestran que las personas casadas tienen un índice de mortalidad que es de 1.5 a 2 veces más baja que la de personas viudas o divorciadas, más no se han logrado identificar las causas de esto.

Como se sabe que no todos los ancianos carecen de actividad sexual, es válido preguntarse el porqué un anciano funciona sexualmente en forma satisfactoria durante su matrimonio y otro no.

Es por lo anterior que en esta sección se hablará de las características sexuales del anciano, sus problemas de conducta sexuales, algunos de los tratamientos empleados para tratarlos y se analizarán algunas de las relaciones que se han observado entre alteraciones de la conducta sexual en edad avanzada y la depresión en los ancianos.

Master y Johnson (1966), hacen énfasis en que el hombre senil debe aceptar dos hechos fisiológicos referentes a su sexualidad: a) en ningún momento de la vida del varón se pierde la capacidad de erección, si el individuo está sano y no tiene lesiones; b) la pérdida de la capacidad de erección no constituye una parte natural del proceso de envejecimiento.

Según Kinsey (1953) y Master y Johnson (1966), el de-

se sexual en la mujer no disminuye sino hasta que ella -- tenga 60 años de edad aproximadamente, después de los cuáles su declinación es muy lenta.

Algunos cambios fisiológicos que sufre la mujer ^{que} ~~conco~~ mitantes a la menopausia, algunos de ellos desagradables -- para el coito, son: adelgazamiento de las paredes vagina-- les, disminución de la lubricación durante la excitación -- sexual, reducción de la distensión de la bóveda vaginal, -- lo cuál hace más factible sentir dolor por las contraccio-- nes uterinas durante el orgasmo.

Según Master y Johnson (1966), a pesar de la reduc-- ción en la intensidad y rapidéz de la respuesta sexual fi-- siológica, la mujer senil está totalmente capacitada para ejecutar el acto sexual alcanzando niveles orgásmicos. En el caso de que en la mujer se presente algún tipo de dis-- función esta puede ser cualquiera de las siguientes:

- a) Disfunción orgásmica primaria: cuando la mujer no ha experimentado ningún orgasmo en toda su vida.
- b) Disfunción orgásmica situacional: cuando una mujer ha experimentado por lo menos un orgasmo durante -- su vida sin importar como fué inducido, pero en el cuál la estimulación sexual fué lo suficientemente intensa como para provocar satisfacción.
- c) Vaginismo: contracción refleja de la parte externa de la vagina, que impide la función coital.
- d) Dispareunia: coito doloroso (actualmente no se le considera como disfunción).

En otro nivel, en la edad adulta también ocurren cam-- bios en la personalidad y en su expresión sexual. Al prin--

cipio de la edad adulta, a los varones suelen manifestarse las necesidades sexuales más fuertes en tanto que las mujeres, en los más de los casos, experimentan su mayor urgencia sexual durante la época media del matrimonio (Master y Johnson, 1966).

En los estudios de Pfieffer (1973), Stanley (1973), - Master y Johnson (1966) y Kinsey (1953) se ha observado -- que la declinación de la sexualidad en la mujer está relacionada no con el potencial sino con las circunstancias y las mujeres culpan a los esposos de la interrupción de la actividad sexual.

Master y Johnson (1966) describen seis factores responsables de la pérdida de la potencia sexual en años seni les.

- 1.- Monotonía de las relaciones sexuales.
- 2.- Preocupación por la carrera o logros económicos.
- 3.- Fatiga física o psicológica.
- 4.- Exceso en el comer y beber.
- 5.- Debilidad física de cualquiera de los conyuges.
- 6.- Temor al fracaso.

Además ellos hacen la observación de que una vez impotentes bajo cualquier circunstancia, muchos hombres se retiran voluntariamente de toda actividad sexual, aparentemente por no enfrentarse a esta experiencia destructora de su persona, consistente en el fracaso repetido en el acto sexual.

Oziel (1976), ofrece algunas consideraciones para la disminución del interés en el sexo después de largas relaciones maritales:

- 1.- Los conyuges se vuelven cada vez menos atractivos

sexualmente entre ellos.

- 2.- Disminuye la intimidad en todos los niveles de su vida y hay una comunicación superficial.
- 3.- Aparece la monotonía cuando los conyuges no aceptan nuevas vías de exploración sexual.
- 4.- Un asunto extramarital como causa y no como efecto.
- 5.- Un apetito sexual desmedido, relacionado con efectos psicológicos y funcionales.
- 6.- Disminución de la autoestima en la ancianidad.
- 7.- Trastornos de las relaciones situacionales e interpersonales.
- 8.- Desajuste marital.
- 9.- Trastornos del sistema sexual.
- 10.- Enfermedad orgánica y acción depresiva de ciertas substancias.

Según Confort (1976) la reacción del anciano está primordialmente determinada por la percepción personal y la adaptación psicológica que vaya teniendo el individuo respecto a su vejez. La disminución del vigor en el anciano y la disminución de su nivel social profesional modifica a menudo el concepto que tiene el anciano de sí mismo, como sujeto previamente sano y bien valorizado. El anciano empieza a sentirse viejo mucho antes de la verdadera senectud y sin que fisiológicamente empiece a envejecer en forma significativa. Una relación sexual en ese momento crítico de su vida, puede proporcionar mucho cariño y bienestar que tanta falta le hace y puede constituir una fuente eficaz para su seguridad.

En un estudio realizado por Martín (1981), los hombres viejos casados y saludables revelaron un rango considerablemente grande de frecuencias en la actividad sexual, indicando que otros factores aparte de la edad, el estatus marital y la salud están involucrados en estas variaciones. Martín trabajó identificando un gran número de variables sociales, conductuales y actitudes, relacionadas con la frecuencia de la actividad sexual en hombres casados de 60 a 79 años.

El trabajo por medio de entrevistas y cuestionarios acerca de la presencia ó ausencia de coito, masturbación, emisiones nocturnas, actividades homosexuales en la vida adulta o actual, edades y estados maritales. La frecuencia de la actividad sexual la calculó en veces por semana, mes o año, y posteriormente las convirtió a un número de eventos sexuales que caen dentro de intervalos de cinco años, desde los 20 años de edad hasta la fecha de la entrevista.

Para un mayor control respecto de la edad, los sujetos fueron estratégicamente distribuidos en tres grupos según el número de eventos sexuales reportados en la primera entrevista, las categorías fueron: menos activos, moderadamente activos y muy activos.

En general los resultados indicaron que los sujetos definidos como los de mayor actividad sexual, están más identificados con profesionales y actividades técnicas, asistieron a escuelas de graduados, expresaron un fuerte valor religioso y vivieron inicialmente en una granja. De hecho tanto el estatus ocupacional como el grado académico estuvieron significativamente relacionados con la frecuencia de la sexualidad.

Los resultados de Martin reafirman, por un lado, la hipótesis de Master y Johnson (1966) y Kinsey y cols. (1953), al observar que el funcionamiento sexual a la edad media es mantenida en función de la edad pasada y la posible vejez, es decir quienes son activos sexualmente de jóvenes lo serán también de viejos. Por otro lado se observó que los más activos eran los que respondían más a los estímulos eróticos y los que obtenían mayor satisfacción. Estas observaciones ponen en duda uno de los resultados de Kinsey y Master y Johnson, quienes afirman que conforme se avanza en edad se disminuye la actividad sexual aunque se siga siendo activo.

La unión entre estímulos visuales y respuestas eróticas puede ser rota, ya sea privando al hombre de la compañía femenina o por alteraciones endócrinas, neurológicas u otros estímulos. Y además las alteraciones más frecuentes de los hombres, como la eyaculación prematura y la falta total o parcial de erección, no se deben sólo a los cambios de la edad, sino más bien a la falta de motivación (como la atracción de la mujer) o a los problemas emocionales.

Según Martin, el conocimiento de un criterio de funcionamiento sexual afectivo, debe incluir:

- 1) La integridad de los procesos anatómicos y fisiológicos involucrados en el aprendizaje sexual y la respuesta sexual.
- 2) La exposición a un estímulo erótico significativo.
- 3) Reacción erótica al estímulo.
- 4) Deseo de participación sexual.
- 5) Actividad sexual que esté suficientemente libre de

perturbación emocional, así como su pronta repetición.

6) La cooperación de una pareja interesada.

Martin termina su reporte comentando que estos criterios pueden aplicarse a las relaciones heterosexuales y homosexuales en actividades individuales o en las actividades de sexo grupal. Por otra parte, Mc. Cary (1980), comenta con respecto a las limitaciones sexuales, que las personas cardíacas no deben temer a las relaciones sexuales --- pues no hay peligro por la presión o fatiga a que se someten. La abstención sexual solamente se aplica a los pacientes con padecimientos coronarios graves, después de una -- vasta comida o del consumo de una gran cantidad de alcohol o bebidas que alteren el corazón.

Así pues que la mayoría de los hombres seniles, más -- del 90% en un estudio, no mencionan incapacidad física como un obstáculo para la frecuencia del coito (Taraiiz, 1962) solamente se puede concluir que los factores que actúan como barreras para la ejecución del acto sexual son propiamente psicológicos.

Algunas alternativas de la conducta sexual en ancianos.

En 1981, Hatch hizo una revisión literaria sobre disfunciones sexuales, donde evalúa críticamente la literatura psicofisiológica y propone la formulación de una nueva conceptualización integradora de este problema humano.

La disfunción sexual se define como el empobrecimiento en el componente fisiológico del ciclo de respuesta sexual en el hombre o la mujer adulta, éste es un obstáculo.

rante horas o incluso días. Para evitar esto, el hombre durante el coito, deberá extraer su pene antes de alcanzar el orgasmo y con estimulación sexual mínima podrá lograr erección y prolongar el coito indefinidamente.

Catania y White (1982), comentan que en la sexualidad de los ancianos, las investigaciones se han enfocado al interés sexual y actividad sexual, a la terapia para problemas sexuales a la educación sexual, etc. , y casi todas ellas en ancianos saludables. Según Master y Johnson (1966, 1970) y Kaplan (1974), no se conocen los límites de la edad para la actividad sexual, aunque haya cambios fisiológicos. Revisando la literatura existente de la sexualidad y el envejecimiento, White llega a las siguientes conclusiones:

- 1.- El patrón de conducta y actitudes del anciano son una continuación de su patrón de vida.
- 2.- Los datos de las investigaciones realizadas sugieren que los hombres jóvenes son sexualmente más activos que las mujeres, mientras que en grupos de edad avanzada no se ha encontrado evidencia significativa de dicha diferencia en la actividad sexual.
- 3.- Cuando el interés y la actividad sexual cesan o declinan en el anciano, por lo general se deben a la falta de interés o enfermedad de su pareja.
- 4.- Se requiere más investigación para definir si en el hombre, conforme avanza la edad, declina o se incrementa la actividad sexual.
- 5.- Los cambios fisiológicos en los órganos sexuales

en la edad avanzada propician algunas dificultades en la actividad sexual. Dichas dificultades son generalmente la base para una apropiada intervención médico-psicológica.

- 6.- Los hombres de edad son más frecuentemente estudiados que las mujeres de edad. Aunque hay un mayor incremento en la proporción de mujeres con respecto a la población de hombres mayores de 65 años.
- 7.- Es difícil encontrar investigaciones que no tengan la muestra sesgada hacia alguna característica de los sujetos, por lo cual la estrategia de intervención es pobre y dificulta el estudio de los fenómenos de la edad sobre la sexualidad.

White (1974) comenta que hasta la fecha no se ha estudiado la conducta sexual que se presenta en las casas hogar y partiendo de la información de Peiffer y Davis (1974), Kaplan (1974) y Master y Johnson (1970) se puede suponer que las variables individuales del interés sexual, actitudes sexuales, conocimiento sexual e higiene sexual están relacionadas con la actividad sexual en ancianos institucionalizados.

Trabajando con voluntarios de un asilo, 84 hombres y 185 mujeres con una edad media de 81 años para hombres y 85 años para mujeres, White encontró que de 250 personas, 227 fueron sexualmente inactivas, y de ellos 43 estaban interesados en seguir activos. Casi el total de los sujetos eran inactivos por falta de oportunidad en la institucionalización, es decir, no contaban con pareja, o no tenían --

privacia (para masturbarse). Las cuatro variables independientes (interés sexual, actitud sexual, conocimiento sexual e higiene sexual) contribuyen significativamente a la conducta sexual. Aunque no hay una clara relación entre la actitud sexual y antecedentes sobre sexualidad, hay una correlación positiva entre conocimiento sexual y permisividad de ña sexualidad con la edad. La falta de claridad entre actitud sexual y antecedentes, indican más una falta de oportunidad de aprender que otra cosa, y sin embargo, los datos indican que la historia sexual de los pacientes sigue siendo un buen predictor de la futura actividad sexual.

Así pues, las instituciones y la atención que brindan afectan también a la sexualidad de las personas que asisten, por haber ausencia de privacia y otros obstáculos para la conducta sexual.

Autores como Kinsey, Pomeroy y Martin (1948); Newman y Nichols (1960) y Pearlman (1972), Schumacher y Lloyd (1981) reportan que la incidencia en la insuficiencia sexual de la población en general, es desconocida pero se estima su presencia en un rango de 2% en hombres de 50 años, 18 a 40% en los de 70, y 55% a 76% en los de 80, y además 40% a 45% de los hombres expresan insatisfacción con su eficacia sexual.

Schumacher y Lloyd, definen a la impotencia como una dificultad constante o frecuente en obtener o mantener una erección, y dentro de los factores orgánicos que han sido reconocidos para la impotencia, se incluyen las enfermedades endócrinas, las lesiones del sistema nervioso central,

la prostatitis, la diabetes, las enfermedades vasculares y algunas drogas. Ellos consideran que las anomalías fisiológicas contribuyen a la impotencia más comúnmente de lo que se piensa y en su trabajo analizaron a 102 hombres con impotencia y 67 sin disfunción sexual. El rango de edad de 36 individuos tratados para la impotencia varió de 23 a 78 años, y el rango de los sujetos sin problemas fue de 21 a 74 años. A los sujetos con problemas médicos se les dió el tratamiento adecuado, aparte del específico para la disfunción sexual.

Schumacher y Lloyd encontraron que hay varios factores médicos y psicológicos asociados con la impotencia. El tratamiento abarca tanto aspectos conductuales como médicos y la mejoría de los pacientes se midió en términos del cambio en su interacción personal. Aunque hubo mejoría en su interacción personal en los sujetos impotentes y saludables, durante el seguimiento no hubo un cambio significativo en los sujetos sin problemas, como lo hubo en los impotentes sin enfermedades orgánicas. Según este resultado, no hay base suficientemente firme para sustentar la suposición de que en la gran mayoría de los casos de impotencia son factores psicológicos, como se supone a partir de los estudios de Kinsey y de Master y Johnson, sino que más bien hay factores orgánicos que afectan al sujeto provocándole impotencia. Incluso consideran que si hay impotencia, esta puede ser indicio de alguna enfermedad, pues en sus pacientes se encontraron con problemas hepáticos, cardíacos, etc.

La investigación de Schumacher y Lloyd (1981), es una

de las recientes investigaciones que cuestionan algunos de los resultados de Master y Johnson respecto a la impotencia.

Algunas técnicas terapéuticas para los problemas sexuales.

Por lo general, las disfunciones sexuales se han dividido en desórdenes de excitación y desórdenes orgánicos. Para Kaplan (1974) la disfunción sexual es un desorden psicosomático. El fracaso de la erección es el desorden masculino más frecuente en la práctica de la terapia sexual. Se ha encontrado que la mayoría de las disfunciones erectiles -- tienen una etiología psicogénica, acompañada de distracción o ansiedad de alguna clase. Se han empleado para su tratamiento algunos programas conductuales y psicoterapéuticos (Cooper, 1971; Kaplan, 1974; y Masters y Johnson, 1970), -- tales como; psicoterapia individual, aproximaciones sucesivas, modelamiento, etc.

Por lo general, médicos y neurólogos tratan dichos problemas con prótesis, cirugía y tratamiento con diversos medicamentos y no con tratamientos psicoterapéuticos y tratamiento conductual.

Recientemente, la investigación en conducta sexual se ha enfocado a procedimientos psicofisiológicos que han sido usados para evaluar objetivamente la capacidad de erección de los pacientes. Se sabe que los períodos REM en el sueño van confiablemente acompañados de erecciones. Los períodos de tumescencia peneana nocturna (TPN) parecen presentarse y universalmente en el hombre de todas las edades y han sido consistentemente demostrados en sujetos in-

dividuales de noche a noche (Karacan, 1975). Aunque se ignora cuál es la función de la erección durante el sueño Karacan considera útil usarlo como un indicador conductual de un posible daño orgánico. Además en la impotencia orgánica no siempre se presenta una completa ausencia de erección nocturna.

Es difícil la distinción entre desórdenes orgánicos y psicogénicos. Eicenberg (1971), enlistó como algunas causas de impotencia a las anormales congénitas, enfermedad del sistema, enfermedad vascular, déficit endócrino, enfermedad neurológica y drogas.

En la mujer sucede algo parecido a la (TPN) en los períodos REM pero no han sido explotadas sus posibilidades clínicas.

En la disfunción sexual femenina, las variables hormonales juegan un papel importante para la investigación fisiológica, aunque aún falta investigar a fondo los problemas sexuales de la mujer. Los estudios con hombres han mostrado que los estados psicológicos tales como la anticipación de la actividad sexual y la exposición a films eróticos y el inicio de la actividad sexual llevan a una secreción de hormonas sexuales, que indican una dirección bilateral entre hormonas gonadales y actividad sexual. (La Ferla, 1978; Fox, 1972).

Anteriormente se pensaba que el curso de la respuesta sexual no se podía controlar, pues la erección peneana y el curso de una vasocongestión de la vagina dependen de un reflejo autónomo, sin embargo Barlow (1973) y Henson y Rubin (1971), mostraron que existe algún grado de control en

forma de inhibición voluntaria y ese hecho permitió el uso de la bioalimentación en la terapia de las alteraciones sexuales.

Según Hatch (1981), la revisión de la literatura sobre investigación psicofisiológica en la conducta sexual, ha mostrado que la investigación es herramienta útil para el avance y entendimiento de las funciones y disfunciones sexuales en tres áreas importantes, como son; diagnóstico, tratamiento y evaluación de las consecuencias de la terapia.

IZT! 1000334

No obstante la investigación psicofisiológica, hasta la fecha están poco claros los factores que afectan la falta de actividad sexual en el hombre, en relación con la edad y mucho menos entendidas están las disfunciones sexuales de la mujer anciana.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

" HOY COMI CON EL ABUELO ".

Hoy comí con el abuelo
y después de la comida
le pregunté tantas cosas
tantas cosas de la vida.

Se sentó en su mecedora
y fumando en su pipa
me miró muy dulcemente
y me dijo, la vida es una
gran tipa.

Tú le pides a la vida
pero dime que le ofreces
y esto no lo olvides nunca
mi nieto, pídele lo que mereces.

La vida es como una esfera
que va por siempre rodando
nos dá pena y alegrías mi nieto,
pero no nos dice cuando.

Ahora voy a decirte unas verdades humanas,
es el tiempo quién me enseña mi nieto
y escribe sobre mis canas.

No hables de lo que no sepas
y al hablar sé muy sincero
y no te pases la vida en milongas
ni malgastes tu dinero.

Sin llegar a la vagancia
busca nuevas aventuras y
recuerda que la hembra y la fruta
ni muy verdes ni maduras.

Ahora voy a decirte...

No hables de lo que no sepas...

El viejo se fué durmiendo

y su voz se hizo lejana, salí casi de puntitas
sabiendo que continuará mañana.

- Juan Salvador.

CAP. IV

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL Y DEPRESION EN EL ANCIANO

En la vejez También se presenta la homosexualidad, y - en relación a esto se han realizado investigaciones como la de Bennett y Thompson (1980), quienes observaron que en la comunidad en general predominan más los juicios erróneos y las opiniones negativas hacia los homosexuales viejos que hacia los jóvenes. Ellos consideraban que los prejuicios - sobre los homosexuales viejos que incluían las características, actividades y bienestar psicológico de estos, abarcan tres áreas. La primera es el desajuste social forzado con una subcultura homosexual, también la disminución del atractivo físico afecta a los ancianos homosexuales en sus comunidades, y hace que la relación entre homosexuales viejos y su comunidad sea más inestable.

En el segundo aspecto se considera que el anciano homosexual cambia su contacto con heterosexuales, pues con homosexuales se vuelve más aislado por el rechazo que le tienen sin embargo sus contactos no son satisfactorios por miedo a mostrar su homosexualidad.

El efecto combinado de desajuste a una comunidad homosexual y el incremento de asociaciones con heterosexuales, forma la tercer area, la de ajuste socio-psicológico de los homosexuales ancianos. El anciano homosexual esta solo y solitario, su autoestima está significativamente disminuida y

vive sin satisfacción con su identidad homosexual, se podría decir que vive más deprimido que los homosexuales jóvenes.

Según Bennett y Thompson, la información disponible en las investigaciones de Kimmel (1978), Weiberg (1970) y Kelly (1977) muestran que los homosexuales bien educados y económicamente estables parecen tener un funcionamiento social y psicológico más positivo que lo planteado por los estereotipos anteriores. Por ésto los autores investigan el ajuste psicológico en homosexuales australianos con variaciones en la edad, situación de vida y nivel socioeconómico.

Bennett y Thompson (1980) aplicaron una encuesta a 478 hombres homosexuales voluntarios y con edades entre los 16 y 74 años con diferente estilo de vida y nivel socioeconómico.

Los resultados de la encuesta indicaron que, no hay evidencia para considerar que los homosexuales son forzados o apartados en sus comunidades, por el contrario, para los homosexuales ancianos es más satisfactoria su comunidad que para los jóvenes.

También se encontró que hay evidencia de que los contactos heterosexuales se incrementan con la edad, tanto los homosexuales viejos como los jóvenes son igualmente populares entre los heterosexuales.

Por último, en su ajuste psicológico el anciano homosexual no manifiesta un mayor sentimiento de desprecio o una disminución en su homosexualidad, así como tampoco hay un -

incremento en la preocupación por su proceso de envejecimiento)

Los homosexuales jóvenes son más ansiosos que los viejos, pues se atemorizan por que disminuyan su atractivo y sean rechazados por los hombres viejos. Sin embargo los homosexuales jóvenes son muy valorados en su comunidad y los viejos son vistos de una manera más positiva, aunque los factores que propician la homosexualidad en ellos puede variar según la generación a la que pertenezcan.

(Otro aspecto poco estudiado de la sexualidad en la vejez es el de la relación de la masturbación con el foco de control de ésta, el estatus sexual, y el conocimiento sexual que tienen los ancianos.) El foco de control se refiere a lo que una persona considera que puede o no controlar, es decir, si hay un control interno o externo de su conducta. Ese foco de control se midió con la escala de control adulto interno-externo de Nowicki-Strickland, en el estudio de los determinantes de la conducta. (Catania y White, 1982).

El termino "estatus sexual" se refiere a tener un compañero sexual con el que la relación no está socialmente sancionada. El término "foco de control" se refiere al control de la masturbación y de la propia sexualidad corporal, así como a la depresión que tengan los sujetos. En general, por "foco de control" se entiende el grado en el cual un sujeto percibe eventos y premios como contingencias a sus habilidades sexuales.

El "estatus sexual" se considera como independiente de la masturbación debido a que el incremento de la tasa de masturbación en una persona independientemente de si tiene o no pareja, puede atribuirse al conocimiento sexual. Este puede ser un determinante de la masturbación por que mientras más conocimiento de la sexualidad posea la persona menos se vera influida por los prejuicios y mitos que existen acerca de ella.

Por lo general, los modelos que investigan la masturbación lo hacen en base a variables cognitivas y socioambientales. En su investigación Catania y White, postulan que el foco de control y el estatus sexual son determinantes de la masturbación. En dicho estudio, se trabajo con 30 sujetos (12 hombres y 18 mujeres) de una edad media de 68.5 años hospedados en una institución de los cuales 16 tenían pareja y el resto carecía de ella, manipulando como variable dependiente la masturbación; esta se calculó como el número de veces que él o ella se masturbaba hasta el orgasmo en el mes anterior. Los resultados indican que el determinante más poderoso de la frecuencia de la masturbación en los ancianos con pareja fué el foco de control, mientras que el determinante principal de la frecuencia de la masturbación de los ancianos sin pareja sexual fué el estatus sexual.

En general el estatus sexual, el conocimiento sexual y el foco de control contribuyen significativamente a la frecuencia de la masturbación, pero durante las entrevistas se

observó que al parecer para las personas con enfermedades crónicas, la masturbación puede representar un medio para adquirir control psicológico sobre su cuerpo.

Aunque los autores solo analizan tres variables, mencionan otras igualmente importantes, tales como la religión la satisfacción, así como los mismos cambios penianos y vaginales, que pueden influir en la frecuencia de la conducta de masturbación. Parece ser que la masturbación representa una forma de gratificación que puede reforzar la cognición de "yo controlo mi cuerpo/yo controlo mi sexualidad" y hace a las personas menos infelices y menos propensas a la depresión.

Depresión y alteraciones de la conducta sexual:

La edad de las 55 a los 70 años es un período en el que muchos hombres tienden a desilucionarse de su trabajo, posiblemente debido a que no les ha dado la satisfacción y el éxito esperado, también surgen sentimientos de vacío e inutilidad relacionados con el matrimonio de los hijos, que hace que estos se separen de la casa paterna. Es un período en el que la muerte de conocidos de la misma edad comienza a producirse con inquietante frecuencia y en el que además nuestros propios padres muestran los efectos de la decadencia física, enfermedad y muerte, las cuales aluden al inevitable fin de todos los hombres. Además, en esta época las personas comienzan a hacerse reposadas, menos vigorosas y -

ambisiosas y quizá más irritables. También es posible que deban retirarse de ciertas actividades a las que hasta ahora se habían enfrentado con éxito e incluso por ello deban alejarse un poco de las personas que han estado tratando. En este punto puede hacerse la distinción entre el anciano aislado -que vive sólo en una situación de placer y comodidad- y el anciano desolado -quien habiendo perdido su familia y sus amigos, permanece inconsolable o con necesidades desesperadas de sustituirlos.

La depresión individual puede concebirse como protesta contra la sociedad y la familia, pues en la depresión el individuo deja de luchar y de reivindicar sus derechos. Las depresiones perturban el sueño e inhiben la actividad sexual más ahí donde la sexualidad está inhibida y perdura, el individuo puede hacer incapie en ésta (Ostow, 1973).

Puede sonar extraña la afirmación anterior acerca de que las personas de 55 a 70 años hagan incapie en su sexualidad, más hay que recordar que la edad media trae consigo un aumento de ansiedad por la actuación sexual, la menopausia y el climaterio. Tanto varones como mujeres pueden desarrollar conducta hiposexual (impotencia o frigidéz), o conducta hipersexual (interés por la experimentación sexual, sexualidad compulsiva) debido a esa preocupación por el desempeño sexual.

La declinación del interés y actividad sexual tiene relación directa con las prácticas sexuales anteriores de las

personas; quizá los mojigatos e inhibidos la pueden ver con agrado, pero la actividad sexual puede seguir hasta los 80 ó 90 años, edad en la que el principal desafío para los ancianos radica en encontrar los medios de satisfacción sexual cuando el cónyuge ha perdido el interés o ha fallado. A estas personas se les ha recomendado la masturbación, pues se ha observado que esta forma de expresión sexual les ayuda a prevenir la depresión, la frustración y la hostilidad.

Es común encontrar durante la depresión los síntomas de la disfunción sexual, los cuales son una parte integral de la mayoría de los desórdenes afectivos. el incremento y el decremento en el deseo sexual (libido) ha sido reportado durante la depresión (Mathew, 1979), Johnson (1968) reportó que es frecuente encontrar impotencia y eyaculación prematura en pacientes ansioso y deprimidos. Mathew y Weinman (1982) estudiarón la incidencia de varias disfunciones sexuales y sus relaciones con pacientes deprimidos libres de droga. Trabajarón con 35 mujeres y 16 hombres de 18 a 65 años y dividieron los síntomas de las disfunciones sexuales en tres grupos; las alteraciones del deseo sexual, síntomas genitales, e irregularidades de la menstruación. Las alteraciones del deseo sexual fuerón divididas en decrementos e incrementos y dentro de los síntomas genitales se clasificó a la impotencia, la eyaculación prematura y demora en los hombres y la falta de orgásmo en las mujeres; las irregularidades menstruales se dividieron en amenorrea y polimenorrea. Tam-

bién se aplicaron algunos inventarios para medir la depresión . En general encontraron que en las mujeres la disminución del deseo sexual se correlacionó con la polimenorrea y el exeso del deseo con la falta de orgásmo; mientras que en los hombres la eyaculación demorada se correlacionó con la edad.

En el estudio de Mathew y Weinman, los síntomas se muestran de forma semejante en hombres y mujeres, y en uno de los cuestionarios se encontró que la alteraciones sexuales dañan la autoestima. En base a los inventarios ellos concluyen que hay efectos diferenciales de la depresión y la ansiedad para los síntomas de las disfunciones sexuales en hombres y en mujeres]

Tratamiento de algunos problemas psicológicos del anciano:

Para ayudar al anciano a resolver sus problemas psicológicos, se han empleado diversos tipos de terapias que van desde el uso de fármacos hasta el empleo de terapia conductual.

En 1978 Beran, Safferd y Klienhausz realizaron estudios comparativos entre animales y humanos, respecto de los efectos del aislamiento social y encontraron que el decremento en la estimulación lleva a disfunciones cognitivas y señales de disfunción cerebral. Ellos sugieren que existe una relación entre el decremento de sensibilidad de los receptores sensoriales y el decremento de estímulos enviados al ce-

rebros que pueden llevar a su vez a una atrofia celular y de tejido cortical. Esto se manifiesta en fallas de la memoria y de habilidades generales, evocando señales de desorientación, ansiedad y numerosos fracasos en tareas específicas, dando como resultado sentimientos de vulnerabilidad e inmovilidad que llevan al paciente a enfrentarse a depresiones, apatía, aislamiento, enfermedades degenerativas, decremento general de la estimulación sensorial, llegando incluso a una disfunción sensorial.

Las personas de edad avanzada son capaces de soportar grandes cambios degenerativos en la estructura cerebral sin que por ello se altere su conducta, siempre y cuando su medio cultural siga estimulándolos adecuadamente.

Antes de tomar cualquier decisión en el tratamiento, es necesario conocer el modo de vida del anciano y en especial sus hábitos pues el enfermo anciano comenzará a decaer con cualquier cambio radical o brusco (muerte del cónyuge, jubilación, internamiento en un asilo, etc.) y este es el momento de ayudarlo. Es indispensable combatir la vida sedentaria, proponerle ocupaciones adecuadas a sus cambios psicológicos, cuidar su salud y sus vicios.

La presión social y los recursos inadecuados provocan muchas de las reacciones de adaptación a la vejez. La inseguridad del presente y especialmente del futuro crean en el anciano reacciones de adaptación severas, hay que procurar que se interese en los seres humanos con los que vive, y no

solo tratarlo con fármacos, como parece que sucede en la mayoría de las instituciones.

Las principales metas terapéuticas del tratamiento psicológico del paciente geriátrico son: remediar las inhabilidades excesivas (disfunciones) y facilitar la entrada al contexto ambiental. Lawton define a la adaptación como el balance entre demandas ambientales y posibilidades orgánicas.

Los cambios intrínsecos que ocurren en el envejecimiento pueden llevar también a disfunciones conductuales en el anciano y complicar el diagnóstico del proceso de una enfermedad.

Sabemos que las depresiones son muy frecuentes en la vejez y sus síntomas son muy diversos: insomnio, dolores, calambres, irritabilidad, etc. (cualquiera que sea la etiología según Caso Muñoz, las depresiones en los ancianos deben ser tratadas con antidepresivos y psicoterapia de apoyo)

También los problemas de los ancianos se han trabajado en instituciones, en las que se han implementado programas de economía de fichas (mishara, 1978) incrementando la motivación y generando mejores condiciones físicas, e implementando también ambientes prostéticos (Cautela, 1966; Kastembaun y cols 1978).

O'brien (19) reportó un caso de un paciente de 62 años casado, con historia de alcoholismo hasta antes de los cinco años anteriores al tratamiento, el paciente había sido tratado sin ningún resultado con psicoanálisis y electrochoque, -

manifestaba ideas suicidas, gran ansiedad y baja autoestima.

O'Brien trabajó con el paciente en el hospital y con su familia, dentro del tratamiento le enseñó a identificar estímulos que lo inducían a la depresión (la que se empezó a manifestar a partir de cambios en el lugar donde trabajaba y del cual fué despedido). El paciente fué entrenado en una técnica de relajación para aplicarsela cuatro veces por día y se le pidió realizar algunas actividades ya fuera en forma cubierta o no pero de tipo positivo, mientras que a la familia la entrenó para dar reforzadores a las nuevas conductas.

En sus datos O'Brien encontró que la conducta deprimida con manifestaciones psicóticas puede estar bajo control de estímulos ambientales y que la depresión puede ser secundaria a la evocación de la ansiedad. Vale la pena resaltar que la terapia conductual fué efectiva ahí donde otras fracasaron y en un seguimiento de nueve meses no se presentó ninguna recaída.

CONCLUSIONES.

Se puede decir que la problemática del anciano es un campo de investigación aún desconocido en México, principalmente dentro del área de la Psicología, sin embargo, partiendo de los pocos datos disponibles hasta el momento en los trabajos de Agustín Caso Muñoz, ISSSEMYM y la Dirección General de Salud Mental (SSA), las características del anciano en México no difieren mucho de las de los ancianos de otros países.

Parece ser que el anciano tiene como principal característica biológica la disminución del conjunto total de las funciones orgánicas y mientras no se destriya el cerebro y se mantengan constantes las funciones aunque ya disminuídas de los demás sistemas orgánicos, se le puede considerar como un anciano sano. Sin embargo, aunque biológica y fisiológicamente el anciano esté sano, socialmente puede estar disminuído o impedido para manifestarse como individuo productivo y saludable.

Hasta la fecha, no se han encontrado investigaciones que muestren cuál es el papel del anciano en nuestra actual sociedad, parece ser que el anciano es una unidad más de consumo envuelto en conceptos irreales, e ideales ajenos a su realidad, una realidad desconocida tanto por el joven como por él.

Los criterios para definir al anciano no han sido explicados y tal vez ni siquiera han sido analizados socialmen

realizarón unos estudios en los cuales se comparan actitudes de jóvenes y ancianos ante estos últimos, y encontrarón que tanto unos como otros consideraban la vejez como un período caracterizado por inseguridad económica, mala salud, soledad resistencia a los cambios, y decadencia en las capacidades físicas y psicológicas, es decir, tenían una imagen no muy agradable de la ancianidad. Por otro lado, Kogan y Shelton (1962), encontrarón que quienes tienen una visión negativa y pesimista de la vida, representan en su vejez el periodo de la misma en que sus predicciones pesimistas se confirman. Además Tuckman y Lorge encontrarón que los ancianos institucionalizados tienen actitudes más negativas que los no institucionalizados.

En base a las condiciones anteriormente mencionadas podría decirse que, la institucionalización puede provocar depresión en los pacientes y además, según Catania y White (1982), ésta puede influir a su vez en la forma en que se manifiesta la conducta sexual de ellos. No se ha encontrado información específica acerca de si la depresión en sus diferentes modalidades (endógena, involutiva, etc.) según los psiquiatras, afecte en forma diferente a la sexualidad, aunque sí hay evidencia de que según el estado depresivo del paciente hay alteración de la conducta sexual.

Es conveniente aclarar que de acuerdo con la psicología conductual la depresión no tiene diferentes modalidades, sino que es una sola y que se caracteriza porque el paciente

disminuye su repertorio de conductas adecuadas y disminuye a su vez la obtención de reforzadores positivos.)

No se han encontrado datos acerca de si en la edad avanzada existen más problemas sexuales por disfunción propiamente dicha que por los cambios naturales en los órganos genitales, aunque si se sabe que mientras exista erección es posible obtener satisfacción sexual aún en edad avanzada y que los ancianos tienen dificultades para obtener erecciones diurnas pero sí las tienen nocturnamente (Master y Johnson 1970 y Karacan 1975). Al parecer la presión social puede ser tal, que la sexualidad en los senectos en gran medida se ve suprimida porque socialmente se ve en ella algo turbio y sucio, y además los ancianos actuales vivieron en una época donde la censura de la conducta sexual era bastante rígida y la práctica con ellos, en sesiones terapéuticas, ha mostrado consistentemente que a la mayoría de las personas de edad avanzada se les dificulta aceptar abiertamente su conducta sexual.

Se sabe que el anciano no siempre se priva de su sexualidad sino que, la mantiene en proporción a como la tuvo de joven, y que en caso de no contar con pareja sexual puede procurarse autosatisfacción, ya que en la vejez así como en la juventud el perder la posibilidad de manifestar conducta sexual daña la "autoestima" del individuo; ya que según Barbach (1975), McGary (1978), y Martin (1981), esa es una forma de tener control sobre sí mismo. En el caso de los ancia

nos con alteraciones psicológicas graves el perder la posibilidad de tener satisfacción sexual, parece presentarse -- cuando el sistema nervioso está muy dañado, o bien, cuando el individuo muestra depresión por pérdida del conyuge, de trabajo, de enfermedad etc.

Así, la satisfacción sexual puede, en un momento dado sacar a una persona de la depresión, y el perder satisfacción puede propiciarla. Es decir, en base a la literatura -- aquí citada, se tiene que si el anciano es saludable y por algún motivo pierde su sexualidad, puede disminuir su autoestima y por lo tanto generarse la depresión; si la persona está deprimida, sin daño orgánico en el sistema nervioso ni en los genitales, tiene entonces posibilidad de tener actividad sexual y emplearla para eliminar su depresión, ya sea teniendo relaciones sexuales o masturbándose, y en el caso de tener relaciones sexuales tendría contacto físico positivo y verbalizaciones adecuadas que le serían agradables por las contingencias positivas que sobre él o ella tengan dichas conductas.

Si un anciano se conserva en posibilidades de seguir -- físicamente activo, entonces es probable que pueda seguir -- manifestando actividad sexual. Los cambios biológicos del -- anciano no impiden la manifestación de la actividad sexual, la influyen en el sentido de cambiar la velocidad de reac-- -- ción a la estimulación sexual. Tal parece que mientras el -- organismo tenga posibilidades de ser autosuficiente e inde-

pendiente, seguirá manifestando actividad sexual en edades avanzadas, siempre y cuando no haya daño físico.

En base a todo lo anterior, nosotros consideramos que el anciano sano es aquella persona mayor de 60 años que -- pueda satisfacer sus necesidades; que sigue conservando la habilidad de aprender aún cuando lo haga más lentamente, lo mismo que el adaptarse a las nuevas circunstancias según -- sus posibilidades; es una persona que manteniendo sus actividades y habilidades puede procurarse reforzadores; puede o no mantener un déficit en memoria parcial (a corto plazo) no presenta ideas ajenas a los hechos que la rodean, esto es no presenta confabulaciones, se fátiga más fácilmente y presenta cambios sensoriales perceptuales, así como en la medida de sus posibilidades, mantiene activa su conducta sexual.

Estamos de acuerdo en considerar ancianos a las personas que tienen 60 años o más, ya que es a partir de esta edad en donde se incrementan las alteraciones de tipo cerebral (véase gráfica en el anexo), las psicosis afectivas y en algunas ocasiones las neurosis; observaciones que coinciden con los reportes de Lehr (1980), y Casals (1982) quienes comunican que a partir de los 60 años hay una disminución de habilidades conductuales, intelectuales y físicas, además la mayoría de los jubilados están cerca de esta edad.

Consideramos que el anciano es una persona que disminuye funciones a partir de cierta edad, pero cabe aclarar que aunque no todas las personas cumplan este requisito para los

demás si lo cumple para consigo mismo, es decir, la persona "anciana" puede ser tan hábil como un joven en otras actividades e incluso mucho más, pero no tendrá el mismo nivel de habilidad para consigo mismo cuando tenía 20 ó 40 años que para cuando tenga 65 u 85 años, sin embargo ese proceso de declinamiento no indica necesariamente la presencia de enfermedad alguna.

Finalmente consideramos que la atención psicológica al anciano esta muy descuidada en México, pues dicha atención es más de tipo médico-psiquiátrico y familiar que atención laboral o en entrenamiento conductual.

Si se revisa el plan de actividades de la Dirección General de Salud Mental (SSA), se puede observar que se dedica muy poca atención al anciano en sí, y en caso de brindarle atención psicológica, ésta es más de tipo terapia familiar - que terapia conductual, dicho programa tampoco aclara o especifica cual es la función social del anciano. Por otra parte, con excepción de las facultades de medicina, el anciano es terreno virgen en las universidades en general, tanto a nivel de licenciatura como a nivel especialización. Quizá en la ENEP-Iztacala pueda hacerse algo respecto al anciano, considerando las características de su proceso de aprendizaje en las prácticas de educación y alfabetización en el área de educativa, investigar su rol social en comunidades, y como campo abierto a la investigación a la terapia conductual y a la psicología experimental.

Así pues, no importa la condición económica, sexo o es tado civil del anciano, lo que importa es que es un indivi-
duo biopsicosocial, con un organismo que a partir de los 60 años de edad muestra cambios en su estructura y característi-
cas psicológicas. Dichos cambios, tiene que empezar a ser es tudiados por otra ciencia a parte de la medicina, ya que no sólo es tanto el tratar de dar un mayor respeto al ser huma-
no y prolongar su existencia, sino que és tanto o más impor- tante que el anciano tenga una vida digna de ser vivida.

APENDICE A

Solo hasta el año de 1983 la Dirección General de Salud Mental (S.S.A), inició una recolección de datos y estadísticas de los distintos padecimientos psiquiátricos en México, razón por la cual no existen estadísticas completas disponibles, ni totalmente actualizadas. Es por lo anterior que las siguientes gráficas son solo un indicio de la información apenas disponible en lo que se refiere a la "salud mental" de los ancianos en México en el año 1976.

Las gráficas muestran la importancia relativa de algún padecimiento según edad y sexo. La expresión (tercer nivel) corresponde a una forma de atención médica completa a los padecimientos de los pacientes atendidos en consulta externa.

Fig. 1: Muestra la importancia relativa de la Neurosis, en ella se puede observar que en las mujeres de 15 a 60 años las neurosis son más frecuentes que en los hombres, además se observa un marcado incremento de las neurosis entre aproximadamente los 18 a los 30 años, y de los 40 a los 60 años tanto en hombres como en mujeres, después de los 60 años hay una ligera disminución de las neurosis, pero dicha frecuencia es entonces mayor en hombres que en mujeres.

Fig. 2: Indica la importancia de las Psicosis Afectivas y se observan que se inicia a partir de los 30 años, y se incrementa hasta los 50 años, decayendo ligeramente en los

hombres de 50 años de una frecuencia aproximada del 5% al 3% en hombres de 65 años o más, mientras que en las mujeres sigue incrementandose ligeramente de un 12% en los 50 años, hasta llegar a un 14% en los 65 años o más.

Fig. 3: En esta última figura se puede observar que aproximadamente a los 40 años se presentan la Demencia Senil y Presenil y alcanzar su frecuencia máxima del 25% tanto en hombres como en mujeres despues de los 65 años, cabe aclarar que el punto más alto en los 50 años en las mujeres solo se presentó en este año.(1976).

FIGURA 1

NEUROSIS

IMPORTANCIA RELATIVA SEGUN EDAD Y SEXO
CONSULTA EXTERNA (TERCER NIVEL) 1976

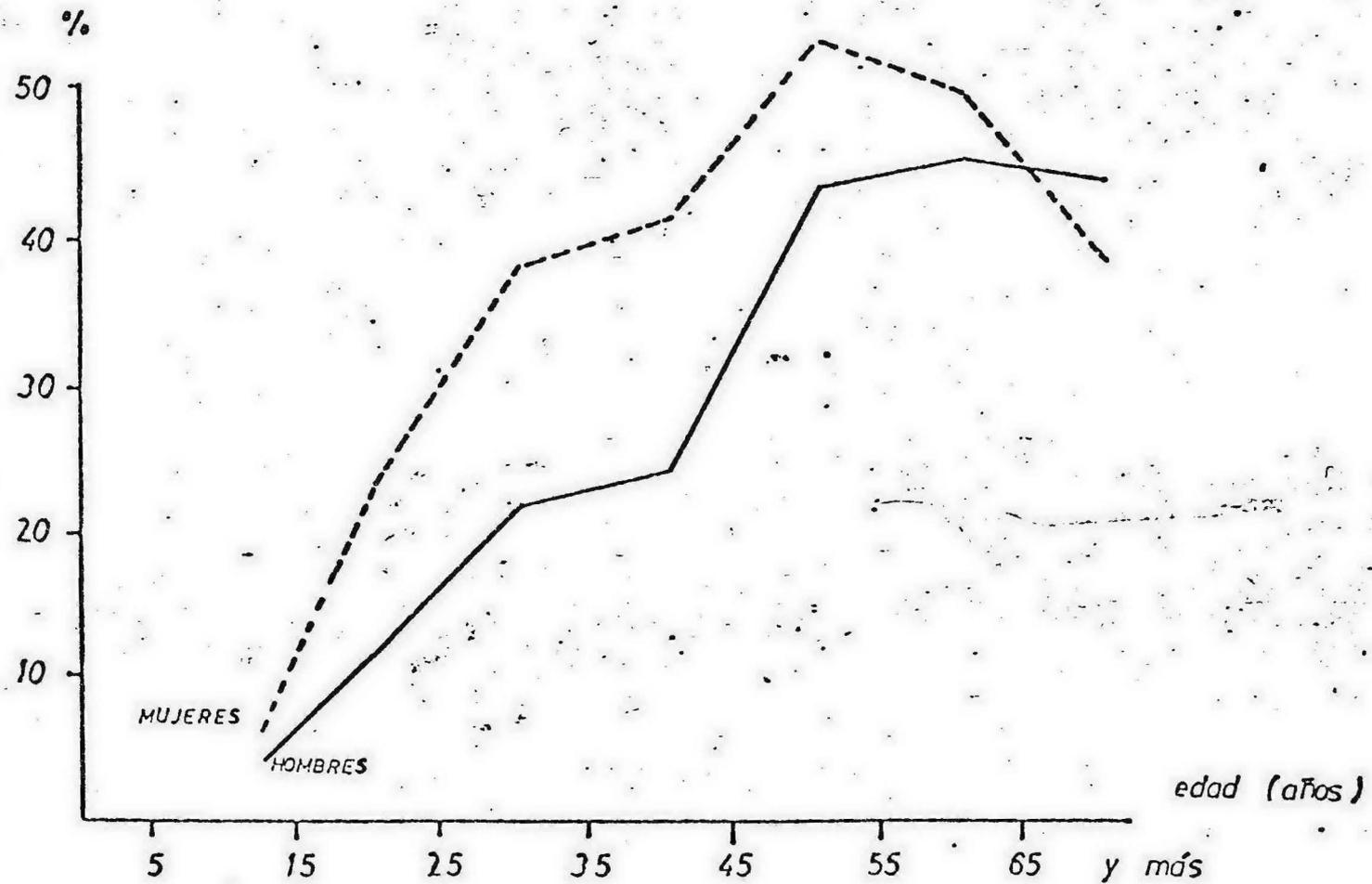


FIGURA 2

PSICOSIS AFECTIVAS

IMPORTANCIA RELATIVA SEGUN EDAD Y SEXO
CONSULTA EXTERNA (TERCER NIVEL) 1976

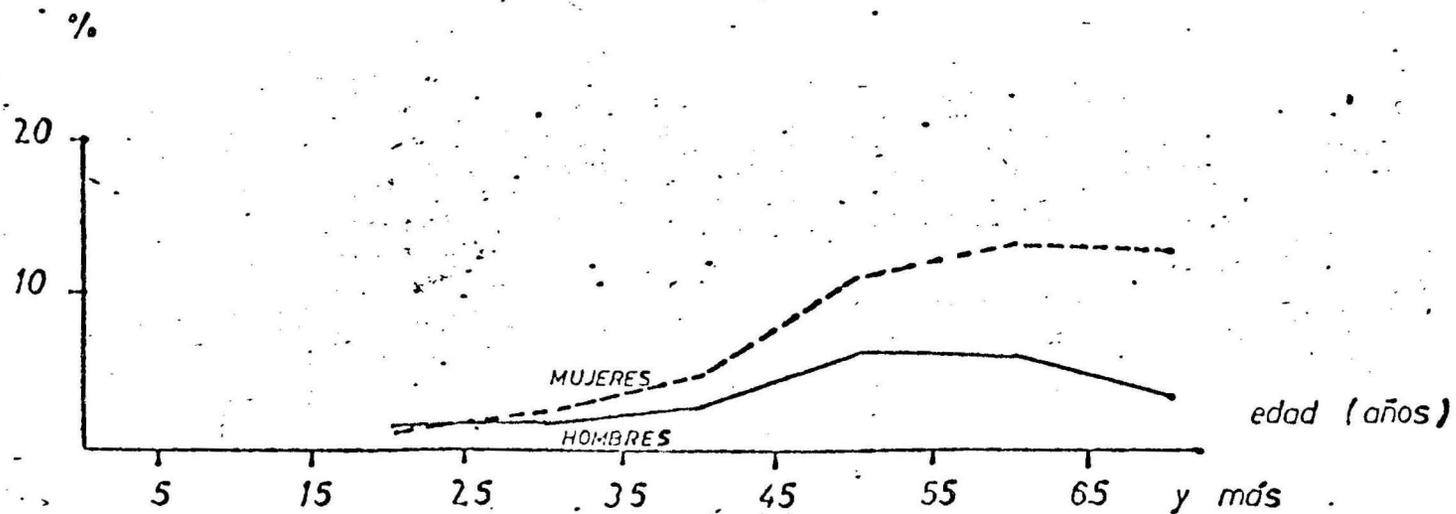


FIGURA 3

DEMENCIA SENIL Y PRESENIL

IMPORTANCIA RELATIVA SEGUN EDAD Y SEXO
CONSULTA EXTERNA (TERCER NIVEL) 1976

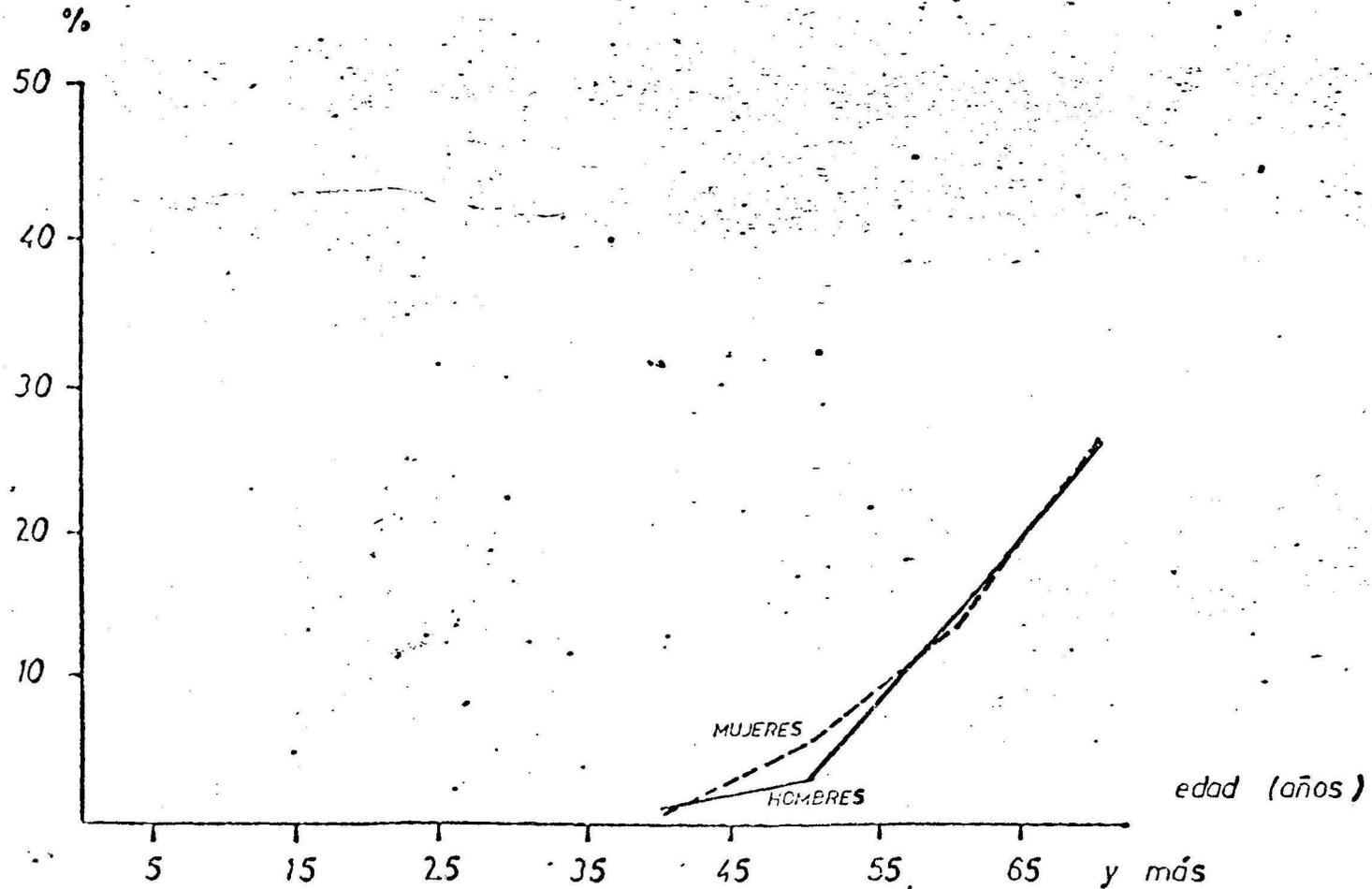


PLATE DICE 2



Fig. 1: Durante la penetración en el acto sexual los labios menores permiten la sujeción del -- hombre dentro del orificio vaginal, y gracias a la lubricación la penetración no se hace dolorosa para la mujer ni irritante para el hombre. -- Además, en la coyuntura superior de los labios vulvares se encuentran una serie de plegamientos que cubren y protegen al clítoris (marcado en la fotografía con la letra "a").



Fig. 2: Durante el acto sexual en la pareja joven, se conserva la firmeza y la suavidad de la piel, y anatómicamente los órganos genitales conservan su firmeza y su consistencia.



Fig. 3: En la anatomía de una pareja madura durante el acto sexual, se observan ciertos cambios como: la pérdida de la consistencia de la piel, los órganos genitales pierden su firmeza etc.



FIG. 4.

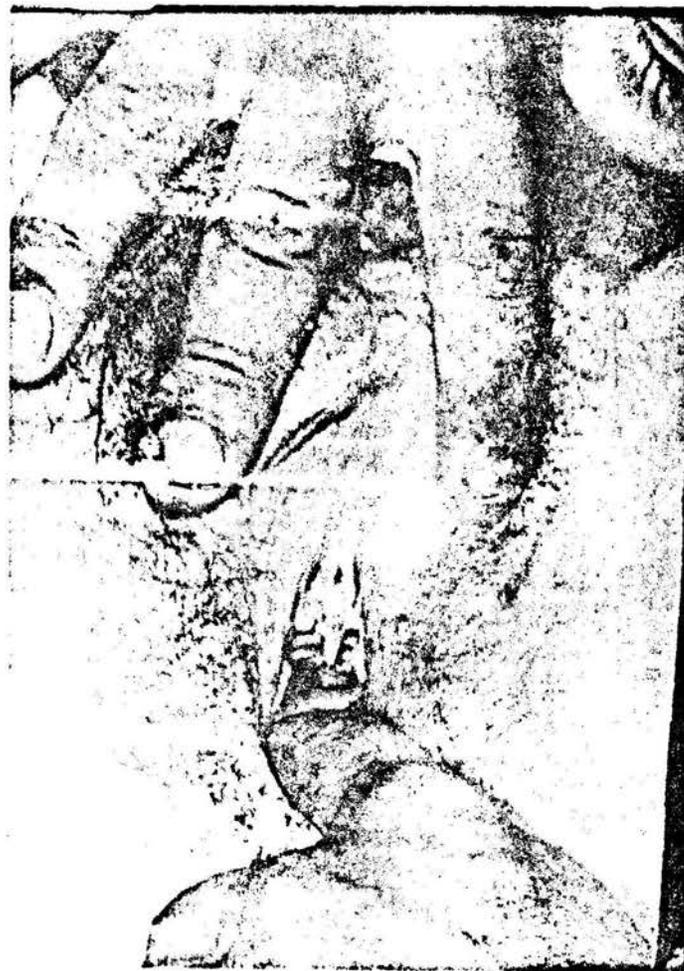


FIG. 5.

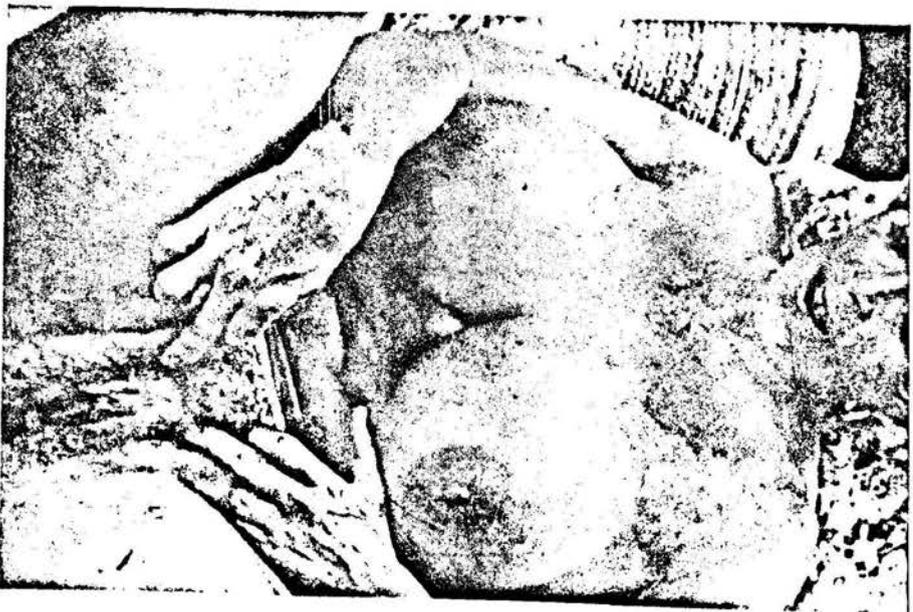


Fig. 6

Figs. 4, 5 y 6: En esta secuencia fotográfica se puede apreciar la anatomía de los genitales femeninos, así como algunos de los cambios que con la edad se presentan en ellos. La fig. 3 muestra los órganos genitales externos de una mujer con una edad entre 20 y 25 años, la fig. 4 muestra los órganos genitales internos de una mujer de aproximadamente la misma edad y la fig. 6 muestra los órganos genitales y las manos de una mujer de aproximadamente 60 años.

INSUFICIENCIA SEXUAL EN LA MUJER DE EDAD AVANZADA

MUJER JOVEN 20-40 AÑOS

- SECRECIÓN VAGINAL EN UN PERIODO DE 15 A 30 SEGUNDOS POSTERIORES AL COMIENZO DE LA FASE DE EXCITACIÓN DEL CICLO DE RESPUESTA SEXUAL.
- LA VAGINA ESTA RECUBIERTA POR UNA MUCOSA RUGOSA.
- EL ÚTERO DE LA MUJER JOVEN SE ELEVA DE MANERA EFECTIVA DENTRO DE LA FALSA PELVIS EN ESTA FASE DEL CICLO DE RESPUESTA SEXUAL.
- EL LABIO MENOR PRESENTA COLORACIÓN. EL LABIO MAYOR SE ELEVA Y APLANA CONTRA EL PERITONEO DURANTE LA FASE DE MESETA EN UNA ESPONTÁNEA INVITACIÓN AL COITO.

MUJER MAYOR 50-70 AÑOS

- DISMINUCIÓN EVIDENTE DE LA PRODUCCIÓN DE SECRECIÓN VAGINAL AL RESPONDER A UNA ESTIMULACIÓN SEXUAL (VARIOS MINUTOS DE JUEGO SEXUAL ESPONTÁNEO)
- DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ESTEROIDES SEXUALES, LA VAGINA DE LAS MUJERES MAYORES SE REDUCE Y LAS PAREDES VAGINALES VUELVEN FINAS Y ATRÓFICAS.
- DISMINUCIÓN DE LA POTENCIAL EXPANSIÓN INVOLUNTARIA DE LA VAGINA.
- SE REDUCE DE MANERA IMPORTANTE LA INVOLUNTARIA ELEVACIÓN UTERINA.
- EL LABIO MENOR NO PRESENTA EN SU PIEL CAMBIO DE COLORACIÓN, EL LABIO MAYOR CUELGA, COMO UN PLIEGUE FLÁCIDO ALREDEDOR DEL ORIFICIO VAGINAL.

MUJER JOVEN

- LA FASE ORGÁSMICA TIENE UNA DURACIÓN MAS AMPLIA.

MUJER MAYOR

- EN LAS MUJERES MAYORES, EL CLÍTORIS RESPONDE FISIOLÓGICAMENTE ANTE UNA EXCITACIÓN SEXUAL INTENSAMENTE, DURANTE LA FASE DE MESETA, ELEVÁNDOSE Y APOYÁNDOSE SOBRE EL BORDE ANTERIOR DE LA SÍNFISIS DE LA MISMA MANERA QUE EN LAS MUJERES JÓVENES.
- LA FASE ORGÁSMICA ES DE MENOR DURACIÓN.
- LAS PAUTAS NATURALES DE LA CONTRACTILIDAD UTERINA EN EL ORGASMO PUEDEN SEGUIR DOS CAMINOS DIFERENTES. LA PRIMERA REACCIÓN CONSISTE EN QUE PRESENTAN UN MISMO TIPO DE CONTRACCIÓN ESPASMÓDICA Y NO LA COMÚN RESPUESTA ESPASMÓDICA RÍTMICA DURANTE LA FASE ORGÁSMICA.
- LA EXPRESIÓN DE LA FASE RESOLUTIVA ES MÁS RÁPIDA PARA LAS MUJERES MENOPÁUSICAS QUE PARA LAS JÓVENES.
- SI SE TIENE UN ACCESO RESTRINGIDO AL CLÍTORIS SE CONTINÚA FUNCIONANDO DE MANERA MÁS EFECTIVA EN SU ROL ESPECÍFICO DE ÓRGANO QUE ESTÍMULA LA TENSIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES MAYORES.

MUJER MAYOR

- EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL EFECTIVO CONTINÚA, EX BUENA LUBRICACIÓN AL SER EXCITADAS SEXUALMENTE, TANTO LA VAGINA COMO LOS LABIOS Y EL CLÍTORIS, COMO TAMBIÉN LA ZONA DEL MONTE DE VENUS, CONSERVAN EN GRADO SIGNIFICATIVO LA MISMA ESTRUCTURA PRESENTAN LAS MUJERES MÁS JÓVENES.

INSUFICIENCIA SEXUAL EN EL HOMBRE DE EDAD AVANZADA

HOMBRE JOVEN 20-40 AÑOS

- ERECCIÓN INMEDIATA
(POCOS SEGUNDOS)
- PROCESO EYACULATORIO CON DOS ETAPAS BIEN DEFINIDAS:
INEVITABILIDAD EYACULATORIA
PERIODO BREVE (2 A 4 SEG) Y
EXPULSIÓN DEL LIQUIDO SEMI-
NAL POR LA PRESIÓN DE LAS
MEMBRANAS Y LAS PRESIONES
PROSTÁTICAS DE LA URETRA
A LO LARGO DE TODA LA URETRA
PENIANA.
- EL PERÍODO REFRACTARIO TIENE
POR LO GENERAL UNA DURACIÓN
DE MINUTOS ANTES DE QUE PUE-
DA RETORNAR UNA ERECCIÓN TOTAL
FRENTE A LA INFLUENCIA DE ES-
TIMULOS SEXUALES AFECTIVOS.

HOMBRE MAYOR 50-70 AÑOS

- DEMORA IMPORTANTE EN EL LOGRO DE LA
ERECCIÓN. (VARIOS MINUTOS)
Y ÉSTA NO ALCANZA LA PLENITUD QUE
HABÍA TENIDO ANTERIORMENTE.
- LA FASE DE MESETA TIENE MAYOR DURACI
- SU ORGASMO TIENE MENOS DURACIÓN Y
OCURRIR QUE NO SE PRODUZCA LA ETAPA
LA INEVITABILIDAD EYACULATORIA.
- LA FASE RESOLUTIVA EN EL CICLO DE
PUESTA SEXUAL REFLEJA UNA ACENTUADA
RACIÓN FISIOLÓGICA DE SUS NORMAS E
CIDAS CON ANTERIORIDAD, A MEDIDA Q
INDIVIDUO ENVEJECE, SU PERÍODO REF
RIO SE EXTENDIE POR UN LAPSO MAYOR
DEN PASAR HRS. ANTES QUE SEA POSIB
CUPERAR LA ERECCIÓN TOTAL.

HOMBRE JOVEN

PÉRDIDA DE LA ERECCIÓN EN DOS ETAPAS.
PUEDE MANTENER LA ERECCIÓN DURANTE MINUTOS E INCLUSO HORAS.

HOMBRE MAYOR

- PÉRDIDA DE ERECCIÓN CON RAPIDEZ, LUEGO DE EYACULAR. CON FRECUENCIA SU PENIS SE TORNA FLÁCIDO DESPUES DE LA EYACULACIÓN.
- LA PÉRDIDA GRADUAL DE DEMANDA EYACULATORIA CONSTITUYE LA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA MÁS IMPORTANTE. ESTE FACTOR CONSTITUYE LA BASE DE LA PROLONGACIÓN LIMITADA DE SU REALIZACIÓN SEXUAL.
- EL ANCIANO PODRÁ LOGRAR UNA ERECCIÓN MENOR E INCLUSO ALCANZARÁ LA FASE DE ERECCIÓN TOTAL AUN SIN POSEER UNA ERECCIÓN TOTAL. PERO LA FACILIDAD Y HABILIDAD PARA OBTENERLA PUEDE PROLONGARSE DE LA MISMA MANERA HASTA LOS 80 AÑOS.
- CUANDO NO SON MUY IMPORTANTES LA HABILIDAD CONCEPTIVA NI LA DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN DEL LÍQUIDO SEMINAL Y LA TOTAL PRODUCCIÓN ESPERMÁTICA, EL ANCIANO MANTIENE SU POTENCIA, SEXUALMENTE MÁS EFICIENTE. EL ANCIANO NO NECESITA EYACULAR DE ACUERDO CON UNA FRECUENCIA PROPIA FRECUENCIA Y NO SOBRE LA BASE DE UNA EQUIVOCADA EXIGENCIA SOCIOCULTURAL.

HOMBRE MAYOR

- SU EFECTIVIDAD SE BASA NO SÓLO EN SU ANTERIOR EXPERIENCIA SEXUAL, SINO, TAMBIÉN EN LOS ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE AUMENTO DEL CONTROL FISIOLÓGICO DE LA EYACULACIÓN.

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

- Anderson W.F. "Preventive Medicine In Old Age". En Textbook Of Geriatric Medicine And Gerontology, Cap. 21 Edit. Williamson 1966.
- Beck. A.T. "The Development Of Depression; A Cognitive - Model". En The Psychology of Depression: Conthemporary Theory and Research. R.J.Friedman y M.T.Katz, Edit. Winstore & Sons, Wiley 1974.
- Benett.F.C. y Thompson. N.L. "Social and Psychological - Functioning of the Ageing Male Homosexual", Brit. J. Psychiatry. 1980,137, 361-370.
- Bernard.P. El Desarrollo de la Personalidad, Cap.III pgs 67-72. Ed. Toray-Masson,S.A. Barcelone 1970.
- Berndt.SH.M., Berndt.D.J. y Kaiser. Ch.F. "Attributional Styles for Helplessness and Depression: The Importance of - Sex and Situational Context". Sex Roles, Vol. 8. No. 4,1982 pags. 433-441.
- Bierman.E.L. Las Edades Biologicas del Hombre. Ed. Interamericana 1975.
- Bize,P.R. y Vallier.C. La Tercera Edad pags. 66-84 Eds. Mensajero Bilbao,1976.
- Botwinick.J. "Neuropsychology of Aging" En Handbook of - Clinical Neuropsychology, Cap. 5, S.B.Filskov & T.J. Boll Wiley-Intercience- Publication 1980.
- Bourliere.F. "Ecology of Human Senescence" En. Textbook - of Geriatric Medicine and Gerontology, Cap. 4 Willianson 1966.
- Busse.E.W. y Blazar.D. "The Theories and Processes of - Aging" En Handbook of Geriatric Psychiatry, Cap.I, Busse y Blazer. Edit. Vannostrand Reinhold Comp.1980.
- Campillo.C. y Caraveo.J. "Epidemiología de la Depresión" Trabajo presentado en la Academia Nacional de Medicina 25 enero 1979 (España).
- Casals.I. Sociología de la Ancianidad. Ed. Mezquita 1982.

- L Caso Muñoz.A. "Los Trastornos Mentales de la Senectud" . En Fundamentos de Psiquiatría, Cap. 16, Ed. Limusa 1982.
- ↳ Castilla del Pino.C. Un Estudio Sobre la Depresión: Fundamentos de Antropología Dialectica. Cap.I. Ed. Península Barcelona 1974.
- + - Castro.G. Numa Pompilio. El Anciano y la Familia Urbana. notas del Instituto Nal. de la Senectud.(INSEN) 1982.
- Catania.J.A. y White.Ch.B. "Sexuality in an Aged Sample: Cognitive Determinants of Masturbation". En Archives of Sexual Behavior, Vol. 11, No. 3 1983.
- Corso.J.F. "Sensory Process in Man During Maturity and Senescence" En Handbook of Clinical Nueropsichology. Fis--kov & Boll. Willey-Interscience-Publication 1980.
- Crandall.R.C. "Sexuality in Old Age". En Gerontology: A Behavioral Sience Approach. Chap. 8. Ed. Addison-Wesley -- 1980.
- Edwards.K.A. "Restoring Functional Behavior of 'Senile' Elderly". En The Comprehensive Handbook of Behavioral Medi cine Vol. 3, Extended Application & Issues. Medican & Scie ntific Books 1980.
- Fester.Ch.B. "Behavioral Approach to Depression", En The Psychology of Depression: Contenporary Theory and Reserch. R.J.Friedman y M.M.Katz. Winstore y Sons Wiley 1974.
- Geist.H. Psicología y Psicopatología del Envejecimiento. Ed. Paidos, 1977.
- ↳ Guardini.R. "La Aceptación de Si Mismo: Las Edades de la Vida. Madrid Guadarrama, 1964 pag.116-129.
- Hatch.J.P."Psychophysiological Aspects ef Sexual Dysfun- tion". En Archives of Sexual Behavior Vol. 10, No. 1,1981.
- + ↳ Jimenez Herrero.F. "Patología de la Afectividad y Emoti- vidad en la Vejez". Revista Española de Gerontología y Ge- riatría. Tomo XIV, mayo-junio 1979, No. 3.
- Kaplan.H. Manual de Sexología, Ed. Grijalbo 1981.
- Kastenbaun.R. Vejez: Años de Plenitud. pag. 81-99. Ed. - Harla 1980.

- Kleinke.Ch., Staneski.R.A. y Mason.J.K. "Sex Diferences - in Coping with Depression". En Sex Roles, Vol.8, No.8, 1982.
- Krassoievitch.M.Z. "Aspectos Clínicos de la Depresión del Anciano". Psiquiatría, 1976, 6 (1), 29-35.
- + - Lehr.U. Psicología de la Senectud, 1980, Ed. Herder.
- Leighton.D.A. "Special Senses: AGing of the Eye". En Tex book of Geriatric Medicine and Gerontology. Willianson 1966.
- + - Levin.S. y Kahana.R.J. "Los Procesos Psicologicos en el Envejecimiento". Introducción, Ed. Horme, 1977.
- Levy.S.M. a) "The Psychosocial Assessment of the Chronicallly Ill Geriatric Patient".
b) "Treatment of the Chronically Ill Geriatric Patient".
En Medical Psychology Contributions to Behavioral Medicine de Ch.K.Prokop y L.A.Bradley. Ed. Academic Press -- Caps. 9 y 11, 1981.
- Lewinsohn.P.M. "A Behavioral Approach to Depression". En The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research, R.J.Friedman y M.M.Katz. Ed. Einstore & Sons Wiley 1974.
- Lindsley.O.R. "El Uso de Protesis Conductuales en Geriatria". En Ulrich, Stachnik y Mabry. Control de la Conducta Humana. Vol. I, Ed. Trillas 1977.
- ← Lowe.G.R. El Desarrollo de la Personalidad
a) cap. 7: Madurez (30-65 años)
b) cap. 8: Senectud (después de los 65 años)
Alianza Editorial. 1974.
- Martin.C.E. "Factors Affecting Sexual Functioning in 60-79 Years Old Married Males". En Archives of Sexual Behavior Vol.10, No. 5, 1981, 399-420.
- g ← - Masters.W.H y Johnson. Respuesta Sexual Humana.
a) cap. 15: La mujer Añosa.
b) cap. 16: El Hombre de Edad.
Edit. Intermedica 1978.
- ← Masters.W.H. y Johnson.V.E. Incompatibilidad Sexual Humana
a) Cap. 12: Insuficiencia Sexual en el Hombre de Edad - Avanzada.

b) Cap. 13: Insuficiencia Sexual en la Mujer de Edad - Avanzada.

Edit. Intermédica. 1981.

- Mathew, R.J. y Weinman, M.L. "Sexual Dysfunctions in Depression" En Archives of Sexual Behavior. Vol. II, No. 4, 1982, 323- 328.

✓ Mc Bride: "Aprovechando al Máximo la Edad de Oro". En Revista la Pura Verdad; material del Instituto Nacional de la Senectud. .

- Mc Cary. Sexualidad Humana. Cap. 14 Edit. El Manual Moderno, 1980.

- Mercado, S. "Materialismo y Mente": Zero en Conducta: Revista de Psicología. Año III, No. 5, 1973, UNAM, pags. 17-19.

- O'Brien, J.S.: "The Behavioral Treatment of Acute Reactive Depression Involving Psychotic Manifestations". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 9, No. 11, pags. 259- 264, 1978.

- Oltman, A.M. y Michals, T.J. "Structure of Depression in Older Men and Women". En Journal of Clinical Psychology. July, 1980, Vol. 36, No. 3, pags. 672-674.

- Ordy, J.M. "The Nervous System, Behavior and Aging: An Interdisciplinary Life Span Approach". En Advances in Behavioral Biology- Neurobiology of Aging: An Interdisciplinary Life- Span Approach. J.M Ordy & K.R. Brizzen. Plenum Press, New York, 1975.

- Ostow, M. " La Depresión : Psicología de la Melancolía". Introducción y Capítulos 2 y 8. Ed. Alianza, 1973.

✓ Paillat, P. "Sociología de la Vejez". Colección ¿ Qué - Sé? Ed. Oikus-Tau, 1971.

- Patiño, J.L. "Psiquiatría Clínica". Cap. I y XIV. Ed. Salvat, 1980.

- Pitt.B. Psychogeriatrics: An Introduction to the Psychiatry of Old Age, Caps. 1, 2, 3, 7, 11, 15, 18 y 19. Churchill Livingstone 1982.
- Radloff.L.S. "Depression and the Empaty Nest". En Sex -- Roles, Vol. 6 No. 6 1980; 775-781.
- Seligman.M.E.P. "Depression and Learned Helplessness". - En The Psychology of Depressions Contemporary Theory and Research. R.J.Friedman y M.M.Katz. Winstore y Sons Wiley 1974.
- Seligman.M.E.P. "Learned Helplessness and Depression in Animal and Men". En Behavioral Approaches to Therapy. Cap. 4, Spere, Carson Thibalt, General Learning, Press 1976.
- Seligman.M.E.P, Klen.D.C y Miller.W.R. "Depression". En Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. - Cap. 5, Leitenberg.H. Prentice-Hall 1976.
- Sherman.J.A. Psicología de la Mujer. Cap. II, Edit. Marova 1978.
- Shock.N.W. "Physiology of Aging". En Aging: Its Challenge its the Individual and to Society. W.C.Bier, Fordham Univer^sity Press 1974.
- Shumacher.S. y Lloyd.C.W. "Physiological and Psychological Factor in Impotence". The Journal of Sex Research, Vol 17, No.1, 44-53, Feb.1981.
- Siegler.I.C. "The Psychology of Adult Development and - Aging". En Handbook of Geriatric Psychiatry. Cap. 8. Busse E.W. y Blazar.D.G. Edit. Van Nostrand Reinhold Company 1980
- Strejilevich.M. "Algunas Caracteristicas de las Depresioⁿes Durante el Envejecimiento". Acta Psiquiatrica. Psicol. Amer. Lat. 1980, 26,242.
- Wedderburn.D. "The Aged and Society". En Texbook of Geria^tric Medicine and Gerontology, Ed. Williamson 1966.
- White.Ch.B. "Sexual Interest, Attitudes. Knowledge, and Sexual History in Relation to Sexual Behavior in the Insti^tutionalized Aged". En Archives of Sexual Behavior, Vol.II No. I, 1982.
- Wolpe.J. Practica de la Terapia de la Conducta. pp 268-271 Ed. Trillas 1977.

- Yates, A.J. "Terapia del Comportamiento". Cap. 12, Ed. -- Trillas, 1975.

- Publicación del Centro de Investigaciones de Problemas Sociales del ISSSEMYS, sin fecha ni editorial. Documento del -- INSEN.

- "Primer Congreso Nacional de Aspectos Neurológicos y Neuro psiquiátricos de la Vejez". Antiguo Colegio de Medicina 1981

→ "GOOD SEX: An exciting excursion into an explosive sexual adventure". revista de educación sexual dirigida por el Dr. Robert Nickelson.

- Notas y apuntes del curso "Técnico en Asistencia al Anciano INSEN". 1982.